Bibliothèque numérique
medic@

# Annales médico-psychologiques

*n° 17 et 18. - Paris: Masson, 1877.*
*Cote : 90152, 1877, n° 17 et 18*

PARIS biu Santé

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90152x1877x17_18

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

## JOURNAL

DE

# L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

## LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

# ANNALES

# MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

# L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

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

ET

LUNIER

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

CINQUIÈME SÉRIE. — TOME DIX-SEPTIÈME

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

10, rue Hautefeuille (*installation provisoire*).

1877

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

# PATHOLOGIE

## DES RELATIONS
ENTRE
## LES TROUBLES DE LA MOTILITÉ
DANS LA
## PARALYSIE GÉNÉRALE
ET
## LES LÉSIONS DE LA COUCHE CORTICALE
DES CIRCONVOLUTIONS FRONTO-PARIÉTALES [1]

**Par le Dr Achille FOVILLE, fils**
Directeur-Médecin de l'asile de Quatre-Mares.

### I

Depuis quelques années, la physiologie des portions superficielles des hémisphères cérébraux est entrée dans une voie nouvelle. Jusqu'à une époque récente, il avait été admis, sur la foi des expériences de Flourens et de Longet, confirmées par celles de Vulpian, que la surface des circon-

(1) Note lue à l'Académie de médecine dans sa séance du 5 décembre 1876.

volutions cérébrales est insensible et inexcitable; de là à assigner à ces régions des fonctions surtout intellectuelles ou psychiques, et à chercher dans d'autres régions des centres nerveux les organes préposés à la perception des sensations et à la production des mouvements, il n'y avait qu'une déduction logique qui s'était généralement imposée.

Aussi les premières expériences de Hitzig, annonçant, en 1870, que la surface des circonvolutions fronto-pariétales constituait une région excitable, ne furent-elles pas accueillies sans une certaine défiance; Hitzig disait qu'à l'aide de courants galvaniques continus, convenablement appliqués à la couche corticale de ces circonvolutions, il était arrivé à provoquer, à volonté, chez le chien, des mouvements dans la partie opposée du corps, et il ajoutait que, dans cette région corticale, des départements spéciaux et déterminés tenaient sous leur dépendance directe les mouvements des diverses régions, en sorte qu'on pouvait assigner des centres moteurs distincts pour le membre supérieur, le membre inférieur, la face, les lèvres, les yeux. Répétées, à l'aide des courants faradiques, sur un grand nombre d'animaux, par Ferrier, avec des résultats très-analogues, si ce n'est tout à fait concordants, ces expériences n'ont pas tardé à commander l'attention générale, et elles sont devenues l'origine de nouvelles recherches, qui, dans notre pays, ont été poursuivies principalement par MM. Dupuy, Carville et Duret, Virenque, Veyssière, Vulpian et Charcot.

Sans entrer dans le détail des discussions qui se sont élevées à cet égard, on peut dire que l'existence, chez l'homme et chez les animaux supérieurs, de centres moteurs dans la couche corticale des circonvolutions de la partie moyenne des hémisphères cérébraux, paraît aujourd'hui acceptée comme un fait acquis, fait qui peut même s'expliquer anatomiquement par la présence, dans ces mêmes circonvolutions, d'éléments histologiques spéciaux, les cel-

lules pyramidales géantes, analogues aux grandes cellules motrices des cornes grises antérieures de la moelle.

Ces cellules géantes se rencontrent presque uniquement dans les deux circonvolutions ascendantes qui, du milieu du bord supérieur de la scissure de Sylvius, s'élèvent jusqu'au bord supérieur des hémisphères en limitant entre elles la scissure de Rolando, et c'est précisément le long de ces circonvolutions ascendantes, ou dans leur voisinage immédiat, que se trouvent localisés presque tous les centres moteurs décrits par Hitzig et par Ferrier.

Pour les applications que nous aurons bientôt à faire de ces notions nouvelles, nous prendrons comme point de départ la formule qui paraît répondre le mieux aux faits acquis jusqu'à ce jour et acceptés dans la science, en reproduisant, ici, les conclusions données sur cette question par M. Lépine dans sa remarquable thèse sur les localisations cérébrales. Il s'exprime ainsi, page 31 :

« 1° Les centres pour les mouvements des membres antérieur et postérieur du côté opposé occupent la circonvolution pariétale ascendante dans ses deux tiers supérieurs (les plus rapprochés du sillon interhémisphérique); le membre antérieur seul paraît aussi avoir, en partie, son centre dans le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante.

» 2° Sur la première circonvolution frontale (celle qui longe parallèlement la scissure interhémisphérique) et à sa partie postérieure (c'est-à-dire près de la circonvolution frontale ascendante) se trouve un centre pour des mouvements de la tête et du cou.

» 3° Sur la deuxième circonvolution frontale, en arrière, un centre pour les mouvements des mâchoires, des lèvres et de la langue.

» 4° En arrière, dans un pli particulier du lobe pariétal (pli courbe), il y aurait un centre pour les globes oculaires. »

Ajoutons que si les centres des membres exercent exclu-

sivement une action croisée, ceux au contraire des lèvres, de la langue, des mâchoires, peuvent avoir une action bilatérale (Carville, Duret, Lépine).

Déjà de nombreuses applications de ces notions physiologiques ont pu être faites à la pathologie et nous pensons que, parmi les maladies dont elles doivent contribuer à éclairer l'histoire, il convient de ranger, au premier rang, la paralysie générale des aliénés. Ferrier a ouvert la voie dans ce genre de recherches, et M. Lépine a fait prévoir l'intérêt qui s'y attacherait. C'est ce qui nous encourage à présenter ici quelques idées générales sur les relations qui nous paraissent exister entre les lésions corticales des hémisphères et les troubles de la motilité dans la paralysie générale.

## II

Deux caractères prédominants distinguent la paralysie générale ou folie paralytique des autres formes d'aliénation mentale et des autres maladies cérébrales.

L'un de ces caractères est symptomatique; il consiste dans l'ensemble des troubles de la motilité qui ont fait donner à cette maladie le nom de paralysie, nom qu'elle ne justifie complétement qu'à une période très-avancée de son évolution. Sans décrire ces troubles, rappelons qu'ils sont multiples et très-variés, qu'ils se produisent sous forme de tremblements musculaires, d'embarras ataxiques des mouvements, d'excitation spasmodique des membres, de modifications de la pupille, de grincement des dents, de convulsions localisées, partielles, unilatérales ou bilatérales, de grands accès épileptiformes, de contractures et enfin de paralysies.

L'autre caractère est anatomique et consiste en une altération de la substance grise corticale, se manifestant principalement par l'adhérence des méninges, épaissies et infil-

trées de dépôts plastiques, à la portion la plus superficielle des circonvolutions, et par le ramollissement de la couche grise sous-jacente ; lorsqu'on cherche à enlever les méninges, celles-ci, au lieu de se détacher seules, entraînent, par places, une pellicule de substance corticale et laissent aux endroits ainsi dénudés une véritable ulcération à fond grenu et tomenteux.

Nous sommes loin de dire que cette lésion soit la seule qui existe dans la paralysie générale; nous savons très-bien, au contraire, que beaucoup d'autres modifications histologiques des vaisseaux, de la névroglie, de l'épendyme ventriculaire, des fibres et des cellules nerveuses, ont été décrites, tant dans le cerveau que dans le bulbe et la moelle ; mais nous croyons pouvoir affirmer qu'aucune de ces lésions si variés, se rencontrant, d'ailleurs, dans beaucoup d'autres maladies, n'a de valeur réellement pathognomonique, tandis qu'il est bien difficile de ne pas accorder cette valeur aux adhérences des méninges, qui, pour la masse des cliniciens, continuent à constituer la lésion classique, le caractère nécroscopique véritablement reconnaissable de la paralysie générale.

Sauf de rares exceptions, ces adhérences ne sont pas généralisées ; elles ont certains siéges de prédilection qui sont également connus de tous les observateurs ; ce sont, d'abord, les portions antérieures des lobes frontaux, dont la prédominance intellectuelle n'est guère contestée; ensuite, les circonvolutions de la région moyenne ou pariétale des hémisphères et particulièrement les abords de la scissure de Rolando, c'est-à-dire la région excitable contenant les principaux centres moteurs d'Hitzig et de Ferrier. Quant à la portion postérieure des hémisphères, les adhérences y sont plus rares et plus disséminées.

Jusqu'à présent, entre ces deux caractères, l'un symptomatique, les troubles constants de la motilité, l'autre anatomique, l'altération constante de la surface corticale des

circonvolutions fronto-pariétales, aucune relation de cause à effet n'avait pu être établie.

La lésion anatomique était rattachée aux seules perversions intellectuelles, quoique celles-ci, tout en présentant des allures spéciales, ne se composassent que d'éléments délirants qui se rencontrent dans d'autres vésanies, délire des actes, délire des grandeurs, idées hypochondriaques et, par-dessus tout, démence.

Quant aux causes des troubles de la motilité, on était loin de les connaître exactement, mais les travaux les plus récents indiquaient une tendance de plus en plus marquée à les localiser dans le bulbe et dans la moelle. Dès 1861, M. Joire déclare que les recherches physiologiques modernes ne permettent plus de rattacher aux lésions des hémisphères cérébraux les troubles généraux de motricité manifestés dans la paralysie générale, et il les rattache aux granulations des parois du quatrième ventricule. Mais malheureusement cette lésion, connue depuis Bayle, n'est pas constante dans la paralysie générale et, en outre, on l'observe dans d'autres maladies; depuis, Lockhart-Clark en Angleterre, Westphal en Allemagne, Magnan surtout, en France, s'appliquèrent par leurs recherches micographiques à démontrer que des altérations histologiques appartenant à la sclérose du tissu nerveux se rencontrent non-seulement dans la masse totale du cerveau, mais aussi dans le bulbe et la moelle des sujets atteints de paralysie générale.

Dans un travail tout récent et très-intéressant, du reste, sur les troubles de la parole dans la paralysie générale, M. Galopain rejette l'opinion émise par Bouillaud, qui attribue ces troubles à une lésion partielle des lobes antérieurs du cerveau, et il déclare qu'ils ont leur raison anatomique dans une altération du bulbe, au niveau du plancher du quatrième ventricule, là où se trouvent les

noyaux d'origine des nerfs crâniens, et notamment ceux des nerfs grand hypoglosse et facial (1).

M. Dagonet, enfin, l'auteur du dernier Traité des maladies mentales publié, s'appuyant précisément sur l'ensemble des travaux que nous venons de rappeler succinctement, n'hésite pas à attribuer l'altération des mouvements et notamment de ceux qui président aux fonctions les plus délicates, telles que la phonation, la déglutition, etc., à des lésions bulbaires, qu'il signale, toutefois, comme pouvant être dues à l'extension du processus morbide des couches corticales.

Ce rapide résumé des opinions actuellement accréditées sur le siége des lésions qui produisent les troubles de la motilité, dans la paralysie générale, montre que jamais on n'a été moins disposé à les considérer comme une conséquence directe des altérations de la substance corticale des circonvolutions. Et cependant, maintenant que l'on sait qu'à la surface de la région moyenne des hémisphères cérébraux se trouvent des centres moteurs dont l'excitation retentit, à coup sûr, sur les membres, sur la face, les lèvres, la langue, les yeux, ne semblerait-il pas naturel de considérer les lésions constantes de cette région comme la cause des altérations constantes et multiples de la motilité, observées pendant le cours de la maladie ?

## III

Les expériences physiologiques ont démontré que l'excitation électrique des centres moteurs corticaux détermine dans le côté opposé du corps la contraction de muscles, ou de groupes de muscles, toujours les mêmes pour chaque point.

Quand elle est légère, l'excitation ne provoque que des

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1876.

mouvements physiologiques ; si on la prolonge, on obtient d'abord des convulsions limitées ; puis, par suite d'une sorte de diffusion, les convulsions s'étendent de manière à constituer une véritable attaque d'épilepsie, hémiplégique ou partielle, parfois suivie de paralysie passagère.

Si l'on détruit ou si l'on enlève la substance cérébrale qui constitue ces centres, on détermine, dans les mêmes muscles ou groupes de muscles, une paralysie ou parésie dont la durée est plus ou moins longue.

Mouvements physiologiques, spasme local, convulsions partielles d'abord, puis tendant à se généraliser, contractures, paralysies, telle est donc la gamme ascendante des phénomènes qui sont la conséquence des excitations faibles au début, puis progressivement plus fortes, et enfin de l'épuisement momentané ou de la destruction des centres moteurs corticaux.

Sans entrer ici dans de grands détails sur le processus morbide dans la paralysie générale, on peut dire, en quelques mots, que les premiers accidents consistent en une fluxion hyperhémique des méninges et de la couche corticale, principalement dans le domaine des artères cérébrale antérieure et sylvienne ; que pendant la période d'état de l'affection, il se produit une série de rémissions et de nouvelles poussées congestives; et que le tout finit par aboutir à la dégénérescence scléreuse, à l'atrophie du tissu nerveux et plus spécialement des cellules. Ce processus, considéré dans son ensemble, reproduit donc assez fidèlement la progression des procédés d'exploration expérimentale indiquée plus haut : excitation légère et superficielle, excitation prolongée, destruction ou épuisement des centres moteurs corticaux. Le même parallélisme se retrouve dans l'enchaînement des troubles de la motilité. Au début de la maladie, on n'observe qu'un peu de tremblement ataxique dans certains groupes de muscles ; puis ces tremblements deviennent plus accentués, et ils s'accompagnent parfois

d'une violente excitation fonctionnelle ; plus tard, surviennent des convulsions, tantôt partielles, locales, plus ou moins bien limitées, tantôt, au contraire, générales ; à ces convulsions succèdent des hémiplégies partielles, des contractures et des paralysies.

Le processus morbide de la paralysie générale se rapproche encore du mode d'action de la physiologie expérimentale, en ce que l'excitation qu'il cause peut n'être pas générale, mais bien, comme le montrent les résultats des autopsies, porter sur des points isolés, plus ou moins rapprochés ou espacés les uns des autres.

Dans les expériences de laboratoire, on peut réussir, grâce à la localisation étroite des excitations, et à l'espacement des centres moteurs corticaux, à ne produire que des mouvements très-limités ; cela tient évidemment à ce qu'au lieu d'exciter un tronc nerveux tout constitué, ou la masse totale des noyaux gris de la région bulbaire, on n'a électrisé qu'un petit groupe de radicelles nerveuses sans ébranler celles qui les entourent.

Or, une des particularités les plus remarquables des troubles musculaires de la paralysie générale, c'est précisément la dissociation des excitations motrices, la limitation fréquente des décharges convulsives à un petit groupe de muscles, ou même à un muscle entièrement isolé. Aucune explication satisfaisante de cette dissociation motrice n'avait encore été fournie, au moins à notre connaissance; rien de plus facile, au contraire, que de l'expliquer en l'attribuant à l'excitation morbide d'un point très-limité de la région corticale. Quant aux variations si fréquentes dans la localisation des troubles moteurs et à leur succession dans des régions différentes les unes des autres, elles s'expliquent par la prédominance successive de l'excitation morbide sur des centres moteurs distincts.

On retrouve encore la même analogie entre les résultats des expérimentations physiologiques et les faits pathologiques, sous le rapport de la durée.

Les troubles convulsifs ou paralytiques déterminés par l'électrisation de la couche corticale sont passagers ; lors même que des points limités de cette couche sont enlevés, la fonction ne tarde pas à se rétablir, sans doute à l'aide des régions immédiatement voisines (Carville et Duret).

De même, le processus morbide de la paralysie générale est rarement continu ; il procède par poussées congestives, d'intensité variable, succédant les unes aux autres, et aboutissant à une sclérose terminale ; aussi ne manque-t-on pas d'observer dans les troubles de la motilité une succession correspondante d'exacerbations et d'accalmies, avec tendance progressive à des modifications de plus en plus profondes. Après une période où les signes d'ataxie musculaire ont été très-nets, on voit naître des rémissions qui sont assez complètes pour faire croire à une guérison réelle. Puis, les troubles musculaires réapparaissent sous une forme plus accusée ; ils occupent un domaine plus étendu, affectent une marche plus grave, et par une série de nouvelles aggravations aboutissent à des contractures permanentes et à des paralysies de plus en plus étendues.

Les caractères généraux des phénomènes obtenus par l'expérimentation sur les centres corticaux moteurs, c'est-à-dire la dissociation des mouvements, leur limitation exacte, leur variété de siége, leurs rémittences et leurs reproductions, l'aggravation progressive des accidents convulsifs et paralytiques, se retrouvent donc fidèlement reproduits dans l'évolution des troubles moteurs de la paralysie générale, ce qui plaide en faveur de l'identité du point de départ des deux ordres de phénomènes et ce qui corrobore puissamment nos premières présomptions.

## IV

Si nous cherchons à pousser plus loin l'analyse des symptômes, en les envisageant isolément les uns des autres, la concordance des données physiologiques et des constata-

tions pathologiques, loin de s'affaiblir, n'en deviendra que plus manifeste.

Le trouble de la motilité le plus habituel, dans la paralysie générale, celui auquel on attribue, avec raison, la plus grande valeur au point de vue du diagnostic, c'est, chacun le sait, l'embarras de la parole (ou la dysphasie), produit par l'ataxie des mouvements des lèvres et de la langue. A ce symptôme principal se joignent presque toujours des contractions fibrillaires, des tremblotements dans les muscles des lèvres et des joues.

Or, parmi les localisations cérébrales, la mieux connue et la moins discutée est, conformément à la théorie de Dax et de Broca, celle de la faculté du langage articulé dans la portion postérieure de la troisième circonvolution frontale, vers le point de rencontre de cette circonvolution avec la circonvolution ascendante antérieure, près du point où la scissure de Sylvius et la scissure de Rolando tendent à se réunir. Précisément en ce même endroit, les expériences de Ferrier indiquent l'existence du centre moteur des mouvements de la langue et des mâchoires, et un peu plus haut, à la partie postérieure de la seconde circonvolution frontale, se trouverait, d'après les mêmes expériences, un centre spécial pour les mouvements des lèvres et des muscles innervés par le facial. Ces régions sont, en outre, de celles où les adhérences des méninges sont les plus fréquentes et les plus accusées. On se trouve donc amené à rattacher, presque à coup sûr, l'embarras de la parole des paralytiques, le tremblement de leurs lèvres, de leurs joues, de leur langue, non pas, comme M. Joire le fait, aux granulations du quatrième ventricule, ni, comme M. Galopain, aux altérations des masses grises sous-jacentes au plancher de ce ventricule, mais bien à l'altération superficielle des seconde et troisième circonvolutions frontales.

A l'embarras ataxique de la prononciation s'ajoutent parfois, dans la paralysie générale, de véritables symptômes

d'aphasie; le plus souvent l'aphasie des paralytiques est partielle et passagère ; par exception, elle peut être complète et persistante. Or, depuis la confirmation éclatante que les faits de tous les jours apportent à la théorie de Broca sur la localisation des lésions de l'aphasie vers la troisième circonvolution frontale, on ne peut hésiter à attribuer à une lésion de cet organe l'aphasie des paralytiques, d'autant plus qu'elle est accompagnée généralement d'une faiblesse prédominante ou même d'une véritable hémiplégie à droite, et comme, au contraire, leur dysphasie ne semblait pouvoir être rattachée qu'à des lésions bulbaires, il fallait, nécessairement, lorsque les deux symptômes se rencontraient chez le même malade, admettre pour les expliquer deux lésions très-éloignées l'une de l'autre, situées, la première, dans le bulbe, la seconde, à la surface de l'hémisphère. La théorie nouvelle des centres corticaux moteurs fait disparaître toute difficulté à cet égard et les deux phénomènes, dysphasie et aphasie, si voisins au point de vue symptomatique, s'expliquent le mieux du monde par la lésion de la même région, siége de prédilection des adhérences, avec cette seule différence que l'altération du tissu nerveux, plus limitée et plus superficielle dans le premier cas, doit être plus étendue ou plus profonde dans le second.

Par l'excitation plus exclusive du centre moteur des mâchoires et des muscles masticateurs, doit s'expliquer ce grincement de dents si particulier des paralytiques, qu'aucun effort de la volonté ne peut parvenir à imiter, et qui, chez certains malades, persiste pendant des journées, des semaines et même des mois.

Plus haut, sur l'hémisphère, à la partie postérieure de la première circonvolution frontale, dans un endroit où les adhérences des méninges sont encore fréquentes, l'expérimentation physiologique indique un centre pour les mouvements de la tête et du cou. Par l'excitation de ce centre moteur, s'expliqueraient les mouvements convulsifs par les-

quels, soit dans les attaques épileptiformes unilatérales, soit dans de petites crises spasmodiques encore plus limitées, la tête se trouve déviée vers un côté, en général celui de la lésion; par son irritation chronique et sa dégénérescence, on comprendrait cette contracture du cou si peu explicable jusqu'ici, qui fait que certains paralytiques grabataires restent parfois un temps énorme sans que leur tête touche leur oreiller.

Quant aux centres moteurs situés en arrière du précédent, vers la partie supérieure des deux circonvolutions ascendantes, et qui comprennent aussi, probablement, le lobule paracentral, ils sont destinés aux mouvements du membre supérieur et du membre inférieur ; c'est à leur irritation que doivent être attribuées les convulsions plus ou moins étendues des membres, depuis celles qui n'affectent qu'un groupe musculaire très-restreint jusqu'à celles qui comprennent toute une moitié du tronc; ces convulsions, qui sont suivies de contractures et de paralysies plus ou moins complètes et plus ou moins durables, rentrent dans la catégorie des accidents décrits et attribués, déjà depuis plusieurs années, par le Dr Hughlings Jackson, à des lésions déchargeantes de certaines parties des hémisphères cérébraux, et que, pour cette raison, Charcot a proposé de désigner sous le nom de convulsions jacksonniennes.

Enfin, parmi les centres moteurs indiqués par Ferrier, il y en aurait un qui tiendrait sous sa dépendance les mouvements des globes oculaires de la pupille et du muscle élévateur de la paupière, c'est-à-dire le domaine innervé par le nerf oculo-moteur commun ou de la troisième paire. Ce centre, situé beaucoup plus en arrière que les précédents, et dont une observation très-remarquable de Grasset tend à prouver l'existence, se trouverait vers la limite du lobe pariétal et du lobe occipital, au niveau du pli courbe. Or, les adhérences méningiennes de la paralysie générale sont, vers cette région, beaucoup moins fréquentes qu'au voisi-

nage de la scissure de Rolando. D'un autre côté, l'appareil moteur des yeux est, dans cette maladie, beaucoup moins souvent atteint de tremblements, de convulsions et de paralysies, que celui des lèvres et des joues par exemple; il arrive cependant d'observer, d'une manière plus ou moins passagère, la chute de la paupière supérieure, un certain degré de nystagmus, la rotation conjuguée des globes oculaires. N'y a-t-il pas, dans cette rareté relative des lésions corticales de la région sus-indiquée, et des troubles de la motilité dans le domaine du nerf oculo-moteur commun, un rapprochement entièrement conforme avec ceux qui viennent d'être déjà énumérés? Enfin ne serait-ce pas à l'excitation ou à l'épuisement du pouvoir moteur de cette même région qu'il conviendrait de rapporter les rétrécissements et les dilatations de la pupille que l'on constate si souvent dans la paralysie générale, et que l'on attribue d'ordinaire à un trouble du grand sympathique, sans que la preuve ait pu jusqu'ici en être donnée?

Nous nous sommes proposé de montrer, d'une manière générale, que la découverte d'un certain nombre de centres moteurs à la surface des circonvolutions fronto-pariétales des hémisphères cérébraux permet d'établir, entre les lésions constantes de cette région dans la paralysie générale, et les troubles pathognomoniques de la maladie, un rapprochement qui était impossible avant cette découverte, et qui nous paraît destiné à jeter un grand jour sur l'étude clinique des aliénés paralytiques.

Mais ce n'est là qu'une première ébauche dont le développement exigera l'analyse minutieuse d'un grand nombre d'observations recueillies spécialement en vue du contrôle à exercer sur les idées que nous venons d'émettre; nous espérons que nous pourrons réunir les matériaux propres à en prouver l'exactitude; nous nous estimerions heureux d'avoir ainsi contribué à compléter les applications déjà faites à la pathologie cérébrale, des théories nouvelles

d'Hitzig et de Ferrier, et d'avoir apporté à l'étude de la folie paralytique un nouveau chapitre, analogue à celui qui a été si heureusement ajouté, tout récemment, par M. Landouzy, à la pathologie de la méningite tuberculeuse.

### V. *Conclusions.*

1° La paralysie générale des aliénés a pour caractères pathognomoniques : au point de vue symptomatique, des troubles constants de la motilité ; au point de vue anatomique, une altération constante de la substance corticale des circonvolutions fronto-pariétales.

2° Les trav aux les plus récents tendaient à attribuer les troubles de la motilité, dans la paralysie générale, à des modifications histologiques plus ou moins manifestes du bulbe et de la moelle ; aucun rapprochement de cause à effet ne pouvait donc être établi entre la lésion anatomique constante et les manifestations symptomatiques également constantes.

3° La découverte, par Hitzig et Ferrier, d'une région excitable et motrice à la surface des circonvolutions de la partie moyenne des hémisphères cérébraux permet d'établir ce rapprochement.

4° L'existence, dans la région excitable des circonvolutions, de centres moteurs corticaux distincts pour les mouvements du membre supérieur, du membre inférieur, du cou et de la tête, de la langue et des mâchoires, de la face et des lèvres, du globe de l'œil et des paupières, permet de rendre un compte exact de la localisation des ataxies, des convulsions, des contractures et des paralysies partielles limitées à tels ou tels de ces organes dans la paralysie générale.

5° C'est d'abord par l'excitation que produisent, dans ces différents centres moteurs, l'hypérémie du début de la maladie et les poussées congestives successives de la partie

moyenne, et ensuite par les progrès de la dégénérescence scléreuse de la période de déclin, que s'expliquent les troubles progressifs de la motilité, tels que l'embarras de la parole, les spasmes fibrillaires des lèvres et des joues, l'ataxie et la dissociation des mouvements des membres, le grincement des dents, le rétrécissement ou la dilatation de la pupille, les convulsions limitées à un seul muscle ou à un petit nombre d'entre eux, les attaques épileptiformes unilatérales, les hémiplégies partielles ou passagères, les contractures persistantes, et enfin les paralysies plus ou moins complètes.

6° En résumé, dans la paralysie générale, les lésions corticales des circonvolutions fronto-pariétales sont la cause directe des troubles de la motilité ; de la localisation et de l'intensité de ces lésions dépendent la localisation et l'intensité des accidents ataxiques, spasmodiques et paralytiques.

# FOLIE MORALE

ET

# FOLIE INTELLECTUELLE

## CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET CLASSIFICATION

**Par le Dr H. DAGONET**

Professeur agrégé de l'ancienne faculté de Strasbourg,
Médecin en chef à l'asile Sainte-Anne.

La folie est une maladie essentiellement complexe ; elle se présente avec des manifestations si diverses qu'elle pourrait faire croire, surtout pour un observateur inexpérimenté, à l'impossibilité d'adopter une méthode rationnelle pour l'étude de ses nombreuses variétés.

Un philosophe éminent, dont nous n'avons pas à rappeler les importants travaux, a cherché à examiner, dans un mémoire déjà ancien, inséré dans la *Revue des Deux Mondes*, les facultés qui chez les aliénés pouvaient encore persister, même au plus fort de leur agitation, de manière à reconstituer en quelque sorte l'homme moral et intellectuel, tel qu'il était avant la maladie ; il démontrait par là combien l'aliéné, au point de vue de la dignité humaine, avait des droits à la considération et au respect de ceux dont l'esprit est cultivé et qui sont animés d'intentions vraiment philanthropiques.

D'autres auteurs ont examiné la folie sous l'une de ses faces les plus extraordinaires et bien certainement les plus dignes d'attirer l'attention des philosophes et des magistrats; tels sont, par exemple, les faits qui se caractérisent par une

exagération passionnelle et un incompréhensible affaiblissement de la volonté plutôt que par le trouble même des facultés intellectuelles ; en un mot, par un entraînement souvent irrésistible à des actes blâmables et quelquefois dangereux. On peut citer, sous ce rapport, les nombreuses et remarquables observations d'aliénés méchants, orgueilleux, jaloux, érotiques, dipsomanes, dissipateurs, voleurs, etc., rapportées dans l'ouvrage sur la folie lucide du Dr Trélat.

« Les aliénés *lucides*, dit ce savant médecin, répondent » exactement aux questions qu'on leur fait, ne paraissent » pas aliénés aux observateurs superficiels et souvent ne se » laissent pénétrer et deviner que dans la vie intime. (Tré- » lat, *Folie lucide*, p. x.)

La lecture de ces observations, celle des ouvrages de Moreau, de Tours, de Maudsley et d'autres médecins qui ont écrit sur ce même sujet, ne peut manquer de frapper d'une manière très-sérieuse l'attention de ceux qui n'auraient pu se faire une conviction très-arrêtée même par une longue observation des malades atteints d'aliénation mentale.

On s'est, en effet, demandé si une forme d'aliénation reposant, pour ainsi dire, sur une simple perversion morale pouvait exister, s'il était prudent de l'admettre avec toutes les conséquences qu'elle entraîne au point de vue de la société comme à celui de la justice. Cependant une semblable maladie ne saurait faire l'objet d'aucune espèce de doute. Les auteurs les plus recommandables ont apporté de ce côté un tel faisceau de preuves, que celui-là seul qui manque, sous ce rapport, de toute expérience pourrait se refuser à l'admettre.

Maudsley, dans son remarquable ouvrage (*Crime et Folie*), a cherché à étendre jusqu'à des limites extrêmes ce cadre dans lequel doivent être réellement comprises les folies dites morales. Nous ne croyons pas devoir le suivre jusque-là et nous ne pensons pas qu'il y ait lieu, jusqu'à nouvel

ordre, de renfermer dans cette catégorie dont nous voulons nous occuper tous les faits exposés par le savant médecin anglais.

« Existe-t-il, dit l'auteur que nous citons, les mêmes rapports entre le sens moral et le cerveau qu'entre le cerveau et la pensée ?..... Certains criminels, ajoute-t-il plus loin, naissent criminels comme certains aliénés naissent aliénés. Ils vivent dans le crime comme les aliénés dans la folie. Tout en faisant la part des bienfaits de l'éducation, on doit admettre que ces bienfaits sont illusoires dans les cas héréditaires. S'il est une classe d'individus dépourvus de sens moral, vrais imbéciles moraux, c'est la classe des criminels d'habitude.

» Tous ceux qui les ont observés les ont vus marqués par des caractères de l'ordre physique et moral. Ils ont les attributs de l'idiotie, sont souvent épileptiques, un bon nombre sont imbéciles ou faibles d'esprit. Ils se font remarquer par leurs mauvais instincts, leur insubordination; beaucoup sont coutumiers des actes de violence. Ces êtres sont incomplets au point de vue de l'organisation physique et mentale. On voit parfois des enfants appartenant aux meilleures familles être frappés de cette imbécillité morale. Ils n'aiment personne et ne montrent pas plus de penchant pour le bien que de regret du mal. Ils manifestent de mauvais instincts et sont inéducables. Si alors l'enquête héréditaire est possible, on trouve que ces enfants appartiennent à des familles où domine la folie ou un nervosisme plus ou moins ardent... L'oblitération du sens moral est non-seulement le premier signe de la dégénérescence de la race, mais il est encore le premier signe qui se manifeste dans la plupart des cas où la folie prend naissance dans la famille. » (Voir *Ann. méd.-psych.*, juillet 1876, p. 138. Analyse des journaux anglais par Dumesnil.)

En dehors de ces exemples d'individus, prédestinés par le fait d'une prédisposition héréditaire au crime ou à l'im-

moralité, nous aurons à examiner des cas de folie morale véritable et qui sont survenus à la suite des conditions pathologiques les plus variables. Ce sont ces faits sur lesquels nous nous proposons de jeter un rapide coup d'œil.

On peut déjà se demander d'une manière générale s'il y a lieu de séparer nettement les folies dites morales des folies réellement intellectuelles, d'établir entre ces deux formes d'aliénation une distinction plus ou moins profonde.

On sait que des auteurs, en Angleterrre et surtout en Allemagne, ont distingué ces deux espèces d'aliénation mentale, se rattachant, l'une à des troubles intellectuels, l'autre à des troubles d'ordre moral. Il est certain qu'entre ces deux sortes de manifestations morbides il existe une démarcation profonde, et que la folie peut aussi bien s'exprimer, dans des circonstances particulières, par la perversion et l'excitation désordonnée des facultés morales, comme elle s'exprime de l'autre côté par le trouble correspondant des facultés intellectuelles. Comme nous le verrons dans la suite, on observe bien réellement des cas où l'on constate le trouble des facultés morales non-seulement prédominant, mais véritablement isolé, exclusif et à peu près indépendant du trouble même des facultés intellectuelles.

Nous croyons aussi avec le Dr Flemming que la folie morale est une affection extrêmement rare; il n'en aurait observé dans sa longue pratique qu'un seul cas qui lui permettrait d'en affirmer l'existence. « Les facultés, ajoute cet auteur, étant étroitement liées les unes aux autres, on ne saurait facilement comprendre qu'une faculté vînt à rester isolément troublée sans entraîner une lésion plus ou moins générale du reste de l'entendement. Depuis que le Dr Prichard, en 1844, a attiré l'attention sur cette forme de folie à laquelle il a donné le nom de *moral insanity*, les médecins ont montré une tendance marquée à en élargir considéra-

blement les limites, si bien que sa notion est devenue des plus confuses et qu'il ne sera bientôt plus possible de la distinguer de celle du crime. Maudsley semble lui-même penser que, comme l'intelligence, le sens moral est lié à un organe spécial et peut tomber malade isolément avec lui. Mais aussi longtemps que la physiologie n'aura pas reconnu l'existence de l'organe spécial de la conscience et du sens moral, on devra s'en tenir à l'axiome qui établit la solidarité entre l'esprit et le sentiment, et envisager la volonté comme leur résultante commune. En résumé la folie morale ne doit pas être considérée comme une forme clinique spéciale, mais comme un trouble mental dont le symptôme saillant est la perturbation du sens moral et de la vie des instincts. » (*Correspondenz blatt*, 1874, in *Ann. méd.-psych.* septembre 1876, analysé par Chatelain.)

Nous partageons entièrement les sages réflexions de Flemming; non-seulement cette espèce de folie est extrêmement rare, mais elle ne saurait exister longtemps sans s'accompagner à certains moments de troubles manifestes des facultés intellectuelles ; seulement, dans la plupart des cas, ce trouble est difficile à pénétrer et à bien constater. Les quelques observations que nous avons pu recueillir, dix à douze environ, sur près de 3,000 que nous avons compulsées, nous en donnent une preuve suffisante. On comprend dès lors toutes les difficultés que peut offrir l'étude clinique d'une semblable maladie.

D'autre part l'expérience doit faire admettre que ces cas particuliers révèlent une physionomie et une manière d'être qui ne diffèrent pas essentiellement de ce que l'on constate pour les folies qui sont le plus communément observées. C'est ainsi que l'on rencontre tantôt l'excitation désordonnée, tantôt l'état de simple exaltation ou de dépression de la sensibilité morale, ou bien encore l'état de perversion, d'affaiblissement ou d'arrêt de développement de cette même faculté, tous caractères qui servent, en défi-

nitive, de base pour la classification des autres formes d'aliénation mentale.

Ce sont toujours les mêmes faits ayant au fond la perte de la volonté et la privation du libre arbitre; ce sont les mêmes types mais se rapportant à un autre ordre de phénomènes psychiques, et l'on ne comprendrait pas dès lors pourquoi ils ne seraient pas renfermés dans la classification généralement adoptée. Nous retrouverons donc, comme pour la folie intellectuelle, la manie morale, raisonnante, sans délire, la lypémanie sans délire, folies morales proprement dites ; la folie impulsive, la démence affectant particulièrement la sensibilité morale, le développement imparfait de cette même faculté, etc.

Sous le nom de folie intellectuelle, folie de l'esprit, des idées, on a désigné, on le sait, le trouble plus ou moins marqué et surtout très-variable des facultés qui se rapportent à l'intelligence. Nous n'avons pas à entrer ici dans des détails psychologiques pour examiner comment se fait, à l'état de santé, l'association régulière des idées et la manifestation des actes intellectuels qui en résulte. On sait que cet exercice ne saurait avoir lieu, dans la plupart des cas, sans l'intervention de la volonté et de la sensibilité morale.

Quoi qu'il en soit, presque toutes les formes d'aliénation mentale ont pour signe caractéristique le dérangement des facultés intellectuelles. Ce désordre présente nécessairement les différences les plus nombreuses et les degrés les plus variables. Mais, d'une manière générale, l'observation clinique démontre qu'il existe des groupes symptomatologiques faciles à caractériser et qui peuvent être dès lors d'une grande utilité pour l'étude des maladies mentales, en permettant d'établir une base rationelle pour la classification de ces affections.

Ces groupes en effet, qui comprennent les manifestations délirantes les plus variées montrent pour chacun d'eux une

sorte d'uniformité. Tels sont le défaut d'association des idées et l'excitation désordonnée qui caractérisent la manie; naturellement il existe des degrés dans ce trouble mental, depuis la simple excitation jusqu'à l'état maniaque le plus intense; mais on retrouvera toujours au fond l'incohérence dans les idées, les actes désordonnés, la mobilité des impressions et la confusion dans tous les souvenirs.

De même aussi pour le délire systématisé, coordonné, auquel on a donné, suivant les circonstances, les noms de lypémanie, de monomanie ambitieuse ou de mégalomanie, nous retrouvons des symptômes principaux et caractéristiques sur lesquels nous n'avons pas à insister ici.

Dans la généralité des cas, ces troubles se reproduisent en même temps, mais avec des degrés variables, du côté des facultés qui se rapportent à la sensibilité morale.

Il n'en saurait être autrement si l'on vient à penser que nos facultés sont enchaînées les unes aux autres et dans une dépendance réciproque en vertu de conditions anatomiques et d'influences organiques, réflexes ou autres, que les études physiologiques et histologiques cherchent de plus en plus à nous faire connaître. Il en résulte que les manifestations des unes entraînent presque nécessairement les manifestations des autres, et que le trouble qui vient à se produire du côté de l'intelligence a presque toujours un retentissement plus ou moins grave du côté de la sensibilité morale.

L'observation la plus vulgaire nous apprend, en effet, que dans l'aliénation mentale le délire ne se manifeste, en général, qu'après une incubation plus ou moins prolongée, et que c'est précisément dans cette période que l'on commence à remarquer les désordres les plus extraordinaires de la sensibilité morale et affective.

Le dérangement des facultés morales a précédé l'explosion du délire, car la sensibilité morale est bien réelle-

ment, comme on l'a justement remarqué, le stimulant habituel, l'excitateur, et jusqu'à un certain point, le régulateur des fonctions intellectuelles. Celui-là surtout qui, sent vivement et profondément, pense aussi énergiquement; de même que dans l'ordre physique ce sont les divers modes de la sensibilité générale ou spéciale qui viennent provoquer les mouvements réflexes, que ceux-ci soient ou non soumis à la conscience.

De là aussi cette conséquence que, suivant les différentes espèces de maladie, on observera l'excitation, la perversion l'affaiblissement, en un mot, la transformation de nos sentiments, de nos passions, de notre aptitude plus ou moins grande à être émus, impressionnés, *sensibilisés*, pour me servir d'une expression technique.

Cette faculté de *sensibilisation* varie à l'état normal, on le sait, suivant certaines conditions qui tiennent à notre organisation ou au milieu dans lequel nous vivons, qui se rattachent à nos aptitudes et forment précisément l'idyosincrasie individuelle, ou qui dépendent de notre éducation, de notre instruction, etc. C'est ainsi que, d'après les professions, l'artiste, l'homme de lettres, le militaire, seront diversement impressionnés suivant que ces impressions se rapporteront elles-mêmes à l'objet de prédilection de leurs études et de leurs occupations. Ce qui, sous ce rapport, exercera sur l'un une influence considérable laissera l'autre absolument indifférent. De même, nous trouverons de ce côté les manifestations les plus variables suivant les différentes espèces de délire.

Cette étude, qui exigerait de nombreuses recherches, ne saurait être faite ici, elle n'a d'ailleurs qu'un rapport fort éloigné avec les considérations que nous nous sommes proposé de développer. La seule conclusion que nous voulons en tirer, c'est que chez les aliénés on voit d'habitude les troubles de l'intelligence être associés et marcher parallèlement avec les désordres plus ou moins considérables de la

sensibilité morale, nous n'aurions que l'embarras du choix si nous voulions citer des observations à ce sujet.

Il existe cependant des exceptions à cette règle générale, et comme on peut voir le trouble de l'intelligence se manifester sans produire d'une manière bien évidente une anomalie correspondante du côté de la sensibilité morale, on peut de même observer des cas de folie fort remarquables, d'ailleurs très-nettement caractérisés à différents points de vue, dans lesquels on constate le trouble des sentiments, la perversion morale, lorsqu'il est à peu près impossible de trouver un dérangement plus ou moins apparent du côté de l'intelligence.

Ces cas exceptionnels peuvent frapper d'étonnement ceux qui les observent, mais, nous l'avons dit, leur existence ne saurait être mise en doute ; les annales de la science en renferment des exemples incontestables.

D'ailleurs, dans une autre ordre d'idées, en dehors même des faits qui doivent rentrer dans le cadre des maladies mentales, ne remarque-t-on pas, sous l'influence de conditions pathologiques variables, des altérations plus ou moins profondes de la sensibilité morale, absolument indépendantes des troubles intellectuels.

C'est ainsi qu'à la suite d'attaques d'hystérie, on peut voir les femmes qui en sont atteintes se mettre à rire, à pleurer, à pousser des cris, sans que rien vienne motiver cet excès de joie, de tristesse ou de colère ; les malades conservent parfaitement la conscience de cette situation et ne présentent du côté de l'intelligence aucun désordre appréciable.

Il en est de même dans d'autres circonstances : sous l'influence de fatigue, de faiblesse accidentelle, par le fait des progrès de l'âge, à la suite d'attaques d'apoplexie, de simples congestions cérébrales, on voit les individus acquérir une sensibilité exagérée, ressentir les émotions les plus inexplicables, pleurer, pousser des sanglots que rien ne justifie, souvent même par le seul fait des efforts qu'ils

font pour prononcer quelques paroles et pour répondre aux questions les plus ordinaires et les moins susceptibles de provoquer cette exagération de sensibilité.

« Tous ceux, dit Maudsley, qui ont écrit sur l'aliénation mentale, quelle que soit la théorie sur laquelle ils aient basé leur classification particulière, sont contraints par l'observation des faits à reconnaître qu'il est, pour cette affection, des variétés où le délire n'existe pas, une folie où il y a principalement insanité du sentiment et de la conduite. Ainsi dans les deux grandes divisions primaires appelées la mélancolie et la manie, on distingue une *mélancolie simple* ou mélancolie sans délire et une *mania sine delirio*, manie sans délire. Ces variétés ont réellement une importance beaucoup plus grande qu'on n'en jugerait à l'apparence et à la simplicité de leur caractère, car c'est dans les affections de cette classe que les dangereuses propensions à l'homicide, au suicide, ou autres actes de destruction, sont le plus spécialement susceptibles de se produire. Or, toute la différence entre la mélancolie sans délire et la manie sans délire, c'est qu'il y a dans celle-là dépression mentale marquée et point de dépression notable dans celle-ci.» (Maudsley, *op. cit.*, p. 125 et 126).

Tout en partageant les idées de l'auteur que nous citons, nous croyons que l'observation clinique démontre, pour la folie morale comme pour la folie intellectuelle, un grand nombre de variétés, mais qui toutes peuvent être comprises dans la même classification.

Nous ne ferons pas l'histoire détaillée et difficile à exposer de ces différentes variétés, nous nous bornerons à les examiner d'une manière très-succincte.

*Folie morale maniaque. — Manie sans délire, raisonnante, etc.* — Cette espèce d'aliénation présente une physionomie caractéristique qui depuis longtemps avait attiré l'attention des auteurs ; elle est une des formes les plus ordinaires et les plus remarquables de la folie morale. L'observateur le

moins exercé ne saurait méconnaître dans cette singulière affection l'enchaînement de la volonté et l'impossibilité, pour ceux qui en sont atteints, de se conduire raisonnablement, une fois livrés à eux-même et abandonnés à leurs propres forces. Dans presque tous les cas il existe chez eux une perversion morale profonde : c'est une mauvaise action que l'individu est toujours poussé à commettre, c'est l'impossibilité pour lui de diriger ses actes vers un but avouable et, malgré ses promesses les plus formelles, malgré son intérêt le plus grand, de tenir ses résolutions les plus énergiques. Les exemples d'une semblable situation ne sont pas difficiles à trouver, nous nous bornerons à en résumer quelques-uns.

Déjà Pinel avait observé de pareils aliénés. « Ces malades, fait-il remarquer, font les réponses les plus justes et les plus précises ; ils lisent et écrivent comme si leur entendement était parfaitement sain et, par un contraste singulier, on les voit mettre en pièces leurs vêtements, déchirer leurs couvertures ou la paille de leur couche, et trouver quelque raison plausible pour justifier leurs écarts et leurs emportements. » (Pinel, *Traité méd.-ps. sur l'alién. ment.* p. 93, 155, 159.)

» Ces individus, ajoute Trélat, sont fous, mais ne paraissent pas fous parce qu'ils s'expriment avec lucidité. Ils sont fous dans leurs actes plutôt que dans leurs paroles. Ils ont assez d'attention pour ne laisser échapper rien de ce qui se passe autour d'eux, pour ne laisser sans réponse rien de ce qu'ils entendent, souvent pour ne faire aucune omission dans l'accomplissement d'un projet.» (Trélat, *Folie lucide*, p. 23.)

« Ces sortes de malades, ajoute plus loin l'auteur que nous citons, qui sont le fléau le plus redoutable, se contiennent parfaitement devant les personnes étrangères; ils peuvent exercer sur eux une puissance remarquable, mais une fois abandonnés à eux-mêmes, chez eux, dans leur intérieur, là où ils ne savent trouver aucune résistance, on les voit se

livrer aux actes les plus désordonnés, aux emportements que rien ne motive, aux actions les plus noires et les plus méchantes. » (Trélat, *op. cit.*, p. 297.)

« La manie raisonnante, dit d'autre part le Dr Campagne, fait partie d'un groupe de maladies qu'on pourrait appeler groupe des folies lucides ou des folies raisonnantes.

» L'observation des maniaques raisonnantes, ajoute plus loin ce médecin, est hérissée de difficultés. Les personnes mêmes qui les soignent, malgré l'habitude que leur donne une longue expérience dans les établissements d'aliénés, sont fortement disposées à les prendre pour des êtres affligés d'une perversion congénitale plus digne d'une maison de correction que d'un asile d'aliénés. Le médecin spécial lui-même n'est pas toujours à l'abri de ces hésitations, car la manie raisonnante ne se traduit guère par des phénomènes saillants; son appareil de manifestation repose tout entier sur des nuances, sur de simples degrés de l'activité mentale et jamais sur des phénomènes morbides énergiquement accusés et parfaitement reconnaissables. En outre, cette affection morbide est très-voisine des limites extrêmes de la physiologie. » (Campagne, *Manie raisonnante*, p. 41, 42.)

Marcé ne croit pas qu'on doive considérer ce qu'il appelle la monomanie raisonnante comme entité pathologique distincte. « Tous les faits de cette nature que j'ai recueillis, dit-il, se rangent en deux catégories: ce sont ou des états congénitaux dont on retrouve les traces de la première enfance et qui peuvent légitimement être rattachés à de l'imbécillité, ou des états anormaux de l'intelligence, consécutifs à des accès antérieurs de folie et se rapprochant de l'excitation maniaque. »(Marcé, *Mal. ment.*, 1862, p. 391.)

Nous nous rangeons entièrement à l'opinion exprimée par Marcé, et nous verrons que, quelles que soient l'origine, la cause des accidents nerveux qui ont présidé au développement de cette affection, la manie sans délire, véritable folie morale maniaque, repose sur la mobilité même des impressions,

la perversion des sentiments et l'excitation désordonnée des facultés qui se rapportent à la sensibilité morale. Tantôt ce désordre moral s'accompagne de manifestations délirantes se rattachant à un état maniaque plus ou moins intense, tantôt au contraire il alterne avec des périodes de manie plus ou moins aiguë; dans d'autres circonstances enfin il succède à diverses affections mentales, la lypémanie, la manie, la folie congestive, la stupeur, etc.

Il constitue dans ce cas un état mental définitif, pouvant se prolonger plus ou moins longtemps, mais ayant dès lors tous les caractères d'une maladie qui a présenté ses causes, ses périodes de développement, ses transformations, etc.

Nous nous bornerons à exposer d'une manière très-succincte les symptômes que l'on a assignés à la manie sans délire et qui se trouvent d'ailleurs plus ou moins décrits dans les différents traités de maladies mentales.

Cette affection présente généralement les caractères psychologiques suivants :

Les individus qui en sont atteints semblent moins privés de leur raison et de leur intelligence que de la possibilité de diriger convenablement leurs actes. Ils trouvent toujours des prétextes pour se justifier et raisonnent quelquefois avec une telle logique, qu'il est à peu près impossible de les réfuter.

Ils subissent l'influence de toutes les impressions qu'ils ressentent et se laissent entraîner par toutes les impulsions qui viennent les dominer. Leur volonté est tellement faible qu'une fois livrés à eux-mêmes on les voit obéir aux entraînements les plus contraires. La première idée qui traverse leur esprit, le moindre fait qui frappe leur regard devient pour eux un mobile puissant qui les porte tout à coup aux actes les plus regrettables. En un mot, l'individu est incapable de se maîtriser, et ce sont surtout les mauvaises passions qui viennent sans cesse l'agiter.

Sans doute une observation prolongée, attentive, ne

tarde pas, dans la plupart des cas, à faire reconnaître que ces individus possèdent un état intellectuel plus solide en apparence qu'en réalité.

Ils peuvent en effet raisonner logiquement dans le cercle étroit de certaines données; mais si on prolonge la conversation, si on l'étend à quelques sujets étrangers à leurs préoccupations habituelles, on ne tarde pas à voir apparaître tout un ordre de phénomènes caractéristiques : idées fixes, illusions étranges, erreurs nombreuses, amour-propre exagéré, etc. Presque toujours enfin on constatera divers accidents nerveux, des troubles plus ou moins marqués de la sensibilité générale.

Il y a aussi pour l'appréciation d'une semblable maladie à tenir grand compte des circonstances commémoratives. Ainsi l'affection se sera déclarée à la suite de causes particulières physiques ou morales. On aura pu constater un changement considérable dans la manière d'être, la conduite, les habitudes, le caractère de l'individu. L'état pathologique aura lui-même présenté des périodes de développement, des moments de recrudescence pendant lesquels certains troubles physiques auront été plus ou moins observés, tels que l'insomnie, l'altération des fonctions digestives, etc. Enfin on ne doit pas oublier, comme nous l'avons d'ailleurs fait déjà remarquer, que la manie raisonnante est souvent la période prodromique d'une autre forme d'aliénation, que souvent aussi elle survient à la suite d'accès de folie ou bien qu'elle alterne avec eux.

Nous citerons sous ce rapport quelques exemples intéressants.

Nous avons eu dernièrement à l'asile Sainte-Anne un malade fort dangereux. Sa folie est caractérisée pendant certaines périodes par des troubles intellectuels à forme maniaque, très-accentués ; à d'autres moments on observe seulement une perversion morale profonde qui le rend un objet de crainte sérieuse pour ceux qui l'entourent, sans ma-

nifestation apparente de troubles intellectuels. Dans la période délirante ce malade est sujet à des hallucinations qui lui causent de vives frayeurs, il est dominé par les idées fixes et les interprétations les plus déraisonnables ; il accuse sa femme d'avoir des relations coupables avec son propre père à elle; la nuit il a des terreurs, il entend sans cesse parler autour de lui, il se cache sous son lit,... etc. Puis ces troubles disparaissent entièrement et la folie revêt un caractère franchement moral. Le malade raisonne alors parfaitement, il sent très-bien qu'il fait mal, qu'il est méchant, dangereux; il en a la conscience, il convient de tout, mais il ajoute qu'il n'a nullement envie de changer. Cela lui fait plaisir d'agir de cette manière, et alors il insulte les gardiens, il profère contre eux les plus abominables paroles, il couvre d'excréments les murs, les serrures, il menace de tuer sa femme, il tient à l'égard de sa mère les propos les plus honteux, exprime l'intention d'étrangler le médecin,... etc. En un mot nous n'avons pas de malade plus redoutable, et toute cette manifestation se fait, pour ainsi dire, à froid; c'est avec un calme parfait, presque en souriant, que ce malheureux se livre à un pareil dévergondage. Lui-même nous explique qu'il n'a pas toujours de si mauvaises dispositions, qu'il a même fait preuve, avant de devenir malade, de sentiments fort honorables ; c'est, ajoute-t-il, sa folie qui le pousse à proférer les injures, à dire les calomnies et à faire les méchancetés qu'on lui voit sans cesse commettre.

Trélat cite l'observation suivante : « M^lle X... est presque périodiquement sujette à des accès de manie pendant lesquels elle frappe à coups redoublés tout ce qui est à sa disposition, déchire ses vêtements, ses draps, ses couvertures et ses matelas; brise ses meubles et tout ce qu'elle peut trouver sous sa main. Pendant ce temps et jusqu'au milieu de sa plus grande violence, elle conserve et possède toute son intelligence, ne fait jamais répéter ce qu'on lui dit,

répond immédiatement et toujours juste aux questions qu'on lui adresse, ne se fâche pas si on la gronde, si on lui reproche de tout détruire, mais dit et affirme qu'elle ne peut faire autrement. » (Trélat, *op. cit.*, p. 297.)

Le même auteur cite encore, parmi ce qu'il appelle les maniaques lucides, l'exemple d'une autre malade qui, de temps à autre, un mois sur deux, est prise d'un accès de manie morale. Alors elle devient nuisible et dangereuse pour ses voisines. Elle les pousse, les pique, les pince, elle place sur leur chaise un corps étranger qui puisse leur faire mal au moment où elles vont s'asseoir. En même temps elle s'empare rapidement de leur ouvrage, le coupe, le salit, et le remet bien vite en place. Dans ces moments elle parle un peu plus et accuse les personnes qui l'entourent, invente les imputations les plus artificieuses, déchire les objets de literie, les rideaux de fenêtre,... etc. Si on lui fait connaître qu'on sait parfaitement à quoi s'en tenir sur son compte, si on lui montre les objets qu'elle a déchirés, les ecchymoses qu'elle a faites à ses voisines en les pinçant, elle ne dit rien, ne bouge pas, sa figure demeure terne et immobile. Cette hypocrite a les meilleures armes à son service. Elle est toujours lucide et conserve dans ses accès l'apparence du calme le plus profond; on doit ajouter qu'il existe plusieurs aliénés dans sa famille. (Trélat, *Folie lucide*, p. 302.)

L'observation suivante nous a paru trop remarquable pour ne pas être citée. C'est un exemple curieux de folie morale à forme maniaque, caractérisée par l'instabilité des idées et la mobilité des projets, l'irrésistible besoin de changer de lieu et de place et la manifestation, à certains moments et sous l'influence d'excès alcooliques, d'une manie congestive, présentant alors les caractères de la paralysie générale.

X... est placé à l'asile Sainte-Anne en 1870. Le certificat du médecin de la préfecture de police porte qu'il est atteint de délire partiel. Il prétend qu'il est le générateur du genre

humain et que par ses découvertes il est appelé à modifier toutes les institutions humaines. Il déclare qu'il est très-riche et qu'on l'a récemment empoisonné. Il se présente sous le faux nom de Dupuis.

Le certificat du médecin de l'admission à l'asile Sainte-Anne constate qu'il est probablement atteint d'une paralysie générale à son début,... etc.

Ce malade, âgé de 26 ans, est, depuis longtemps déjà, sujet à des accès d'aliénation, présente un mélange de folie morale et de périodes de surexcitation maniaque avec prédominance d'idées ambitieuses. Son existence, malgré son âge peu avancé, est des plus extraordinaires : elle n'est qu'une longue série d'actes bizarres, désordonnés, immoraux, le plus souvent excentriques, dont il a parfaitement conscience et qui le plus souvent sont réfléchis et très-bien combinés. Il appartient à une famille très-honorable qui, de guerre lasse, a dû l'abandonner à lui-même.

On peut dire que chez lui la raison semble presque toujours côtoyer l'extrême limite de la folie; sa conduite témoigne, dans tous les cas, d'une absence totale de sens moral.

Nous résumons en quelques lignes cette existence singulière. D'abord placé au séminaire, puis au collége, il se fait renvoyer vers l'âge de 14 ans pour cause d'insubordination. Embarqué à l'âge de 18 ans, comme mousse, puis expédié en Afrique après avoir signé un engagement militaire, il se fait licencier trois mois après.

De retour daus son pays, il s'engage dans l'armée belge, déserte, vient à Paris, se présente au supérieur du grand séminaire, auquel il fait accroire qu'il veut se faire prêtre, est envoyé dans une maison religieuse qu'il quitte peu de temps après ; retourne en Belgique, se fait arrêter et condamner pour désertion à un an de prison.

Il est gracié au bout de quelques mois, puis réincorporé, il déserte de nouveau. Condamné une deuxième fois, il est de nouveau gracié à l'avénement de Léopold II.

Nommé instituteur communal, il se marie malgré le consentement de ses parents et quitte sa femme après quatorze jours de mariage. A la suite des désordres auxquels il se livre, il est destitué de son emploi et, dans l'impossibilité d'avoir une nouvelle place, il tombe bientôt dans une extrême misère

Comme il était marié et qu'il était d'ailleurs suffisamment connu, il ne peut trouver à s'engager. Alors il se procure de faux papiers, se rend en Hollande et sous un nom supposé contracte un engagement pour les Indes. Il touche une prime de 160 florins. Nommé sous-officier et détaché au bureau topographique il arrive à gagner, tant à Java qu'à Batavia, 60 florins par mois. L'ennui ne tarde pas à le prendre : il simule une maladie, parvient à se faire réformer et revient à la fin de 1869 à Rotterdam, où il reçoit comme sous-officier une nouvelle gratification de 300 francs.

Il rentre alors à Bruxelles où il ne reste que deux jours, part pour Paris où il se fait condamner à quinze jours de prison pour outrages à un magistrat. Remis en liberté, il se livre à diverses tentatives d'escroquerie; se fait donner 20 francs par le directeur du séminaire, sur la promesse qu'il retournera de suite chez lui, à Bruxelles ; passe son temps dans les cafés, vend ses habits, se fait entretenir par une ouvrière qu'il quitte lorsqu'elle est à bout de ressources; fait des dépenses de voiture et de consommation dans un café, qu'il ne peut payer, et se fait alors arrêter.

Il présente à son arrivée des symptômes de délire ambitieux, mais il prétend qu'il avait exagéré cette disposition d'esprit et qu'il s'était fait une sorte de plaisir d'induire en erreur même le médecin chargé de son observation.

Il n'en est pas moins certain que sous l'influence de la moindre excitation ce malheureux jeune homme ne se domine plus, qu'il perd tout empire sur lui-même et qu'il n'a plus la conscience des actes auxquels il se livre. Il insulte alors, sans motifs, les agents de l'autorité et pour peu

que son exaltation prenne des proportions plus grandes, on le voit aussitôt présenter des troubles intellectuels manifestes. Il est alors dominé par les idées ambitieuses les plus insensées : il se figure être le fils de grands personnages, en un mot, il devient bien réellement aliéné. Toutefois, chose remarquable, il montre dans ce cas une disposition bizarre à exagérer sa folie, comme si, même dans cet état, il conservait encore en partie la conscience de sa position.

Nous avions depuis quelques années perdu de vue ce malade lorsqu'une lettre du médecin d'une maison d'aliénés en Belgique nous était adressée. Cet honorable confrère nous faisait savoir que X... était sur le point de passer en cour d'assises; il avait commis des faux, s'était enrôlé sous le nom et avec les papiers d'un jeune homme mort peu de temps auparavant, et avec lequel il avait quelque grossière ressemblance d'âge, de taille et de physionomie. Lui-même nous écrivait une lettre singulière pour réclamer notre bienveillante assistance : « Convaincu, disait-il, de votre opinion sur *ma moralité et sur mes mœurs*, j'ai l'entière confiance que vous ferez en sorte de m'aider dans les bornes du possible pour me tirer de la déplorable position où je me suis mis, en ne jouissant pas de ma liberté morale. »

Ces lignes si elles n'étaient pas la preuve d'une audace incompréhensible suffiraient à elles seules à démontrer l'absence la plus complète de sens moral.

Il nous serait facile de citer quelques autres observations présentant plus ou moins des caractères identiques, nous nous bornerons à faire remarquer que dans la plupart des cas des accès de délire maniaque s'observent avec un degré variable d'intensité, à côté de cette folie morale; on les voit se produire surtout dans les moments où l'exaltation prend de plus grandes proportions.

Nous pourrions encore rapporter d'autres exemples où la période de manie aiguë a offert en même temps que des

manifestations délirantes des symptômes prédominants de perversion morale; mais une semblable étude s'écarterait de notre sujet et nous ferait perdre de vue l'objet de ce travail. Nous examinerons donc rapidement quelques-unes des autres formes que peut présenter la folie morale.

*La lypémanie sans délire, raisonnante,* autre variété de folie morale qu'Esquirol désignait sous le nom de monomanie affective, se montre elle aussi avec les caractères les plus singuliers et les plus variables. Nous en résumerons très-succinctement les signes principaux.

La dépression morale est le symptôme fondamental et en quelque sorte pathognomonique de cette affection; c'est pour ainsi dire le pivot autour duquel viennent se développer les accidents névropathiques les plus divers.

Tantôt ce sont des angoisses, des frayeurs, une inquiétude que rien ne motive, comme dans la lypémanie anxieuse, la pneumo-mélancolie de quelques auteurs. La sensibilité morale peut être alors portée au plus haut degré d'exaltation; les malades s'émeuvent, pleurent, sanglotent, presque à la manière des hystériques, sans qu'il leur soit possible d'indiquer le motif d'une si profonde émotion.

Tantôt c'est une simple perte de la volonté, une absence de toute espèce d'initiative qui afflige et étonne les malades, dont ils ne peuvent se rendre compte et qui s'accompagne dans la plupart des cas d'un état d'insensibilité morale plus ou moins considérable. Ces anomalies qui se rattachent à l'ordre moral et affectif viennent se manifester en dehors de tout autre trouble apparent des facultés intellectuelles. Les malades raisonnent juste, ils comprennent très-bien leur triste situation, ils voudraient en être débarrassés, mais leurs efforts sont impuissants et ils se montrent incapables de suivre les conseils des médecins qu'ils ne cessent de consulter.

Profondément attristés, on voit ces malheureux rester dans une tenue négligée, malpropre, inconvenante; non-

chalants et apathiques, tout indique chez eux l'insuffisance de la volonté ; ils déplorent leur triste situation, ils raisonnent sur toutes choses avec une remarquable lucidité, le plus souvent même ils expriment le désir le plus sincère de revenir à des idées, à des habitudes plus en rapport avec le sentiment de leur dignité ; mais de ce côté le moindre effort leur devient à peu près impossible.

On comprend toute l'importance que présente l'appréciation d'une semblable disposition ; au point de vue du diagnostic il serait fâcheux de confondre cette affection avec toute autre situation dans laquelle l'individu devrait être considéré comme ayant son entière responsabilité, mais cette confusion serait encore regrettable au point de vue du pronostic, car l'expérience apprend que plus une affection mentale s'écarte de son type normal, plus elle revêt des caractères exceptionnels, et plus aussi les chances de guérison deviennent moins favorables.

Nous devons aussi faire remarquer que la lypémanie raisonnante se présente avec les nuances et les degrés les plus variables ; nous ne pouvons ici les passer en revue, nous n'avons pas davantage à entrer dans d'autres développements sur les causes, la marche, la terminaison que l'on peut observer dans cette affection; ces circonstances sont celles que l'on constate d'ailleurs pour la folie morale en général, quels que soient les différents aspects sous lesquels elle s'offre à notre observation.

Esquirol avait déjà cité l'exemple de cet ancien magistrat, très-distingué par son savoir et la puissance de sa parole, qui avait été atteint à la suite de violents chagrins d'un semblable accès d'aliénation. Aux conseils qu'on lui donnait, il répondait invariablement : « Je sais parfaitement ce que je devrais faire ; vos conseils sont fort bons et j'ai le meilleur désir de les suivre, mais faites que je puisse vouloir, de ce vouloir qui détermine et exécute. Il est certain que je n'ai de volonté que pour ne pas vouloir, car j'ai

toute ma raison, mais la force m'abandonne lorsque je devrais agir. »

La lypémanie raisonnante, sans délire, ne s'offre d'ailleurs pas toujours avec ces seuls caractères d'impuissance et d'inertie, on peut observer du côté de la sensibilité morale les phénomènes morbides les plus aigus et les plus extraordinaires; ces phénomènes se rapprochent jusqu'à un certain point des accidents nerveux que l'on a l'habitude de signaler dans l'hypochondrie et l'hystérie. Il nous suffira de citer à cet égard quelques exemples plus ou moins remarquables.

X... est atteint de prédisposition héréditaire à l'aliénation mentale, il a fait aussi quelques excès alcooliques étant militaire. Peut-être a-t-il eu de rares attaques d'épilepsie, mais il est impossible d'obtenir de ce côté des renseignements précis; il nous déclare seulement avoir eu quelquefois des espèces de vertiges et il se rappelle avoir, dans quelques rares circonstances et à sa grande surprise, mouillé la nuit son lit.

Il était maladif dans son enfance et il est toujours resté un peu faible de tête; non-seulement il ne pouvait supporter les moindres excès alcooliques, mais les plus légères contrariétés l'impressionnaient vivement. La mort d'une jeune fille qu'il affectionnait vivement le fit tomber dans une profonde mélancolie; il devint triste, rêveur au point de ne pas faire attention à ce qui se passait autour de lui; il avait, suivant sa propre expression, comme des crises d'absence mentale. Il ne pouvait supporter la moindre observation, tout l'irritait au point de lui faire perdre même les sentiments de respect vis-à-vis les parents ou les amis qui lui étaient le plus chers.

Quand il sentait l'état d'épuisement nerveux porté au plus haut degré, alors il allait dans les cimetières et là il tombait dans des rêveries prolongées; il lui semblait que sa tristesse avait quelque chose de *sépulcral;*

il se mettait à verser des larmes abondantes et il se sentait aussitôt soulagé. Il dort difficilement, son sommeil est agité et ordinairement interrompu par des rêves absurdes. Souvent il est oppressé et il lui semble qu'il a, à certains moments, comme une absence totale de pensées. Ce malade raisonne d'ailleurs parfaitement, il conserve la conscience la plus complète de cette pénible situation.

Nous avons cité ailleurs (*Traité des mal. ment.*, 1876, p. 245) l'observation d'une malade qui depuis plusieurs années était tombée dans un état d'affaiblissement dont rien ne pouvait la faire sortir. Tout la mécontente, elle se plaint d'être abandonnée, de ne pas recevoir les soins dont elle doit être l'objet ; elle pousse à chaque instant des gémissements qui la rendent plus qu'incommode aux personnes qui l'entourent. Ce sont des regrets perpétuels, elle refuse les médicaments qui lui sont prescrits parce que, dit-elle, sa maladie est incurable, et l'instant d'après elle se repent de ne pas les avoir pris. Elle reproche amèrement aux religieuses qui la soignent de ne pas faire assez attention à elle, de laisser ignorer au médecin les souffrances qu'elle endure, et, si on la presse de s'expliquer, elle prétend que c'est trop tard, qu'il n'y a plus rien à faire ; puis elle recommence ses éternels gémissements. Et cependant cette dame est douée d'une intelligence distinguée, elle possède une véritable instruction, sa conversation est agréable, elle émet sur les sujets les plus variés des observations intéressantes. Elle se rend compte de sa triste position, elle sait qu'il lui manque seule cette force morale, sans laquelle les meilleures dispositions ne peuvent se manifester et elle cherche sans cesse la cause de cet état d'impuissance auquel elle se trouve réduite.

Il serait inutile d'insister plus longuement sur cet ordre de faits, nous avons tenu seulement à en bien faire saisir le caractère. Il nous suffira de faire remarquer que, pour cette forme de folie morale, comme pour la manie sans délire,

il n'est pas rare de constater à certains moments de véritables manifestations délirantes, des hallucinations, des idées de persécution, etc. ; seulement les périodes pendant lesquelles ces troubles intellectuels se produisent sont de courte durée, on les observe particulièrement sous l'influence d'une surexcitation plus ou moins grande.

*La folie impulsive* est bien certainement le type le plus remarquable de la folie morale ; Esquirol la désignait sous le nom de nonomanie instinctive. Nous nous sommes étendu ailleurs à ce sujet (*Trait. des malad. ment.*, 1876) avec tous les développements suffisants pour n'avoir pas à en faire ici une description détaillée. Cette affection présente dans sa marche et sa manière d'être des particularités remarquables qui n'ont pas manqué de fixer l'attention. D'une manière générale on la voit se manifester tantôt sous la forme d'accès affectant plus ou moins le caractère d'excitation maniaque ; les tendances instinctives surgissent alors et disparaissent tour à tour, fort différentes les unes des autres. Tantôt au contraire l'accès se présente avec des impulsions qui affectent une remarquable fixité et une extraordinaire ténacité; c'est la même impulsion irrésistible qui domine plus ou moins longtemps la volonté du malade, elle est le seul symptôme apparent et, dans quelque cas, il a été impossible de constater l'altération la plus légère des facultés intellectuelles.

Les circonstances les plus diverses peuvent être, on le sait, en dehors de la prédisposition héréditaire, la cause du développement de cette affection ; tels sont l'abus de l'absinthe, les attaques d'épilepsie, etc.

L'observation suivante nous paraît intéressante: X... nous arrive avec le certificat ci-contre de la préfecture de police. Epilepsie larvée, accidents nocturnes méconnus. Besoins pathologiques homicides; désir immodéré d'assassiner son père; luttes contre cette suggestion morbide, aveu spontané à l'autorité et besoin d'être protégé contre lui-même, etc.

Le malade nous explique en effet que, depuis trois mois, il se sent pris d'accidents bien singuliers. Il est comme sujet à des espèces de vertiges pendant lesquels, s'il ne se retenait, il tomberait à terre. Cela lui arrive presque toutes les semaines, quelquefois même il a plusieurs vertiges dans la même journée ; jamais autrefois il n'avait rien éprouvé de semblable. Il ressent en même temps d'autres troubles extraordinaires, il a comme des accès de somnambulisme. Il est alors poussé à marcher devant lui sans but, sans savoir où il va ; il marche jusqu'à ce qu'il soit fatigué. Mais ce qui l'effraye surtout, ce sont les impulsions dangereuses qui de temps à autre viennent le dominer et contre lesquelles il lutte avec la plus grande énergie. Ce sont des espèces d'accès qui durent un quart d'heure environ et s'accompagnent ordinairement de maux de tête. En dernier lieu il luttait depuis près de trois heures contre cette affreuse impulsion lorsqu'il a été lui-même demander la protection du commissaire de police. Il s'était même débarrassé de son rasoir qui devenait pour lui une cause d'horrible tentation. Lorsque les accès impulsifs le prennent il n'a pas d'hallucinations, mais il éprouve une sensation qui en approche; il discute mentalement les accidents qu'il ressent.

Ce jeune homme est intelligent; en dernier lieu, étant sergent-major, il avait vu passer avant lui d'autres sous-officiers et il en avait conçu une violente irritation. Il avait fait aussi, étant en Afrique, des excès d'absinthe, mais depuis déjà longtemps il avait renoncé à cette boisson.

Les annales de la science renferment des exemples bien autrement remarquables de ce genre de folie. Nous n'avons pas à les rappeler à propos de ce travail; nous avons seulement voulu donner à cet égard une courte indication.

A la folie morale appartient encore toute une catégorie de faits qui méritent de fixer l'attention et qui semblent dépendre de certaines névroses, par exemple de l'épilepsie.

« Rien n'est plus frappant, dit Maudsley, que le brusque et extrême changement de caractère présenté par les épileptiques avant ou après un accès. Jusqu'alors laborieux, attentifs et dociles, ils changent soudain de disposition et de conduite. Il deviennent négligents, indolents, paresseux, oublieux des choses les plus simples ; ils ne veulent plus faire leur ouvrage et passent le temps soit dans une inaction absolue, soit à errer sans but. Ils montrent toute sorte de mauvaises tendances, ils sont menteurs, voleurs, soupçonneux, mécontents et irritables. Au moindre prétexte et sans provocation aucune, ils se livrent à de soudains éclats de violence. La perversion morale est, en pareil cas, si étroitement liée aux accès de la maladie, qu'il n'est pas possible de s'y méprendre. » (Maudsley, *op. cit.*, p. 168.)

L'observation d'un de nos malades nous offre sous ce rapport un exemple intéressant ; les renseignements suivants sont consignés dans le certificat du médecin de la préfecture de police :

« X..., est sujet à de violentes attaques d'épilepsie qui se déclarent surtout à la suite de contrariétés. Les attaques ne reviennent pas régulièrement, elles sont quelquefois subintrantes, accompagnées souvent d'une vive agitation, d'autres fois suivies de prostration, douleur de tête, paralysies partielles. Au moment où ce certificat est rédigé, X... vient d'éprouver une série d'attaques dont il n'est pas entièrement débarrassé. Il est brisé, ressent un violent mal de tête, le jambe droite est raide, dans une extension forcée ; le pied est violemment tendu sur la jambe, il est impossible, par suite de la rétraction musculaire, de ramener le pied dans la position naturelle.

» Du côté intellectuel on n'observe pas de troubles proprement dits, mais après les attaques il reste à ce jeune homme des instincts ou des impulsions mauvaises. Son caractère devient difficile, il a de détestables penchants, il dérobe à ses camarades divers objets, de l'argent..., etc.

Quand on lui fait des reproches, il entre dans de violentes colères, et c'est alors qu'il est pris de nouvelles attaques d'épilepsie. Sous l'influence de ses accès, il se livre à une série d'actes répréhensibles, vols, brutalités, rébellion, accès furieux, dont la cause doit être rapportée à la maladie épileptique dont il est atteint. »

Cette étude de la folie morale se rattachant à l'épilepsie et à d'autres névroses pourrait présenter un très-grand intérêt, elle ne saurait toutefois rentrer dans les considérations que nous nous sommes proposé de développer ici. Il nous reste à examiner très-rapidement ce que l'on a désigné sous le nom d'imbécillité et, au degré le plus élevé, d'idiotie morale.

Il n'est pas rare d'observer sous l'influence de conditions morbides particulières, congéniales ou acquises, une véritable imbécillité morale. Les individus qui en sont atteints présentent bien réellement l'arrêt de développement des facultés morales. On est véritablement frappé de l'espèce d'insensibilité que l'on peut observer sous ce rapport.

Maudsley fait à ce sujet des remarques très-justes, il cite à l'appui de son opinion les observations de Morel. Cet auteur fait en effet observer que, parmi les conséquences possibles de l'insanité chez les ascendants et dans la famille, il en est une qui à ce point de vue est d'un intérêt véritable, c'est l'entière absence de sens moral. On peut en effet le constater en pareil cas, même chez de jeunes enfants qui, longtemps avant de savoir ce que c'est que le vice, ont déjà montré un manque absolu de sentiment moral, en même temps que leurs actions décelaient toute sorte de penchants immoraux, c'est-à-dire une incontestable imbécillité ou insanité morale. Ce défaut sans doute est souvent accompagné d'une diminution plus ou moins grande de l'intelligence, mais non pas toujours ; il arrive même parfois que l'intelligence est remarquablement

aiguisée, tandis qu'il n'y a pas trace de facultés morales. Les exemples ne sont pas rares dans les familles où l'un des membres est fou tandis qu'un autre est négligent, dissipé, dépravé ou même criminel. Morel et Prichard citent plusieurs cas de ce genre fort remarquables. (Maudsley, *op. cit.*, p. 56 et 58.)

L'auteur dont nous résumons l'opinion admettrait même qu'une certaine catégorie de criminels, les *criminels invétérés* n'ont point de sens moral; ils sont positivement atteints, suivant lui, d'imbécillité morale. Leur insensibilité sous ce rapport serait telle qu'en présence de la tentation, ils n'ont contre le crime aucun pouvoir sur eux-mêmes.

Nous n'avons pas en vue ici les individus de cette catégorie, c'est une étude qui doit être faite à part, elle nécessite d'ailleurs une compétence que le manque d'observations et d'expérience ne nous permet pas d'avoir. Nous ne chercherons donc pas à discuter les allégations du célèbre médecin anglais; nous n'avons seulement à considérer que les cas d'imbécillité morale, survenus à la suite de causes accidentelles, sous l'influence de conditions pathologiques diverses, soit pendant l'enfance, soit à un âge plus avancé.

L'imbécillité morale s'accompagne souvent d'un même degré de faiblesse intellectuelle; l'arrêt de développement qui s'est produit est venu également retentir de l'un et l'autre côté, comme une conséquence de la loi qui vient présider à la solidarité qui lie les facultés entre elles. On comprend que nous n'ayons pas à résumer les causes si nombreuses qui viennent exercer de ce côté une influence funeste; nous nous bornerons à citer sous ce rapport les exemples suivants :

X. est âgé de 22 ans; il est faible d'esprit; il a appris à lire et à écrire mais avec la plus grande difficulté; sa mémoire est faible; il sait compter, toutefois les calculs les plus simples exigent de sa part la plus grande attention. Il aide son père dans son état de tailleur et il sait coudre; il faut

alors toujours lui préparer à l'avance son travail; de lui-même il est incapable d'appliquer une pièce à un vêtement déchiré. Ce pauvre garçon a la prononciation vicieuse de la plupart des individus atteints d'imbécillité. Il est doux de caractère, mais dénué de sens moral, et il commettrait à chaque instant des actes de méchanceté s'il n'était convenablement surveillé et immédiatement puni. La société des femmes, celle des jeunes filles, l'embarrassent au plus haut degré et c'est surtout contre elles que s'adressent ses mauvaises dispositions. Il est un jour arrêté après avoir piqué à la cuisse, à travers ses vêtements, une femme se trouvant près de lui, qu'il ne connaissait pas, avec une aiguille de tailleur fixée à un morceau de bois.

Un autre de nos malades a été traité plusieurs fois pour alcoolisme; il s'adonne à l'absinthe. C'est un jeune homme âgé de 26 ans et qui appartient à une bonne famille. Il aurait été atteint, dès l'âge de 2 ans, de convulsions jusqu'à 12 ans; depuis ce temps il est resté faible d'esprit; ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'il a pu faire quelques études. Il avait été placé en dernier lieu chez un huissier où il n'avait d'autre fonction ou plutôt d'autre rôle à remplir que celui de témoin. Le sens moral est peu développé chez lui et lorsqu'il a fait des excès d'absinthe l'affaiblissement qu'il présente de ce côté est porté au plus haut degré; alors il s'approprie tous les objets qui le tentent, même les objets qui n'ont aucune valeur et qui ne peuvent lui être d'aucune utilité. Il est d'habitude assez facile à diriger, mais lorsqu'il est excité il ne semble pas comprendre la portée des principes les plus élémentaires. Il ne voit pas pourquoi on lui défend de boire de l'absinthe, il ne trouve pas que sa conduite est répréhensible; impossible de lui faire admettre que le vol est une action blâmable; il est inutile de raisonner avec lui, on n'arriverait pas à lui donner sous ce rapport la moindre conviction.

Citons encore un dernier exemple de faiblesse morale survenue à la suite d'accidents cérébraux graves.

X... est âgé de 22 ans. Il a été atteint, il y a quatre ans, d'une encéphalopathie syphilitique caractérisée par des convulsions épileptiformes, un trouble des facultés et une hémiplégie du côté gauche. Grâce à une médication énergique, il a recouvré presque complétement la santé, tout en conservant cependant une grande faiblesse du bras gauche; la main de ce côté est en effet atrophiée et déformée. Depuis ce moment on a observé chez lui un affaiblissement considérable du sens moral. Le malade vole ses parents, vend à vil prix ses habits, les bijoux qu'il a pu soustraire à sa famille ; il disparaît des semaines entières, se livre au vagabondage, à l'escroquerie et ne reparaît chez lui que lorsqu'il se fait arrêter ou lorsqu'il est plongé dans la plus extrême misère.

Les détails dans lesquels nous sommes entré et auxquels nous ne croyons pas utile de donner de plus longs développements, nous paraissent suffisants pour bien faire comprendre que la folie peut se manifester par le trouble des facultés morales, tout aussi bien que par le dérangement des facultés intellectuelles. Si dans la grande majorité des cas on ne peut les observer séparés l'un de l'autre, si la lésion des unes entraîne forcément en général la lésion des autres, on ne saurait méconnaître que, dans des cas absolument exceptionnels, on voit cette séparation se produire à un degré plus ou moins marqué. Ces faits constituent, nous le répétons, une véritable exception; ils nécessitent par cela même une observation attentive, mais nous ne croyons pas que, pour cette raison, il y ait lieu de changer la classification des maladies mentales et d'admettre une folie morale et une folie intellectuelle. En effet la physionomie que présente le trouble des facultés morales s'offre à nous avec les mêmes caractères d'excitation, de dépression, de fixité, de perversion, d'affaiblissement, que l'on peut constater pour les facultés intellectuelles, et c'est pourquoi il nous semble ra-

tionnel de conserver, en en complétant plus ou moins la description, les dénominations de manie, de lypémanie sans délire ou raisonnante, de folie impulsive, d'imbécillité morale, etc., désignations généralement adoptées par les auteurs qui se sont occupés de cette importante question. Les faits que nous avons rapportés nous paraissent confirmer cette manière de voir que nous avons cherché à établir dans ce travail.

---

# Médecine légale

## ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR UN

# CAS DE FOLIE SIMULÉE

*(Affaire Antoine Delbès, inculpé de faux)*

**Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL**
Médecin adjoint de l'asile public d'aliénés d'Évreux.

Le cas de simulation que nous allons rapporter nous a semblé intéressant à un double point de vue : tout d'abord par les diverses questions médico-légales qu'il soulève et dont nous aurons à rechercher les solutions, et ensuite, par la ténacité du simulateur et son habilité à se présenter sous des aspects divers. M. le Dr Darnis, médecin en chef de l'asile de Montauban, à qui nous sommes heureux de manifester ici même toute notre reconnaissance pour la confiance qu'il a bien voulu nous témoigner, tout en nous recommandant la plus extrême prudence, nous ayant laissé toute latitude d'étudier et d'observer le prévenu, nous pûmes suivre librement la voie qui nous semblait la meilleure pour arriver à la vérité.

### I

Placé en observation à l'asile de Montauban par le parquet d'Agen, Antoine Delbès, dès son arrivée, fut complétement

isolé des malades. Nous désirions, avant qu'il fût mis en contact avec les autres, l'étudier livré à lui-même et nous faire une idée exacte de la forme vésanique qu'il présentait, car, d'ordinaire, les simulateurs qui partagent la vie en commun des aliénés les étudient attentivement pour se conformer à leur manière de faire. Un tel changement constaté chez un inculpé entraîne la presque certitude de la simulation. Le malheureux dont les facultés sont véritablement troublées, loin d'imiter ses compagnons d'infortune, est le plus souvent très-habile à saisir leurs aberrations et à s'en moquer. Pour mettre en gaieté toute une salle de travail ne suffit-il pas, en effet, d'interroger à haute voix un des malades et de faire tomber la conversation sur l'objet de son délire? et quoi de plus amusant, si ce n'était par trop triste, que deux fous se disputant et se moquant réciproquement de leurs idées maladives?

Antoine Delbès resta huit jours ainsi isolé et nous constatâmes les faits suivants. Il semblait atteint d'un délire général, car il passait toutes ses journées à marmotter des paroles incohérentes et à répéter des lambeaux de phrases, toujours les mêmes, ayant trait à l'état militaire; il avait tout l'aspect mental des vieux maniaques qui sont sur la limite de la démence. Antoine Delbès était dans toute la force de l'âge ; il ne portait pas trente ans, et un tel affaiblissement intellectuel, après une période de vésanie qui avait dû être courte, quoique possible, nous étonna pourtant. Il refusa de manger le premier jour, puis le second, ce qui n'est pas ordinaire chez ces maniaques qui ont un furieux appétit. (M. Morel a émis, il est vrai, une opinion contraire dans son *Traité des maladies mentales*. Nous croyons que cette manière de voir compte peu d'adhérents, dans tous les cas nous pouvons certifier qu'elle est en complète contradiction avec ce que nous avons observé jusqu'à ce jour. Nous l'avons déjà dit dans un autre travail (*Du délire des persécutions dans ses rapports avec*

*l'alcoolisme et le délit de vagabondage*), ce qui caractérise ces aliénés avec tendance à la démence, c'est précisément le contraste qui existe entre l'état somatique et l'état intellectuel : l'appétit est excellent et le corps jouit de la plus florissante santé, tandis que l'intelligence semble marcher à la mort.) D'un autre côté, cependant, nous savions que certains lypémaniaques dominés par leurs idées mélancoliques marmottent ainsi des paroles incohérentes en rapport avec leurs idées tristes et refusent toute nourriture, soit par obéissance à des voix qui le leur commandent, soit pour se punir de crimes imaginaires, soit par crainte d'empoisonnement.

Dans le doute nous nous adressâmes au grand sympathique, il fonctionnait normalement. La première nuit le sommeil avait été calme, prolongé et profond; la peau n'était pas sèche et aride, et l'épiderme ne présentait pas la coloration jaunâtre qu'on constate chez les mélancoliques; le pouls, loin d'être faible et lent comme dans la lypémanie, avait tous les caractères du pouls nerveux, du pouls des individus impressionnés; le linge du corps n'exhalait aucune odeur appréciable pour nous. Nous citons ce résultat négatif, car le Dr Knigth a certifié que par l'odorat seul il distinguerait un simulateur d'un véritable aliéné; c'est peut-être de sa part une réponse ironique à cette autre assertion du Dr Rush, qui prétend arriver au même résultat rien que par les caractères du pouls!

Le soir du second jour Antoine Delbès ayant encore refusé sa ration, nous résolûmes d'intervenir, de l'interroger et de nous servir de la sonde œsophagienne s'il persistait dans ses refus. A nos menaces de recourir à l'alimentation forcée, il mangea tout ce qu'on lui servit, en marmottant toujours les mêmes lambeaux de phrases. Après son repas nous lui adressâmes diverses questions relatives à son pays, à son âge et à sa profession, pensant, avec la plupart des aliénistes, qu'au début, quand on interroge

les individus soupçonnés de simulation, il faut se bien garder de leur demander des renseignements sur leur délire. S'ils sont intelligents, de telles questions, en effet, peuvent les mettre sur la voie d'une simulation plus facile ou plus complète; il est plus prudent en pareil cas de constater l'état de la mémoire en portant l'interrogatoire sur l'âge, les antécédents, et de laisser, autant que possible, le malade parler seul des idées ou des hallucinations qui le poursuivent.

A nos premières questions il continua son bavardage incohérent, sans paraître prêter attention à ce que nous lui demandions, exactement comme font les maniaques déments et certains lypémaniaques. Nous lui recommandâmes avec force de cesser son radotage et de nous écouter, il obéit et nous lui demandâmes sur le même ton quel était son âge. Sa réponse allait nous donner la mesure de sa sincérité et nous fûmes pleinement édifié sur sa simulation quand il nous répondit, en nous regardant en dessous : « Oui, mon général, je vais donner à boire au cheval. » Nous lui fîmes encore diverses questions relatives à sa famille et à son pays, et nous n'obtînmes jamais que des réponses n'ayant aucun rapport avec la chose demandée.

Pourquoi désirions-nous tant arriver au diagnostic de la forme vésanique présentée par Antoine Delbès ? Pourquoi sa réponse à la question de son âge, loin de nous indiquer un trouble mental, fut-elle la preuve de sa simulation? Le Dr Laurent donnera dans les lignes suivantes la raison de cette insistance : « La folie se manifeste par des symptômes très-variés : mais si variés qu'ils soient, ils ne le sont pas tellement qu'on ne puisse grouper ensemble des folies se présentant avec des symptômes semblables et former des catégories qui facilitent beaucoup la connaissance de ces sortes d'affections. D'ailleurs, toute maladie est soumise à des lois, s'il est permis de se servir de ce terme pour l'approprier à ce qui n'est pas normal et d'ex-

primer ainsi que tout désordre a pourtant lieu suivant un certain ordre. La folie est, en effet, un désordre plus ou moins durable et, symptomatologiquement parlant, surtout un désordre des facultés mentales. Ce trouble respecte cependant la dépendance réciproque des diverses facultés entre elles et l'ordre de succession qui les régit depuis leur origine. Il est en outre une évolution qui lui est propre et une marche (origine et développement) qui obéit à cet agencement intellectuel. C'est pour cela que tout délire a sa logique, et que tout désordre mental a ses degrés. Si nous ajoutons les conditions d'existence de l'altération fonctionnelle, l'état pathologique que nous fournit l'élément corporel, les lois de l'union de l'âme et du corps, nous avons en peu de mots les propositions qui assurent que la folie n'est pas une maladie où les symptômes se présentent indifféremment et au hasard. »

Nous avons vu que la forme que revêtait le délire d'Antoine Delbès n'était pas une forme franche et présentait mi-partie les symptômes de la manie avec tendance à la démence et mi-partie les symptômes d'une certaine variété de lypémanie. Toutefois le contraste n'était pas assez frappant pour permettre un jugement immédiat et l'évolution de la maladie pouvait seule nous fournir la preuve certaine d'une simulation. Sans doute les troubles somatiques étaient nuls, et pour nous cette absence était d'une grande valeur, mais il ne faut pas oublier que Casper a écrit : « Les troubles corporels de l'aliénation mentale ne peuvent être que des aides précurseurs dans le diagnostic et ne peuvent avoir que le titre de probabilités, car il n'en est pas dont la présence entraîne nécessairement l'existence de cette maladie. »

Il faut aussi le reconnaître, il en est des aliénés rangés dans la même catégorie comme de ces sœurs dont parle Ovide et que Phaéton admirait sur les portes du palais de son père. Tout en conservant ses caractères généraux, le type revêt avec chaque individu un cachet particulier qui

lui donne sa personnalité, et nous inclinons à croire, bien que nous n'ayons encore sur ce point aucune expérience, que cette absence de personnalité peut être très-importante à noter chez certains simulateurs, qui, versés dans la science psychiatrique, et possédant à fond leur rôle, le jouent trop bien et reproduisent tous les caractères classiques et rien que les caractères classiques de la forme qu'ils ont adoptée.

Nous aurions donc attendu patiemment l'évolution de la maladie, avant de nous former une première opinion en faveur de la simulation, si la réponse d'Antoine Delbès à la question de son âge, réponse faite avec hésitation et accompagnée d'un regard en dessous, ne nous avait donné la mesure de sa sincérité, tout en nous prouvant qu'il était complétement dépourvu de toute connaissance en aliénation mentale. Le vulgaire croit que l'aliéné ne sait ce qu'il dit ou ce qu'il fait, c'est une bien grosse erreur ; une fois guéri, il peut perdre la mémoire des excentricités qu'il a commises et des absurdités qu'il a émises, mais sur le moment il se rend parfaitement compte de toutes ses paroles et de toutes ses actions ; seulement au lieu de céder comme nous à des mobiles raisonnés, il obéit à des impulsions, à des hallucinations ou à des conceptions délirantes. Antoine Delbès partait de cette conviction populaire dont parle Marcé, que les fous sont des extravagants, que leurs paroles sont sans suite et qu'ils ne peuvent donner une seule réponse sensée aux questions qu'on leur pose. Or rien de tel ne se rencontre, même dans la folie aiguë, et le maniaque le plus agité fera toujours quelques réponses raisonnable si on fixe fortement son attention.

Rappelons-nous à ce propos les sages réflexions de Morel dans son rapport sur Derozier. « Dans leurs divagations les plus extrêmes, dit l'éminent aliéniste, dans leurs délires les plus furieux, les aliénés ne confondent pas ce qu'il est impossible à la logique la plus extravagante de confondre.

par la raison qu'il est des principes sans lesquels il n'est pas d'acte concevable de l'intelligence. Il n'est aucun aliéné qui soit privé de l'idée de cause, de l'idée de substance, de l'idée d'être... » Et plus loin il ajoute : « Jamais ils ne feront de réponse qui n'aurait pas pour résultat de rattacher un effet à une cause, par la raison qu'ils ne peuvent pas être privés de l'idée de cause, de substance, d'être. La raison en est simple : l'aliéné, par cela seul qu'il reste membre de la famille humaine, n'est pas soustrait aux lois qui régissent les intelligences humaines, et la preuve, c'est qu'il pense. Il viole sans doute, et il viole fatalement bien des règles de la logique ; il se repaît de l'erreur ; il se bâtit des systèmes absurdes en rapport avec son délire, mais il ne faut pas s'y méprendre, la pensée même qui l'égare ne peut penser que sous certaines formes déterminées. Encore une fois l'aliéné ne confondra pas ces idées de forme, d'étendue ou de mouvement et ne les appliquera pas surtout à des choses diamétralement opposées. »

Nous devons toutefois reconnaître qu'il est une affection où l'on constate ces réponses n'ayant aucun lien avec la question posée. C'est à la seconde période de la paralysie générale progressive, mais alors la maladie s'offre avec un cortége de symptômes difficiles à méconnaître : faiblesse intellectuelle, le plus souvent, idées délirantes de fortune et de grandeur, inégalité pupillaire, tremblement fibrillaire des muscles de la langue et de la face, lenteur et embarras de la parole, défaut de coordination dans les mouvements des mains, faiblesse de la marche, anesthésie de la peau et des muqueuses. Rien de tel n'existait chez Antoine Delbès : ce n'était pas un paralytique ; c'était donc un simulateur.

## II

Ce premier jugement porté dès le second jour, nous le laissâmes dans la cellule sous la surveillance spéciale d'un

infirmier, avec recommandation à ce dernier d'employer la ruse pour l'observer à son insu, et de nous mentionner les moindres particularités saisies. Il ne tarda pas à nous dire, ce dont nous pûmes nous convaincre nous-même, qu'Antoine Delbès était silencieux quand il se croyait seul et se remettait à marmotter dès qu'il se voyait surveillé. Son appétit était modéré, mais soutenu ; ses digestions se faisaient régulièrement ; son sommeil était calme, profond et prolongé ; il ne s'agitait jamais, passait ses journées assis ou couché sur son lit ou encore à se promener dans sa cellule. Nous le vîmes régulièrement deux fois chaque jour. Son visage indiquait assez bien une certaine indifférence apathique ; son regard seul le trahissait : le plus souvent il le tenait baissé ; mais quand par hasard il le relevait, il était vif, plein de vie, sournois et inquiet : ce n'était ni le regard du maniaque dément, ni celui du lypémane.

Nous résolûmes alors, avec l'autorisation du Dr Darnis, de le laisser en liberté au quartier des agités, pensant que le séjour dans un pareil milieu l'impressionnerait vivement et l'amènerait à des aveux. Il n'en fut rien. Depuis le second jour de son entrée et notre premier interrogatoire, nous suivions la méthode dite d'indifférence, que nous savions avoir fourni à d'autres de beaux résultats ; méthode qui consiste, comme on sait, à observer le simulateur en secret et à se conduire à son égard comme si on était réellement convaincu de la réalité de sa folie.

Nous n'eûmes qu'à nous louer d'avoir suivi cette voie. Durant la première semaine Antoine Delbès ne parut nullement troublé de la vie en commun avec des fous agités et continua son perpétuel radotage. Pourtant un œil exercé à l'observation des aliénés pouvait déjà reconnaître qu'il étudiait avec soin tout ce qui se disait et se faisait autour de lui, et modifiait peu à peu le type qu'il avait d'abord adopté. Ainsi en cellule il dormait bien et maintenant ses nuits étaient agitées. Il ignorait, au début, que l'insomnie

est un des symptômes les plus constants non-seulement de la folie confirmée, mais encore de la folie en voie d'évolution. Depuis qu'il couchait au dortoir il avait été édifié sur ce point, et il s'empressait de s'y conformer. Il s'y prit malheureusement mal : ainsi, tandis que le jour il marmottait à voix basse, la nuit il le faisait haut pour que ses paroles incohérentes parvinssent distinctement à la loge du gardien et que son insomnie pût être bien constatée. Autre modification : Antoine Delbès en cellule était tranquille, avons-nous dit ; témoin de l'agitation qui régnait dans le quartier où on l'avait placé, il modifia ses allures, et lui, qui passait ses journées assis ou couché, le voilà maintenant marchant à grands pas dans le jardin, agitant ses bras et ses mains, traversant les plates-bandes et foulant aux pieds les fleurs. Nous continuâmes à nous montrer indifférent et à ne pas paraître avoir remarqué les modifications survenues. La semaine suivante nous eûmes le plaisir d'obtenir la preuve matérielle qu'il simulait.

Voyant le peu d'attention qu'on prêtait à ses extravagances et se trouvant sans doute fatigué du rôle pénible qu'il remplissait, il se calma, se contentant de radoter au moment des visites, et passant la journée à se promener en silence. Enfin il se décida un jour à entrer en conversation avec le surveillant qui se trouvait être de son pays, et tandis qu'avec nous il débitait des paroles sans suite et ne fournissait aucune réponse raisonnable, il causait des heures entières avec le gardien, lui parlait de son pays, de sa famille, des affaires qu'il avait faites, de la vie qu'il avait menée avant d'être arrêté. Le doute n'était plus possible. Il y avait alors un mois qu'il était dans l'établissement. Nous n'hésitâmes plus, car tel était aussi l'avis du Dr Darnis, à brusquer le dénoûment et nous le mandâmes chez nous. Il arriva visiblement inquiet et inspecta en dessous l'appartement où nous trouvions. Nous lui déclarâmes qu'il simulait et après avoir exposé brièvement les raisons qui prou-

vaient sa simulation, nous lui déclarâmes que si lendemain il n'avait pas recouvré la plénitude de ses facultés nous ne reculerions pas devant les moyens de contrainte et que nous le ferions conduire à la douche.

Rentré dans son quartier, il en causa avec deux malades qui lui en firent une description peu attrayante; il passa une bonne nuit et le lendemain, à l'heure de la visite, il ne présentait plus aucun signe d'aliénation mentale. Que fallait-il penser de cette guérison subite? N'était-elle pas une nouvelle preuve de simulation? Le véritable aliéné recouvre-t-il ainsi toute sa lucidité d'esprit par crainte de la douche? Ce moyen de contrainte peut lui inspirer une frayeur salutaire et mettre un frein à son agitation, mais ses divagations ne continueront pas moins leur cours. Et de plus, abstraction faite de nos menaces de la veille, il était impossible d'admettre une guérison aussi subite chez un homme offrant les symptômes de la démence, c'est-à-dire non pas d'un affaiblissement ou d'une somnolence, mais d'un anéantissement des facultés. En règle générale, la guérison de la folie est graduelle et n'arrive pas ainsi en vingt-quatre heures. Depuis cinq ans que nous fréquentons les asiles nous n'en avons jamais vu; et d'ordinaire la cessation brusque de tous les symptômes indique presque toujours, non la guérison, mais le passage à une autre forme. C'est ce que nous avons constaté, après tant d'autres, dans la folie circulaire où l'on voit des malades se coucher dans une stupeur profonde et se réveiller le lendemain avec de l'exaltation.

Nous entrâmes aussitôt en conversation avec le prévenu. Il s'empressa de nous demander qui nous étions, affirma ne nous avoir jamais vu et prétendit ne rien comprendre à ce qui se passait autour de lui. « Ce matin, dit-il, quand je me suis éveillé, il me semblait qu'on m'ôtait un bandeau de dessus les yeux. Je ne savais où j'étais, ni pourquoi j'étais emprisonné dans une cellule. J'ai essayé de rappeler

mes souvenirs, mais il y a comme une lacune dans ma mémoire. Je me souviens parfaitement qu'au mois de mai 1874 j'étais militaire à Paris et que je vins à Agen avec une permission, mais je ne puis me remettre en mémoire ce qui a suivi, où j'ai été, ce que j'ai fait et pourquoi je me trouve ici. » Il avait changé de tactique et simulait maintenant une amnésie, soulevant ainsi, sans s'en douter, une bien délicate question de médecine légale.

Demandons-nous d'abord si une telle lacune dans la mémoire est pathologiquement possible. Rien de plus bizarre et de plus curieux à étudier que les divers troubles de cette faculté, si frivole et si capricieuse, même dans ses plus beaux jours, troubles qui ont été décrits sous les noms d'aphasie et d'amnésie. On peut perdre rien que la mémoire des faits, ou rien que la mémoire de certains mots. Ainsi, il est des malades qui ne peuvent se souvenir des adjectifs ; nous avons vu à la clinique de Saint-Éloi un aphasique curieux qui avait seulement perdu la faculté de conjuguer les verbes, il était réduit à les employer toujours à l'infinitif. Casper n'avait sans doute pas suffisamment médité ces troubles isolés de la mémoire quand il a écrit : « On doit suspecter de simulation tout individu qui prétend n'avoir aucun souvenir de l'action incriminée, alors que cependant sa mémoire lui rappelle avec une grande précision d'autres faits et par exemple les noms propres ou les actes. » M. Falret condamne avec raison, à notre avis, cette appréciation. Nous dirons donc que l'assertion d'Antoine Delbès était scientifiquement possible, mais nous nous hâterons d'ajouter qu'une telle lacune, portant sur un temps aussi long et sur toutes choses, ne se rencontre que dans quelques maladies, dans quelques cas de folie aiguë et encore bien rarement. L'examen indirect allait bientôt nous apprendre que Delbès s'était toujours bien porté et ne présentait des signes d'aliénation que depuis quatre mois, et son amnésie embrassait une période de près d'un an. Mais l'observation

directe même nous permettait de démasquer la ruse, car nous savions que dans les conversations qu'il avait eues avec son surveillant, le faussaire avait raconté la vie qu'il avait menée depuis son arrivée à Agen jusqu'à son arrestation ; il lui avait même dit que le tribunal correctionnel d'Avignon l'avait condamné injustement pour escroquerie à un an d'emprisonnement.

Nous laissâmes parler ce hardi simulateur et essayâmes ensuite de le mettre en contradiction avec lui-même. Ce ne fut pas facile; il était sur ses gardes et se dérobait avec une habileté vraiment digne d'une meilleure cause. Il y avait longtemps déjà que nous le harcelions sans succès de tous côtés ; on voyait pourtant que cette tension d'esprit le fatiguait, nous crûmes le moment venu de lui demander brusquement : « Savez-vous où vous êtes ? » Il laissa échapper : « Je dois être à la maison d'arrêt. — Et pourquoi à la maison d'arrêt ? — Parce que cette cour, dit-il, ressemble à la cour de la maison d'arrêt. — Mais vous voyez bien, lui fîmes-nous alors remarquer, que vous n'avez pas aussi complétement perdu la mémoire que vous voulez bien le dire et que vous vous rappelez avoir été écroué à la maison d'arrêt d'Agen. » Il devint très-pâle, très-ému, et balbutia une réponse embarrassée que nous ne comprîmes pas. Profitant de ce trouble, nous ajoutâmes : « Savez-vous qu'on vous accuse d'avoir fait des faux. — Moi, s'écria-t-il aussitôt, on m'accuse d'avoir fait des faux en écriture publique ! » Nous lui fîmes remarquer que c'était lui qui avait spécifié le genre de faux et nous nous retirâmes convaincu de la fausseté de sa prétendue amnésie.

## III

Le lendemain matin Antoine Delbès eut avec nous une explication très-vive, prétendant que nous ne lui témoignions aucune bienveillance et que nous mettions notre

honneur à le traquer pour lui faire avouer ce qui n'était pas. « Ainsi, me dit-il, vous avez trouvé extraordinaire ce que je vous ai dit hier, que cette cour ressemblait à celle de la maison d'arrêt. Quoi de plus simple, puisque j'ai longtemps habité Agen dans mon enfance et que j'ai vu construire cette prison. — Il eut fallu nous le dire hier, avons-nous répondu, et non après une nuit de réflexion ; et même il eût été bien plus adroit de ne pas revenir ce matin sur cette phrase qui vous avait échappé. » Le même jour, à deux heures, nous le fîmes venir chez nous. Nous lui montrâmes combien était absurde son système de défense ; nous fîmes ressortir toutes les impossibilités qu'il émettait ; nous lui rappelâmes ses conversations avec le gardien, conversations qui étaient la preuve évidente de ses ruses ; nous le renvoyâmes en lui disant que le Dr Darnis, comme nous, était convaincu qu'il simulait la folie et qu'il était inutile de se fatiguer en pure perte, car sur les conclusions du rapport il serait traduit en cour d'assises. Il se leva très-ému et très-embarrassé, nia que ce fût lui qui, le premier, nous eût parlé de faux en écriture publique et sortit de chez nous en proie à une agitation non feinte. Ordre fut donné de le conduire en cellule, il était près de quatre heures ; à cinq heures au moment du repas du soir on vint nous chercher en toute hâte et nous trouvâmes Delbès étendu dans la cellule. Le faciès était normal quant à la coloration, la pupille sensible à la lumière, les mâchoires fortement serrées ; nous ne pûmes ouvrir la bouche pour constater l'état de la sensibilité pharyngienne ; la respiration s'exécutait librement, le pouls était fort et plein. Nous remarquâmes qu'il tenait le pouce replié comme les épileptiques et qu'il avait de l'écume à la bouche. Ce simulateur tenace se révélait à nous sous un troisième aspect. Ce n'était ni une crise d'hystérie, ni une crise d'épilepsie ; était-ce une crise nerveuse? C'était possible. Nous ordonnâmes à haute voix de

lui jeter au visage une cruche d'eau glacée; un infirmier sortit aussitôt comme pour exécuter nos ordres et avant qu'il fût de retour Antoine Delbès s'était peu à peu retourné du côté du mur et s'était arrangé de façon à ne pas recevoir l'eau en face. Nous ne mîmes point notre menace à exécution; ne constatant rien de bien sérieux ni de bien défini, nous le fîmes placer sur son lit et le laissâmes sous la garde d'un infirmier. Le lendemain le Dr Darnis le vit, nous déclara qu'il croyait à une crise nerveuse simulée et prescrivit de promener des sinapismes aux jambes. Une heure après cette médication, Antoine Delbès était sur pieds et recommençait à marmotter des paroles sans suite; il mangea avec appétit, toujours en divaguant et, par une contradiction choquante, interrompant son radotage pour dire merci à l'infirmier qui le servait. Il était revenu à son premier type.

Il semblait que cet accusé eût à cœur d'entasser arguments sur arguments; deux ou trois jours après sa crise de nerfs, nous lui demandions de ses nouvelles, quand spontanément il nous dit : « J'ai vu mon sergent cette nuit, il est venu me dire qu'on devait me fusiller; mais je n'ai rien fait, moi, pour être fusillé. » C'était la première fois qu'il simulait des hallucinations, et son aveu était sa perte. On peut dire qu'il est une seule forme d'aliénation mentale où l'on voit les malades venir ainsi déclarer que la nuit ils voient des ennemis et entendent des voix qui les menacent, c'est dans le délire des persécutions poussé à un haut degré. C'est qu'alors ils ne peuvent plus dissimuler leurs sensations, ils vous le disent eux-mêmes, leur patience est à bout et ils vous prient de faire cesser leurs tourments. Pour notre part nous n'avons jamais vu un aliéné faire comme Antoine Delbès, et communiquer une hallucination en questionnant sur sa valeur. On se défie, en effet, plus de ses sensations que de ses idées; un homme, atteint de monomanie intellectuelle simple, vous fera part de sa concep-

tion délirante, convaincu qu'il émet une théorie profonde et féconde en conséquences utiles. Un homme qui entend une voix ou qui est poursuivi par une vision devient sombre et concentré, et cela d'autant plus qu'il croit davantage à la réalité de ses hallucinations. Il faut user le plus souvent de ruse pour surprendre le secret des aliénés atteints de folie sensorielle, et on devine leurs hallucinations plus souvent qu'ils ne les avouent, en les voyant porter un regard fixe dans telle ou telle direction, écouter aux portes ou prêter tout à coup une oreille attentive, se boucher les narines comme pour se soustraire à une impression désagréable, ou se frapper le corps comme pour se débarrasser de sensations importunes.

D'où était venue à Antoine Delbès l'idée de simuler une perversion sensorielle ? Probablement de l'observation des malades qui l'environnaient et d'une observation superficielle qui lui fut plus nuisible qu'utile.

IV

Toutes ces particularités constatées et discutées ne pouvaient nous laisser aucun doute sur la simulation de l'inculpé, pourtant abondance de preuves ne nuit jamais et bien que l'examen direct fait en dehors de toute cause capable de nous induire en erreur et avec le plus grand soin nous semblât suffisant au point de vue scientifique, nous eûmes recours à l'examen indirect, en nous efforçant de rester toujours observateur consciencieux et scrupuleux. Nous nous adressâmes tout d'abord au rapport envoyé par le Dr Goux, ancien interne des hôpitaux de Paris, et l'un des praticiens les plus distingués de la ville d'Agen, et nous devons déclarer que, s'il nous était resté quelque doute sur l'état mental d'Antoine Delbès, il se serait dissipé à la lecture de ce remarquable travail.

Nous voudrions appeler particulièrement l'attention sur

deux faits relatés dans le rapport de ce savant confrère. Il nous apprend que Delbès, le second jour de la simulation, refusa la soupe et mangea le pain et la viande, puis mangea de moins en moins et finit par ne plus prendre de nourriture, si bien qu'il s'évanouit. Le fait a une haute importance et dénote chez celui qui l'a commis non-seulement une grande énergie, mais encore une énergie froidement raisonnée. Jamais un fou n'essayera de se tuer par alimentation insuffisante et inanition progressive. Il est commun dans les asiles d'avoir affaire à des aliénés qui refusent de se nourrir et si nous n'avions à notre disposition la sonde œsophagienne nous perdrions journellement des malades succombant d'épuisement. Mais nous avons montré plus haut dans quelles conditions ce refus d'aliments a lieu, et ces conditions mêmes excluent toute idée d'une mort lente et progressive par calcul. L'aliéné qui veut se suicider se frappera d'un instrument pointu qu'il aura fabriqué à l'insu des gardiens en usant de mille ruses et en mettant en défaut la surveillance la plus soutenue et la plus attentive; parfois il se pendra dans les latrines; quelquefois il s'étranglera dans son lit pendant la nuit, ou le jour nonchalamment appuyé contre une porte et après avoir ramené son chapeau sur le visage, comme on en a rapporté un exemple, il avalera des pierres, une cuillère, que sais-je? il refusera toute nourriture, nous l'acceptons, mais l'inanition progressive est la dernière arme à laquelle il aura recours. L'idée du suicide chez lui a trop de force pour permettre ce calcul, elle a toute la fougue d'une passion. Il a hâte de mourir comme d'autres de jouir; la mort est pour lui une volupté et il n'y a pas de mesure dans la volupté. Mais recourir à l'inanition progressive quand on marmotte des paroles incohérentes, qu'on répond aux questions les plus précices : « Oui, mon général, je vais donner à boire au cheval », c'est pour nous une preuve péremptoire de simulation.

Nous voudrions en second lieu appeler l'attention sur le

rapport de M. Goux au sujet de quelques crises nerveuses présentées par Delbès à la prison d'Agen. L'appréciation de M. Goux et la nôtre sont contradictoires. Pour le médecin d'Agen les crises ne sont pas simulées ; M. Darnis et nous, nous avons émis un avis différent sur celle dont nous fûmes témoins à l'asile. La contradiction, croyons-nous, est plus apparente que réelle, nous acceptons parfaitement que Delbès est sujet à des attaques de nerfs et cela pour une excellente raison, c'est qu'il est prouvé qu'il en avait avant de simuler la folie. Les crises constatées par M. Goux ont pu être morbides et celle que nous avons vue simulée.

Que dit en effet M. Goux : « En dernier lieu, après une visite qui dût exciter sa colère, parce que je lui prouvai devant M. le procureur de la République qu'il n'osait pas fixer les yeux sur nous et que cependant il nous regardait à la dérobée, il eut le lendemain une crise de nerfs que je pus examiner à loisir.

» Quand on entra dans sa cellule, il était hors de son lit, par terre, refroidi, le pouls faible, la bouche ouverte et un peu de salive découlait de la commissure labiale ; de temps en temps se produisait un tremblement de tous les membres et des muscles abdominaux, puis le cou se gonflait avec coïncidence de mouvement de déglutition comme chez les femmes hystériques. La sensibilité au pincement paraissait émoussée, mais la pupille restait sensible à la lumière ; les liquides mis dans la bouche ne provoquaient pas les mouvements de déglutition. Peu à peu, Antoine Delbès reprit ses sens et le calme se rétablit, il but, puis mangea sa soupe, et au bout de quelques heures il reprit son marmottement. Cette scène s'est produite depuis une autre fois sans variation notable. »

Que l'on compare cette description et celle que nous avons retracée, on saisira facilement des dissemblances très-marquées et puis la suite de cette observation nous montrera que Delbès avait besoin d'une crise nerveuse ; car

nous verrons qu'il ne s'est pas contenté de simuler la démence et l'amnésie, et que jusqu'au dernier jour il a tout mis en œuvre pour obtenir de M. Darnis des conclusions atténuantes. Mais n'anticipons pas. Nous croyons en dernière analyse que M. Goux et nous, nous sommes dans le vrai, mais que nous avons été appelés à nous prononcer sur deux cas différents. Nous ne nous appesantirons pas davantage sur le consciencieux travail du médecin d'Agen, nous le reconnaissons comme émanant d'un homme qui possède de solides connaissances en aliénation mentale, chose rare parmi les praticiens, comme nous le prouvent les certificats nombreux que nous recevons pour les admissions, et nous croyons qu'il a dû exercer une grande influence sur l'esprit du jury chargé de statuer sur le sort de Delbès et de décider si, oui ou non, il était responsable de ses faux.

## V

Pour compléter cette étude médico-légale nous devons, nous conformant aux règles tracées par le Dr Laurent, chercher une réponse aux six questions suivantes :

1° Quel est l'acte et de quelle manière a-t-il été commis?

2° Quel a pu être le motif de cette action?

3 Le méfait que l'on reproche est-il seul ou multiple ? A-t-il été commis d'autres fois par l'individu dans le courant de son existence?

4° A quel moment remonte l'aliénation mentale ?

5° Quel intérêt l'accusé peut-il avoir à simuler la folie.

6° Quels sont les antécédents héréditaires et morbides du prévenu.

Delbès était accusé de faux s'élevant à la somme de quatre mille et quelques cents francs. Durant bien longtemps tous les aliénistes ont été d'accord pour déclarer le crime de faux incompatible avec l'aliénation mentale, et la nature de cet acte était pour eux une preuve certaine que

l'inculpé jouissait de l'intégrité de ses facultés au moment où le crime avait été accompli. Toutefois on a rapporté à la *Société médico-psychologique* la relation de deux faits qui ne permettent plus d'être aussi affirmatif dans les appréciations de ce genre. Avant de nous demander comment cet acte a été commis par Delbès, rapprochons son crime de la forme vésanique qu'il présentait. Delbès ressemblait surtout, avons-nous dit, aux vieux maniaques qui sont sur la limite de la démence. Le vol est fréquent chez ces aliénés, mais le faux jamais. Alors qu'on marmotte des paroles inintelligibles, qu'on ne répond même pas à la question de son âge, peut-on être faussaire? Morel avait raison d'exhorter les experts à toujours comparer les actes incriminés avec le genre du délire ; ici, ce rapprochement établit d'une manière péremptoire la simulation de Delbès. Et comment s'y prend-il pour mener à bonne fin cette entreprise?

Dans le courant de mai 1874, se disant en relation avec plusieurs maisons de commerce de Paris, Delbès se présenta chez M. A..., banquier à Agen, et offrit à son fondé de pouvoir une valeur de 495 francs souscrite par lui et tirée sur un sieur V..., apprêteur de crins, rue de Neuilly, 53. L'effet était daté du 23 avril 1874 et l'échéance fixée au 21 juin suivant. Le banquier ajourna Delbès à huitaine afin de prendre sur le tiré V... des renseignements qui furent assez satisfaisants. Aussi, Delbès s'étant présenté de nouveau le 29 mai, le billet portant cette mention : « J'accepte de payer ce mandat à son échéance : signé V..., » fut escompté sans difficulté. Delbès d'ailleurs, pour inspirer confiance, communiqua une lettre paraissant émaner de V..., qui déclarait avoir accepté ce mandat. Le 2 juin suivant, il escompta dans les mêmes conditions, chez le même banquier, un effet de 827 francs, daté du 15 mai 1874, payable le 15 juillet suivant. Le 12 juin 1874, il escompta encore à cette banque un effet de 1,150 francs, daté du 15 mai, payable le 15 août. M. A... déclara qu'il n'accepte-

rait plus de valeur sur V... Aussi l'accusé lui présenta le 23 juin un effet de 897 francs, signé par lui et daté du 13 juin, à l'échéance du 13 juillet, tiré sur un sieur P..., rue du faubourg-Saint-Antoine, passage du Bras-d'Or, 39. Enfin le 29 juin 1874, il escompta dans la même maison de banque un effet de 950 francs, signé par lui, daté du 11 juin 1874 à l'échéance du 25 juillet, tiré sur un sieur D..., rue Oberkampf, 42. Le même jour il quittait Agen. Qu'on remarque que le premier billet était à l'échéance du 21 juin et que le dernier a été escompté le 29 du même mois, et on se convaincra que Delbès a volé comme les plus habiles filous. Le premier billet avait été réellement accepté par le nommé V...; les renseignements pris par le banquier sur le tiré et sur Delbès furent satisfaisants et aussitôt celui-ci profita de la confiance qu'on avait en lui pour présenter de faux billets.

Delbès d'ailleurs n'en était pas à son coup d'essai : une première fois, au mois d'avril 1867, il comparaissait devant le conseil de guerre de Perpignan et subissait une première condamnation de cinq ans d'emprisonnement. Il avait trouvé commode de dîner dans un restaurant et de s'enfuir, sans payer, par une porte dérobée; une seconde fois, le 12 septembre 1873, le tribunal correctionnel d'Avignon le condamnait à un an et un jour de prison pour filouterie et port d'arme prohibée ; il trompait à la loterie, il mettait en jeu de petits tableaux et une montre d'or, on gagnait bien les petits tableaux, mais jamais la montre. Il y a donc une gradation dans la vie criminelle de l'accusé : il quitte d'abord les restaurants sans solder sa dépense, puis il vole deux ou trois cents francs au moyen de loterie et arrive enfin à faire plus de quatre mille francs de faux. Rien que de très-naturel dans cette marche ascendante vers le crime; il est à remarquer, en effet, qu'on respecte encore plus la propriété que la vie humaine. S'il n'est pas rare de voir un homme jusqu'alors honnête et digne, indemne de

tout antécédent judiciaire, arriver d'emblée sur les bancs de la cour d'assises pour le crime de meurtre ou d'assassinat, il est exceptionnel que le vol ou le faux conduise sur ces mêmes bancs un individu que n'a jamais frappé la justice ; la raison en est peut-être dans les mobiles des deux actes ; le crime de faux exige une dépravation morale et une bassesse de sentiments qu'on ne rencontre pas toujours dans les deux autres, et si un homme, quoique bien doué, peut aimer et haïr jusqu'au sang, s'il peut être meurtrier ou assassin, il sera rarement faussaire. Cette gradation est donc très-naturelle, et, connaissant les antécédents du prévenu, nous voyons que le crime pour lequel il était poursuivi était en parfaite corrélation avec ses habitudes, il n'était pour ainsi dire que le couronnement d'une vie de désordres. Pour expliquer cette décadence morale nous n'avions pas à invoquer la folie, mais bien cet axiome vrai de tous les temps, que la faute appelle la faute et que les délits enfantent les crimes.

Nous allons trouver une nouvelle preuve en faveur de la simulation dans le début même de la folie chez Antoine Delbès : il ne devient aliéné que le jour où il comprend que sa cause est perdue. Interrogé deux fois par M. le juge d'instruction d'Agen, il répond avec intelligence et habileté ; il essaye de jeter la plus grande part de la faute sur un prétendu complice, étranger d'origine ; il n'a fait, dit-il, que mettre son nom au bas des pièces fausses qu'on lui présentait. Enfin à un troisième interrogatoire, le magistrat instructeur, muni de renseignements complets, lui montre toute la fausseté de ses assertions. De retour à la prison, il interroge quelques prévenus sur sa situation et sur la réponse qu'on lui fait qu'il est sous le coup d'une condamnation aux travaux forcés, il essaye d'insurrectionner ses codétenus, est mis en cellule et se réveille le lendemain dans l'incohérence. Intelligent, habile et rusé, tant qu'il espère pouvoir s'innocenter ou au moins atténuer la gra-

vité de son crime, aliéné quand il voit sa culpabilité reconnue; tel fut Delbès devant M. le juge d'instruction.

Sans nous arrêter à faire ressortir le mobile qui a poussé cet homme au vol et l'intérêt qu'il pouvait avoir dans sa position à simuler l'aliénation, élucidons l'importante question des antécédents héréditaires et morbides du prévenu. Des renseignements très-précis nous permettent d'affirmer qu'on ne trouve ni aliéné ni épileptique dans sa famille. Lui-même n'a jamais eu d'attaque d'épilepsie, et n'avait jamais présenté, avant ces derniers temps, de trouble mental. Nous devons pourtant reconnaître que, nerveux et impressionnable, il est sujet à de fréquentes crises, éclatant tout d'un coup à la suite d'émotions vives. Le tempérament nerveux, disent tous les auteurs, qu'il soit acquis ou congénital est une grande prédisposition à la folie; nous acceptons cette opinion, mais il s'agit de s'entendre d'abord sur les mots, tempérament nerveux. Ils ont été parfaitement expliqués par Griesinger dans son savant *Traité des maladies mentales.*

« Il y a une constitution, tantôt congénitale, tantôt acquise, que nous ne pouvons pas reconnaître par l'anatomie, mais que la physiologie nous permet de bien apprécier et qui prédispose essentiellement aux maladies mentales, c'est la constitution nerveuse. C'est cet état du système nerveux central que l'on pourrait définir une disproportion entre la réaction et l'irritation. Cet état peut être localisé dans certaines parties du système central du côté de la moelle, par exemple, ou du côté du cerveau; mais il se fait très-souvent sentir aussi sur tout l'ensemble des actes nerveux.

Du côté du système nerveux de la sensibilité on remarque des hypéresthésies de diverses espèces, une grande sensibilité aux impressions de la température, une sensation alternative spontanée de froid et de chaleur, mais surtout une foule de sensations sympathiques et une grande disposition à la douleur. Pour ce qui est des actes nerveux

de la motilité, l'individu n'a pas de forces ; il se fatigue facilement ; il a une tendance à faire des mouvements brusques, étendus, mais peu énergiques ; il est sujet aux convulsions. Les facultés mentales présentent un état analogue à celui de la sensibilité et de la motilité. Chez ces individus, la sensibilité morale est très-vive. Ils ont une grande tendance à la douleur morale, tout les émeut, les afflige, les chagrine ; le sentiment de soi-même, les déterminations sont extrêmement mobiles. D'un autre côté, leur volonté est faible, inconséquente ; les efforts manquent d'énergie ; les désirs sont précipités, changeants. L'intelligence aussi présente souvent le même état. Les uns sont impressionnables comme des enfants ; le développement intellectuel chez eux ne se fait pas d'une manière régulière et uniforme ; l'esprit est inconstant, changeant. D'autres ont un esprit vif, chatoyant, mais superficiel, sans persistance. Ils ne s'appliquent à rien d'une façon un peu soutenue. Ils effleurent tout en amateurs. A cette classe appartiennent ces poëtes ou ces musiciens médiocres ou baroques, ces génies universels manqués, qui, avec une certaine vivacité et une certaine variété d'esprit, ne peuvent jamais se recueillir avec assez de calme pour produire quelque chose de bon. »

Griésinger a raison, les individus qui présentent la constitution qu'il décrit ont de grandes prédispositions à l'aliénation mentale. Mais est-ce le cas de Delbès? Certainement non. Qu'ont appris les renseignements recueillis par M. Goux? Que le faussaire a toujours joui d'une intelligence vive et déliée ; qu'au régiment il était considéré comme un individu adroit et bon vivant ; que dans sa commune il avait la réputation d'avoir *une intelligence et une énergie peu communes*. Nous ne trouvons rien là qui indique une prédisposition intellectuelle à l'aliénation ; tout, au contraire, chez lui, semble exclure ce mal. Mais quelle explication donner à ces crises nerveuses? Qu'on se rappelle cette

phrase de Griésinger : « La constitution nerveuse peut-être localisée dans certaines parties du système central du côté de la moelle, par exemple, ou du côté du cerveau. » L'illustre aliéniste de Berlin établit là une distinction essentiellement pratique et qui peut être vérifiée chaque jour. Delbès offrait quelques troubles, nous le reconnaissons, du côté de l'axe spino-bulbaire, mais ces troubles n'avaient point leur contre-coup dans le cerveau; l'âme était associée à un organe sain.

Quelle conclusion ressort de ces longues études sur l'état mental de Delbès, sinon qu'il avait accompli ses faux en connaissance de cause, et simulait aujourd'hui la folie pour se soustraire aux poursuites de la justice.

## VI

Était-il nécessaire d'obtenir des aveux et de recourir dans ce but à la douche? Nous nous posons là une bien délicate question, et pour traiter dignement de l'emploi des moyens de contrainte dans les expertises médico-légales relatives à la folie il faudrait une plume plus savante et plus autorisée que la nôtre. Nous dirons franchement et loyalement ce que nous pensons à ce sujet. Nous froisserons peut-être quelques susceptibilités, nous semblerons vouloir faire le moraliste et nous élever contre ce qui est admis par tous. Que nous importe ! c'est plus que le droit, c'est le devoir de chacun de dire son opinion sur un point qui nous intéresse tous. Nous dirons donc qu'en principe nous condamnons les moyens de contrainte: mettre un prévenu sous la douche et lui arracher par la douleur l'aveu de sa simulation et de son crime, nous semble un vieux souvenir d'un temps qui n'est plus et qui n'est digne de laisser aucun souvenir.

Le médecin doit toujours se rappeler qu'il est homme de science et non juge, et pour arriver à la vérité il emploierait

des moyens que celui-ci regarde comme odieux ! Pourquoi n'y a-t-il pas alors dans les cabinets d'instruction un assortiment de douches, de moxas et de sétons ? C'est par la force morale seule que le magistrat doit terrasser un coupable et lui arracher l'aveu de son crime; c'est par la science seule que le médecin doit démasquer la fraude et établir les preuves de la simulation. On a beaucoup exagéré, du reste, les avantages des moyens de contrainte, nous ne dirons pas seulement en médecine légale, mais même pour les malades ordinaires; grâces à Dieu ! on est revenu de ces idées. Pour nous, nous exprimerons notre opinion dans la phrase suivante : la douche aigrit et la camisole agite. Il en est du traitement des aliénés par les moyens de contrainte, comme de l'éducation des enfants par le fouet; pour un succès on compte cent revers. Est-ce à dire qu'on devrait les proscrire à jamais ? Pour les expertises médico-légales, oui; dans les cas ordinaires, non ; car à de certains moments ils peuvent rendre de réels services, c'est une ressource puissante, mais qu'il faut savoir manier.

Quoi qu'il en soit, examinons en détail tous les procédés. Nous ne citerons que pour le proscrire sévèrement, avec tous les aliénistes contemporains, l'emploi des menaces, des verges, des coups et violences, des piqûres, de la cautérisation potentielle et actuelle, et des moxas. Quelques médecins reculant devant l'odieux de la douleur pensèrent que l'ivresse serait un moyen commode d'arriver peut-être à la vérité; mais nous ne pouvons accepter comme procédé supplémentaire de l'examen direct ce qui est condamné de tout temps par la morale et aujourd'hui par la loi; nous ne pouvons, même dans l'intérêt de la justice, mettre un prévenu dans cet état de grossière dégradation. Et en dehors de ces considérations toutes morales, on peut ajouter que l'homme qui s'enivre n'est pas certain de revenir à la raison et à la vie, et nous

rappellerons la fréquence des congestions pulmonaires et cérébrales dans l'ivresse. Nous ajouterons que la gastrite, même phlegmoneuse, s'est rencontrée dans l'alcoolisme aigu et qu'il est aujourd'hui parfaitement établi que la néphrite peut résulter d'un seul excès de spiritueux.

Si l'emploi de l'opium, du datura-stramonium, du haschisch, si l'éthérisation et la chloroformisation étaient complétement dépourvus de tout danger, nous comprendrions qu'on en fît usage, et encore ! mais la plupart de ces substances sont des poisons énergiques, et pour arriver à un résultat satisfaisant il faut les employer à des doses très-élevées, qui ne laissent pas que d'avoir des dangers.

Si nous acceptions le principe de la contrainte, nous nous adresserions de préférence à l'hypnotisme et à la douche, à l'hypnotisme surtout ; mais malheureusement il reste sans effet chez beaucoup d'individus et exige, à ce qu'on dit, le consentement complet et la confiance absolue.

Il est une autre catégorie de moyens que nous acceptons pleinement, c'est de chercher à mettre en défaut la ruse et la ténacité de certains simulateurs par des questions captieuses, le passage dans des quartiers d'épileptiques ou d'agités, les surprises diverses, surtout la nuit. Ces moyens donnent parfois d'excellents résultats chez les prévenus qui simulent la surdi-mutité, l'imbécillité ou la lypémanie stupide.

Mais revenons à Delbès. Il est certain que les moyens de contrainte pouvaient donner chez lui d'excellents résultats. La douche ne rend pas immédiatement l'intelligence à un homme qui marmotte des paroles incohérentes. Était-il bien utile d'y recourir? Ceux qui ont eu la patience de nous suivre jusqu'ici sont, sans aucun doute, bien convaincus déjà de la culpabilité de cet homme... Le jury malheureusement ne saisit pas toujours parfaitement toute la portée des déductions scientifiques. Sans aucun doute la parole d'un aliéniste expérimenté a du poids auprès de lui, mais

un aveu le soulage tant ! Ce sont ces considérations qui ont décidé le Dr Darnis, à qui nous rapportions chaque jour le résultat de nos observations, à nous donner l'autorisation de recourir à la douche comme moyen complémentaire de l'examen direct ; car la contrainte n'est employée à l'asile de Montauban que dans les cas d'urgence extrême. Nous donnâmes vingt-quatre heures à Delbès pour cesser son incohérence ; le lendemain matin son état ne s'étant pas modifié, nous le fîmes conduire à la salle des bains. Une douche énergique, interrompue par un interrogatoire pressant, eut un succès complet. Il demanda grâce, déclarant qu'il allait dire toute la vérité. Sorti des bains il avoua sa simulation, répondit raisonnablement à toutes nos questions et jura de ne plus recommencer. Nous le revîmes à quatre heures à la contre-visite ; il causa quelques instants avec nous et nous pria de demander pour lui à M. Darnis une audience particulière. Le lendemain M. Darnis le reçut. En entrant dans le cabinet il parut très-contrarié de nous y rencontrer et déclara qu'il désirait une audience particulière. Sur la réponse du médecin en chef : « Je vous l'accorde, vous voyez que nous sommes seuls », il balbutia quelques paroles et se décida enfin à nous conter son histoire. Il reconnut que les billets faux avaient été présentés par lui aux banquiers, mais prétendit les tenir d'un autre. Il passait complétement sous silence ses deux condamnations antérieures ; interpellé sur ce point il comprit que nous étions renseignés et nous dit la vérité. Enfin, après de longs préliminaires il finit par insinuer qu'il était sujet à de fréquentes crises nerveuses qui lui laissaient comme une obtusion intellectuelle durant plusieurs jours et que c'était à la suite d'une de ces crises très-violente, alors qu'il n'était pas complétement remis, que l'idée de faire des faux lui était venue, et que ne jouissant pas de la plénitude de sa raison il n'avait pas eu la force de résister à la tentation. Il invoquait à l'appui l'attaque qu'il

avait eue en sortant de chez nous et que nous avons rapportée plus haut et termina en priant M. Darnis d'être bienveillant dans son rapport et de prendre son mal en considération. La démence et l'amnésie n'ayant pas réussi il commençait à jouer un troisième rôle et ne tendait maintenant à rien moins qu'à abriter derrière ses attaques de nerfs la responsabilité de ses actes. Nous avons dit plus haut qu'elle était notre opinion sur ce point. Le Dr Darnis émit la même opinion et s'apprêta à rédiger son rapport. Le lendemain de cette entrevue le surveillant en chef vint chez nous, et nous raconta que Delbès l'avait pris en particulier et lui avait remis une lettre en le priant de la porter directement à M. Darnis et en lui demandant de faire en sorte qu'elle ne passât pas par nos mains. Cette lettre était ainsi conçue :

« *Montauban le 24 juillet 1873.*

» Monsieur Darnis,

» J'ai eu une audience avec vous dont je n'ai pas pu » m'expliquer de tout ce que je voulais vous dire, à cause » de monsieur l'interne. Je vous ai expliqué un peu de » mes condamnations, donc que ce n'est pas des délits » bien graves, seulement comme de ce moment je me trouve » d'être inculpé de faux dont vous en avez connaissance, » je voudrais vous prier, monsieur, de vouloir bien constater » que, par suite des attaques nerveuses, j'ai des moments » que je ne suis pas à moi. Comme il y a très-peu de temps » que je suis ici je désirerais, si monsieur le voulait, y rester pour pouvoir les constater.

» Monsieur, je me recommande à votre clémence.

» J'ai l'honneur de vous saluer.

» DELBÈS. »

Inutile d'ajouter que M. Darnis passa outre et que dans la journée même il expédia au parquet un rapport dont les

conclusions portaient que Delbès avait simulé l'aliénation, fait des aveux et devait être considéré comme responsable de ses actes.

Quelques jours après, Delbès, aidé de deux aliénés, s'évada de l'asile ; privé de ressources, demi-nu, il ne put gagner la frontière et fut arrêté peu de temps après son départ. Le jury de Lot-et-Garonne l'ayant reconnu coupable avec des circonstances atténuantes, il fut condamné, le 23 septembre 1875, à six ans de réclusion, 100 fr. d'amende et vingt ans de surveillance.

# ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

## DE L'EMPLOI

DES

# MARMITES ISOLÉES

## AUTREMENT DITES NORVÉGIENNES

DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS [1]

**Par M. le Dr BILLOD**

Médecin en chef Directeur de l'Asile et de la Colonie de Vaucluse (Seine-et-Oise).

La note que nous publions aujourd'hui a pour objet de confirmer dans ses points essentiels, de rectifier dans quelques autres, la note que nous avons déjà publiée dans ce recueil, et de recommander, en tout cas, après une expérience très-concluante de six mois, un système de marmites isolées qui, étant exclusif de l'emploi de la vapeur, se trouve être d'une application facile dans toutes les cuisines d'établissements d'aliénés, quels que soient le genre de fourneau et le mode de chauffage employés.

Après avoir constaté dans la première note qu'avec les bassines employées, à ma connaissance, dans tous les établissements d'aliénés de France, au moins, et d'après le mode de distribution des aliments qui y est usité, ces aliments devaient être et sont nécessairement ingérés froids

(1) Addition à la note publiée dans le cahier de janvier 1874 de ce recueil.

j'ai fait ressortir les inconvénients qui devaient en résulter pour la santé des malades.

Comme moyen de remédier à la cause de ces inconvénients, j'ai indiqué l'emploi des marmites isolées, autrement dites norvégiennes, dont l'usage m'avait été recommandé et qui avaient, je le savais, rendu quelques services, pendant le siége, dans certaines gardes aux remparts.

Je me suis, on s'en souvient, prévalu, pour préconiser cet emploi, de l'expérience qui en était faite depuis quelques années dans l'asile de Bistrup, en Danemark, et j'ai même reproduit à cette occasion la lettre qui venait de m'être adressée par le docteur Steenberg, directeur-médecin de cet établissement.

C'est d'après les données fournies par cet administrateur et que je lui avais communiquées, que M. Henri Maréchal, architecte des asiles de Vaucluse et de Ville-Evrard, et chargé des travaux de l'installation de la colonie d'enfants idiots qui vient de s'ouvrir à l'asile de Vaucluse, a entrepris l'étude de l'application du système des marmites dont il s'agit à ladite colonie.

Cette application était d'autant plus indiquée dans l'espèce que le problème à résoudre était celui-ci : utiliser pour la nouvelle annexe à créer la cuisine de l'établissement principal, malgré la distance de près d'un kilomètre qui devait l'en séparer, et sans que cette distance dût influer sur la température des vivres, et, par suite, sur l'hygiène alimentaire de la colonie.

Après une expérience de plus de six mois, puisque cette annexe est ouverte depuis le 1er juillet dernier, on peut dire que ce problème est complétement résolu. Telle est même l'excellence des résultats obtenus, que les aliments apportés de la cuisine de l'établissement qui en est, je le répète, distante de près d'un kilomètre, à nos jeunes colons, leur sont servis chauds, assez chauds même pour qu'on les voie souffler sur leurs cuillerées de soupe pour les refroidir avant

de les ingérer, tandis qu'ils sont servis et nécessairement ingérés froids dans les quartiers de l'asile qui avoisinent cette même cuisine.

D'après cette donnée, le besoin de généraliser l'usage des marmites employées pour notre colonie d'enfants idiots et de l'étendre à tous les quartiers de l'asile s'impose naturellement. Aussi, notre intention est-elle de les substituer à celles qui sont en usage dans ces derniers quartiers, au fur et à mesure de leur usure et du besoin de pourvoir à leur remplacement, si même il ne nous est pas possible d'obtenir d'une administration aussi soucieuse du bien-être et de la santé des malades que celle du département de la Seine, une réforme plus radicale et surtout plus immédiate.

Je ne puis, dans tous les cas, en présence des résultats obtenus, et que je n'hésite pas à qualifier d'inespérés, que souhaiter l'adoption des marmites dont il s'agit dans tous les asiles d'aliénés et autres établissements de bienfaisance.

L'étude de l'application de ces marmites à notre colonie ayant fait ressortir la nécessité d'apporter des modifications importantes au mode que nous avions cru devoir d'abord proposer, d'après les indications qui nous avaient été fournies par notre collègue de l'asile danois, je ne crois pouvoir mieux faire que de laisser la parole à l'architecte qui a conçu ces modifications, en reproduisant ci-après un extrait des très-intéressants rapports qu'il a adressés à M. le directeur des travaux de Paris, et dont M. le préfet de la Seine a, sur la proposition de ce dernier, autorisé récemment la publication (1).

. . . . . .

« Le soussigné se borne à dire quelques mots, vu la nouveauté de l'objet, sur le service de marmites norvégiennes

(1) Préfecture du département de la Seine, direction des travaux. Installation d'une colonie d'enfants idiots à l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise), et visite à l'asile d'idiots d'Earlswood (Angleterre). Imprimerie A. Chaix et Cᵉ, 1876.

au moyen duquel sont apportés à la colonie, suivant la demande de M. le directeur de Vaucluse, les aliments préparés à la cuisine de l'asile.

» Ce service comprend deux choses : des voitures pour les transports, qui se font trois fois par jour, et des marmites à enveloppes parfaitement isolantes et d'un maniement facile.

» Les voitures, en raison de l'état et de la longueur des chemins à parcourir, sont simplement deux légers fourgons (un grand et un petit), à un cheval et à quatre roues ; ils apportent de l'asile non-seulement les marmites pleines, mais encore toutes les rations de pain, de vin ou de denrées comestibles non chauffées envoyées à la colonie pour chaque repas.

» Pour les marmites, le soussigné avait recherché le moyen d'y appliquer la vapeur ou l'eau chaude. L'étude de l'exécution pratique l'engagea à y renoncer; il s'y présentait des difficultés qu'on n'avait pas, en la circonstance, intérêt à vaincre. L'on s'est contenté de simples marmites à parois isolantes, ces parois composées de triples fonds revêtus de feuilles de feutre, le tout arrangé de la façon qui a paru la plus propre à procurer un isolement efficace et à ne mettre aux mains des gens de service que des appareils très-faciles à gouverner.

» Les expériences faites ont donné les résultats attendus. Ils peuvent être considérés comme satisfaisants. »

» Voici le détail des deux expériences :

| *Première expérience :* | Marmite d'une capacité de 24 lit. 02 c. — | Marmite d'une capacité de 10 lit. 39 c. — |
|---|---|---|
| Marmites exposées à une température de — 5° 5 centigr. : | | |
| Le liquide (eau) a été versé à..... | + 72° | + 70° |
| Ouverture 4 heures après..... | + 62° | + 55° |

» NOTA.— L'eau chaude avait été versée dans les marmites non réchauffées et restées à la température ambiante.

*Deuxième expérience :*

| | |
|---|---|
| Marmite exposée à une température de + 13° centigr. : | |
| Eau chaude versée à..... | + 75° |
| Ouverture deux heures après ..... | + 72° |
| Refermée aussitôt, puis réouverte après un espace nouveau de 24 heures. | + 45° |
| Refermée encore, puis réouverte après un autre espace de 18 heures.... | + 32° |

» NOTA. — Pour la deuxième opération, les parois intérieures de la marmite avaient été réchauffées au moyen d'un rinçage à l'eau bouillante, avant l'introduction de l'eau d'expérience.

» Toutes les autres expériences faites ont fourni des données concordantes, et ont montré que le refroidissement est d'autant plus rapide que la capacité du vase est moins grande, ce qui s'explique tout seul.

» Ces résultats répondent à ceux indiqués dans une lettre du Directeur de l'hôpital d'aliénés de Saint-Hans, à Bistrup, (Danemark), publiée par M. le docteur Billod. La graduation Celsius, dont il se sert, est la graduation allemande, la même exactement que notre graduation centigrade.

» Le soussigné a entre les mains une lettre du même Directeur de Saint-Hans, de deux ans postérieure à celle-là, qu'il reçut en réponse à une demande de renseignements sur ses appareils, et où se trahit le profond découragement que lui fit éprouver la détérioration rapide et à peu près complète de ses marmites *fixes et à vapeur à parois isolantes*, due, on n'en peut douter en lisant la description des appareils dans la lettre publiée par M. le docteur Billod, à l'inexpérience industrielle qui avait présidé à leur construction. Quoi qu'il en soit, l'application du principe d'isolement est fort pratique, et paraît avoir réussi, à la Colonie de Vaucluse, pour des marmites *mobiles à parois isolantes*. »

## Société médico-psychologique.

*Séance du 30 octobre 1876.* — Présidence de M. Dumesnil.

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

*Correspondance.*

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Michéa, membre titulaire, informant de son départ définitif de Paris, et sollicitant le titre de membre correspondant.

Le titre de membre *honoraire* de la Société médico-psychologique est accordé d'acclamation à M. Michéa.

2° Les quatre derniers numéros de la *Revue scientifique.*

3° Les quatre derniers numéros de la *Revue de littérature médicale.*

4° Les quatre derniers numéros de la *Tribune médicale.*

5° Le *Bolletino del privato Noso comio Fleurent, in Napoli.*

M. Legrand du Saulle fait part à la Société d'une lettre qu'il a reçue de M. Tissot, de Dijon, annonçant le décès de son père, membre correspondant de l'Institut et de la Société médico-psychologique.

Cette perte entraîne tous les regrets de la Société.

M. Fournet demande qu'une notice bibliographique soit rédigée sur la personne de M. Tissot et paraisse dans les *Annales médico-psychologiques.*

La proposition est adoptée.

*Rapport sur un projet de loi sur les aliénés en Turquie par M. Mongeri.*

M. Motet : M. le Dr Mongeri, de Constantinople, m'a chargé de vous donner communication d'un projet de loi sur les aliénés, en Turquie, soumis par lui au gouvernement impérial depuis plusieurs années, et qu'il est enfin parvenu à faire prendre en considération et accepter.

Ce qu'il faut louer surtout chez notre savant collègue, c'est son énergie patiente, mise au service d'une noble cause. Le sort des aliénés en Turquie est déplorable : l'arbitraire règne dans tous les établissements ; aucun contrôle n'est exercé sur

les placements, et les plus épouvantables abus peuvent être la conséquence d'une négligence coupable. M. Mongeri, dans son exposé de motifs, signale deux cas de séquestration arbitraire, qui se sont produits dans les circonstances les plus émouvantes. Dans l'un, il s'agit d'une jeune femme appartenant à la religion grecque, ayant, du consentement de sa famille, épousé un banquier arménien. Quelques semaines après, la jeune femme, sur les instigations d'un prêtre grec, est enlevée du domicile conjugal, et conduite dans un asile d'aliénés. Les recherches du mari restent longtemps vaines ; il s'adresse au ministre de la police, et il découvre enfin le lieu où la malheureuse a été séquestrée : on la trouve enfermée dans un souterrain, une cruche d'eau à ses côtés, étendue sur une natte, un carcan de fer au cou, et attachée par une chaîne à la muraille. Le mari ne put obtenir qu'on la lui rendit immédiatement. Ce ne fut que quinze jours après qu'il obtint sa sortie. Elle était devenue complétement folle. M. Mongeri fut appelé à lui donner des soins, et apprit du mari les détails de cet acte de barbarie.

Le second fait est celui d'une jeune orpheline anglaise, servante dans une famille ; séduite et devenue enceinte, elle est placée par son séducteur dans une maison d'aliénés. Le Rev. M. G., aumônier de l'ambassade anglaise, apprend la disparition de cette jeune fille ; il fait d'actives démarches, parvient à savoir où elle est, et la fait sortir. Le séducteur ne fut pas poursuivi, et toute l'affaire se termina par un arrangement mutuellement accepté.

M. Mongeri s'élève avec indignation contre de pareils faits, et se demande comment ils sont possibles. Ce sont les communautés religieuses surtout qui s'en rendent coupables. « Dieu seul sait, dit-il, combien de fois la violence et la torture ont été employées par la rage sacerdotale, en faisant de ce lieu de charité la succursale de nombreux cachots de l'inquisition ! Dieu seul sait combien de fois l'iniquité de certains tuteurs, ou la perfide avidité de certains parents n'a dû reculer devant aucun moyen pour se soustraire à une difficile reddition de comptes, ou s'emparer d'un héritage convoité. Dieu seul enfin sait combien de criminels ont pu ensevelir ainsi leurs témoins, leurs complices, leurs victimes mêmes ! »

Le projet de loi que M. Mongeri soumet au gouvernement ottoman a pour but de faire disparaître ces actes d'un arbitraire odieux, en entourant les placements dans les asiles d'aliénés des formalités qui, chez nous, sauvegardent la liberté indivi-

duelle. Notre collègue s'est placé au triple point de vue, de l'intérêt du malade, de celui de la famille, de celui de la société, et il a cherché à établir des garanties scientifiques, administratives et judiciaires. S'inspirant de l'esprit de la loi du 30 juin 1838, il a pu en reproduire la plupart des articles, en les adaptant aux coutumes de l'Orient, en tenant compte surtout de l'élément religieux qui joue un si grand rôle dans les diverses justices de l'empire ottoman. Nous ne pouvons reproduire ce projet en détail, mais nous devons adresser à M. le Dr Mongeri nos encouragements, et le remercier du bon souvenir qu'il nous garde. Nos sympathies les plus vives lui sont acquises, nous le suivrons avec le plus grand intérêt dans son œuvre d'humanité et de progrès.

La Société décide que des remercîments seront adressés à M. Mongeri pour son envoi.

*Enquête sur les condamnés qui ont été l'objet d'un examen médico-légal.*

M. Delasiauve informe la Société qu'il a écrit récemment aux ministères une lettre demandant des renseignements sur la conduite et l'état psycho-cérébral ultérieurs des individus condamnés après avoir été l'objet d'une enquête médico-légale.

Seul, le ministre de la marine a répondu, à propos du nommé Jebard condamné en 1852 à la détention perpétuelle pour meurtre sur une personne inconnue. Jobard s'est évadé de Cayenne ; on n'a plus entendu parler de lui.

M. Billod approuve l'initiative prise par M. Delasiauve, et exprime le vœu de voir la mesure qu'elle implique se généraliser. De pareils renseignements seraient fort utiles à recueillir et à collationner.

*Question du local pour les séances et la bibliothèque.*

M. le secrétaire général rend compte des pourparlers avec la Société d'anthropologie, relativement au siége de la Société médico-psychologique.

*De la mélancolie alcoolique.*

M. Falret a la parole pour la lecture d'un mémoire intitulé *De la mélancolie alcoolique* : forme mentale trop peu étudiée et qu'il est cependant fréquent d'observer. (Ce travail sera publié ultérieurement.)

M. Pouzin appuie l'opinion émise par M. Falret, à savoir que les alcooliques sont enclins au suicide et à l'homicide, et expose la situation d'un homme non alcoolique mais qui, sous l'influence d'un seul verre d'absinthe, est pris instantanément d'impulsions homicides dont sa femme court risque d'être victime.

Ce sujet, d'une sobriété habituelle avérée, cède, une fois ou deux l'an, au désir de boire de l'absinthe ; et l'impulsion homicide se manifeste invariablement.

M. Pouzin demande s'il y a là un motif plausible de séquestration, et si cet homme, qui a un frère aliéné, n'est pas lui-même atteint d'aliénation mentale.

M. Falret fait remarquer qu'il a une distinction à établir, entre les troubles psychiques consécutifs à l'ivresse (tel serait le cas du sujet mentionné par M. Pouzin) et les troubles de nature différente qu'engendre l'alcoolisme.

M. Foville : Il y a un grand intérêt, ainsi que l'a dit M. Falret, à caractériser la mélancolie alcoolique par des signes précis. Mais certains paralytiques généraux ne présentent-ils pas à l'observation des désordres de tout point analogues à ceux qu'a énumérés M. Falret?

M. Foville cite à l'appui de son assertion un cas dans lequel on ne peut invoquer l'action toxique de l'alcool et dans lequel le malade, paralytique général, présente un état de lypémanie panophobique.

M. Motet : La cause anatomique des troubles psychiques pourrait bien être la même dans la paralysie générale et dans la mélancolie alcoolique. Elle pourrait consister en un état congestif parvenu à un degré déterminé.

M. Foville pense en effet, que, dans l'un et l'autre ordre de cas, la cause anatomique est une, et qu'elle consiste en un état congestif et non en la présence de l'alcool dans les centres nerveux.

M. Delasiauve : M. Jules Falret vient de nous faire une communication fort intéressante. Je n'ai pas lu le travail de M. Lasègue, mais M. Jules Falret est, à son égard, entré dans des détails assez explicites pour nous le rendre sensible. Cliniquement, les nombreuses distinctions ressortant de son analyse accusent une remarquable exactitude et une rare finesse d'aperçus. J'éprouve toutefois un regret, c'est que, faute d'un fil conducteur, l'auteur n'ait pu s'élever à cette sphère lumineuse qui permet de saisir et de constater la filiation des phénomènes. Les éléments fournis à la science ne sont que

des pierres d'attente pour une nomenclature méthodique.

M. Lasègue admet une variété mélancolique d'alcoolisme qu'il s'efforce de distinguer des autres forme de la mélancolie. A-t-il dans son parallèle spécifié un de ces signes pathognomoniques d'où naisse immédiatement une démarcation flagrante? C'est beaucoup, sans doute, d'opposer symptômes à symptômes. Faute de mieux, on est obligé de se contenter des lumières acquises. Où l'on doit tendre, c'est à découvrir la loi des différences.

Si notre éminent collègue eût daigné jeter les yeux sur notre classification, publiée il y a déjà bien des années, peut-être eût-il, aidé de sa vive perception des faits, pu, non-seulement assigner à chacun des traits différentiels, mais déterminer logiquement leur place dans le cadre des affections mentales.

En quoi consiste l'alcoolisme ? Je ne saurais, à cette heure et incidemment, m'étendre en longues considérations. Quelques explications suffiront, j'ose l'espérer, pour faire comprendre ma pensée. Pour moi, le *delirium tremens* appartient, en général, à l'immense catégorie des obtusions intellectuelles. L'inertie cérébrale, la confusion des idées, en constituent le principal caractère. Le visage, pâle et sombre, reflète cette incertitude morale. Il porte le cachet de l'hébétude et de la morosité. Là, parfois, se bornent les phénomènes pendant une sorte de période d'incubation ou entre les paroxysmes de délire qui se surajoutent au nébuleux horizon. Incapable de discerner suffisamment le faux du vrai, le malade se laisse entraîner à ses impressions fortuites, à ses conceptions presque toujours hallucinatoires, et diversifiées comme les mouvements automatiques du cerveau. Sous ce rapport, le délire, subordonné au hasard des perceptions fantastiques, en majeure partie de la vue, n'est, si importantes et si fréquentes qu'elles soient, qu'un épiphénomène. La stupeur, qui est le fond, persiste, alors que s'apaise le délire.

Ou les symptômes s'effacent ou ils continuent à des degrés divers, passant à l'état chronique. Deux circonstances peuvent surgir de cette transformation : tantôt l'alcoolisme conserve son caractère hallucinatoire; d'autres fois, beaucoup moins accusé, il ne se trahit que par un extérieur triste, une pensée vacillante ou l'aspect mélancolique et lypémaniaque.

Evidemment, c'est cette forme qui a frappé M. Lasègue, qui survit au delirium tremens caractérisé, ou qui, même, marque son début si, dans beaucoup de cas, elle n'offre dans son cours

plus ou moins, la physionomie qu'elle a prise d'emblée.

Ceci donné, les signes étant communs avec les mélancolies ou lypémanies, d'après quels principes former le diagnostic ? Pour ce qui concerne les stupidités légères et moyennes, le départ n'est pas toujours facile, puisque celles-ci, comme la mélancolie ébrieuse, ont pour condition identique l'embarras de l'esprit, sur lequel viennent s'enter épisodiquement les conceptions hallucinatoires. Il faut alors, comme l'a fait M. Lasègue, résumant et analysant les causes, les symptômes, leurs nuances, la marche des accidents, arriver à individualiser les diversités morbides par la particularisation d'un idéal pathogénique propre à chacune.

Quant au délire diffus ou au délire monomaniaque, dit systématisé, qui ne voit qu'étant partiels et respectant le fonctionnement syllogistique, il y a là un criterium absolu qui, si l'on en tient compte, ne permet jamais de confondre, avec l'un ou l'autre, la mélancolie alcoolique qui, sans cela, n'en serait distinguée qu'avec peine? Veut-on un exemple unique mais saillant ? Que nous a dit M. J. Falret des hallucinations de la vue si communes dans l'alcoolisme, tandis qu'elles étaient rares dans le délire partiel mélancolique, où les craintes, les terreurs, les défiances, moins incohérentes, sont prédominantes et tenaces? Quoi d'étonnant, surtout pour la monomanie qui consiste en croyances et convictions déraisonnables ? Dans l'espèce, s'il se produit des pseudo-perceptions, ou elles dépendent de l'activité des chimères et concordent avec elles, ou, le plus souvent, elles ont contribué à les faire naître, comme elles contribuent plus tard à les entretenir.

Il n'est pas rare, d'ailleurs, que les hallucinations du délire alcoolique, de même que certaines pseudo-monomanies ou autres formes mentales, aient cette conséquence finale.

La séance est levée à six heures un quart.

Dr COLLINEAU.

---

*Séance du 27 novembre 1876.*

Présidence de M. BILLOD.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. Dumesnil, s'excusant, pour cause de maladie, de ne pouvoir assister à la séance.

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

M. Lunier demande qu'il soit adressé des remercîments à la Société d'anthropologie pour l'empressement avec lequel elle a mis son local à la disposition de la Société médico-psychologique.

M. le Président annonce la mort de trois membres correspondants de la Société : MM. Bulckens, Evrat et Webster.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance imprimée comprend :

1° Un mémoire de M. le professeur Broca, *Sur la topographie cranio-cérébrale ou sur les rapports anatomiques du crâne et du cerveau.* M. Dally est chargé de faire un rapport sur ce travail.

2° *Recherches sur le mouvement de la population de la ville de Genève de 1845 à 1872,* par M. Dunant. M. Falret est chargé de faire un rapport sur ce travail.

3° Trois mémoires de M. Tamburini à l'appui de sa candidature au titre de membre associé étranger.

M. Falret demande qu'on fixe l'ordre du jour des séances de la Société. Il rappelle qu'une commission a été nommée pour examiner le fait de M. Azam et les autres faits analogues ; il serait important qu'elle déposât son rapport, qui provoquerait sans doute une discussion intéressante dans le sein de la Société.

M. le Président invite la commission et son rapporteur de faire en sorte de déposer le rapport sur cette question dans la séance de janvier.

M. le Président propose comme membres de la commission des finances : MM. Blanche, Brochin et Legrand du Saulle.

*Contribution à l'étude des suppléances cérébrales.*

M. Luys présente à la Société une pièce pathologique qui apporte une nouvelle preuve à la possibilité des suppléances de certaines parties du cerveau, alors que les régions congénères ont cessé de fonctionner.

La pièce en question démontre, ainsi que M. Victor Parant l'a fait dans sa thèse inaugurale, que la faculté du langage, entre autres, lorsqu'elle a disparu provisoirement, peut de nouveau être récupérée chez certains hémiplégiques frappés temporairement d'aphasie. Il s'agit, en effet, dans l'observation de M. Luys, d'une malade qui, ayant perdu l'usage de la parole,

en même temps que celui des membres de tout un côté du corps, put, au bout d'environ dix-huit mois, parler de nouveau.

La femme M..., âgée de quarante-ans, entra à la salle Saint-Mathieu, n° 12, le 10 juin 1876. Cette femme raconte qu'elle a été frappée d'hémiplégie il y a huit ans, à droite, d'une façon complète, et qu'en même temps elle a perdu l'usage de la parole; elle ajoute, en outre, que lorsqu'elle a recommencé à parler, elle a pu le faire d'une façon rapide et en quelque sorte instantanée, sans avoir à passer par une sorte d'éducation préparatoire. Autant qu'il est possible de le juger par les renseignements donnés par la malade, c'est au bout de dix-huit mois à partir de l'attaque de paralysie, qu'elle aurait recommencé à parler.

Au point de vue des antécédents morbides, il est intéressant de noter que l'hémiplégie dont cette femme a été frappée, l'a atteinte en pleine jeunesse, à l'âge de trente-deux ans, et qu'elle peut être considérée comme un effet éloigné d'un rhumatisme articulaire aigu dont elle avait été frappée quelques années auparavant, et qui a frappé sur l'endocarde.

A son entrée à l'infirmerie, cette malade s'exprimait d'une façon très-précise ; elle nous donna de vive voix des renseignements sur sa maladie, et son intelligence nous paraissait complétement intacte ; elle entrait à l'infirmerie, disait-elle, uniquement pour de l'embarras respiratoire ; elle nous dit que, malgré sa paralysie, elle pouvait marcher et se promener dans les cours ; qu'elle était habituellement dehors ; qu'elle n'aimait pas rester stationnaire et, quand elle était dans son dortoir, qu'elle pouvait encore s'occuper à rouler des bandes et à faire de la charpie.

L'examen direct nous fit constater que la malade pouvait encore bien remuer la jambe droite, qu'elle pouvait marcher en ressentant un peu de faiblesse du même côté, mais qu'elle ne pouvait se servir du bras correspondant; il existait, en effet, une contracture des fléchisseurs de l'avant-bras droit ; il n'y avait pas d'anesthésie ; il n'y avait pas non plus de troubles sensoriels. La face était légèrement tirée vers la gauche, le côté droit paraissait complétement immobile ; néanmoins les paupières pouvaient des deux côtés se rapprocher complétement ; rien d'anormal dans les pupilles, qui étaient égales et contractiles. La langue était tirée régulièrement hors de la bouche, sans déviation. Le sommeil était régulier.

L'auscultation de la poitrine révélait des râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux poumons ; et en présence de l'anxiété de la malade, d'une part, et d'autre part de l'ancienneté de l'hémiplégie, nous n'hésitâmes pas à reconnaître dans cette lésion des voies respiratoires des phénomènes paralytiques dépendant d'une lésion bulbaire par atrophie descendante des faisceaux pyramidaux.

Au cœur on constatait un bruit de souffle très-rude, occupant le premier temps. Les urines ne présentaient ni sucre ni albumine. La malade succomba à une asphyxie lente, produite par l'embarras progressif des bronches paralysées, au bout de quelques jours.

A l'autopsie on trouva des lésions très-intéressantes, qui font l'objet de cette présentation. Les deux lobes cérébraux offrent en effet un contraste des plus significatifs ; le lobe gauche surtout est frappé par un ramollissement qui s'est circonscrit en partie dans la sphère de distribution de l'artère sylvienne. On constate en effet que la première et la deuxième frontales sont dans leurs rapports et leurs volumes normaux, mais que la troisième frontale, principalement dans sa moitié postérieure, est détruite par un ramollissement. Ce foyer de ramollissement a complétement fait disparaître les circonvolutions de l'insula, de même que le point de conjonction inférieur de la frontale et de la pariétale ascendantes qui a disparu ; la première temporale est pareillement effondrée, si bien que toute la substance corticale du cerveau, qui correspond au groupe de l'insula et aux circonvolutions marginales qui l'entourent, est complétement anéantie. Les autres régions de l'écorce du même lobe, sont relativement respectées ; c'est ainsi qu'on trouve encore nettement accusées, la pariétale et la frontale ascendantes, dans les trois quarts supérieurs de leur continuité, le quart inférieur ayant été détruit par le ramollissement ainsi que nous venons de l'indiquer. Le pli courbe, la deuxième et la troisième temporales sont respectés.

A la face interne de l'hémisphère on constate l'intégrité de la première frontale, du lobe paracentral, de la circonvolution crétée, du lobe quadrilataire qui est cependant moins développé que celui du côté opposé, du coin, de l'unciforme et de la circonvolution fusiforme. La substance grise du corps strié, noyau extra-ventriculaire, était complétement détruite, celle du noyau intra-ventriculaire persistait à l'état de vestige ; la couche optique était notablement atrophiée.

Le lobe droit, par contre, présentait un notable développement de volume par comparaison avec le lobe malade. Cette différence peut être appréciée d'une manière relative, par les chiffres suivants qui expriment le poids de chaque lobe au sortir de leur immersion du bain d'acide azotique, avant l'opération du séchage. Le lobe gauche pesant 245 grammes, le lobe droit pesait 360 grammes, ce qui faisait à son profit une différence de 115 grammes.

Sur ce lobe on note un développement remarquable de la première, de la deuxième et surtout de la troisième circonvolution frontale qui a acquis un développement considérable. La frontale ascendante et la pariétale ascendante sont également très-notablement développées. La région pariétale supérieure qui se réunit à la pariétale ascendante a acquis un volume et des flexuosités tout à fait insolites qui donnent à cette région un développement inaccoutumé. Le pli courbe est dans ses dimensions normales, ainsi que la première temporale ; par contre, la deuxième temporale ainsi que la troisième sont très-difficiles à délimiter.

Examiné par sa face interne, le même lobe présente d'avant en arrière un développement très-accentué de la première frontale qui est très-flexueuse, un développement également très-notable du lobule paracentral ; la circonvolution crétée est également très-accusée ; il en est de même du lobe carré qui est très-développé ; le coin, l'unciforme sont disposés régulièrement. La circonvolution fusiforme est très-notablement développée. Les circonvolutions de l'insula sont très-nettement accusées.

Les noyaux centraux participent à la même augmentation de volume qui se fait remarquer dans l'hémisphère correspondant.

Le pédoncule cérébral gauche était très-notablement atrophié, cette atrophie se propageait à travers la protubérance ; la pyramide du côté opposé était très-notablement frappée d'atrophie. Il en était de même de la pyramide antérieure gauche dans la portion la plus interne. Il existait quelques lacunes dans la substance grise de la protubérance.

M. Lunier fait observer que, dans presque tous les faits connus, la suppléance s'établit pour la parole et non pour les mouvements. Ainsi, chez les hémiplégiques avec aphasie, la parole revient fréquemment au bout de deux à six ans, la paralysie des membres, au contraire, persiste. A Blois, il a ob-

servé le fait d'un individu aphasique et hémiplégique qui, traité suivant une méthode rationnelle, a recouvré la parole au bout d'un certain temps, mais chez lequel la paralysie des membres est restée. M. Lunier se rappelle avoir observé une douzaine de ces faits ; celui de M. Luys lui paraît surtout intéressant parce que l'autopsie a été faite.

M. Falret demande à M. Luys si, en revenant, la parole a été complète ou s'il n'y a eu qu'une certaine amélioration.

M. Luys répond que cette malade parlait sans hésitation, qu'il n'existait chez elle aucune paralysie du langage. Il ajoute quelques remarques sur le pronostic et la pathogénie des aphasiques. L'aphasie se guérira d'autant plus facilement, ou, en d'autres termes, il y aura d'autant plus de chances de voir s'établir une suppléance cérébrale, que la malade sera plus jeune. Quant à la pathogénie, il faut tenir compte des affections antérieures. Ainsi la malade, dont il a raconté l'histoire, a été atteinte de rhumatisme articulaire aigu avec affection cardiaque; à l'autopsie on a constaté les lésions suivantes : le cœur était légèrement hypertrophié; les valves de la mitrale, incrustées de substance athéromateuse, formaient un *infundibulum* rigide permettant à peine l'introduction du petit doigt.

M. Dally fait observer que si, suivant l'affirmation de M. Luys, la parole est revenue d'emblée chez cette femme, on ne peut accorder qu'il y ait eu réellement suppléance cérébrale. La localisation étant consécutive à l'exercice, comment comprendre que d'emblée une portion du cerveau puisse être investie d'une fonction qu'elle n'a jamais exercée ?

M. Luys ne peut répondre à toutes ces objections; il ne veut pas entrer sur le terrain des hypothèses, mais rester sur celui du fait en question, sauf plus tard à établir une théorie grâce à de nouvelles observations.

M. Dagonet se demande si, dans le cas de M. Luys comme dans tous les cas analogues, la troisième circonvolution frontale droite, qui est congénère de la troisième circonvolution frontale gauche, ne vient pas suppléer cette dernière, c'est-à-dire remplir la même fonction. Une lésion du côté gauche amenant à sa suite la destruction de la fonction générale d'émettre des sons, la circonvolution congénère du côté droit vient, en quelque sorte, à la rescousse et la fonction se rétablit.

M. Magnan objecte que la conformation externe du cerveau varie suivant les individus et que ces variations existent même

entre les deux lobes d'un même cerveau, surtout dans les cas pathologiques. Dans les lésions considérables du lobe gauche, par exemple, on voit toujours le lobe droit se replier de façon à rendre sa convexité plus saillante. Dans le cerveau présenté par M. Luys, le lobe droit s'est manifestement replié et a paru par conséquent plus volumineux. En outre pour compléter l'observation, il serait intéressant de connaître le poids de l'hémisphère droit et l'analyse histologique de ses circonvolutions.

M. Luys répond que, quant au poids, le lobe droit pèse 115 grammes de plus que le lobe gauche. Pour ce qui regarde l'examen histologique, il aurait fallu sacrifier la morphologie générale du cerveau ; en enlevant des fragments de circonvolutions, la comparaison entre les deux lobes n'eût plus été possible. Il faudra donc profiter d'observations nouvelles pour rechercher s'il existe une augmentation de cellules dans le lobe hypertrophié.

M. Lunier : M. Magnan prétend que le lobe droit du cerveau s'est recourbé sur le lobe gauche ; cette explication n'est guère admissible ; la faux du cerveau, qui est une membrane très-épaisse et en quelque sorte rigide, empêchant cette courbure.

M. Magnan affirme que, cependant, ce phénomène se présente dans les cas de tumeurs, de kystes, etc.

M. Luys, pour démontrer qu'il y a absence complète de déviation du lobe droit dans la pièce qu'il a présentée, montre la photographie du cerveau à l'état frais.

M. Lasègue propose de mettre à l'ordre du jour de la Société la question : De l'aphasie dans ses rapports avec l'hémiplégie et de ses modes de guérison.

Cette proposition est adoptée.

*Communication d'un cas de folie morale avec autopsie.*

M. Lasègue communique à la Société l'histoire d'un malade, qui présente des particularités intéressantes au point de vue clinique et anatomo-pathologique. — M. J..., âgé de cinquante-sept ans, veuf, s'était, après avoir marié ses deux filles, retiré chez une personne qu'il avait rencontrée une seule fois dans le monde. Cette dame, ancienne actrice, était arrivée à circonvenir M. J..., à lui faire accroire qu'il était sérieusement malade et qu'elle seule, à l'aide de l'électricité et de certains médicaments, parviendrait à lui rendre la santé. En un mot, elle

l'accapara complétement, ne le quitta plus un seul instant et, à la fin même, le séquestra, pour ainsi dire, dans la maison qu'elle habitait à Belleville. Les gendres de M. J..., craignant avec raison les intrigues de cette femme, avisèrent ; mais ce ne fut pas sans trouver de la résistance de la part de celle-ci, qu'ils arrivèrent à arracher leur beau-père de ses mains et à le placer dans une maison de santé des environs de Paris.

Mais la chose n'en resta pas là. La femme, voyant la proie lui échapper, profita des relations qu'elle avait dans le monde et finit par trouver un avocat qui prit en mains l'affaire. Ce dernier fit si bien que, malgré les affirmations des médecins, le tribunal déclara que M. J... n'était pas aliéné et ordonnait sa sortie immédiate de l'établissement dans lequel il avait été placé. Il ne tarda pas à se marier, mais non avec la femme à laquelle il s'était si passivement attaché, puis mourut à la suite de convulsions. Ses deux gendres, qui appartiennent au palais, avaient naturellement été très-émus de toutes les accusations qui avaient été portées contre eux ; aussi demandèrent-ils que l'autopsie de M. J... fût faite. L'autorisation ayant été accordée, voici quels sont les résultats de l'examen nécroscopique.

Les deux hémisphères étaient sains ; mais il n'en était pas de même de la protubérance. Celle-ci en effet présentait du côté droit et près du sillon médian une plaque donnant la sensation d'un corps dur et ayant des adhérences étroites avec les méninges. Sous cette plaque, se trouvaient cinq petits foyers de ramollissement, qui semblaient réunis par ce tissu cartilagineux. Examinés à la loupe, les vaisseaux paraissaient altérés. On le voit, cette autopsie présente des altérations semblables à celles trouvées dans le cerveau de Sandon.

M. Luys a observé ce malade pendant deux mois, et voici les symptômes qu'il présentait : dépression manifeste, crédulité de dément, et néanmoins, malgré cela, une certaine lucidité d'esprit qui dépistait les personnes qui ne vivaient pas avec ce malade. En outre, il n'avait aucune notion des accidents convulsifs qu'il avait eus. M. Luys avait d'ailleurs diagnostiqué une lésion de la protubérance, en observant l'hémiplégie croisée avec libidinosité. Il rapproche ce fait de celui d'un autre malade qu'il a eu l'occasion de voir avec M. Legrand du Saulle.

M. Legrand du Saulle : Pendant les deux ou trois dernières années de sa vie, M. J... a eu cinq ou six attaques, avec hé-

miplégie tantôt à droite et tantôt à gauche. Ces attaques étaient accompagnées de phases nauséeuses, le malade vomissait pendant plusieurs jours de suite ; en même temps on remarquait de la vacillance et de la titubation. Mais au bout de quelque temps, il se réparait assez bien pour donner le change ; cependant, après la troisième attaque, il lui était resté un strabisme convergent. De la maison de santé où il avait été placé, il sortit à la suite d'une décision judiciaire, prise pour ainsi dire à l'improviste, avant le dépôt du rapport demandé à M. Motet sur l'état mental de M. J..., et malgré les certificats de plusieurs médecins qui tous concluaient de la même façon, MM. Bouchereau, Allix, Daumas, Béhier, etc. Quinze jours après sa sortie, il tombait, atteint d'une congestion, devant l'établissement des Sourds-Muets. Il eut ainsi, de nouveau, congestion sur congestion, quand, à la fin du mois de juin, il se maria. Au sortir de la mairie il fut pris d'une nouvelle attaque et porté sans connaissance dans sa voiture nuptiale. Il me reste à donner quelques renseignements sur l'état psychique de ce malade. M. J... avait un affaiblissement très-réel de l'intelligence, une crédulité vraiment puérile. Néanmoins, ce qui a pu donner le change aux magistrats et leur faire croire qu'ils avaient affaire à un homme sain d'esprit c'est que, propriétaire d'une maison à Bercy, M. J... a pu donner le nom de ses quatre-vingt-dix-sept locataires, avec le prix du loyer que chacun d'eux payait ; en outre, il ne délirait pas. Mais il était surtout atteint d'une lésion profonde de la volonté ; c'est même là ce qui avait fait dire à M. le professeur Béhier que M. J... était « une proie pour les escrocs et les intrigants ».

M. Falret fait observer que s'il y a de l'analogie entre ce cas et celui de Sandon, elle n'est que dans la forme de la lésion. Quant au siége, il était autre chez Sandon ; les foyers de ramollissement se trouvaient dans les corps striés et dans d'autres endroits du cerveau.

M. Dagonet : Un fait qui frappe dans toutes les observations de ce genre, c'est la démence morale qui précède la démence intellectuelle. Or les juges sont hors d'état de se rendre compte de ces anomalies de la sensibilité morale, consistant en excentricités de tout genre, dans la perte de la dignité et de la volonté, etc. Il n'est possible de se rendre compte de ces perturbations qu'en entrant dans la vie intime des individus.

M. Lunier se demande s'il n'y a pas là des réserves à faire.

Existe-t-il une relation étroite entre les lésions observées à l'autopsie et les perturbations mentales et morales observées pendant la vie ? Les lésions ont-elles marché parallèlement à ces perturbations ? Dans le cas, qui est en discussion, on n'a constaté que des lésions de la protubérance, qui n'est pas, que je sache, le siége du fonctionnement intellectuel ; en recherchant dans les circonvolutions, on n'aurait pas manqué sans doute d'y trouver des altérations.

M. Lasègue répond que la lésion vasculaire trouvée dans une partie du cerveau permet de conclure que les autres vaisseaux étaient aussi lésés. Ces perturbations dans la vascularisation amènent des troubles de nutrition dans tout l'appareil. Dans le cas de M. J... et dans les autres cas analogues, il faut admettre que la lésion locale, visible à l'œil nu, est une lésion maximum.

M. Aug. Voisin : Je suis heureux de voir que M. Lasègue admet l'importance des lésions vasculaires dans la folie ; mes recherches m'ont, en effet, permis de démontrer que ces lésions n'amènent pas un état de démence immédiat et que les malades atteints d'athérôme artériel conservent longtemps leur mémoire intacte et peuvent raisonner sainement sur un certain nombre de sujets. Dans le cas en discussion, on a constaté à l'autopsie la présence d'une tumeur et le malade était atteint de folie morale. J'ai observé plusieurs faits de ce genre et je les compare aux gens atteints de folie sympathique. La lésion, c'est-à-dire la tumeur est là une véritable épine, agissant constamment sur la sensibilité, mais ne portant pas de trouble dans le domaine de l'intelligence. Je considère donc ces cas de troubles moraux sans trouble manifeste des facultés intellectuelles comme causés par la présence même des tumeurs.

*Épidémie de tétanie à Gentilly (Seine).*

M. Magnan donne quelques renseignements sur l'épidémie de tétanie développée dans la première quinzaine de novembre à l'école des filles de Gentilly qui compte 115 élèves.

Pour apprécier la nature de cette épidémie et pour rendre à l'*imitation contagieuse* la large part qui lui revient, il suffit de suivre le développement de l'épidémie et la marche des accidents chez les différents sujets.

Le premier cas de tétanie apparaît le 15 juillet dernier, chez une jeune fille de dix ans, Angèle G..., bien développée et

d'une santé habituellement bonne. La contracture, précédée d'engourdissement, de fourmillements et de picotements dans les doigts, occupe la main droite et l'avant-bras ; les doigts sont raides et à demi fléchis, le pouce est fortement appuyé contre l'indicateur, l'avant-bras est fixe et les muscles de la partie antérieure font une légère saillie. La malade accuse de la douleur au poignet, au coude et parfois à l'épaule. Il faut un effort assez considérable pour ouvrir la main qui se referme aussitôt. Ces convulsions toniques ne sont pas continues, elles se montrent par accès intermittents pendant quatre jours, mais chaque accès ne dure pas au-delà d'une demi-heure à une heure, et le membre peut reprendre ses fonctions, tout en conservant dans l'intervalle un peu de gêne et d'engourdissement. A la fin de juillet tout accident s'arrête. Dans le courant du mois d'août, quelques accès tétaniques de courte durée se montrent dans la main droite. En septembre il n'y a pas de convulsions. Du 15 octobre au 10 novembre, la tétanie s'empare encore de la main droite, les accès sont plus forts, plus douloureux, plus longs qu'en juillet, quelques-uns durent toute la journée. Le 11 novembre, la contracture du bras a diminué, mais la jambe droite est atteinte à son tour, le pied se place dans l'extension et la pointe se porte légèrement en dedans. La contracture de la jambe droite persiste cinq jours avec une certaine intensité, puis tout s'améliore. Les mouvements deviennent possibles dans la main droite et le pied peut, dans la marche, s'appliquer sans douleur sur le sol. Le 21 novembre la main droite est entièrement libre, le pied droit conserve de la raideur et une légère douleur à la pression seulement sur sa face dorsale. La petite malade se tient debout, marche et s'occupe du ménage. L'amélioration se maintient, et les nouvelles données le 23 par la directrice de l'école, Mme Charlot, confirment la guérison.

C'est là assurément un cas de contracture des extrémités, qui n'offre rien de spécial, mais qui mérite de fixer l'attention puisqu'il est le point de départ de l'épidémie singulière qui vient de se produire.

La deuxième fille atteinte par la maladie, No..., âgée de dix ans, a eu, au commencement d'octobre, une contracture des deux mains. Traitée par M. Simon, à la consultation de l'hôpital des Enfants malades, elle a été promptement améliorée par l'emploi de l'électricité et des frictions stimulantes avec le baume Nerval. Le 21, les mouvements étaient libres

dans la main droite, la main gauche seule avait conservé un peu de rigidité. Le 23, l'amélioration était presque complète.

La troisième malade, Da..., âgée de douze ans, est prise, à la fin d'octobre, de tétanie légère dans les mains et très-accusée aux jambes ; les pieds sont dans l'extension et pendant les accès irrégulièrement développés la station debout et la marche sont impossibles. Le 21 novembre, Da... est entièrement guérie.

La quatrième enfant, Le..., âgée de dix ans, présente à la fin d'octobre, une contracture des deux mains ; les accès, de courte durée dès le début, deviennent de plus en plus rares, et la malade est, le 21 novembre, en voie de guérison.

Une cinquième malade, Bo..., âgée de huit ans, aurait présenté, le 6 novembre, une crise avec perte de connaissance, raideur du cou, convulsion des yeux, contraction des bras et des jambes. Au bout d'une heure tous ces accidents avaient cessé. Cet enfant aurait eu chez elle, le 9 novembre, une deuxième crise convulsive après laquelle il n'est plus resté de contracture. Des renseignements précis n'ont pas pu être fournis sur les antécédents de cette enfant, et l'on ignore s'il existait chez elle précédemment des attaques convulsives avec perte de connaissance.

Tels sont les premiers cas successivement développés jusqu'au commencement de novembre. Il était difficile de voir là une épidémie, et, en tout cas, la bénignité des accidents ne pouvait susciter la moindre inquiétude ; toutefois, on commençait à en parler dans le village et quelques parents cherchaient déjà dans une influence occulte, mystérieuse, une explication à ces accidents convulsifs. A partir du 6 novembre, la maladie prend un véritable caractère épidémique, onze cas se montrent jusqu'au 13, et le lendemain huit autres élèves sont atteintes. Chaque nouvelle recrue crie, pleure, gémit et devient une cause de crainte et d'effroi pour les autres jeunes filles dont l'imagination frappée ouvre la porte à la propagation du mal.

La contracture, chez ces enfants, offre une certaine prédilection pour les membres supérieurs, elle gagne cependant aussi les jambes, elle affecte quelquefois le bras et la jambe du même côté ou bien elle frappe un seul membre. Elle se présente par accès de durée variable, mais ne dépassant pas habituellement une heure ou deux. Elle s'accompagne de dou-

leurs aux poignets, aux coudes, aux genoux, aux cous-de-pied, rarement aux épaules et aux cuisses.

M. Magnan a eu l'occasion de voir, le 23 novembre, à la consultation de l'asile Sainte-Anne, deux des convulsionnaires du 14 novembre : l'une, Joséphine L..., âgée de onze ans, prise de tétanie d'abord dans le bras droit, puis dans le gauche, puis enfin dans les deux jambes, pouvait, dès le soir du même jour, se servir des mains, mais conservait un peu de raideur des pieds. Le 16, il n'y avait plus rien. Le 21 novembre, dans la matinée, la main gauche devient raide et se ferme, mais le 23 tout disparaît, et la guérison paraît complète.

L'autre enfant, Adèle B..., est âgée de dix ans et demi ; elle était très-impressionnée, disait-elle, par les convulsions et les pleurs des jeunes filles malades. Dans l'après-midi du 14 novembre, ses deux pieds deviennent raides pendant qu'elle est assise sur le banc, elle ne peut plus se relever, elle éprouve des douleurs aux cous-de-pied et aux genoux et on remarque une saillie très-dure, comme une corde, au jarret, en arrière et en dehors, due au tendon du biceps crural. En même temps, les deux mains se ferment, les muscles fléchisseurs se contractent à l'avant-bras. Au bout d'une demi-heure, la tétanie cesse aux jambes qui sont entièrement libres le soir ; la main droite s'ouvre et peut remuer, la main gauche reste fermée ; toutefois, vers le soir elle se laisse ouvrir, se meut spontanément, mais elle se contracte encore par instants et le poignet devient douloureux. La contracture persiste dans la main gauche jusqu'au 17 novembre avec des intermittences de plusieurs heures, la main droite se prend à son tour, et elle présente, jusqu'au 20 novembre, trois ou quatre fois par jour, des accès tétaniques d'une heure à une heure et demie. Tout disparaît dans les mains, et la jambe gauche seule est le siége, par moments, d'une légère contracture qui n'empêche pas la marche. Depuis quelque temps cette enfant dort mal, elle a des rêves, des cauchemars ; au milieu de la nuit, elle se lève effrayée, crie et voit, dit-elle, des hommes dans la chambre. Le 23 novembre, à la consultation de Sainte-Anne, on ne découvre plus rien dans les membres, qui sont entièrement libres, indolores, jouissant de la plénitude de leurs mouvements. La sensibilité n'offre pas plus chez cette malade que chez les autres de modifications ; on ne trouve ni anesthésie ni hyperesthésie.

La propagation si rapide de l'épidémie avait vivement ému l'institutrice et les autorités qui, d'un commun accord, prennent le parti le plus efficace pour couper court aux progrès du mal, en fermant immédiatement l'école. Le 15 novembre, jour de la fermeture de l'école, marque également la fin de l'épidémie ; aucun nouveau cas n'est signalé à partir de ce moment. Les dix-neuf jeunes filles atteintes du 6 au 14 novembre s'améliorent promptement et guérissent en quelques jours par le seul fait de l'isolement et du séjour dans la famille, loin du foyer contagieux.

En dehors des enfants de cette école, aucune autre jeune fille dans le village n'a été atteinte de tétanie, aucun garçon n'a offert de contracture, et l'école des garçons, peu éloignée de celle des filles, reçoit cependant cent cinquante élèves. Les classes de l'école des filles, situées au rez-de-chaussée, sont un peu humides, mais c'est là tout ce qu'on pourrait mettre en avant comme cause prédisposante. Dans ces conditions on invoquerait vainement l'influence unique du froid, de l'humidité, c'est en réalité une épidémie par imitation contagieuse. Cette maladie, sans gravité, d'ailleurs, offre, au point de vue de la cause, quelque analogie avec les épidémies de convulsionnaires dont la science a enregistré, à diverses époques, de nombreux exemples, mais elle en diffère, cependant, par ses manifestations qui ont offert chez ces petites filles les caractères particuliers de la tétanie (1).

Dr Ant. Ritti.

---

(1) Voir : P. Lucas, *De l'imitation contagieuse*, thèse de Paris, 1833 ; Calmeil, *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*, Paris, 1845 ; Dechambre, article *Mesmérisme*, du Dictionnaire encyclopédique ; Constans, *Relation sur une épidémie d'hystéro-démonopathie*, en 1861. Paris, 1863.

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

## JOURNAUX ANGLAIS

### Mental science.

(Année 1873; — troisième trimestre)

Analyse par M. le Dr Dumesnil

TRAVAUX ORIGINAUX

1° *Discours sur l'idiotie*, par le Dr J. C. Bucknill.

2° *Sur l'emploi de la digitale dans l'excitation maniaque*, par le Dr W. J. Mickle.

3° *Conscience et « cerveau inconscient »*, par le révérend W. G. Davies.

4° *La Psychologie morbide des criminels*, par le Dr David Nicolson.

5° *Sir James Hannen; ses idées sur la capacité de tester.*

6° *Eugène Aram. Étude psychologique*, par J. H. Balfour Browne, esq.

*Notes du trimestre. Folie de Rousseau. Le déclin des facultés morales dans la vieillesse.*

*Revue.* Asiles anglais. Réunion des médecins aliénistes. Athétosis. Nécrologie.

L'assemblée annuelle des administrateurs des asiles d'idiots des comtés du Centre s'est tenue à l'Hôtel de ville de Birmingham, le 26 mars 1873. M. le Dr Bucknill, inspecteur de la chancellerie, y a plaidé, avec des accents émus, la cause des pauvres dégénérés. Son but était de faire connaître et aimer la nouvelle institution de Knowle, sur laquelle il a donné des renseignements pleins d'intérêt. Ce discours, dont la forme éloquente est bien faite pour éveiller les sympathies, contient en outre quelques pages fort instructives sur l'historique des maisons d'idiots, spécialement en Angleterre.

Le premier idiot qui a été l'objet de la sollicitude des savants est le sauvage de l'Aveyron. Condillac venait de révolutionner la philosophie en France. Des questions nouvelles s'imposaient aux penseurs. Le chef de l'école sensualiste s'était

demandé comment se comporterait une statue miraculeusement animée, comme la statue de Pygmalion, du souffle de la vie; comment s'éveillerait son intelligence sous l'impression des sens. Peu après, était trouvé dans les bois un homme adulte, qui avait passé toute sa vie dans les forêts, et n'avait jamais eu de contact avec des êtres de son espèce. Des controverses animées s'élèvent à son sujet: — « C'est un idiot, dit Pinel. — C'est un homme sauvage, » réplique Itard, qui se charge de son éducation. Dans la suite, Itard reconnut qu'il s'était trompé, et abandonna, découragé, la tâche ingrate qu'il avait entreprise.

Toutefois, les travaux et l'exemple du célèbre médecin des sourds-muets devaient porter leurs fruits. Il avait fondé le système d'éducation des idiots basé sur la physiologie. Ses vues devaient être plus tard développées et perfectionnées dans un traité didactique par M. Edouard Seguin.

A Bicêtre, à la Salpêtrière, des écoles d'idiots des deux sexes étaient fondées, grâce à l'initiative enthousiaste d'un groupe de médecins distingués: nous avons nommé les docteurs Ferrus, Falret, Voisin, Leuret.

M. Bucknill pense néanmoins que ce n'est pas de la France, mais de la Suisse, que le mouvement philanthropique en faveur des idiots s'est propagé en Angleterre. Un médecin suisse, Guggenbüll, ému de pitié à la vue des crétins de son pays, fonda l'asile d'Abendberg, près d'Interlaken, et fit appel à la charité publique pour l'entretien de son établissement. Des souscriptions organisées en Angleterre attirèrent l'attention sur l'œuvre nouvelle, et l'éducation des idiots occupa dès lors plusieurs esprits d'élite (1).

En 1846, le premier asile d'idiots fut fondé en Angleterre par miss White, de Bath. Il fut installé dans une propriété privée de la ville, dans Walcot-Parade. Puis fut ouvert l'asile de Park-House, Highgate, le 26 avril 1848, par mistress Plumbe et le docteur Andrew Reed. Cet asile a pris un développement considérable et a fini par se confondre avec le magnifique établissement que tout le monde connaît sous le nom d'asile d'Earslwood, à Redhill, dont la première pierre a été posée, en 1853, par le défunt prince époux.

(1) En 1819, l'encyclopédie d'Édimbourg avait publié un article du docteur Poole, d'Aberdeen, sur la question, qui fut reprise en 1847 par le docteur Scott, d'Exeter.

En 1850, Essex-Hall, à Colchester, fut ouvert, comme succursale de la maison d'Highgate. C'est aujourd'hui la maison d'idiots des comtés de l'Est.

L'Ouest n'eut son asile qu'en 1864. Une assemblée fut tenue à Exeter. Le comte de Devon y offrit une maison et des terrains, à Starcross, et un premier essai fut tenté.

C'est également ainsi qu'a débuté l'asile de Dorridge Grove, avec cette particularité, toutefois, qu'il a dû son existence et sa prospérité au zèle modeste des deux membres du corps médical, le Dr Bell Fletcher et M. Kimble. L'asile de l'Ouest sera bientôt pourvu de bâtiments et de terrains suffisants, de même que l'asile pour le Nord, à Lancastre, et l'asile du Centre, à Knowle.

On voit par là qu'avant peu, des établissements convenables seront appropriés à l'éducation des idiots, à l'Ouest, à l'Est, au Centre et au Nord, sans compter l'asile de Surrey, qu'on doit considérer comme appartenant à la métropole et aux comtés du Sud.

En Ecosse, deux maisons ont été construites en 1863, l'une à Baldovan, l'autre à Larbert, près Falkirk. Ce dernier asile, qui est considéré comme l'asile national, doit recevoir deux cents pensionnaires.

Après avoir mentionné les efforts de Saegert, en Allemagne, et de Howe, en Amérique, M. Bucknill, aborde le sujet principal de son discours.

L'asile de Knowle, mieux appelé l'asile de Dorridge Grove, doit son existence à deux hommes de cœur, le docteur Bell Fletcher et le chirurgien Kemble, de Knowle, qui voulurent se charger chacun de l'éducation d'un idiot indigent. Lors de sa fondation (juillet 1866), l'asile devait être affecté seulement à vingt idiotes; depuis lors il a reçu l'autorisation de recevoir douze idiots de chaque sexe.

M. Bucknill vient, dit-il, de visiter l'asile de Dorridge Grove, et son impression a été des meilleures.

L'établissement, formé par la réunion de trois cottages, est heureusement situé. Ses salles sont très-gaies, quoique petites. Le personnel dirigeant se compose d'une directrice, d'une sous-directrice et d'une surveillante en chef. Les servantes, en nombre suffisant, commencent de bonne heure à s'instruire dans la maison sous le titre de *moniteurs*. En même temps qu'elles y sont élevées, elles apprennent à soigner les idiots.

A Dorridge Grove, le visiteur est tout d'abord frappé de l'expression de contentement qui se peint sur les visages. Le malheureux idiot, laissé dans la vie commune, est regardé comme un membre retranché de la famille humaine. Ses défectuosités physiques, ses infirmités, ses passions dégradantes, en font le plus misérable des êtres, un objet de répulsion pour les autres hommes. Eh bien! l'asile le tranforme et en fait un être sociable, aimable et heureux.

Dorridge Grove est, avant tout, une école de bonheur, suivant l'expression de M. Bucknill. Ses pensionnaires font l'apprentissage du bonheur en s'initiant à l'usage de leurs sens et de leurs facultés. Il va sans dire que la mesure de leur travail utile n'est pas celle du bonheur qu'il procure.

Mais les résultats obtenus n'en sont pas moins surprenants, et, pour s'en rendre compte, on doit apprécier la distance qui sépare l'élève de son point de départ.

Le professeur s'attache d'abord à l'éducation des sens. Tel idiot, sans être aveugle, est incapable de voir, parce que sa vue ne peut se fixer assez longtemps sur un objet pour laisser au cerveau une impression nette.

Le traitement consiste à donner à l'œil, par l'éducation, une fixité durable. L'orateur rappelle, à ce propos, les deux procédés employés par Seguin : celui du cabinet noir, dans lequel un corps brillant, mobile, attire les regards de l'élève, et celui de la fascination directe par la vue. Les idiots ont moins souvent besoin d'exercer le sens de l'audition; quelques-uns même sont privilégiés pour les aptitudes musicales. Enfin, la sensibilité se divise, au point de vue de l'éducation surtout, en sensibilité cutanée et musculaire. Les deux variétés nécessitent des exercices spéciaux pour leur perfectionnement.

D'après le rapport de M. Kemble nous voyons que, des quinze pensionnaires de Dorridge Grove, sept parlent nettement; un s'exprime avec difficulté; quatre lisent couramment; deux, en épelant les mots; un connaît quelques lettres; deux écrivent sur le papier; un écrit sur l'ardoise; trois forment des lettres sur l'ardoise.

Pour les occupations manuelles, six peuvent se laver et s'habiller; quatre savent faire un lit; quatre servent à table; sept cueillent des fruits, écossent des pois, etc.; huit sont encore impropres à aucun travail. Quelques-uns, dont l'éducation est arriérée, se rendent utiles en aidant aux bonnes.

Plus tard on pourra songer à utiliser les aptitudes de quelques élèves en leur apprenant une industrie facile, comme cela s'est fait avec succès à Earslwood et à Starcross.

Mais il importe de ne pas se faire illusion; et de ne pas s'exagérer les résultats que peuvent donner ces natures défectueuses; les idiots prodiges, tels que le sculpteur d'Earslwood, sont rares.

M. Pycroft, médecin de l'asile des comtés de l'Ouest, cite l'histoire d'un pensionnaire qui dut être renvoyé dans sa famille, comme étant d'une intelligence au-dessus de la moyenne. Des exemples empruntés à Saegert, de Berlin, et à M. Langdon Down, le directeur d'Earslwood et de Normansfield, nous apprennent que certains idiots ont pu être assez améliorés pour pouvoir tenir leur place dans le monde.

Mais ces faits sont l'exception, et les prétentions de M. Bucknill sont plus modestes.

Un idiot ne marche pas, il mange avec les doigts, ses dents lui servent à mordre ceux qui l'approchent, il est incapable de s'habiller et déchire ses vêtements, il n'a pas plus de décence et de propreté que les animaux sauvages, il en a moins que le chien et le chat de la maison. Cet idiot marchera, travaillera, bêchera, jouera au ballon, mangera avec un couteau et une fourchette, s'habillera tout seul, s'occupera de sa toilette, aura des habitudes décentes, baisera la main de ses compagnons au lieu de la mordre, et pourra dire quelques mots. Alors même qu'il ne saura ni lire ni écrire, son maître devra se féliciter du résultat. L'Académie française, en appréciant et admirant l'œuvre d'Itard, mentionnait la distance qui séparait l'élève au début de l'élève perfectionné.

C'est de cette sage pensée que devra s'inspirer tout professeur d'idiots. Elle le rendra prudent pour le pronostic, en même temps qu'elle lui donnera l'enthousiasme indispensable pour la poursuite de son œuvre.

La digitale, seule ou associée à d'autres substances, occupe depuis longtemps une place importante dans la thérapeutique des affections mentales. M. Julius Mickle vient d'ajouter quelques pages utiles au dossier volumineux de ce médicament. Il s'est borné à l'employer surtout comme calmant, sans lui demander une action curative. Même en se maintenant dans ces limites modestes, il a su donner un intérêt scientifique sérieux à son travail, très-remarquable par les détails cliniques

qu'il contient, et le nombre et la variété des observations.

La préparation habituellement employée a été la teinture de digitale (pharmacopée anglaise), et la dose moyenne a été de trente gouttes (*minims*), répétée trois fois dans la journée.

Les malades soumis au traitement se rangent dans quatre catégories distinctes :

1° Manies chroniques ;
2° Mélancolies et démences;
3° Paralysies générales;
4° Manies aiguës et sub-aiguës.

Les malades de la première catégorie sont ceux chez lesquels le médicament a le mieux réussi; ils forment le groupe le plus considérable dans les observations de notre confrère. Ils se divisent en deux séries : les maniaques chroniques présentant des paroxysmes d'agitation, et les maniaques chroniques dont l'agitation revêt la forme continue ou sub-continue.

La durée du traitement a subi des variations nombreuses. Certains malades paroxystiques présentant des accès courts et souvent répétés ont été soumis plus longtemps à l'action de la digitale que d'autres qui avaient des accès plus longs mais séparés par de grands intervalles de calme. En tenant compte de l'effet produit, la durée du traitement a été : dans les cas de succès absolu, de 7 à 70 jours, en moyenne, de 26 jours 1/2; dans les cas de succès incomplet, de 9 à 21 jours, en moyenne, de 19 jours; dans les cas d'insuccès, de 3 à 21 jours, en moyenne, de 10 jours.

Chez les maniaques chroniques de la deuxième série, la digitale a été administrée, en différentes occasions, pendant une durée de 8 à 74 jours. La dose a été dans un cas, de quarante gouttes, dans un autre de soixante gouttes répétées deux fois dans les vingt-quatre heures.

Les mélancoliques chroniques présentant des accès d'agitation et les déments ayant des habitudes bruyantes et destructives ont parfois ressenti de bons effets du médicament.

Les symptômes combattus efficacement dans la paralysie générale ont été : dans la première période, l'excitation maniaque aiguë avec menaces et impulsions dangereuses ; dans la deuxième période, les paroxysmes d'agitation bruyante avec ou sans hallucination, ou l'excitation maniaque chronique caractérisée par l'insomnie et les tendances à détériorer, la loquacité et l'incohérence.

Un petit nombre de maniaques à forme aiguë et sub-aiguë

ont été soumis au même traitement. La durée de l'administration de la digitale a été de 7 à 30 jours.

En résumé, la digitale a été prise par 41 malades dans 66 occasions. Ces expériences se répartissent comme il suit :

| Maladies | Nombre de malades | Occasions |
|---|---|---|
| Manie chronique, | 25 | 44 |
| Mélancolie et démence, | 6 | 8 |
| Paralysie générale, | 5 | 6 |
| Manie aiguë et sub-aiguë, | 5 | 8 |
| | 41 | 66 |

C'est principalement, comme on l'a vu, dans les manies chroniques à forme paroxystique que M. Mickle a eu à se louer de l'emploi de la digitale. Il en a consigné dans ce mémoire neuf observations complètes, où sont notés avec soin les modifications du pouls, l'état du cœur et les phases successives de l'accès. Sur les neuf malades, cinq ont été bien calmés, cinq l'ont été incomplétement ; chez les deux derniers la sédation a été faible ou nulle.

Les effets de la digitale sur le pouls des maniaques agités sont l'objet d'une étude spéciale à laquelle de nombreux tableaux répandus dans le texte donnent une grande clarté. Il faut regretter avec l'auteur que l'impossibilité d'appliquer le sphygmographe crée une véritable lacune dans son travail. Les conclusions qui suivent sont basées sur le seul élément appréciable du pouls, la fréquence :

1° Dans les cas de manie chronique à paroxysmes d'agitation excessive où le pouls subit une augmentation considérable de fréquence (entre 100 et 140), si l'agitation cède à la digitale, le pouls s'abaisse au rhythme usuel du malade dans les intermissions.

2° Dans les mêmes cas d'agitation paroxystique à pouls élevé où l'excitation a plus ou moins persisté malgré l'administration de la digitale, on a obtenu ordinairement un abaissement dans la fréquence du pouls, qui est tombé environ entre le pouls élevé d'un paroxysme non traité et le pouls ordinaire du malade pendant les intermissions.

3° Chez les malades ayant des paroxysmes d'excitation dans le cours d'une manie chronique avec élévation du pouls, supérieure à l'état normal, mais cependant modérée, lorsque les symptômes ont été décidément combattus par la digitale, le

pouls, concurremment avec l'amélioration, est tombé à l'état normal et même parfois au-dessous.

4° Dans ces mêmes cas de manie chronique à paroxysmes d'agitation avec fréquence modérée du pouls, quand certains paroxysmes n'étaient pas entièrement maîtrisés par la digitale quoique en partie cependant, le pouls était réduit à une fréquence intermédiaire à celui d'un paroxysme non traité et celui du pouls normal. Le phénomène a donc été semblable à celui décrit au n° 2.

5° Dans l'agitation sub-continue (avec ou sans phase d'exacerbation), dans la manie chronique ou sub-aiguë, dans la paralysie générale alors que le pouls de l'excitation était rapide, lorsque l'action de la digitale s'est montrée efficace, le pouls de l'excitation a baissé concurremment au mieux obtenu.

6° Dans plusieurs cas d'agitation active presque continuelle, avec pouls bas ou à peu près normal ne s'élevant que faiblement par le fait de l'excitation, la digitale a agi favorablement, et en même temps le pouls est descendu à la normale et même au-dessous, 72, 65, 55, 35, chez divers malades, surtout quand survenaient des nausées.

7° Enfin, une réduction positive du pouls sous l'influence du médicament n'était pas toujours accompagnée d'une amélioration semblable de l'excitation sub-continue, car, dans certains cas de cette espèce, quand le pouls normal et celui de l'excitation étaient tous deux comparativement bas, et que celui-ci était notablement abaissé par l'effet de la digitale, l'excitation n'était pas domptée quoiqu'elle fût modifiée.

Chez quelques malades qui furent rebelles à la digitale, le médicament fut administré jusqu'à effet émétique. Jusqu'à ce moment le pouls fut peu ou point modifié; le vomissement amena, en règle générale, une réduction de la fréquence. Toutefois, cette réduction était faible ou nulle quand la fréquence était excessive. Enfin, l'intolérance annoncée par les troubles gastriques a pu coïncider avec une sédation manifeste, modérée, ou nulle. On peut dire que, dans tous les cas, le vomissement amenait un calme, mais ce calme n'a été souvent que passager.

Huit malades seulement ont présenté de l'intolérance gastrique, tous les autres ont été indemnes de tout accident. Tandis qu'un malade ou deux ont perdu de leur poids, un grand nombre, au contraire, ont gagné sous l'influence du traitement.

Si la question des localisations cérébrales a fait d'incontestables progrès, grâce aux efforts de savants tels que Jackson, Hitzig, Charcot, Carville, Broca, Dupuy, Nothnagel, Fournès, Ferrier, etc., etc., il n'en est pas ainsi de l'études des fonctions élevées du cerveau. Ce n'est pas que d'ardents investigateurs n'essayent de creuser le problème de l'idéation, mais ils sont trop souvent réduits, dans leurs controverses brillantes, à exploiter le champ des spéculations et de l'hypothèse. Il est à craindre que le défaut absolu d'expérimentation et d'observation directe, peut-être aussi les idées préconçues des philosophes, ne contribuent à rendre longtemps inaccessible cette partie de la science mentale.

Voici une savante dissertation de M. W. G. Davies, sur le siége et le rôle de la conscience. L'auteur, quoique étranger à la science médicale, s'est pourtant appuyé dans son travail sur les données anatomiques modernes, et n'a pas craint de combattre les conclusions du savant docteur Carpenter qui, de l'autre côté du détroit, a brillamment sondé le dédale de la physiologie de la pensée.

M. Davies est philosophe et disciple de Reid, et ses idées ne s'accordent pas avec la théorie émise par le Dr Carpenter.

La conscience est-elle quelque chose de distinct des opérations intellectuelles (perception, conception, raisonnement, mémoire, imagination); autrement ces opérations peuvent-elles avoir lieu en l'absence de la conscience ?

« Pour répondre à cette question, dit l'auteur, il faut établir d'abord que les objets ne sont pas mentalement possédés par nous et que la connaissance ne se compose pas de la connaissance plus l'objet connu. Ce n'est pas une synthèse de la conscience et de l'objet, mais *la conscience*, un fait simple en lui-même. »

On doit attacher la plus grande importance à cette simplicité de la conscience. Reid lui-même a commis une erreur en écrivant que « la conscience est : une spéciale opération de » l'esprit nous révélant des actes de l'esprit tels que la perception, le raisonnement, etc., etc., » comme s'ils étaient des objets connus.

La conscience, selon les plus récents psychologistes, et M. Davies partage leur manière de voir, est un terme général embrassant les divers modes de connaissance, mais (et ici il

se sépare d'eux complétement) qui ne constitue jamais l'objet ou le connu.

Ces modes de connaissance ne sauraient donc, selon lui, constituer l'objet ou le connu.

La connaissance est le principe de tout être intelligent, elle n'est pas divisible en de plus simples éléments, étant elle-même le simple, l'absolu, le point de départ. On ne peut donc pas la définir.

Dire que la connaissance est une révélation, c'es substituer une expression nouvelle à une expression équivalente. C'est dire que la connaissance se révèle elle-même ; mais il faut remarquer que lorsque la connaissance nous révèle autre chose, elle ne saurait nous mettre en possession de l'objet révélé. Si donc nous sommes admis à distinguer les objets de la conscience, nous possédons, non les objets, mais la simple connaissance de ces objets.

La conscience ne nous révèle donc pas l'existence indépendante des opérations intellectuelles. Conscience est l'appellation générale qui sert à désigner les divers modes de connaissance, et les opérations intellectuelles (perception, raisonnement, mémoire, etc., etc.), sont ces divers modes par lesquels existe la conscience.

Après avoir ainsi démontré l'inséparabilité de la conscience des opérations de l'entendement, M. Davies arrive à conclure que, pour chaque espèce de connaissance, il ne peut y avoir qu'un même siége, savoir : le centre ganglionnaire pour les sensations, le cerveau pour l'idéation.

Tout récemment, un travail a paru dans lequel était admise cette séparation du sujet et de l'objet dans l'idéation.

Cette opinion du temps de Berkelen était expliquée physiologiquement par la localisation de deux fonctions distinctes dans les deux hémisphères, le gauche étant réservé aux idées venant de l'extérieur, le droit à la contemplation de ces idées.

Le docteur Carpenter vient de déclarer, à son tour, que le *ensorium* est le siége unique de la conscience, et croit que l'idéation, fonction de la substance grise du cerveau, n'est pas un mode de conscience, et peut avoir lieu, sans exciter la conscience, dans la masse ganglionnaire sous-jacente.

Enfin il y a, d'après lui, dans l'encéphale deux siéges distincts, l'un pour l'objet, l'autre pour la conscience de l'objet.

M. Davies ne peut accepter cette manière de voir, et, pour

lui, la conscience et les opérations intellectuelles désignent une seule et même chose.

La conscience se développe-t-elle avec l'esprit, et n'y a-t-il pas certains phénomènes d'ordre mental qui ne réclament pas la mise en jeu de la conscience? Réponse : l'esprit est le *substratum* de la conscience; l'esprit inconscient précède l'esprit conscient. Considéré dans le sens d'élément actif, préexistant, dans la nature, l'esprit est contemporain de la matière. La nature n'est pas la matière seule, morte inerte, mais la matière complétée par l'esprit : la matière étant l'élément inférieur subordonné, l'esprit étant l'élément supérieur, actif, dominateur.

L'esprit n'est pas synonyme de conscience, mais il peut, à un certain degré d'évolution, mettre en évidence la conscience sensationnelle, intellectuelle et morale.

Il ne peut jamais donner lieu à une opération intellectuelle sans donner naissance à la conscience.

M. Carpenter admet au contraire la séparabilité de la conscience et de l'idéation. Ses idées ont été adoptées par le Dr Bastian et miss Francis Power Cobbe.

Ce dernier auteur, dans un récent article publié par le *Macmillan's magazine*, s'efforce de démontrer l'existence d'un « cerveau inconscient » et passe en revue les divers phénomènes d'activité cérébrale qui paraissent se dérober à la conscience.

Tels sont les retours spontanés de mémoire qui suivent le réveil, et qui produisent l'association des idées, les rêves, les actes réflexes comme la marche, l'écriture, la lecture, l'action de coudre, etc., le pouvoir qu'a une personne de faire cesser son sommeil à une heure donnée de la nuit, sans le secours d'un réveille-matin.

M. Davies démontre par un examen minutieux de ces faits, qu'ils ne sont pas incompatibles avec l'unité de fonctionnement cérébral.

L'activité des cellules cérébrales comporte une perte incessante de leur substance, qui doit être réparée par des assimilations nouvelles. Le cerveau est le siége d'une production et d'une dépense permanentes de force nerveuse. L'accumulation de force nerveuse par le repos de l'organe est susceptible de produire, à un moment donné, le réveil de la conscience et simultanément la mise en jeu de la mémoire.

Cette hypothèse donne la clef des phénomènes que le Dr

Carpenter croit devoir faire dépendre d'un « cerveau inconscient ».

Quant aux actes réflexes, ils ne sont pas des phénomènes du même ordre, etc., etc.

La dernière partie de ce travail est destinée à refuter les assertions du Dr Carpenter touchant le siége de la conscience.

Se basant sur l'insensibilité de la périphérie du cerveau, ce médecin pense que nous ne sommes avertis des modifications éprouvées par cette périphérie que par une transmission d'impressions au *sensorium*. En conséquence, il croit pouvoir placer la conscience dans le *sensorium*.

De même que les impressions élaborées dans le *sensorium* viennent, par des fibres *ascendantes*, déterminer l'idéation dans la substance grise, de même, d'après lui, des *fibres descendantes* apportent au *sensorium* le résultat de l'activité pensante, et y déterminent la mise en jeu de la conscience.

Après avoir fait remarquer que certaines parties du *sensorium* (les tubercules quadrijumeaux, par exemple) sont tout aussi insensibles que la périphérie du cerveau, ainsi que le lui a assuré le Dr Maudsley, M. Davies développe les motifs qui l'empêchent d'adopter cette doctrine. « En premier lieu, répond-il, la volonté n'a pas le pouvoir de commander nos sensations premières ; nous ne sommes pas libres de trouver un corps chaud ou froid, d'y voir dans l'obscurité, d'avoir faim après un bon repas. Il n'est donc nullement prouvé que la substance grise puisse réagir sur les ganglions placés au-dessous d'elle.—Ensuite, cette action nécessiterait, pour s'exercer, l'existence de fibres descendantes qui ne sont nullement démontrées par l'anatomie, et que M. Carpenter a dû admettre pour les besoins de la cause. Le dernier argument démontre usqu'à l'évidence le rôle important, prépondérant, de la substance corticale du cerveau. Certaines sensations premières s'excluent dans le *sensorium*. Ainsi nous ne pouvons pas voir un même objet de deux couleurs différentes, trouver cet objet à la fois chaud et froid. Les mêmes cellules du *sensorium* sont donc incapables de percevoir des sensations opposées. Cependant nous pouvons en même temps appliquer nos yeux à un travail, et voir, dans notre imagination, le visage d'un ami absent, fourni par la mémoire. Or le *sensorium* ne peut pas être engagé à la fois dans la contemplation nécessitée par le travail matériel et dans la contemplation idéale (sensation secondaire, de souvenir).

» La simultanéité des deux faits nous oblige donc à admettre un autre siége pour la conscience du second ; ce sera la substance grise périphérique qui sera la source de l'idéation, l'organe cérébral proprement dit. »

Ce sujet sur lequel il ne nous est guère possible de nous étendre et même de revenir, a été traité par le savant Dr Bucknill à propos de l'examen qu'il a fait de la dernière édition des *Principes de Physiologie mentale* du Dr Carpenter. — (*Mental Science*, juillet 1874.) Pour lui également, cérébration inconsciente n'est aussi qu'une hypothèse sans fondement qui ne s'étaye sur aucune base physiologique. « Jusqu'à démonstration expérimentale physiologique contraire, dit-il, nous ne pouvons admettre que les activités des circonvolutions cérébrales ne sauraient devenir conscientes qu'autant qu'elles ont été réfléchies sur le sensorium. Nous gardons par conséquent cette ancienne opinion qui veut que la conscience réside dans les circonvolutions du cerveau et que nous avons conscience de tous les changements qui s'y produisent. »

Cette conclusion est tout à fait en faveur des vues exposées dans l'intéressante dissertation de M. Davies.

M. David Nicholson, dont on a pu lire l'an dernier un remarquable travail sur les tentatives simulées de suicide chez les prisonniers, continue ses curieuses observations dans le monde des *convicts*, et se livre ici à une étude plus générale et fort étendue sous le titre de *Psychologie morbide de criminels*, étude qui renferme des révélations pleines d'intérêt.

Après avoir fait ressortir rapidement l'influence du milieu de la prison sur les caractères, et les modifications que ce milieu doit exercer sur des individus différemment doués au point de vue moral et intellectuel, M. Nicholson aborde son sujet et divise les criminels en deux grandes classes, répondant à deux types distincts : les criminels accidentels et les criminels d'habitude ou criminels vrais.

Il y a peu à dire sur les criminels accidentels. On désigne ainsi ceux qui, arrivés à l'âge mûr au milieu d'une existence honorable, deviennent criminels, soit par imprudence, soit par des influences qui leur sont étrangères.

Il semble, au premier abord, que le passage subit de la vie normale à l'emprisonnement devrait avoir pour résultat d'altérer la raison de ces malheureux. Il n'en est rien. Il faut se rap-

peler qu'ils sont préparés à leur dernière faute, celle qui détermine leur condamnation, par une suite de faux pas, peu graves en eux-mêmes, mais dont l'ensemble a une importante signification. Arrivés à leur chute, les longueurs du procès et les encouragements de leur avocat leur rendent tolérable leur situation nouvelle. Ces condamnés se rangent dans une catégorie supérieure, leur organisation psychique ne s'écarte pas de l'organisation normale. Ils sont capables de réagir contre une influence dépressive et démoralisante, et leur énergie soutenue les rend relativement indemnes de manifestations vésaniques.

Les criminels d'habitude, criminels vrais, forment la classe inférieure des prisonniers. — « L'histoire de ces êtres dégradés » porte l'empreinte du crime, et atteste une effrayante déchéance » de la dignité et de la prérogative humaines. »

On ne peut les méconnaître à leurs signes physiques et à leur physionomie. Ils n'ont pas la notion des habitudes et des sympathies sociales. Complétement privés de sens moral, la distinction du bien et du mal leur est refusée.

Le criminel d'habitude est enclin au mensonge. Son instinct de dissimulation commande une grande prudence quand on l'interroge, et nécessite surtout la surveillance de ses rancunes. L'obtusion de ses idées empêche de l'intéresser à un but utile. Ses volontés se traduisent par des coups de tête, et l'égoïsme est à peu près son seul mobile.

Le *penchant criminel* est, d'après M. Nicholson, la forme la plus inférieure d'intégrité mentale. La présence de motif et d'intérêt personnel s'oppose à ce qu'il puisse être considéré comme une variété de folie. Et cependant les manifestations intellectuelles et morales sont si pauvres chez ces sujets, que notre confrère est contraint, pour ne pas classer le *penchant criminel* dans les aliénations, d'abaisser le niveau normal de l'intelligence humaine. C'est assez dire que M. Nicholson n'est pas partisan de la théorie « cérébrale » du crime dont il expose les conséquences fâcheuses.

La principale est la sympathie plus grande que la société serait tenue d'avoir pour le crime le plus horible, puisque ce crime répond à une infortune plus grande chez le misérable mal organisé qui l'a commis.

Dans la théorie « cérébrale » du crime, le motif doit être forcément négligé, et le motif est, pour l'auteur de ce mémoire, la pierre de touche de la criminalité.

Certains cas échappent à toute classification. Ils sont sur la

limite (*border-land*) du crime et de la folie et occupent un terrain commun où les deux éléments se confondent.

Le criminel d'habitude est prédisposé à la folie par ses défectuosités originelles. S'il ne sait pas s'adapter aux misères de la séquestration, il devient turbulent.

Son énergie ne pouvant s'épuiser par des voies détournées, il se fait lui-même sa propre victime et devient aliéné.

Il convient ici de distinguer les criminels d'habitude des criminels vrais. Tous les criminels d'habitude ne méritent pas d'être appelés criminels vrais. Quelques-uns se conduisent assez raisonnablement, et sont en état de réagir contre une impulsion mauvaise, que le mérite en revienne à leurs propres sentiments ou à la crainte d'une punition.

L'appréciation de l'état mental des prisonniers est une opération des plus délicates, qui soulève pour chaque sujet des difficultés nouvelles. On est exposé souvent à se tromper avec cette classe d'individus, quelque disposés qu'on les sache à un dérangement intellectuel.

En outre, la solution de la question est souvent entravée par des conflits d'intérêts, qui deviennent d'autant plus énergiques que le cas est plus douteux.

Le médecin se trouve en présence : 1° du prisonnier, objet de l'examen ; 2° de l'autorité exécutive qui défend les intérêts sociaux et est responsable devant l'opinion ; 3° des amis du prisonnier.

Les circonstances dans lesquelles les prisonniers se trouvent placés mettent en évidence une singulière variété de caractères.

La grande majorité se résigne à son sort et ne fait pas parler d'elle. Parmi les autres se classent les violents, les habiles, prompts au complot, et les simples d'esprit. Ces derniers sont habituellement dupes de leurs compagnons et ne doivent être employés qu'avec circonspection, à cause des dangers incessants occasionnés par leur manque d'intelligence.

Les *névroses* sont relativement rares chez les prisonniers. M. Nicholson ne partage pas en cela l'opinion du Dr Bruce Thompson, médecin de la prison de Perth, qui, dans un travail sur « la nature héréditaire du crime » a écrit que « le nombre » des maladies physiques des prisonniers était inférieur à celui » des maladies psychiques et que les causes de mort chez les pri- » sonniers étaient surtout des affections du système nerveux. »

Les statistiques de M. Nicholson, faites sur une plus grande échelle, l'ont amené à un résultat contraire. Il s'étonne d'ail-

leurs que les troubles nerveux ne soient pas plus fréquents chez des sujets où se réunissent à peu près toutes les causes prédisposantes : hérédité, ivrognerie, excès de tout genre, etc.

Les manifestations nervosiques s'observent rarement. Le prisonnier condamné à subir la peine du fouet attend avec un remarquable sang-froid l'heure de son supplice. Il faut voir dans cette indifférence une simple obtusion du sens moral. En règle générale, bien que le prisonnier présente quelquefois une excitabilité de caractère, une irascibilité qui participe du nervosisme, on doit considérer comme très-rares la paralysie, les névralgies, l'hystérie...

Les préoccupations hypochondriaques s'observent dans les maisons de détention, mais il est généralement facile au médecin de les combattre par la persuasion, et elles ne vont pas jusqu'à la morbidité.

Il n'est pas aisé de déterminer la fréquence de l'épilepsie dans les prisons, parce qu'elle y est souvent simulée, et si bien simulée qu'un accident seul peut faire découvrir l'imposture. Notre confrère admet généralement que cette affection revêt la forme de l'attaque franche. Il n'a jamais observé le petit mal soit seul, soit combiné avec les grandes attaques.

Les criminels ont une véritable idiosyncrasie qui leur est propre, et le médecin chargé d'apprécier leurs actes doit tenir grand compte de leur tempérament spécial et de leur organisation mentale, en vertu de laquelle certaines actions qui ne sont qu'étranges dans la prison seraient insensées dans la vie ordinaire. Cette idiosyncrasie criminelle se fait jour sous deux formes bien tranchées qui seront l'objet d'une prochaine étude :

1° Les manifestations émotionnelles ;

2° La simple perversion du jugement.

Le *Mental Science* combat courageusement les empiètements de la magistrature sur les droits des médecins experts. Aucune occasion n'est perdue de revendiquer le privilége de la science, usurpé trop souvent dans les débats judiciaires. Cette fois, c'est un procès en nullité de testament, l'affaire Boughton-Knight, qui fournit à notre spirituel confrère le prétexte d'une critique des plus mordantes. Le savant juge, sir James Hannen, a fait, selon l'usage, une petite leçon d'aliénation mentale à la portée des jurés. Cette partie de son résumé est reproduite *in extenso* dans le journal et suivie de commentaires peu obligeants, il est

vrai, pour l'orateur, mais parfaitement justifiés par l'attitude incroyable de ce magistrat vis-à-vis des médecins aliénistes.

Bien que cet article soit peu susceptible d'analyse, il ne sera pas sans intérêt pour le lecteur de voir dans quel ton il est conçu :

» L'appréciation de la somme d'intelligence requise pour » constituer la capacité testamentaire est avant tout, selon sir » James Hannen, une question pratique, que le sens commun » doit juger, et qui ne relève nullement de connaissances » scientifiques et légales. Fidèle à cette idée, il fait peu de cas » des témoignages scientifiques dans les affaires testamentaires, » et considère ces témoignages avec dédain, des hauteurs » sereines où il vient de se poser. Peu lui importe que l'altéra- » tion de la capacité testamentaire, sur laquelle il a à se pro- » noncer, soit le résultat d'une maladie, parfaitement définie » dans sa marche, dans ses symptômes d'ordre mental et phy- » sique et portant son empreinte sur toute l'âme. L'étude » laborieuse d'un millier d'aliénés, la connaissance acquise de » la nature de la maladie et de son action sur les facultés men- » tales, ont pour déplorable conséquence la ruine de ce bon » sens qui est l'apanage du vulgaire et des juges. Rien de plus » absurde que la prétention de l'astronome qui croit en savoir » plus long sur les astres que le premier venu pourvu de bons » yeux. Que penser de cette joyeuseté astronomique qui fait » tourner la terre autour du soleil, quand douze individus peu- » vent très-bien voir que le soleil se meut autour de la terre? » Le sens commun fait autorité en sciences, en mathématiques, » en philosophie. Une ignorance rare d'une question scientifique » est la première condition de l'exercice du sens commun sur » cette question, et si un commun préjudice en résulte, alors le » jugement est infaillible. La preuve en est que la dernière » ressource d'un imbécile à bout d'arguments est un appel au » sens commun. — *In hoc signo vinces.* »

Sir James Hannen est fort malmené dans cette riposte qu est inspirée, d'un bout à l'autre, du même esprit caustique et railleur. Il faut convenir aussi que l'honorable magistrat ménage peu la dignité de nos confrères, à la science desquels il prétend substituer le simple bon sens d'honnêtes boutiquiers. Il les met, séance tenante, au courant de leur rôle d'experts.

La folie est constituée par la conception délirante (*delusion*). La conception délirante se distingue par le procédé suivant :

L'expert se posera cette simple question : « Un homme en

possession de ses sens aurait-il pu faire telle et telle chose ? » Si la réponse est négative, il y a conception délirante et par suite folie.

Ce n'est pas plus difficile et c'est fort ingénieux. Il va sans dire que le côté clinique est absolument négligeable. Un peu plus loin, nous apprenons à connaître l'aptitude d'un aliéné à témoigner devant la justice. Si un aliéné est capable de comprendre la nature de l'obligation imposée par le serment, il est en état de témoigner. Tel est le critérium proposé, auquel il ne manque, pour être acceptable, que de tenir compte des idées maladives qui peuvent fausser le jugement de l'aliéné à l'endroit des personnages du procès ou de l'acte incriminé.

Puis, distinguant le degré de lucidité nécessaire pour constituer la responsabilité du crime, le pouvoir de se marier, de contracter, de témoigner, le juge établit que l'acte qui réclame le plus de lucidité est le testament. « Ainsi, s'écrie notre con-» frère indigné, il faut plus de ressources mentales pour léguer » quelques acres de terrain et quelques livres d'argent à ses » enfants ou à d'autres héritiers qu'il n'en faut pour lutter » contre une impulsion homicide !... Nous n'essayerons pas » de contredire un homme qui, à la façon de l'empereur » romain auquel on prête la phrase : « *Ego sum rex romanus et* » *supra grammaticam,* » peut nous répondre : « *Ego sum judex* » *et supra scientiam.* »

Enfin le même juge, qui s'est déclaré le père de ces petites énormités, s'est mis dans cette affaire en flagrante contradiction avec lui-même. Le testament de Knight a été annulé parce qu'il a été prouvé que le défunt, sans être délirant au moment de tester, avait pendant sa vie des idées de persécution qui avaient perverti ses sentiments. Il ne fut pas tenu compte de la déposition favorable des personnes éclairées qui avaient assisté Knight au moment où il avait accompli l'acte judiciaire et l'on écouta surtout les déclarations des domestiques et des voisins qui avaient connu le testateur pendant la vie.

Or, quelques semaines auparavant, un procès identique avait été jugé par sir James Hannen, qui avait tenu une conduite diamétralement opposée.

Le défunt était délirant par persécution. Les gens de service firent des dépositions qui prouvèrent d'une manière décisive l'aliénation pendant la vie. Le juge passa outre et valida le testament.

Ainsi, dans deux procès dont la physionomie est entière-

ment semblable, où la même cause de nullité existe, le délire des persécutions, procès jugés à quelques semaines d'intervalle, les mêmes témoins ont été considérés différemment et des arrêts contraires ont été rendus. On ne peut après cela que déplorer le manque d'unité dans les procédés employés par es juges et constater le danger qu'il peut y avoir à se rendre trop indépendant des connaissances scientifico-légales, et à faire trop de cas du sens commun.

Eugène Aram est le nom d'un malheureux maître d'école qui fut exécuté vers le milieu du siècle dernier pour un meurtre commis quatorze ans auparavant. Son histoire a fait le sujet d'un des romans de sir Bulwer Lytton et sert de canevas à la nouvelle pièce de M. Wills, représentée au *Lyceum Theatre*. Mais tandis que le vol est considéré par lord Lytton comme le mobile du crime, le héros de M. Wills a tué pour accomplir une noble vengeance et pour châtier l'auteur d'un odieux outrage fait à la femme qu'il aime.

L'action se passe à l'époque de la découverte du meurtre, amenée par l'apparition d'un personnage nommé Houseman, qui a connaissance du passé. Quatorze ans se sont écoulés et Eugène Aram n'a jamais été inquiété. Il est un savant homme, jouit de l'estime publique et va se marier avec la fille du pasteur. Tout à coup arrive au presbytère un étranger, Houseman. Il demande des instruments pour explorer dans un but prétendu scientifique la grotte où Eugène Aram a enterré sa victime. La qualité de savant du nouveau venu lui a gagné l'amitié du vieux pasteur qui lui offre l'hospitalité. Eugène Aram est condamné à être le commensal de cet homme, puis à le suivre dans la grotte et à faire lui-même l'horrible exhumation. Violemment agité par le remords et l'épouvante, il finit par avouer son crime.

Tout l'intérêt de cette pièce est dans le développement du caractère d'Eugène Aram, et on conçoit qu'il puisse donner lieu à une curieuse étude psychologique. C'est cette étude que vient de faire M. J. H. Balfour Browne, esq.

Laissant de côté la partie littéraire et artistique de cet article, les critiques à l'auteur du drame et les compliments au premier rôle, nous nous bornerons à dire quelques mots de la thèse singulière que soutient, fort spirituellement d'ailleurs, M. Balfour Browne. D'après lui, l'auteur de la pièce s'est trompé et s'est montré aliéniste sans le savoir. Il a voulu faire

d'Eugène Aram un coupable tourmenté par le remords et il a mis en scène un véritable aliéné. Il y a, en effet, dans la conduite et l'attitude de ce personnage des contradictions (inconsistencies) qui ne s'expliquent qu'en le considérant comme atteint d'aliénation mentale.

C'est d'abord sa profonde tristesse que rien ne peut chasser, ni le temps écoulé, ni son bonheur actuel. Ensuite, on est frappé de voir Eugène Aram oublier complétement son premier amour pour ne se souvenir que du meurtre que cet amour a causé. Le meurtre est passé à l'état d'idée fixe qui a absorbé toutes les autres idées, même celles qui lui ont donné naissance. Plus tard, le malheureux maître d'école, qui a pu regarder d'un visage impassible le terrible témoin de son assassinat, se trouble quand celui-ci lui propose d'aller voir un squelette dans la grotte. M. Balfour Browne regarde cette épouvante, chez un homme éclairé, tel qu'Aram, comme un signe d'aliénation mentale. Elle dénote l'intervention d'un élément nouveau dans l'état mental, la superstition, qu'on observe si fréquemment, liée aux idées délirantes des aliénés.

Les scènes suivantes nous font assister aux écarts de son imagination troublée. Après la terrible épreuve, Aram s'enfuit dans un cimetière, et lui, qui s'est montré si pusillanime, ne manifeste aucune crainte au milieu des tombes, parce qu'il est envahi par une seule idée terrifiante, celle du squelette qu'il vient d'exhumer. Dans le cimetière, il se livre à un véritable soliloque d'aliéné, se confessant à Dieu et lui demandant à haute voix le pardon de son crime. Enfin, la crise arrive à son paroxysme dans la scène avec sa fiancée. Il s'éloigne violemment et s'avoue coupable. Les mots lui manquent et il mime l'horrible assassinat, remplaçant par le geste la parole qui lui fait défaut.

Reproduire correctement au théâtre un caractère d'aliéné n'est pas chose facile pour un auteur dramatique. Aussi, doit-on s'étonner de voir M. Wills, l'auteur d'Eugène Aram, accomplir ce tour de force *à son insu*.

Nous n'avons pu nous défendre d'une certaine défiance, en lisant la remarquable critique de M. Balfour Browne. Il faut reconnaître, tout d'abord, qu'il a mis au service d'une démonstration difficile un talent des plus distingués. Toutefois, nous ferons remarquer que certains arguments invoqués par lui dans le but de prouver la folie ne sauraient être acceptés sans réserves. Est-il bien vrai, par exemple, pour n'en citer qu'un,

que tout meurtrier, — sain d'esprit et exempt de préjugés, — sera capable, même après quatorze ans, d'assister de sang-froid à l'exhumation de sa victime !

Nous avons quelque peine à l'admettre.

On serait plutôt disposé à regarder comme aliéné, l'homme qu'un pareil spectacle laisserait indifférent. L'état délirant, qui fait le fanatique, ou l'absence de sens moral sont seuls susceptibles de donner à un homme le courage ou l'insensibilité voulus pour subir une pareille épreuve.

Les notes du trimestre donnent quelques extraits du livre de M. John Morley, *la Vie de Rousseau*, où la folie si contestée du philosophe de Genève est scientifiquement démontrée. Il ne suffit pas d'établir, comme fait remarquer l'auteur, que Jean-Jacques aimait la vie des champs et une nourriture frugale et commettait des extravagances démocratiques pour en conclure qu'il était aliéné. Une étude plus sérieuse était nécessaire, et l'auteur l'a faite en mettant en évidence, dans la vie du philosophe, les conditions fâcheuses qui étaient de nature à faire naître un désordre mental.

Rousseau naquit avec une organisation éminemment sensible, et l'impressionnabilité de son tempérament qu'auraient pu modifier l'éducation et les contraintes de la vie sociale ne fit que s'accroître, parce que ces freins salutaires lui firent défaut. Avec l'âge, ses tendances vicieuses s'accentuent et, à Paris déjà, son insociabilité prend une forme littéraire dans ses discours..... On assiste dès lors à des manifestations répétées de son caractère misanthropique qui est démontré par des pérégrinations fréquentes. M. John Morley insiste, avec raison, sur les souffrances physiques que Rousseau ressentait et sur l'insomnie qui en était la conséquence. La nature physique de l'aliénation mentale, dit l'auteur, étant généralement admise aujourd'hui, cette dernière considération tend à mettre hors de doute le cas de Jean-Jacques.

Enfin, son voyage en Angleterre marque l'explosion d'un véritable accès commençant par des préventions injustes contre Hume, et ses nombreux amis, et se continuant par un délire de persécutions systématisé, qui lui fait écrire une série de lettres à l'autorité anglaise dont il implore la protection. Son retour en France semble lui rendre le calme et la raison.

Citons avec l'auteur de ce morceau bien pensé et bien écrit ces lignes caractéristiques de Hume : « Rousseau n'a fait que

» sentir toute sa vie durant, et sous ce rapport sa sensibilité » s'élève à un degré dont je n'ai jamais vu d'exemple. Mais les » sensations qu'il éprouve lui donnent plus de peine que de » plaisir. Il ressemble à un homme dépouillé, non-seulement » de ses vêtements, mais encore de sa peau, qu'on enverrait en » cet état soutenir une lutte contre l'âpreté et la fureur des » éléments. »

Un médecin dont la mémoire est vénérée à Montpellier, le professeur Lordat, a spirituellement comparé l'homme à une étoile qui décrit un orbe parabolique.

De même que l'éclat de l'astre grandit à mesure qu'il s'approche de son foyer et décroît en suivant la seconde partie de la courbe, de même la vigueur physique et les facultés mentales de l'homme se développent jusqu'à un certain âge et s'affaiblissent graduellement dans la vieillesse.

Dans un discours, le Dr G. M. Beard, de New-York, a fait en partie, sous une forme tant soit peu émouvante, une paraphrase savante, formulée, de l'idée du professeur de Montpellier.

Des recherches statistiques laborieuses, qui ne s'étendent pas à moins d'un millier d'hommes célèbres, lui ont permis de marquer par des chiffres les différents stades du mérite humain. Il a pu ainsi diviser la vie en plusieurs décades ou périodes de dix ans, qui correspondent à des aptitudes spéciales. La décade d'or, celle du maximum de force et d'éclat intellectuel, est de trente à quarante ans; celle d'argent, de quarante à cinquante; celle d'airain, de vingt à trente, celle de fer, de cinquante à soixante.....

Deux grandes phases sont à considérer dans le cours de l'existence humaine, celle du travail original, de la production, et celle de la routine.

L'œuvre originale veut l'enthousiasme, l'œuvre de la routine veut l'expérience. Ces deux formes du travail sont indispensables à la société, l'une fait progresser le monde, l'autre donne la stabilité à ses progrès.

Si toute l'œuvre des hommes au-dessous de quarante-cinq ans était annihilée, le monde serait ramené au barbarisme. Il est un âge intermédiaire où l'enthousiasme et l'expérience se font équilibre, c'est l'âge de la perfection de l'être humain, — entre trente-huit et quarante ans.

L'auteur emprunte à l'histoire de nombreuses exceptions à cette règle; on les trouve le plus souvent du côté de l'ima-

gination, rarement du côté de la raison, de la pensée philosophique, de l'invention et de la découverte.

Dans l'histoire de l'espèce humaine, il n'est pas d'exemple d'une grande invention ou découverte conçue et complétée par un homme au-dessus de soixante ans. Nous trouvons un peu plus loin une autre assertion non moins importante Il y a une période où le pouvoir productif est à son maximum; cette période n'est pas tardive, mais se montre de bonne heure, non loin du milieu de la vie moyenne.

Cette communication que l'auteur se propose de développer dans un travail de longue haleine a surtout pour objet le déclin des facultés mentales dans la vieillesse.

Il y a trois causes de décadence morale dans l'âge avancé.

L'une de ces causes est physiologique.

C'est l'exercice exagéré de notre nature matérielle, inférieure, aux dépens de notre nature élevée.

Les deux autres sont pathologiques. Ce sont :

1° Toutes les maladies cérébrales, depuis les affections internes jusqu'aux traumatismes et aux dégénérescences ;

2° La décadence intellectuelle.

Il est rare qu'un homme décline à la fois dans toutes ses facultés. La décadence n'est en général que partielle. Il deviendra, par exemple, maussade, ou avare, ou misanthrope, ou faible et tyrannique, ou exigeant, ou querelleur, ou sensuel, etc.

D'autres perdent simplement l'enthousiasme, l'énergie, ou le pouvoir de résister à une tentation et de supporter un déboire.

Les recherches de M. Beard l'ont conduit à des déductions pratiques dignes d'intérêt.

1° A chacun sa tâche dans le monde. Certaines fonctions demandent l'enthousiasme et le travail original, elles seront remplies par des hommes jeunes et d'âge moyen, tandis qu'il faudra réserver aux hommes mûrs les emplois qui demandent l'expérience et le travail routinier, etc., etc.

2° C'est parfois un bonheur de mourir jeune, ou du moins avant l'extrême vieillesse. — La réputation reste en son plein.

3° La décadence morale de la vieillesse demande des soins, car elle indique que la vie s'échappe du cerveau. Un traitement médical, mais soutenu d'une bonne hygiène, retarde la perte des facultés morales, et peut même quelquefois en garantir l'intégrité.

*Lorsque le déclin moral s'associe au déclin intellectuel chez un vieillard, on peut sûrement porter le diagnostic « affection cérébrale. »*

4° Ces recherches confirment le devoir de charité et de spéciale bienveillance qui nous lie aux vieillards dont le moral décline. On doit avoir tout autant de sympathie pour un cerveau fatigué que pour une infirmité physique.

Que rien surtout ne nous prive de notre sommeil. Se coucher tôt se lever tard rend le moderne travailleur du cerveau bien portant et sage.

Le problème de durée, d'avenir, est le travail opiniâtre, mais en même temps rendu facile. Plus nous avons à faire plus nous devons prolonger notre sommeil.

L'article *Revue* résume quelques rapports d'asile pour 1872. Il est regrettable que ces travaux, entièrement élaborés dans le sens administratif, ne contiennent qu'un petit nombre de renseignements médicaux. Aussi, nous aurons peu de choses a en dire, et nous nous bornerons à détacher au hasard quelques faits épars qui pourront être de quelque intérêt.

— A Bethlem, on emploie, de préférence à tout autre moyen, la pompe stomacale pour l'alimentation forcée. Le Dr Rhys Williams défend chaleureusement ce procédé, et soutient qu'en des mains adroites, et en surveillant attentivement les mouvements du malade, il ne présente aucun danger.

— Le Dr Davidson, de l'asile de Chester, fait des réflexions fort justes à propos du manque de renseignements sur les antécédents des malades. Il est d'avis que ces renseignements devraient être fournis par le médecin qui a fait le certificat d'entrée. Le meilleur moyen de les avoir serait peut-être de les prendre de la bouche des amis et de la famille, au moment de l'admission du malade. Une excellente mesure proposée ici consisterait à faire suivre les malades transférés de leur observation.

— Le Dr Batly Tuke continue d'appliquer dans toute sa non-rigueur, à Fife et Kinross, le système de *nulle contrainte* qu'il appelle aussi le système des *portes ouvertes*. Il assure qu'il est applicable à huit malades sur dix, et que le nombre des évasions de son asile ne dépasse guère celui des autres établissements. Il professe d'ailleurs des idées justes sur le restreint. Il préfère la contrainte mécanique à la contrainte exercée par des gardiens. Il la croit indispensable, par exemple, pour les cas chirurgicaux. Enfin, la réclusion trouve quelquefois son application à l'asile de Fife et Kinross.

— A Hereford, le Dr Chapman se plaint, avec raison, de l'envoi des aliénés criminels dans les asiles de comté.

— Il est question d'agrandir l'asile de la cité de Londres. Cet établissement vient d'être pourvu d'une pompe à incendie ; un certain nombre de gardiens et de malades s'exercent fréquemment au maniement de l'appareil. On se préoccupe d'ailleurs en beaucoup d'endroits des mesures à prendre en cas d'incendie. A Carmathen, des travaux considérables ont été faits pour fournir de l'eau en abondance sur divers points de l'asile. Des conduites ont été ménagées, avec des prises d'eau de distance en distance, susceptibles de débiter 18,000 litres dans l'espace d'une heure.

— Dans le rapport de l'asile de Leiscoln est cité le cas d'une mélancolique qui a guéri après neuf ans de séjour dans l'asile.

— Sous ce titre *Contribution à la pathologie mentale*, M. le Dr Ray, de Boston, a publié la collection de plusieurs de ses mémoires sur l'aliénation. Ce volume est favorablement accueilli par la presse médicale, et le nom de l'auteur suffisait, à lui tout seul, à lui faire une bienvenue. Le livre de M. Ray contient des chapitres fort attachants, où l'érudition de l'aliéniste consommé est singulièrement relevée par le talent de l'écrivain. On cite surtout ceux qui traitent de la folie morale où se trouve cette boutade piquante à l'adresse des sceptiques : « Que certains hommes, malveillants ou incapables, ne puis» sent pas voir la différence qui existe entre la simple dépra» vation et la folie morale, c'est un malheur pour eux, sans » doute, mais ce fait ne peut affaiblir la doctrine elle-même. »

— Suit une analyse assez étendue du livre du Dr J. Chapman, *Névralgies et affection du système nerveux voisines*, analyse qui se résume en de nombreuses réserves quant aux théories et au mode de traitement (la glace sur le rachis) préconisés par l'auteur.

— A la réunion de l'association médico-psychologique (trimestre de juin 1873), le professeur Gairdner a présenté un cas d'*athétosis*. Il suppose avec raison que cette lésion est peu connue, sinon inconnue, de la plupart de ses confrères.

Le nom d'athétosis (en grec : sans position fixe) a été donné, dit-il, par le Dr Hammond pour désigner une affection caractérisée par une impossibilité à retenir les doigts de la main et du pied dans une position quelconque où on puisse les placer, et par leur motion continuelle.

L'enfant qu'il présente est dans ce cas et l'on constate, en

effet, que les mouvements de ses doigts ne rappellent en rien les spasmes cloniques, brusquement saccadés, de la chorée ; ils se rapprocheraient plutôt d'une modification particulière de la rigidité qui se lie souvent aux lésions hémiplégiques, mais avec cette grande différence que la raideur, ici, n'est ni permanente ni fixe, mais toujours variable : passant des fléchisseurs aux extenseurs, des promoteurs aux supinateurs, de manière à comprendre successivement tous les muscles des mains et de l'avant-bras, individuellement ou en groupes. Il en résulte que le membre affecté est rendu non-seulement impropre à ses usages appropriés, n'obéissant, si ce n'est qu'avec grande difficulté et dans des limites très-restreintes, aux impulsions volontaires. Mais, d'un autre côté, il échappe aussi à la volonté, en ce sens qu'il ne peut être tenu en état de repos, même pour un instant.

L'athétosis, quoique ce nom ne lui convienne pas en tous points, est une maladie toute différente (bien que présentant avec eux quelques points de comparaison) du tétanos, de la chorée, des spasmes épileptiformes et de ce qu'on a décrit sous les noms de *tremor coactus, paralysis agitans, eclampsia nutans* et même de ce qu'on appelle la crampe des écrivains.

Aucune de ces affections ne peut être confondue, si ce n'est au premier moment peut-être, avec l'athétosis, et néanmoins les différences ne peuvent être complétement appréciées que par un observateur qui les a successivement étudiées.

Dans les deux cas cités par le Dr Hammond, il y avait des antécédents cérébraux incontestables, et les sujets avaient l'âge où la folie est assez fréquente. Ici rien de semblable.

L'affection est particulièrement localisée aux extrémités supérieure et inférieure droites, mais elle est infiniment plus accentuée dans le membre supérieur.

Presque tous les mouvements concevables peuvent être observés dans un moment ou dans un autre, et chaque mouvement, lorsqu'il apparaît, est extrême et involontaire. En un mot, c'est un spasme de nature tonique comme dans le tétanos par exemple, mais avec cette différence qu'il n'y a absolument aucune douleur.....

On a appelé la chorée *une folie des muscles*. Ce terme n'est pas moins applicable, dit le Dr Gairdner, à l'athétosis. Il ajoute qu'il en a vu un cas depuis la description faite par le Dr Hammond, et il pense qu'il en a vu un autre, mais un seul, dans sa pratique antérieure.

Le Dr Irelande croit qu'un cas analogue existe sur un enfant imbécile, à Glascow.

Le Dr Skae dit que le Dr Howden, de Montrose, lui a montré un malade de cette nature, mais les signes n'étaient pas si frappants que chez l'enfant soumis présentement à son examen.

Le Dr Robertson déclare que c'est là une forme de maladie excessivement rare, et il ne se souvient pas d'avoir vu rien d'entièrement semblable. La chorée qui s'en rapproche le plus ayant le siége de sa lésion, comme le suppose le Dr Hughling Jackson, dans le corps strié et les circonvolutions avoisinantes, il doit en être de même pour l'athétosis.

Le président, le Dr Batly Tuke, remercie vivement le professeur Gairdner pour sa très-intéressante communication que celui-ci termine en disant que l'enfant paraît sain de corps et d'esprit. Avec le Dr Forrest qui l'a appelé pour lui faire voir ce jeune malade, il a employé l'électricité sous tous ses modes, qui ne semble avoir rien produit de bon. L'arsenic, l'exercice dans les salles de l'infirmerie, n'ont pas eu plus d'effet (1).

— Dans cette même réunion le même professeur a lu un travail ayant pour titre : *Dans quel sens et jusqu'à quelles limites la folie peut-elle être considérée comme une maladie du corps?*

La discussion soulevée par cette communication et à laquelle ont pris part les Drs Batty Tuke, Ireland, Robertson et Skae, ne peut être résumée.

La thèse brillante de l'auteur rappelle certaines phases de la question débattue dernièrement à la Société médico-psychologique de Paris. Personne ne nie l'action du moral sur le physique, mais encore, dans ce cas, faut-il tenir grand compte des influences héréditaires, ce que l'on n'a pas toujours fait. Enfin, quand elle éclate, la folie est toujours due directement, comme le dit le Dr Robertson, à une lésion du cerveau, que cette altération soit ou non saisissable par nos moyens d'investigation ; car pouvons-nous avoir, comme le remarque si justement le Dr Batty Tuke, un esprit malade dans un corps sain ?

— Un article assez étendu est consacré ici à la situation des asiles, on semble prévoir un changement prochain dans leur administration. On fait une charge à fond, surtout contre

(1) Le journal d'Hayem s'est occupé de cette affection (1874), et tout dernièrement un cas analogue se serait présenté dans le service du professeur Charcot. (Dr. D.)

les administrations actuelles, et les conclusions sont les suivantes :

« Quoi qu'il arrive, nos asiles d'aliénés ne peuvent être placés dans les mains d'hommes plus regardants à la dépense, moins capables de comprendre la situation et les sentiments d'un chef de service capable et instruit. Une administration locale, sans aucun doute, est fort raisonnable quand elle est possible ; mais si le seul mode d'administration locale qu'on puisse avoir ressemble à celui que nous réservent sans doute le comité des *Guardians* ou les corps constitués analogues, il est de beaucoup préférable que la gestion de nos asiles devienne une branche directe de l'administration du gouvernement central. »

Ne pourrait-on pas en dire tout autant de la situation faite récemment à nos asiles français?

— Une poursuite judiciaire ayant lieu à l'occasion d'un bain froid qui semble avoir déterminé la mort d'un malade, à l'asile de Lemerick (Irlande), et quoique les gardiens mis en cause aient été acquittés, le médecin-directeur, l'honorable Dr R. Fitzgeral, a été forcé de résigner ses fonctions. Le comité du gouvernement de l'établissement qui, à cette occasion, avait écrit qu'il regrettait que la loi ne lui ait pas donné le pouvoir d'infliger une punition (*sic*) au chef de l'institution, a été vivement blâmé par le Lord Lieutenant qui a fait sentir à ses membres qu'ils étaient loin, aussi, d'être sans reproches à l'égard de l'exercice de leurs fonctions. Au lieu de venir en aide au directeur, d'encourager celui à qui incombe la responsabilité, de montrer un esprit conciliant, ils ont tenu une conduite tout opposée, bien calculée pour rendre impossible la tâche d'un homme qui se respecte....

— Ce volume contient des notices nécrologiques d'une certaine étendue, concernant deux savants des plus éminents, décédés cette même année (1873) : le Dr David Skae et notre compatriote, le Dr Morel.

Le médecin de l'asile de Cork, aussi honorable qu'instruit et expérimenté, le Dr Thomas Power, est mort également regretté en 1873, ainsi que le Dr Smith, de Londondery.

Enfin, M. Lutwige, membre du comité d'inspection (*Lunatic Board*), en visitant l'asile de Fisherton House, a été assailli par un aliéné qui lui a porté avec un clou un coup violent à la tempe. Cette arme avait été préparée et cachée, évidemment, pour en frapper quelqu'un. Une attaque de paralysie se manifesta, et bientôt succombait, à l'âge de 72 ans, ce digne et res-

pectable membre du comité, qui avait rendu depuis un grand nombre d'années de signalés services à l'institution.

---

## JOURNAUX ALLEMANDS

### Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

(Année 1874)

1° *Des injections de morphine chez les aliénés.* — Dr Silomon, à Stéphansfeld.

Sur les 63 aliénés traités indistinctement par l'opium à l'intérieur ou par la morphine en injections, M. Silomon compte 5 guérisons, 30 améliorations et 28 résultats nuls. Dans la lypémanie, les guérisons et améliorations sont aux résultats nuls, comme 11 est à 13; dans la manie aiguë, comme 4 est à 9; dans l'agitation paralytique, comme 5 est à 1; dans la manie chronique, comme 12 est à 0. Dans la folie circulaire et la manie intermittente, la morphine n'a jamais produit aucun résultat.

L'auteur part de là pour préciser ce que l'on est en droit d'attendre de cette médication. Il passe en revue tous les accidents et effets fâcheux qui peuvent être mis sur le compte de la médication narcotique et appuie spécialement sur la diminution du poids du corps. Dans maintes circonstances, la perte de poids est une conséquence de la maladie elle-même; mais elle suit d'une manière assez constante l'administration de la morphine. Naturellement, à côté de chaque médicament, il faut une théorie physiologico-thérapeutique. Le Dr Schule, d'Illenau, émet l'hypothèse que la plupart des psychoses doivent leur origine ou leur forme à l'extension ou à la généralisation d'une névralgie, hypothèse que la clinique médicale n'a pu consacrer malgré les 5 kilogrammes de morphine consommés par M. Schule, à Illenau, pendant la seule année 1871. — M. Silomon expédie aussi prestement la théorie de Wolff (voy. *Ann. méd.-psych.* 1872, p. 279). Les études sphygmographiques de Wolff font cependant autorité en psychiatrie et sont le véritable point de départ de sa théorie qui, étayée des récentes découvertes de la physiologie sur les vaso-moteurs, sert de base rationnelle à la méthode des injections de morphine dans

le traitement de la folie. La théorie de Wolff a été reproduite par M. Voisin.

Pour arriver à dire son mot sur la valeur des injections de morphine dans le traitement de la folie, M. Silomon ne trouve qu'à compulser les opinions des principaux auteurs qui ont écrit sur l'opium et la morphine en psychiatrie, et à trier celles qui réunissent le plus de suffrages. Ainsi, l'opium a toutes les propriétés de la morphine; l'inverse n'est point vrai. A l'exclusion de la morphine, l'opium soutient la nutrition du cerveau et est indiqué dans l'agitation des sujets affaiblis. — Autant on est unanime à considérer la morphine comme absolument inefficace dans la manie récente, autant les opinions varient lorsqu'il s'agit de la mélancolie tranquille. La morphine agit favorablement dans la mélancolie avec anxiété, excitation et insomnie; mais l'élimination de ces éléments n'amène pas nécessairement la guérison de la maladie qui peut rester stationnaire ou s'aggraver. — La manie régulièrement intermittente, la folie circulaire, sont réfractaires à la morphine; il en est autrement de la manie compliquée d'anomalies douloureuses de la sensibilité, d'hallucinations, de celle qui survient dans la paralysie générale ou la démence. On peut donc admettre, et c'est là, ce me semble, la conclusion préméditée de l'auteur, que, dans la folie, les indications de l'emploi de la morphine sont indentiques à celles de toutes les autres maladies, les éléments morbides à combattre étant les mêmes de part et d'autre. Il ne suffit donc pas qu'un individu soit aliéné pour vous autoriser à le placer dans un état continu d'ivresse narcotique; la morphine ne s'adressera qu'à certains éléments spéciaux de la maladie dont l'élimination procurera du bien-être au malade et favorisera la guérison. — Chez les anciens malades (je suppose que l'auteur veut parler de la démence consécutive), il y a tout avantage, pour l'asile et le malade, à combattre énergiquement l'agitation par la morphine. Dans les cas récents, il faut être prudent et se souvenir des conséquences fâcheuses du narcotisme. — Lorsque la morphine ne présente pas d'action rapidement favorable, il faut déposer la seringue.

2° *Sur l'état phrénopathique de l'homme dans la rage.* — Dr Emminghaus, à Wurzburg.

142 observations d'individus atteints de rage sont placées en tête du travail. M. Emminghaus étudie l'état phrénopathique

dans la période prodromique et dans la période de rage confirmée.

Les phénomènes prodromiques n'ont rien d'absolument caractéristique, mais peuvent aussi bien apparaître dans toute autre maladie, telles sont l'insomnie et la mélancolie. La mélancolie prélude souvent par des pressentiments sinistres, les malades annoncent leur fin prochaine ; mais ce pressentiment de la mort ne résulte pas, comme on pourrait le croire, du souvenir et de la crainte de la morsure. Plusieurs des malades de M. Emminghaus, pénétrés de l'idée d'une mort prochaine, n'avaient point été impressionnés de la morsure du chien, qu'ils avaient considéré comme sain ; sur 27 enfants atteints de rage, 6 avaient présenté les symptômes de la mélancolie, et chez eux, assurément, le souvenir ou la crainte de la morsure n'entrait pour rien dans la production du pressentiment de la mort ou du délire mélancolique. On peut déjà dire qu'il s'agit ici d'une affection cérébrale grave qui résulte de la dénutrition du cerveau. Ce qui le prouve, c'est que la tristesse est plus intense le matin après l'abstinence de la nuit, qu'elle décroît après le premier repas, plus encore après le dîner, et qu'elle peut disparaître complétement le soir pour se reproduire le lendemain matin. C'est cette dénutrition du cerveau qui engendre le délire.

Le complexus symptomatique du début simule quelquefois les troubles nerveux des affections fébriles et, à côté de ces symptômes qui n'ont rien de spécifique, se présentent souvent les premiers indices de la nature du mal, la constriction douloureuse de la gorge, la dysphagie, la dyspnée.

Le complexus symptomatique de la rage confirmée se rapporte à des lésions du système nerveux périphérique, spinal et cérébral. Ce qui domine toute la scène pathologique est une irritabilité réflexe qui, débutant au pharynx, s'étend à tout le système nerveux. L'hyperesthésie réflexe met en jeu la convulsibilité de tous les nerfs qui s'étendent de la moelle allongée à l'extrémité de la moelle.

Les modifications du diamètre des pupilles, la rougeur et la pâleur alternatives de la face, la sueur, le hoquet, les battements de cœur, le ténesme, etc., indiquent assez l'intervention du grand sympathique.

La symptomatologie cérébrale, si variée et si chatoyante, qui comprend les troubles du sentiment, des idées et de la volonté, ne s'adapte à aucune forme ordinaire de l'aliénation mentale.

Les oscillations de l'humeur, la transformation rapide de l'ensemble des phénomènes psychiques, rappellent certaines formes de l'hystérie. Sous certains rapports, l'image du trouble intellectuel se rapprocherait assez de celle de certaines névroses du moyen âge. Les paroxysmes de la rage ont quelque rapport avec les formes transitoires de la folie, en ce qu'ils présentent de courts et fréquents troubles de la conscience.

3. *Sur le nitrate d'amyle*. — Dr Otto, à Pforzheim.

Il nous revient que M. Reimer de Sachsenberg, dans un travail sur le traitement des états d'agitation, insinue que, dans les cas où la morphine est formellement contre-indiquée par suite d'anémie du cerveau, le nitrate d'amyle, malgré son action fugace, pourrait bien rendre des services, puisqu'il est reconnu qu'il accélère le pouls et augmente l'afflux du sang au cerveau. M. Otto, de Pforzheim, a sans doute voulu en avoir le cœur net, et il a expérimenté ce médicament dans un cas de mélancolie qui avait longtemps résisté à toute médication et qui a guéri de la sorte. Il se prévaut de ce succès pour recommander l'emploi du nitrate d'amyle dans les psychoses qui se sensibilisent sous l'influence d'une thérapeutique vaso-motrice (le nitrate d'amyle a fait ses preuves dans certaines névroses, la migraine, l'angine de poitrine, etc.), car son action se résume, suivant M. Otto, dans une paralysie directe des muscles de Henle. Le nitrate d'amyle n'a été trouvé efficace que sous forme d'inhalation.

Partant de cette idée que l'attaque épileptique résulte d'une crampe artérielle avec anémie consécutive du cerveau, on a été conduit à administrer le nitrate d'amyle dans l'épilepsie. M. Otto a traité ainsi neuf épileptiques, aussi bien avant l'accès annoncé par l'aura et pour le faire avorter, que comme moyen curatif de la névrose elle-même. Il n'a obtenu que des insuccès.

4. *De la folie consécutive à l'onanisme chez les hommes*. — Dr Krafft-Ebing, à Graz.

Dans l'appréciation de l'action de l'onanisme comme cause d'aliénation mentale, il importe de remarquer, pour éviter des confusions, que, dans des cas fréquents, la masturbation n'est qu'un symptôme d'une névropathie ou d'une phrénopathie préexistante. Dans une autre série de cas, elle n'est que la cause occasionnelle d'une affection dont la prédisposition doit se chercher dans l'hérédité ou dans un tempérament névropa-

thique. Enfin, dans une troisième série de cas, elle crée une prédisposition puissante à la faveur de laquelle, mais sous l'influence d'une autre cause occasionnelle, la folie fera explosion.

Cette prédisposition créée par l'onanisme a une symptomatologie spéciale : amaigrissement, sensation de fatigue, névralgies vagues, trouble de l'innervation des vaso-moteurs d'où les alternatives fréquentes de rougeur et de pâleur de la face, troubles de la digestion, névralgies des organes génitaux, troubles élémentaires de l'intelligence, hypochondrie.

Ce n'est donc que dans la deuxième et troisième catégorie de cas qu'il peut être question d'une signification pathogénique de l'onanisme, et, à ce point de vue, il faut considérer deux moments : 1° l'influence morale, les remords de conscience, les regrets, la honte, la terreur des conséquences funestes de ce vice, la lecture effrayante des livres sur l'onanisme à l'usage de la jeunesse ; 2° l'épuisement du système nerveux.

L'épuisement du système nerveux ne résulte point de la perte de la semence, puisque la masturbation est aussi funeste chez la femme, mais d'une excitation nerveuse contre nature.

L'influence pathogénique de l'onanisme imprime-t-elle à la folie des caractères tels qu'on puisse conclure de ceux-ci à la cause spéciale ? Oui, les cas où la masturbation est intervenue comme cause prédisposante sont caractérisés par la multiplicité des hallucinations et la facilité avec laquelle elles se réveillent. Bien souvent, toute la maladie est là. — Sept observations à l'appui de ce travail.

5. *Sur l'empoisonnement par le bromure de potassium.* — Dr Lübben, à Halle.

Médicament dont on n'a point encore débrouillé l'action physiologique et thérapeutique. Les uns ne voient dans son emploi que des avantages, les autres le considèrent comme une épée à deux tranchants. A Halle, on avait consommé en un an 14 kilogrammes de bromure de potassium avant de s'apercevoir des accidents qu'il peut occasionner, et notez que, dans la même période, les observations ne font mention d'aucune action réellement efficace de ce sel.

M. Lübben cite trois observations d'empoisonnement par le bromure : avec ou sans éruption initiale d'acné, fatigue, vertige, difficulté ou impossibilité de la station et de la marche, chute des paupières que le malade ne peut ouvrir malgré la meilleure volonté, chaleur de la tête, frissons sans modification

de la température, sécrétion salivaire primitivement augmentée et accompagnée de fétidité de l'haleine, puis, quelques jours après, sécheresse de la bouche et des lèvres qui s'encroûtent. — Ces accidents ont mis huit à quinze jours à rétrocéder.

M. Lübben n'a point observé les phénomènes signalés par MM. Verneuil et Vulpian, l'incontinence des urines et des matières fécales, l'anesthésie du voile du palais, aussi peu que les symptômes décrits par d'autres auteurs : l'anxiété et l'insomnie, la gastrite chronique, l'ecthyma, les furoncles et les abcès. Les observations de M. Lübben se rapprochent de celles de Clouston et Proris, plus encore de celles de Laborde. (*Gaz. méd.* 1869, page 515.)

6. *Action du chloral à haute dose.* — Dr Kelp, à Wehnen.

Depuis trois ans, un homme de 49 ans, hypochondriaque et agrypnique, se nourrissait de chloral. Il en prenait, non pas d'une manière continue, mais cependant assez régulièrement, de 3 à 6 grammes par jour, et ce en dehors de toute intervention médicale. Mais voici qu'il survient une névralgie des mollets, de l'agitation, de l'accélération du pouls. Alors intervient le médecin qui prescrit le chloral, la digitale et la morphine ; à la suite d'une consultation, on ajoute le sulfate de quinine aux médicaments précédents. Le sommeil se produit, mais en même temps on constate du trouble intellectuel, le patient ne pouvait se tenir debout et titubait comme un homme ivre. Néanmoins, le même traitement est continué ; au quatrième jour, le pouls tombe à 80 ; enfin, le septième jour, phénomènes paralytiques contre lesquels on administre la strychnine comme antidote d'un empoisonnement supposé par le chloral. En sept jours, le malade avait pris 150 grammes de chloral, soit 20 grammes environ par jour. Il est transféré à l'asile ; agitation, délire, hallucinations de la vue et de l'ouïe, insomnie, sitophobie, terreurs, pouls 160, palpitations de cœur, tremblement de la langue, malpropre. Un mois environ après, il entre en convalescence sans intervention d'aucun traitement actif.

La plupart des symptômes de l'empoisonnement par le chloral signalés par Schule, Gellhorn et autres, ont été constatés ici. Il est certain que plusieurs d'entre eux peuvent être rapportés à une action du chloral sur le système vaso-moteur. Le dérangement intellectuel lui-même dérive sans doute aussi de la perturbation des fonctions vaso-motrices, perturbation qui a pour conséquence la congestion, l'hyperémie du cerveau,

7. *Observations sur l'action du bromure de potassium chez les fous épileptiques.* — Dr Stark, à Stéphansfeld.

Même dans les cas de folie épileptique invétérée, grave et compliquée, le bromure de potassium n'est pas sans rendre des services ; dans 61 à 64 p. 100 de tous les malades traités, il a atténué ou supprimé les attaques. L'âge du malade ne fait rien à l'affaire ; mais, en ce qui concerne le sexe, les femmes se sensibiliseraient plus facilement et à moindre dose que les hommes. Le retour souvent très-prompt des accès, après la suppression du médicament, est dû à la durée trop courte du traitement. On a remarqué que lorsque le bromure a fait cesser pour un temps les attaques, celles-ci se reproduisent avec une intensité et une fréquence insolites après la suspension du remède ; mais le même phénomène s'observe lorsque, en l'absence de tout traitement, l'intervalle des attaques vient par hasard à s'élargir. Dans deux cas où les attaques n'avaient nullement été influencées par le bromure le redoublement des crises ne s'est pas moins produit après la cessation du traitement.

Un fait remarquable est le suivant : lorsque, sous l'influence du médicament, l'intervalle de deux accès vient à se prolonger, il survient souvent de l'agitation qui semble ainsi remplacer un ou plusieurs accès supprimés ; l'agitation se montre aussi quelquefois dans les cas où les accès paraissent entièrement supprimés. Cette agitation ne cesse qu'avec la suspension du bromure et la réapparition des accès épileptiques.

La dose à laquelle il faut porter le bromure pour obtenir une action favorable ne saurait être supérieure à 10 grammes par jour ; chez les hommes des doses plus élevées deviennent quelquefois nécessaires. Des épileptiques non aliénés ont pris le médicament à cette dose pendant des années sans inconvénient.

L'acné qui est survenu dans 60 p. 100 des cas pendant l'emploi du bromure n'a aucune signification critique ; il apparaît plustôt chez les femmes et à moindre dose. Il disparaît spontanément, malgré la continuation du traitement.

Dans 40 p. 100 du nombre des malades traités, et chez les femmes plus fréquemment que chez les hommes et à dose moins élevée du bromure, on a observé des phénomènes d'intoxication nerveuse intense, mais cette intoxication a disparu après la suppression du bromure, sans conséquence fâcheuse

et durable. L'empoisonnement par le bromure survient plus souvent chez les anciens épileptiques affaiblis d'intelligence.

Une conséquence de l'administration prolongée du bromure est l'amaigrissement ; le pouls est plus souvent accéléré que ralenti.

Si l'on vient à supprimer brusquement le bromure, le redoublement consécutif des attaques peut être suivi de mort ; il est donc prudent de ne point agir ainsi, mais de diminuer progressivement les doses du médicament.

Cette observation s'applique spécialement aux épileptiques qui ont habituellement des attaques fréquentes ou à ceux qui, pendant l'administration du bromure, n'ont point éprouvé d'accidents nerveux graves.

8. *Les psychoses du jeune âge.* — Dr Kelp, à Wehnen.

En raison de l'impressionnabilité du système nerveux des enfants, de la facilité avec laquelle ils délirent et entrent en convulsions, on serait tenté de croire *a priori* que cet âge doit être particulièrement prédisposé aux affections mentales. En réalité, beaucoup de cas d'aliénation mentale chez les enfants échappent à l'attention du médecin, ou ne se présentent à lui que sous la forme d'affections mentales secondaires. Il est clair que, chez des natures aussi délicates, les formes primitives se transforment plus rapidement en formes secondaires que chez les adultes, et passent plus souvent à l'état de lésions organiques de l'organe central. Il est facile de comprendre que la folie systématisée partielle est rare ou manque tout à fait chez les enfants, attendu que, chez eux, la personnalité du moi est peu développée, l'association des idées encore rudimentaire. Que les formes primitives ne soient pas aussi rares qu'on le croit en général, c'est ce que prouvent les nombreux suicides des enfants. Or, nul ne s'inscrira en faux contre cette assertion d'Esquirol, c'est que l'homme qui songe à abréger ses jours est en état de délire.

Suivent trois observations de formes rares d'aliénation mentale chez les enfants.

9. *Le suicide à l'asile de Leubus.* — Dr Frœhlich.

Du 15 janvier 1830 au 1er novembre 1873 :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ont été admis, | 5,638 aliénés, | 2,965 hommes et | 2,673 femmes. |
| Sont morts, | 817 — | 502 — | 315 — |
| Pendant ce temps, | 30 — | 14 — | 16 — |

se sont suicidés, et deux aliénés qui avaient fait une tentative de suicide ont pu être sauvés.

Soit donc 3,6 p. 100 de suicidés sur le total des décès, 2,8 p. 100 chez les hommes et 5 p. 100 chez les femmes. A Halle, cette proportion est de 1.7 p. 100; à Illenau, de 3,6 ; à Sachsenberg, de 5 et à Wurzburg, de 6 p. 100.

Sur ces 32 cas de suicides ou tentatives de suicide, étaient atteints de :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Mélancolie, | 14 | aliénés, | 4 | hommes et | 10 femmes. |
| Monomanie exaltée, | 8 | — | 2 | — | 6 — |
| Paralysie générale, | 5 | — | 5 | — | » — |
| Folie systématisée, | 4 | — | 4 | — | » — |
| Delirium tremens, | 1 | — | 1 | — | » — |

L'hérédité a été notée dans 12 cas, 8 hommes et 4 femmes. C'est en 1845 et 1846, sans cause connue, que les suicides ont été les plus fréquents.

Les mois de juillet et d'août présentent un total de 9 suicides. La chaleur y serait-elle pour quelque chose ? Certains observateurs, Diez, Osiander, Esquirol, croient que certains troubles météorologiques, surtout le vent du sud avec abaissement du baromètre, prédisposent au suicide par pendaison. A Leubus, une tempête a été notée à l'occasion de deux suicipes. Il faut dire que les tempêtes sont très-violentes sur le plateau élevé de Leubus, et que le vent qui s'engouffre avec bruit à travers les ouvertures des ventilateurs détermine toujours plus ou moins d'agitation.

On devrait s'attendre à voir les suicides plus fréquents pendant la nuit, à cause de la plus grande difficulté de la surveillance. C'est le contraire qui a été observé à Leubus : 25 suicides se sont produits pendant la journée et 8 seulement pendant la nuit. La période de la journée la plus marquée a été celle qui est comprise entre midi et le soir.

Quant au mode de suicide, la pendaison domine ; l'un des malades de Leubus s'est tué en se frappant le crâne contre un mur.

La plupart des suicides se sont accomplis peu après l'admission.

Dans 25 autopsies, on a trouvé : affection du cerveau et de ses annexes, 17 fois ; dégénérescence de l'aorte et en partie des autres artères, 8 fois ; situation anormale du colon transverse, 9 fois. (Wudmann, Hesselbach, Esquirol, Wunderlich, Bergmann, Nasse, Brach, Eulenburg, Lowenhardt.)

10. *Sur la législation des aliénés et la loi française qui régit les aliénés.* — Dr Pelman, à Stéphansfeld.

Naguère encore l'Allemagne était en quête d'une loi sur les aliénés. Ce n'est pas M. Pelman qui réveillera aujourd'hui des velléités dangereuses dont la réalisation serait un véritable malheur. Une loi sur les aliénés est-elle donc bien nécessaire et le besoin s'en fait-il si impérieusement sentir ? Sans doute, il faut une disposition légale qui sauvegarde la fortune du malade, une protection qui, relativement à ses intérêts, commence avec l'admission à l'asile et finisse avec la sortie. Mais autre chose est une pareille protection, autre chose celle qui aurait comme objectif principal la sûreté personnelle d'une personne placée dans un établissement d'aliénés. Que l'asile reçoive, à titre d'inspecteurs, des individus compétents, aptes à comprendre le diagnostic et le traitement de la folie, fort bien ; nul ne songera à se plaindre. Mais qui ne protesterait pas si nous étions contraints d'ouvrir nos portes à une horde de visiteurs incompétents, munis d'un mandat de méfiance ; d'où nous viendrait le goût du travail et l'amour du bien, si nous devions être entourés d'espions uniquement préoccupés de constater un crime, si, mis en demeure de violer le secret médical, nous devions parler là où le silence est logiquement nécessaire ? Qu'on y fasse bien attention, le centre de gravité d'une loi spéciale sur les aliénés penchera toujours du côté légal ou administratif, car une loi sera toujours faite par des juristes qui penseront toujours autrement que nous sur bien des choses et en particulier sur les maladies mentales. Une fois pour toutes, la maladie échappe à la compétence juridique et les exigences de la santé n'ont que faire des considérations de liberté personnelle entendue dans le sens des avocats. Qu'on laisse donc, par pitié, toute contrée régler à sa guise les admissions et les sorties des aliénés, selon qu'on le peut et le comprend. Le bons sens du peuple allemand et sa confiance dans ses magistrats le protégeront mieux qu'une loi quelconque. Que le législateur intervienne pour sauvegarder les droits et la fortune des aliénés ; tout le monde applaudira à l'institution d'une commission de surveillance, d'un administrateur provisoire des biens des aliénés, et à l'application de toutes les dispositions protectrices édictées, à ce point de vue, par la loi française et sanctionnées par l'expérience.

*Sancta simplicitas*, divin bon sens ! quand donc se souvien-

dra-t-on que les aliénés sont des malades et les asiles des hôpitaux pour traiter l'aliénation mentale. C'est pourtant pour avoir méconnu une vérité aussi simple que, depuis dix ans, l'on divague en France dès qu'il s'agit des asiles et des aliénés. Depuis dix ans, à la grande stupéfaction des autres nations, une tempête s'est déchaînée contre la loi du 30 juin 1838, tempête entretenue par des romans malsains, par une littérature à émotions pathologiques, par une presse effrontée, à tel point que, pour la foule incompétente et niaise, la loi n'est plus autre chose qu'un engin politique entre les mains d'un gouvernement sans conscience, et les asiles un réservoir pour des créatures humaines que les prisons ont la pudeur de ne point recevoir.

Une enquête officielle n'a vérifié aucune des imputations mises sur le compte des asiles, constaté aucune séquestration arbitraire, aucune intervention criminelle de l'autorité. Les clameurs n'en ont pas moins continué et, en 1869, une commission a été chargée d'élaborer une nouvelle loi. Auparavant déjà, M. Gambetta, avec le concours de M. Magnin, avait élaboré un projet de loi déposé, avant la guerre, sur le bureau de la commission. Le futur dictateur de la France se montre ici dans toute l'audace de son génie radical. « La lecture de ce projet, dit M. Pelman, m'a fait pleurer. Je le traduis ici afin qu'il serve d'épouvantail à mes compatriotes, et que chacun puisse se convaincre de la situation qui serait faite aux malheureux confiés à nos soins par une loi élaborée suivant la manière de voir des avocats. »

Dr HILDENBRAND.

# BIBLIOGRAPHIE

*La Psychologie anglaise contemporaine*, par Th. Ribot, agrégé de philosophie, docteur ès lettres : deuxième édition revue et augmentée. 1 vol. in-8° de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Germer-Baillière, 1875.

L'auteur de ce volume sur la psychologie anglaise contemporaine est bien connu de tous ceux qui s'intéressent au mouvement philosophique de notre époque. Il a publié un ouvrage remarquable sur l'*Hérédité* (1), qui mérite d'être placé à côté de l'œuvre si consciencieuse de M. Prosper Lucas; il a en outre initié le public français à la vie et aux théories du philosophe allemand Schopenhauer (2), vie et théories dont l'histoire ferait un chapitre curieux de psychologie morbide. Enfin, depuis un an, M. Ribot a pris la direction d'une revue mensuelle (3) destinée à mettre le public français au courant de tous les travaux philosophiques publiés en France et à l'étranger.

Donner une exposition claire et exacte des résultats obtenus par les recherches des psychologues anglais de l'école expérimentale, tel est le but que s'est proposé M. Ribot dans l'ouvrage dont nous sommes heureux d'annoncer la deuxième édition. Ce but il l'a atteint, et la preuve, c'est que les anglais, meilleurs juges que nous sur ce point, n'ont pas trouvé l'ouvrage indigne d'être traduit.

On ne peut demander à un simple article bibliographique l'analyse détaillée d'un volume composé d'essais sur les travaux psychologiques de sept auteurs différents, quoique appartenant tous, à des degrés divers, à la même école. Il nous serait difficile de suivre, pas à pas, l'auteur dans l'exposition qu'il donne des idées de Hartley, de James Mill, de John-Stuart Mill, de Herbert Spencer, d'Alexandre Bain, de Georges Le-

(1) *L'hérédité ; étude psychologique sur ses phénomènes, ses lois, ses causes et ses conséquences.* 1 vol. in-8. Paris, 1873.
(2) *La philosophie de Schopenhauer*, 1 vol. in-18. Paris, 1874.
(3) *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, paraissant tous les mois. Paris, Germer-Baillière, éditeur.

wes et de Bailey. Aussi, afin d'éviter des redites inévitables, nous nous contenterons de faire connaître la méthode et la doctrine de ces penseurs, puis de donner un résumé des résultats qu'ils ont obtenus.

Et, d'abord, pourquoi cette école psychologique s'intitule-t-elle école expérimentale? Parce qu'elle a la prétention — prétention justifiée d'ailleurs — de suivre une nouvelle voie, de sortir de l'ornière de l'ancienne psychologie, qualifiée avec raison de métaphysique, et qui, à l'aide de la seule observation intérieure, s'est efforcée d'arriver à la connaissance de l'âme et de ses facultés. Ces efforts ont été vains, et la métaphysique, en recherchant scrupuleusement ce que c'est que l'essence intime de l'âme, est arrivée à confondre deux choses essentiellement distinctes : des faits psychologiques avec des spéculations ontologiques. « De là vient — dit M. Ribot — » qu'on a si souvent laissé l'étude des faits, qui est féconde, » pour la construction des théories, qui est stérile, et l'obser» vation lente et sûre, pour le procédé hardi et ruineux de l'hy» pothèse. » Quoique ne repoussant pas cette méthode purement subjective, mais, ne lui laissant qu'une place secondaire, l'école expérimentale préfère néanmoins la méthode objective. Mais en quoi consiste la méthode objective appliquée à l'étude des phénomènes psychiques? Ici, nous laisserons la parole à notre auteur, qui a résumé en une page excellente les idées de l'école anglaise qu'il a d'ailleurs faites siennes en les appliquant avec succès à l'étude de l'hérédité.

La méthode objective consiste « à étudier les états psycholo» giques au dehors, non au dedans, dans les faits matériels » qui les traduisent, non dans la conscience qui leur donne » naissance. L'expression naturelle des passions, la variété » des langues et des événements de l'histoire sont autant de » faits qui permettent de remonter jusqu'aux causes mentales » qui les ont produits : les dérangements morbides de l'orga» nisme qui entraînent des désordres intellectuels; les ano» malies, les monstres dans l'ordre psychologique, sont pour » nous comme des expériences préparées par la nature et » d'autant plus précieuses qu'ici l'expérimentation est plus rare. » L'étude des instincts, passions et habitudes des divers » animaux nous fournit des faits dont l'interprétation, souvent » difficile, permet, par induction, déduction ou analogie, de » reconstruire un mode d'existence psychologique. Enfin la » méthode objective, au lieu d'être personnelle comme la mé-

» thode de réflexion, emprunte aux faits un caractère imper-
» sonnel, elle se plie devant eux, elle moule ses théories sur
» la réalité. Entre autres avantages, je n'en veux signaler que
» deux : elle introduit dans la psychologie l'idée de progrès,
» elle rend possible une psychologie comparée ». Donc, observation de l'homme et des animaux et par conséquent comparaison entre les phénomènes psychiques qu'ils présentent, enfin, exploration pathologique qui, dans ce cas, est le véritable équivalent de l'expérimentation proprement dite : telles sont les trois méthodes usitées en biologie générale, et sans lesquelles la physiologie psychique ne peut arriver à des résultats scientifiques. Les physiologistes anglais ont donc eu raison de placer au second rang la méthode subjective; le programme si bien tracé par M. Ribot, ils l'ont en partie rempli. Je dis en partie, car s'ils ont employé avec succès la méthode de l'observation externe, si quelques-uns d'entre eux ont fait de la psychologie comparée, ils semblent tous, néanmoins, avoir oublié qu'il leur restait encore un vaste champ d'étude, celui des anomalies et des monstruosités, c'est-à-dire la psychologie morbide. Les troubles mentaux ne tiennent que peu de place dans leurs préoccupations et ce n'est que dans les travaux d'un illustre médecin aliéniste anglais, M. Maudsley, qui, en psychologie normale, a les mêmes tendances que Herbert Spencer, Bain, etc., que l'on peut trouver quelques applications importantes de la méthode pathologique à la connaissance des phénomènes normaux.

Voyons maintenant les résultats obtenus par l'application de la nouvelle méthode. Toute science, c'est-à-dire l'étude propre d'une classe de phénomènes dont l'analogie a été saisie, a pour objet la découverte des lois de ces phénomènes, leurs rapports de succession ou de similitude. La psychologie expérimentale a-t-elle enfin porté la lumière sur ces questions si importantes et si difficiles qui font l'objet de ses recherches ? Est-elle parvenue à découvrir une loi, à constater un fait général auquel se rattachent les phénomènes particuliers de même ordre, comme l'immense variété des faits astronomiques dérivent tous d'une seule loi, celle de la gravitation newtonienne? Les philosophes anglais, que M. Ribot a passés en revue dans son ouvrage, s'accordent tous sur les questions capitales de la psychologie ; leurs dissentiments n'existent que sur quelques points secondaires. Les questions capitales sur lesquelles ils sont tous d'accord, c'est que le seul fait psychologique, primitif et

irréductible, est la *sensation*, et qu'il existe une loi générale qui régit les phénomènes psychiques, et cette loi ils l'appellent *loi d'association*. L'association a lieu soit entre des faits de même nature : association des sensations entre elles, des idées entre elles, etc., soit entre des faits de nature différente : association des sentiments avec des idées, des sensations avec les volitions, etc. L'association produit des successions et des simultanéités. A l'aide de cette loi, ils expliquent d'une façon plus rationnelle la perception sensorielle, l'origine des idées, les idées de causalité, d'espace, de temps, etc.

La perception du monde extérieur n'est pas, d'après ces philosophes, un état purement passif, où l'esprit ressemblerait à un miroir reflétant fatalement les objets. Elle est l'œuvre commune du sujet sentant et de l'objet senti. Nos perceptions sont les états internes qui *correspondent* aux existences externes, mais qui ne leur *ressemblent* pas. Quand on perçoit un chêne, cette perception correspond à un objet externe particulier, *mais n'en est pas la copie*. La perception, ajoute M. Ribot, est un produit qui diffère de ses deux facteurs (sujet, objet), comme l'eau diffère de l'oxygène et de l'hydrogène.

Sur l'origine des idées, l'école anglaise n'est ni avec les sensualistes (Locke, Condillac), ni avec les rationalistes (Descartes, Leibnitz), ni avec les criticistes (Kant). Elle reconnaît à l'esprit une spontanéité propre qui élabore et transforme les matériaux venant du dehors ; mais cette spontanéité a sa racine dans l'organisme, en particulier dans la constitution du système nerveux. Quelques particularités s'expliquent par la transmission héréditaire. En somme, cette solution est la transformation physiologique de la doctrine kantienne des formes de la pensée.

Nous ne dirons qu'un mot des idées de causalité, d'espace et de temps. Comme on l'a vu plus haut, les deux rapports les plus généraux que conçoive l'intelligence humaine sont ceux de succession et de simultanéité. Au rapport de succession se rattache une notion importante, celle de cause, ou, comme dit l'école, de séquence ; elle n'en est qu'un cas particulier. La causalité est donc la succession constante et uniforme. — Quant au temps, ces philosophes le considèrent comme l'ensemble des rapports de succession, et l'espace comme l'ensemble des rapports de simultanéité.

Malgré d'importants travaux de Bain et de Herbert Spencer, — M. Ribot le reconnaît lui-même — l'étude des phénomènes

affectifs, émotions, sentiments, est assez incomplète dans l'école expérimentale d'Angleterre. Voici d'ailleurs le petit nombre de points sur lesquels on est d'accord et que j'emprunte aux conclusions de l'ouvrage de notre auteur : « Les deux faits » fondamentaux sont le plaisir et la douleur. — Les émotions » et les passions sont ou simples ou composées. — La volonté » a sa source dans l'activité soit de l'organisme, soit des in- » stincts, appétits et passions. — Les faits volontaires sont » soumis à la loi universelle de la causalité. — Sont-ils notre » œuvre? Sans doute, puisqu'ils sont le résultat de la totalité » des états de conscience qui précèdent la résolution, et que » cet ensemble d'états de conscience est notre *moi*. — Sont- » ils libres ? Cette question est factice, inintelligible, par con- » séquent insoluble. Il faut rayer de la psychologie le mot » *liberté*, terme inexact qui n'est bon qu'à tout confondre, et y » substituer le mot aptitude. » (p. 428.)

La psychologie anglaise contemporaine présente, comme on a pu en juger par le résumé très-succinct que nous avons fait de ses travaux, un avantage marqué sur la psychologie métaphysique : à l'ancienne notion de facultés, elle substitue l'idée scientifique de lois ; en outre elle s'applique à la recherche de la genèse des divers pouvoirs psychiques. Le reproche que nous lui ferons, c'est, tout en cherchant à se baser sur les recherches physiologiques du système nerveux, de tendre cependant à s'isoler de la biologie, quand, « à rigoureusement parler, on ne peut tracer entre elles aucune ligne de démarcation, parce que certains phénomènes appartiennent à l'une comme à l'autre ». Il existe d'ailleurs des questions très-importantes et qui préoccupent très-activement le monde savant, telles que les localisations cérébrales, les conditions physico-chimiques de l'activité cérébrale, etc., qui sont du domaine de la physiologie psychique et que la psychologie, même expérimentale, n'arrivera pas à résoudre. Il faut, pour leur solution, l'appui de la physiologie et surtout de la pathologie.

Ce que M. Ribot a fait pour les psychologues anglais, nous espérons qu'il le fera pour ceux de l'Allemagne contemporaine. Déjà il a analysé, pour la *Revue scientifique*, les travaux importants de Wundt et ceux de l'école de Herbart, dans la *Revue philosophique*. Les lecteurs français, de plus en plus nombreux, qu'intéressent ces questions, lui sauront gré de continuer ces études.

Dr Ant. Ritti.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Étude psychologique sur la raison et la folie, par M. le Dr Lagardelle; Anvers, 1876; br. in-8° de 42 p.

— Ueber Entstehung von Geisteskrankheiten im Elsass im Zusammenhang mit den Kriegsereignissen von 1870-1871, par M. le Dr L. Witkowski; br. in-8° de 18 p.

— Twenty-eighth annual report of the Trustees of the Massachusetts School for idiotic and feeble-minded Youth; Boston, 1876.

— Forty-third annual report of the Trustees of the state lunatic hospital at Worcester; Boston, 1876.

— Twenty-second annual report of the Trustees of the state lunatic hospital at Taunton; Boston, 1876.

— Twentieth annual report of the Trustees of the state lunatic hospital at Northampton; Boston, 1876.

— Skizzen ueber Umfang und Wissemschaftliche Amordnung der klinischen Psychiatrie, par M. le Dr Meynert; Vienne 1876; br. in-8° de 39 p.

— Annual report of the Trustees and superintendent of the state lunatic hospital of Pensylvania; Harrisbourg, 1876.

— Observation d'un cas de catalepsie hystérique, par M. le Dr A. Roux; Saint-Pierre, 1876; br. in-8° de 32 p.

— Installation d'une colonie d'enfants idiots à l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise) et visite à l'asile d'idiots d'Earlswood (Angleterre), par M. Henri Maréchal; Paris, 1876; br. in-4° de 26 p.

— Transport des aliénés du quartier de l'Antiquaille à l'asile départemental de Bron, par M. le Dr A. Lacour; Lyon, 1877; br. in-8° de 12 p.

— Spiritualistic Madness, par le Dr L. S. Forbes Winslow; London, 1876; br. in-8° de 38 p.

— Du nervosisme aigu et chronique et des maladies nerveuses; cours professé à la faculté de médecine de Paris, par M. le Dr E. Bouchut; 2e édit. Paris, 1877, chez J. P. Baillière; vol. in-8° de 405, p. prix, 6 fr.

— Annual report of the Trustees and superintendent of the state lunatic Hospital of Pensylvania; Harrisbourg, 1876.

THÈSES DE PARIS.

Année 1876 (suite).

270. Paulmier. De quelques cas d'hystérie observés chez l'homme.

227. Schoepfer. Considérations sur un cas d'hémianesthésie, avec mouvements ataxiques succédant à une hémiplégie du même côté.

282. Vinot. Contribution à l'étude clinique des lésions unilatérales de la moelle épinière.

291. Goulard. De l'historique et de l'étiologie de la chorée rhumatismale.

294. Reibel. De la folie puerpérale.

299. Silice. Etude sur le tremblement.

310. Meyer. De l'influence des émotions morales sur le développement des affections cutanées.

322. Dieu. De l'état de mal hystérique.

340. Boisson. Etude clinique sur les troubles trophiques de la névralgie trifaciale.

351. Barret. Forme convulsive de la névralgie, de la face; tic douloureux.

356. Valois. De la paralysie saturnine.

364. Empereur. Essai sur la nutrition dans l'hystérie.

# VARIÉTÉS

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

BUREAU POUR 1877

*Président :* M. Billod.
*Vice-Président :* M. Baillarger.
*Secrétaire général :* M. Motet.
*Secrétaires particuliers :* MM. Collineau et Ritti.
*Trésorier-archiviste :* M. Aug. Voisin.

LISTE GÉNÉRALE DES MEMBRES

*Membres honoraires.*

MM.
Belhomme, ✵.
Carrière.
Dechambre, O. ✵
Durand (de Gros).
Janet (Paul), O. ✵
Bourdin.
Maury (Alfred), O. ✵.
Michéa.
Ott.
Girard de Cailleux, O. ✵.
Legrand (Maximin), 51, rue des Saints-Pères.
Foville (Achille) fils.
Trélat, ✵.

*Membres titulaires.*

MM.
Baillarger, rue de l'Université, 8.
Berthier, hospice de Bicêtre.
Billod, asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
Blanche, 15, rue des Fontis, à Paris-Auteuil.
Bouchereau, asile Sainte-Anne, rue Ferrus.
Brierre de Boismont, 108, Grande-Rue, à Saint-Mandé (Seine).
Brochin, 7, boulevard Saint-Michel.
Calmeil, Fontenay-sous-Bois.
Collineau, 187, rue du Temple.
Constans, 11 *bis*, passage Sainte-Marie.
Cotard, à Vanves (Seine).
Dagonet, asile Sainte-Anne.
Dagron, asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Dally, 5, rue Legendre.
Delasiauve, 35, rue du Sommerard.
Dumesnil, 10, rue de l'Arrivée.
Falret (Jules), 114, rue du Bac.
Fournet, 14, rue du Cherche-Midi.
Lasègue, 4, rue Perrault.

MM.
Legrand du Saulle, 9, boulevard Saint-Michel.
Linas, 8, place de la Madeleine.
Loiseau, 26, rue Vieille-du-temple.
Lucas (Prosper), asile Sainte-Anne.
Lunier, 6, rue de l'Université.
Luys, à Ivry-sur-Seine.
Magnan, asile Sainte-Anne.
Mesnet, 161, rue de Charonne.
Mitivié (Albert), 244, boulevard Saint-Germain.
Moreau (de Tours), rue de Beaune, 6.
Motet, 161, rue de Charonne.
Peisse, École des Beaux-Arts, rue Bonaparte.
Pouzin, 5, rue de Poitiers.
Ritti, 10, rue des Beaux-Arts,
Rota, rue Picpus, 90.
Rousselin, asile Saint-Yon, à Rouen.
Semelaigne, au château St-James, à Neuilly (Seine).
Sémerie.
Voisin (Auguste), 16, rue Séguier.

*Membres correspondants.*

MM.
Boileau de Castelnau, à Nimes.
Macario, à Nice.
Marchand, à Toulouse.
Teilleux, au Mans.
Sauze, à Marseille.
Azam, à Bordeaux.
Rousseau, à Auxerre.
Niepce, à Allevard.
Auzouy, à Pau.
Etoc-Demazy, au Mans.
Baume, à Quimper.
Lannurien, à Morlaix.
Desmaisons, au Bouscat, près Bordeaux.
Brunet, à Breuty (Charente).
Bonnet, à Mayenne.
Fusier, à Chambéry.
Belloc, à Alençon.
Labitte, à Clermont (Oise).
Laurent, à Rouen.
Combes, à Saint-Gemmes-sur-Loire.
Bonnefous, à Leyme (Lot).
Dumont (de Monteux), à Rennes.
Dunant, à Genève.
Laffitte, à Rennes.
Arthaud, à Lyon.
Garreau, à Bayonne.
Renault du Motey, à Châlons-sur-Marne.
Petit, à Nantes.
Christian, à Maréville.
Compagne, à Avignon.
Payen, à Orléans.
Broc, à Evreux.
Guérin du Grand Launay, à Angers.
Saint-Lager, à Lyon.
Danner, à Tours.
Espiau de Lamaestre, à l'asile de Ville-Evrard.
Papillaud, à Saujon (Charente-Inférieure).
Ollier, au 6e chasseurs.
Doutrebente, à Mont-de-Vergues, près Avignon.
Bouteille, à Armentières.
Darnis, à Montauban.
Hildenbrand, à Marseille.
Dufour, asile de Bron, près Lyon.
Favre, asile de Vaucluse.
Hospital, à Clermont-Ferrand.
Péon, à Cadillac.
Masbrenier, à Melun.
Maret, à Auch.
Hurel, à Gaillon.
Sizaret, à Maréville.
Taguet, à Ville-Evrard.
Parant, à Toulouse.
Lailler, à Quatre-Mares, près Rouen.

*Membres associés étrangers.*

MM.

Ramaer, à la Haye (Hollande).
Biffi, à Milan.
Bich, à Coste.
Pi y Molist, à Barcelone.
Pujadas, à Barcelone.
Bucknill, à Londres.
Tuke, à Falmouth.
Munoz, à Paris, 29, chaussée d'Antin.
Girolami, à Rome.
Frézé, à Kazan (Russie).
Herzog, à Saint-Pétersbourg.
Salomon, à Malmo (Suède).
Livi, à Sienne.
Azzuri, à Rome.
Berti, à Venise.
Ponza, à Alexandrie (Italie).
Lochhart Robertson, à Londres.
Maudsley, à Londres.
Harrington Tuke, à Londres.
Mundy, à Vienne (Autriche).
Roller, à Illenau (grand-duché de Bade).
Flemming, à Schwerin (Mecklembourg).
Mongeri, à Constantinople.
Benvenisti, à Padoue.
Tonino, à Turin.
Miraglia, à Aversa.

MM.

De Kraft-Ebing, à Illenau.
Schlager, à Vienne.
Cramer, à la Rosegg (Soleure).
Fetscherin, à la Valdau (Berne).
Lombroso, à Pavie.
John Sibbald, à Lochgilphead (comté d'Argyl).
Berliny, à Malmo (Suède).
Backel, à Venise.
Mac Intosh, à Murtley (Ecosse).
Vermeulen, à Gand.
Ingels, à Gand.
Van den Abeele, à Bruges.
Sannicola, à Aversa.
Perla, à Aversa.
Erlenmeyer, à Bendorf (Coblence).
Cardona, à Pesaro.
Monti, à Parme.
Semal, à Mons.
Lentz, à Froidmond.
Leidesdorf, à Vienne.
Neri (Giuseppe), à Pérouse.
Lefebvre, à Louvain.
Bateman, à Norwich.
Laussedat, à Versailles.
Obersteiner, père, à Vienne.
Masoin, à Louvain.
Morselli, à Florence.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêtés du 30 novembre* 1876.— M. Pinot, directeur, et M. le Dr Cortyl, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert, ont été promus à la 2e classe de leur grade (6000 fr.)

— *Arrêté du 5 décembre* — M. le Dr Reverchon, médecin en chef de l'asile de Marseille (section des hommes), a été nommé directeur-médecin de l'asile d'Alençon, en remplacement de M. le Dr Védie, décédé, et promu à la 3e classe de son grade (5000 fr.).

— *Arrêté du 5 décembre*, —. M. le Dr Dauby, directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban, a été nommé directeur-médecin de l'asile de Moulins avec la 3e classe de son grade.

— *Arrêtés du 8 décembre*. M. le Dr Espiau de Lamaestre, médecin en chef de l'asile de Bailleul, a été nommé directeur-médecin de l'asile de Ville-Evrard et promu à la 1re classe de son grade (7000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er février 1877, en remplacement de M. le Dr Dagron, admis à faire

valoir ses droits à la retraite et nommé directeur-médecin en chef honoraire.

— *Arrêté du 21 décembre.* — M. le Dr LAGARDELLE, directeur-médecin de l'asile de Moulins est nommé médecin en chef de section des hommes de l'asile de Marseille, en remplacement de M. le Dr Reverchon.

— *Arrêté du 22 décembre.*— M. le Dr HOMÉRY, médecin adjoint de l'asile d'Evreux, a été nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban, en remplacement de M. le Dr Dauby. M. le Dr Homéry a été admis dans la 5e classe de son grade (3000 fr.).

— *Arrêté du 22 décembre.* — M. le Dr PORET, médecin adjoint de l'asile Saint-Yon, a été promu à la classe exceptionnelle de son grade (4000) fr., pour prendre rang à partir du 1er janvier 1877.

— *Arrêté du 22 décembre.* — M. le Dr Albert GIRAUD, médecin adjoint de l'asile de Quatre-Mares, a été promu à la 1re classe de son grade (3000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er janvier 1877.

— M. le Dr LEMENANT DES CHESNAIS, ancien directeur-médecin de l'asile de Châlons a été nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul, avec la 1re classe de son grade (7000 fr.), en remplacement de M. le Dr de Lamaestre.

— *Arrêté du 30 décembre.* — MM. les Drs LAPRÉE, ancien interne de l'asile de Saint-Jacques, à Nantes, et PEYBERNÉS, interne de l'asile de Saint-Lizier, ont été nommés médecins adjoints des asiles d'Armentières et de Bailleul (poste créé) et admis dans la 3e classe de leur grade (2000 fr.)

— *Arrêté du 13 janvier* 1877. — M. le Dr MARANDON DE MONTYEL, interne de l'asile d'Auch, est nommé médecin adjoint de l'asile d'Evreux, en remplacement de M. le Dr Homéry, et admis dans la 3e classe de son grade (2000 fr.).

## NÉCROLOGIE

— Le Dr LESTIBONDOIS, ancien député, ancien conseiller d'État, qui vient de mourir, à l'âge de 79 ans, a appartenu pendant un certain nombre d'années au service des aliénés, en qualité de médecin en chef de l'asile de Lille, transféré plus tard à Bailleul. Lestibondois vivait retiré depuis quelque temps dans le département du Nord lorsque la mort est venu le surprendre.

— Le Dr VÉDIE (Constant-Alphonse), directeur-médecin de l'asile d'Alençon, est mort dans cette dernière ville, le 3 décembre 1876, à l'âge de 61 ans.

Védie, né le 20 août 1816, est entré dans le service des aliénés, le 20 janvier 1852, en qualité de médecin adjoint de l'asile Saint-Yon, après avoir rempli pendant trois ans les fonctions d'interne dans les hôpitaux de Rouen. Védie, nommé directeur-médecin de l'asile de Lafond, près la Rochelle, le 3 août 1858, a rempli successivement les mêmes fonctions à Blois, à Evreux, et enfin à Alençon et a laissé dans ces diverses localités les meilleurs souvenirs comme homme, comme médecin et comme administrateur.

Védie a publié quelques travaux médico-administratifs estimés, notamment sur l'asile d'Evreux, dont il a été le premier directeur et dont il a organisé tous les services.

— Le Dr Louis-Antoine Evrat, directeur-médecin honoraire de l'asile de Saint-Robert, membre correspondant de la société médico-psychologique, président honoraire de la société de médecine de Grenoble, chevalier de la Légion d'honneur, est mort le 22 novembre 1876 à l'âge de 84-ans, à Chevreuse, chez M. le Dr Duprilot, son gendre, où il s'était retiré depuis sa mise à la retraite. Nous ne pouvons mieux faire, pour rendre hommage à notre regretté confrère et ami, que de reproduire la notice que vient de lui consacrer l'*Impartial dauphinois* des 28, 29 et 30 décembre.

Le docteur Louis Evrat est né à Paris en 1797. De bonne heure, il perdit son père, mais il trouva dans la tendresse éclairée de sa mère, femme distinguée par d'éminentes qualités de cœur ainsi que par le sens le plus droit, l'élément capital d'une vie de famille au sein de laquelle devait se développer largement sa nature richement douée de toutes les générosités de l'âme et d'une rare élévation d'esprit.

Une fois ses études classiques terminées, M. Evrat se livra à l'étude de la médecine, guidé par les conseils et l'expérience de son oncle personnel, le docteur Antoine Evrat, médecin-accoucheur des princesses de la famille d'Orléans.

En possession de son diplôme de docteur, le jeune médecin exerça sa profession à Paris. Il compta bientôt dans sa clientèle des personnes du plus haut mérite, dont plusieurs déjà illustres, d'autres sur la voie de la célébrité ; nous pouvons citer : Alfred de Vigny, le poëte polonais Mickiéwicz, George Sand, Mme Pauline Viardot, Auguste Barbier, l'auteur des *Iambes*, Victor Jacquemond, et bien d'autres. Plusieurs de ces illustres clients devinrent et restèrent les amis du médecin dont ils pouvaient si bien apprécier le noble caractère, le dévouement inépuisable, le rare désintéressement.

Au commencement de l'année 1844, le docteur Evrat, rencontrant chez un de ses amis le préfet de l'Isère, M. Pellenc, l'entendit décrire l'horrible situation des aliénés recueillis dans l'asile de Saint-Robert. Cet ancien couvent de bénédictins, nullement approprié à sa nouvelle destination, renfermait, en outre de quatre-vingt-trois aliénés, un service de femmes syphilitiques, un autre de maternité ainsi qu'une école d'accouchement. Le même personnel était affecté au multiple fonctionnement de services si étrangers les uns aux autres. Aucun effort intelligent n'avait été tenté jusque-là pour apporter un efficace allégement aux souffrances des infortunés aliénés. Ils n'avaient pas encore été élevés, suivant l'expression d'un médecin aliéniste, à la *dignité de malades*. Leur guérison n'était ni dans les espérances, ni dans la préoccupation des fonctionnaires préposés à leur garde. Cette traditionnelle incurie à l'égard des malheureux privés de raison était générale en France, alors que la Turquie, l'Egypte, le Maroc, l'Espagne et ses colonies d'Amérique et l'Italie avaient suivi, depuis assez

longtemps déjà, l'impulsion d'un sentiment généreux de pitié pour les victimes de la destinée en leur créant des maisons de refuge, en leur assurant des soins curatifs.

Le préfet de l'Isère exprimait le désir, sinon l'espoir, de voir un médecin intelligent et dévoué accepter la mission grandement méritoire, mais hérissée d'obstacles, de faire de ce hideux réceptacle de toutes les souffrances, de toutes les infirmités, de tous les vices, un asile suivant les tutélaires et philanthropiques prescriptions de la loi de 1838 sur les aliénés. Connaissant de réputation le généreux désintéressement du docteur Evrat, sa fermeté de caractère, son activité, il lui proposa incontinent, mais à vrai dire, sans grand espoir d'une acceptation, des fonctions si délicates et dont l'accomplissement devait rencontrer des obstacles sans nombre, au premier rang desquels il faut citer l'esprit de routine, l'indifférence jusque-là manifestée envers les malheureux aliénés et l'inconscient esprit de résistance à toute dépense d'un chiffre élevé pour améliorer leur sort.

Le préfet de l'Isère fut pris au mot. Le docteur Evrat prit sur le champ une détermination héroïque. Il accepta en connaissance de cause cette existence de lutte, de travaux excessifs, de soins répugnants, d'immolation de ses goûts artistiques, de ses loisirs charmés par le culte des lettres et la fréquentation des esprits les plus distingués.

Dès 1844, le docteur Evrat était à son poste. Il put se convaincre bientôt que rien n'avait été exagéré des obstacles qu'il devait rencontrer dans sa généreuse tentative de faire entrer dans le domaine des idées reçues et des faits l'esprit et le texte de la loi de 1838. Le docteur Falret, son maître dans la science aliéniste et son ami, lui avait dit à son départ de Paris. « Préparez-vous à une vie de labeurs, de suspicion, d'entraves de » tous genres, de dévouement quand même, de persévérance à » toute épreuve et d'abnégation. »

Ces paroles furent de tout point fatidiques. Mais, disons-le tout de suite, à l'honneur de la nature humaine, cette tâche qui fut acceptée avec un mâle courage, fut accomplie par un homme qui ne connut jamais de défaillances d'aucune sorte, dont le cœur était élevé, dont l'activité était merveilleuse, dont la volonté atteignait le plus haut degré d'énergie, dont le corps était de fer, la santé inaltérable et la bonté souveraine. Il obtint, après des résistances dont il eut raison, que l'asile de Saint-Robert fût débarrassé des services parasites dont il avait été embarrassé et flétri, et qu'il fût exclusivement réservé aux aliénés. Après avoir procuré à ses malheureux malades tous les adoucissements à leur sort, toutes les commodités de nature à préparer leur guérison, permises par l'état des lieux, il s'occupa sans perdre une minute de l'objet capital de sa mission, la construction d'un asile. Il fallait d'abord démontrer à tous la nécessité de cet établissement, faire sur cette matière jusque-là livrée aux préjugés les plus regrettables, l'*opinion publique*. Le docteur Evrat ne s'y épargna point. Correspondance, articles de journaux, conversations, tout fut mis en œuvre. Il ne

sortit plus de l'asile de Saint-Robert un seul visiteur, qui, séduit, subjugué, éclairé par la parole de M. Evrat, ne devînt un prosélyte, un propagateur zélé de ses idées et le promoteur, dans la sphère de son pouvoir, de leur réalisation.

La construction est projetée. Il s'agit de dresser le plan du nouvel asile. Le docteur aliéniste veut obtenir pour ses malades, en vue de leur guérison, « de l'espace, de l'air, de la lumière, » du soleil, des eaux abondantes et bonnes, une orientation » aussi favorable que possible, et, pour assurer leur traitement » et adoucir leur séquestration, du calme, du recueillement, » de la consolation, de la commodité et de la sécurité ; sépa- » ration des sexes ; distinction et classement méthodique des » différentes catégories et formes d'aliénation mentale, etc. »

M. Evrat estime tout d'abord que le médecin aliéniste doit avoir voix délibérative sur la fixation des conditions de la construction projetée. Au cours des études préliminaires, dans lesquelles il est secondé dans l'exposé de ses idées par M. Péronnet, architecte, il constate que l'architecte désigné par l'autorité départementale méconnaît dans son plan les conditions essentielles au traitement de la folie, et qu'il n'a point su traduire les exigences de la science médicale clairement déduites.

Voilà le médecin transformé en architecte. Il passe les nuits dans d'intenses et profondes méditations sur cette distribution dont le succès implique des conditions si multiples. Il est secondé dans cette tâche où, sans préalable initiation, il doit arriver à l'œuvre d'un maître, par une charmante jeune fille de seize ans, sa fille aînée, M^lle^ Mathilde Evrat, aujourd'hui M^me^ Roguet, qui partage les nombreuses insomnies de son père, copie et recopie des plans.

Bref, c'est le plan du docteur qui, en 1852, fut adopté par le conseil supérieur des bâtiments civils, à l'encontre de celui de l'architecte, vaincu sur le terrain de sa propre spécialité. L'adjudication des travaux de construction de l'asile fut donnée le 30 juillet 1852, et dans le mois de novembre 1864, le premier pavillon nouveau a été habité par les malades.

L'installation des services dans ce nouvel asile, l'initiation d'un nombreux personnel à de nouvelles règles, les rectifications de détail à opérer sur la première expérimentation des personnes et des lieux dans des conditions de service non encore appliquées, exigèrent un redoublement de travail du créateur de l'asile ; à l'architecte dut succéder l'administrateur plein de ressources et d'initiative. Là encore, M. Evrat se montra toujours au niveau des tâches les plus difficiles, nonobstant son âge déjà avancé (il avait à cette époque soixante-quatre ans).

Si l'éminent docteur n'était point à bout de forces, il en avait fini, Dieu merci, avec la lutte, avec les malveillances irréfléchies, avec les résistances acharnées, avec les sceptiques discussions des ennemis de son œuvre, avec les calomnies.

La savante organisation de l'asile, le fonctionnement régulier de ses services, les cures nombreuses obtenues dans ces lieux où l'on aurait pu inscrire jadis avec une si navrante vérité le

*lasciate ogni speranza, voi che intrate*, tout était la démonstration de l'excellence de l'œuvre accomplie.

Désormais le docteur Evrat entra dans la plénitude d'une réputation méritée de savoir, de sublime soumission aux devoirs les plus austères, les plus douloureux. Il avait atteint les plus hautes somnités de la vie intellectuelle et morale ; ses confrères, les médecins aliénistes, qui lui avaient donné la qualification de *Martyr de la spécialité*, placèrent son nom à côté de celui des Ferrus, des Falret, des Parchappe, des Guislain, etc., ces maîtres de la science aliéniste.

Le médecin actuel de l'asile de Saint-Robert, l'honorable docteur Cortyl a écrit en tête de la notice qu'il a publiée sur cet établissement, ces mots :

« C'est au docteur Evrat, aujourd'hui directeur honoraire, » que revient tout l'honneur de la conception et de l'exécution » du plan de cet asile. C'est à ses travaux, à ses études, à ses » veilles que le département de l'Isère doit de posséder ce » magnifique établissement, l'un des plus beaux, et pour me » servir de l'expression de Ferrus, le *plus gai de France*. »

Au mois de septembre 1864, M. Evrat fut, sur sa demande, admis à la retraite. Il se retira à Paris d'abord et plus tard à Chevreuse où il est mort le 22 novembre dernier dans sa quatre-vingtième année. A cet âge, il consacrait encore aux malheureux les ressources précieuses de son expérience et de sa bonté compatissante.

Sur sa tombe, l'un de ses meilleurs amis, Adolphe Joanne, le président du Club alpin-français, a prononcé les paroles suivantes :

« Ne nous séparons pas sans rendre un dernier hommage d'affection, d'admiration et de reconnaissance à notre vieil ami Louis Evrat. Ils sont rares, trop rares, hélas ! les hommes qui lui ressemblent ! Parmi les morts d'élite qui illustrent ce cimetière, bien peu l'ont surpassé par l'intelligence ; aucun peut-être ne l'a égalé par le cœur. Louis Evrat a été, permettez-moi cette expression, la perfection morale. Dans toutes les conditions de sa vie, son but a été le devoir, son moyen, le dévouement. Jamais une pensée égoïste n'a inspiré une seule de ses actions. Depuis son enfance jusqu'à sa dernière heure, il s'est constamment sacrifié aux autres avec une spontanéité, une énergie, une abnégation vraiment sublimes. Ne l'ai-je pas vu risquer sa vie pour épargner une égratignure à un aliéné qui le menaçait de le tuer, et dont les jours, que dis-je, dont les derniers moments étaient comptés. Sa modération égalait la fermeté de ses principes. Il n'a perdu son sang-froid que contre les hommes qui, par sottise ou par méchanceté, ont essayé vainement de l'empêcher de faire le bien. Nous ne l'oublierons jamais tant que nous vivrons ; mais ne nous contentons pas d'en garder au fond de nos cœurs le pieux souvenir ; rappelons-le souvent à nos descendants, pour qu'ils s'efforcent d'imiter autant qu'ils le pourront ses grandes vertus, s'ils ont le bonheur de posséder une aussi belle âme que celle qui, quittant sa dépouille terrestre, vient de remonter au ciel. »

Pour ceux qui ont connu le docteur Evrat, qui ont pu lire dans sa grande âme et suivre les puissantes manifestations de son intelligence, les évolutions de sa prodigieuse activité, les merveilles de son dévouement, il n'y a que justice rendue à proclamer que ce fut une nature héroïque dans le sens le plus élevé et le meilleur du mot.

### Société médico-psychologique. — Prix Aubanel

Nous croyons devoir rappeler que 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 une épigraphe reproduite 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.

### Prix de l'académie royale de Belgique

« Déterminer la nature des lésions anatomo-pathologiques des différentes maladies des centres encéphalo-rachidiens et des nerfs, y compris celles des affections désignées sous les dénominations de névroses et de névralgies. Prix : une *médaille d'or* de 1,000 fr. — Clôture du concours, 1er février 1879; conditions ordinaires des concours.

### Cours de pathologie mentale a l'université de Bruxelles

Le conseil d'administration des hospices de Bruxelles, pour satisfaire au désir exprimé par le conseil d'administration de l'université de Bruxelles, vient de prendre toutes ses dispositions pour qu'un cours de pathologie mentale soit ouvert au dépôt des aliénés, annexé à l'hôpital St-Jean. La direction du dépôt et les cours sont confiés à M. le Dr J. Desmedt, médecin de l'établissement d'aliénés à Uccle. (L'*Art médical* du 17 décembre 1876.)

### Préfecture de la Seine. — Asile Ste-Anne. Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses.

MM. les Drs Lucas et Dagonet, médecins en chef de l'asile Sainte-Anne, Bouchereau et Magnan, médecins répartiteurs du bureau d'admission, feront des conférences cliniques le diman-

che de chaque semaine, à neuf heures et demie du matin, dans l'ordre suivant :

M. le Dr Magnan, du 14 janvier jusqu'au 25 mars, et du 17 juin jusqu'aux vacances.

M. les Drs Lucas, Dagonet et Bouchereau, du 8 avril jusqu'au 1er juillet.

Ces conférences auront lieu dans les parloirs de la division des hommes et de la division des femmes de l'asile.

Aux termes d'une décision ministérielle du 15 novembre 1876, les personnes qui désireront être admises à suivre ces conférences devront être munies d'une carte d'entrée que le directeur de l'asile Sainte-Anne délivrera :

Aux élèves en médecine, sur le vu d'un certificat de la faculté de médecine, attestant qu'ils ont subi avec succès le troisième examen de fin d'année;

Aux médecins et aux magistrats, sur le vu de leur carte personnelle;

Aux avocats, sur le vu d'un certificat émanant du secrétariat général du ministère de la justice.

Paris, le 5 janvier 1877.

En dehors des leçons, les élèves réunis en séries, pourront, à des jours déterminés, être exercés directement au diagnostic.

### Hospice de la Salpêtrière. — Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses.

M. le Dr Auguste Voisin, médecin de l'hospice de la Salpêtrière recommencera ses conférences cliniques, le jeudi 14 décembre à neuf heures et demie du matin et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Présentation de malades et démonstrations histologiques.

Les formalités pour l'admission aux conférences sont les mêmes que pour l'asile Sainte-Anne.

*Pour les articles non signés :* L. LUNIER.

Paris. — Imprimerie de E. Donnaud, rue Cassette, 9.

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

# PATHOLOGIE

DE

# LA MALADIE DES SCYTHES

Par M. le Dr MARANDON DE MONTYEL
Médecin adjoint de l'asile public d'aliénés d'Evreux.

Je ne suis pas un habitant du Caucase, je ne suis pas même un voyageur revenu de ce pays lointain et s'empressant de raconter ce qu'il a vu, de chercher une explication aux faits curieux ou bizarres qu'il a eu la bonne fortune de rencontrer. C'est en France même, près de mon feu et par une froide journée de janvier que j'entreprends d'écrire sur la maladie des Scythes et d'interpréter tout ce que des hommes instruits et dignes de foi ont rapporté à ce sujet. Pourquoi pas? Est-il bien nécessaire, comme le veut M. Beaugrand, qu'on se rende sur les lieux et qu'on examine soi-même les conditions dans lesquelles se manifeste et évolue la maladie? Certainement, si on n'avait sur la maladie des Scythes que des renseignements vagues et incertains, s'il existait quel-

que raison de mettre en doute la bonne foi des observateurs qui ont étudié de près les tribus nomades du Caucase, il serait de nécessité absolue de suivre le conseil de l'auteur, et, avant de chercher à élucider ce point curieux de pathologie, on devrait aller rassembler les éléments indispensables à la bonne solution de la question. Mais M. Beaugrand s'est chargé lui-même de nous prouver qu'il n'est guère besoin de courir si loin, et dans un résumé plein d'érudition et de science, de tout ce qu'ont écrit les auteurs sur le sujet qui nous occupe, il a réuni en quelques pages pour le *Dictionnaire encyclopédique*, les matériaux qui se trouvaient épars çà et là dans les ouvrages et les recueils périodiques, matériaux bien suffisants, selon nous, pour dégager la vérité. C'est ce que nous allons essayer de démontrer dans les lignes qui suivent.

Tout d'abord la maladie des Scythes ne serait-elle pas une fable? Est-il réellement bien vrai qu'il y ait des Tartares qui perdent les attributs physiologiques et moraux de la virilité, et qui, impuissants, sans barbe, fuient la société des hommes et adoptent le costume et les occupations des femmes ? M. Beaugrand affirme que oui et il a raison. Il invoque à l'appui de cette assertion le témoignage d'Hérodote et d'Hippocrate, dans l'antiquité. Sans doute ces deux témoignages peuvent être suspectés; le pieux Hérodote accepte toutes les légendes qui ont cours de son temps, et son contemporain Hippocrate, bien que n'admettant pas les maladies divines, est fort enclin à ajouter foi aux faits extraordinaires qu'on lui signale. Mais, ce qui donne une très-grande valeur au récit de ces deux écrivains, c'est que, de nos jours, des voyageurs éminents ont pu constater le singulier état décrit par le père de l'histoire et le père de la médecine. M. Beaugrand cite Sprengel, Jules Klaproth, le fils du célèbre chimiste, M. Chotomsky et reproduit le passage suivant de Reinegg, dans sa description du Caucase : « Le plus remarquable des peuples nomades du

Kufan est celui des Vogays ou des Montagays. Ils se distinguent des autres par le caractère mongol que présente leur physionomie..... lorsqu'ils sont épuisés par une maladie ou qu'ils avancent en âge, la peau de tout leur corps se sillonne de rides profondes, leur barbe tombe, et dans cet état ils ressemblent tout à fait à des femmes. Ils deviennent inaptes à l'acte de la génération, et leurs sensations comme leurs actions cessent de ressembler à celles du sexe auquel ils appartiennent. Obligés de fuir la société des hommes, ils vivent au milieu des femmes dont ils adoptent le costume. On parierait même cent contre un que ce sont des vieilles femmes fort laides. » Ces assertions unanimes des auteurs de tous les temps ne permettent pas d'accepter l'opinion de M. Rosenbaum et de considérer la relation d'Hérodote et d'Hippocrate comme concernant des Scythes livrés à un commerce infâme, comme une allusion à des Pathici, à des êtres immondes, tour à tour hommes avec les femmes, et femmes avec les hommes.

Il demeure donc très-bien établi qu'on trouve dans le Caucase des individus qui après avoir joui quelque temps de tous les attributs de la virilité, les perdent avant l'âge, voient leur barbe tomber, leurs traits se flétrir, leurs désirs amoureux s'éteindre, leur voix faiblir, leur corps perdre la force et l'énergie propres à leur sexe, et qui arrivent enfin à fuir la société de ceux dont ils partageaient jadis les plaisirs et les travaux, à revêtir le costume féminin comme ils en ont revêtu la faiblesse, mettant tout leur bonheur à s'assimiler aux femmes et à partager leurs occupations. Voilà le fait, les explications n'ont pas manqué, et nous sommes presque honteux d'en venir proposer une nouvelle.

Les auteurs qui ont écrit sur la maladie des Scythes ont été beaucoup trop exclusifs; ils n'ont pas assez su comprendre qu'il y a dans cette affection deux éléments distincts, et qu'il est indispensable de les isoler, de les analyser séparément, puis de les rapprocher, de les comparer afin de sai-

sir le lien qui les unit. Les Scythes deviennent impuissants, voilà un premier élément que j'appellerai physiologique ; ils fuient la société des hommes, recherchent celle des femmes, s'habillent comme elles, vivent avec elles, en voilà un second qui est purement psychique. Les pathologistes n'ont vu que celui-là, les aliénistes n'ont vu que celui-ci, et il en est résulté que toutes les explications proposées ont été incomplètes ou fausses. Ce n'est pas ainsi qu'il faut procéder. Comment trouver la valeur de l'$x$ d'une équation si on laisse de côté une partie des membres qui concourent à la former?

Nous n'avons pas à nous étonner de cette association d'un double état physique et psychique. Morel a été un des plus ardents à appeler l'attention sur ce point, et le savant médecin de Saint-Yon était dans le vrai quand il disait que, pour bien connaître la genèse d'un délire, il n'importait pas seulement d'étudier la vie psychique antérieure du malade, mais qu'il était indispensable aussi de bien connaître sa vie physiologique et pathologique. Tout à la fois esprit et matière, intelligence et vie, l'homme est une dualité, et si, parfois, pour rétablir la santé chez un être languissant et qui va périr, il suffit de rendre l'espérance à son cœur brisé, la sécurité à son âme troublée, plus souvent encore les perversions intellectuelles se lient à des états pathologiques de l'organisme, et pour restituer à la pensée toute sa force et toute sa clarté, il n'y a qu'à apaiser le trouble des organes. Tel malade, d'une nature bizarre et impressionnable, voit, un matin, en tous des ennemis qui cherchent sa mort, les mets qu'il porte à sa bouche ont un goût amer et nauséabond, il repousse les aliments s'écriant qu'ils sont empoisonnés, et, en proie à une anxiété affreuse, à une douleur morale accablante, fuit ceux-là même qu'il affectionnait le plus, préférant, dans sa terreur, souffrir toutes les tortures de la faim à accepter la nourriture que lui tend une main amie. Sa langue est saburrale, son haleine

est fétide, une constipation opiniâtre le fatigue, et voilà qu'un éméto-cathartique le rend à la raison et à la confiance. Telle autre, d'ordinaire nerveuse et mobile, est tout à coup en proie à des impulsions terribles, elle veut tuer, incendier ou se réfugier dans la mort; elle ne peut ni se raisonner ni se maîtriser et, comme la feuille morte que balaie le vent d'automne, se laisse emporter par les désirs les plus insensés, par les instincts les plus pervers. Que s'est-il donc passé? Quelle est la cause de ce grand désordre? Une suppression de menstrues; et pour rendre cette malade à la raison et au calme, que faut-il encore? Une application de sangsues à la vulve. Tous ceux qui ont habité quelque temps les asiles connaissent par la pratique le lien étroit qui rattache le moral au physique et savent que si les douleurs de l'âme peuvent indiquer le remède à un mal qui ronge le corps, les souffrances du corps peuvent aussi indiquer l'origine des angoisses de l'esprit. Inutile, croyons-nous, d'insister plus longtemps, car nul n'aurait aujourd'hui le droit de s'étonner de nous voir étudier la maladie des Scythes au double point de vue physique et psychique.

L'impuissance des Scythes a été expliquée de bien des manières. Pour Hérodote, c'était une vengeance de Vénus; pour Hippocrate, elle était due à la section de certaines veines situées derrière les oreilles, section que les cavaliers Tartares avaient coutume de faire pour se débarrasser de fluxions articulaires. Patin l'a rattachée à des écoulements gonorrhéiques, Bogard au climat et au genre de vie, Sprengel à la masturbation, Lallemand enfin à des pertes séminales dues à une équitation forcée. Des toutes ces interprétations, la meilleure pour nous est celle de Lallemand, et si nous y ajoutons l'influence du climat et du genre de vie signalée par Bogard, nous croyons que nous serons dans le vrai. En effet, chacun sait aujourd'hui, depuis les travaux du savant chirurgien de Montpellier, que beaucoup de cas d'impuissance se lient à des pertes séminales, et l'ex-

périence a démontré combien Lallemand avait vu juste en signalant l'équitation forcée comme une cause de ces pertes. Pour cet illustre chirurgien, l'abus du cheval détermine la spermatorrhée de trois manières, dont deux directes et une indirecte : tout d'abord par l'irritation des canaux déférents, irritation qui gagne l'épididyme et le testicule; en second lieu par la compression de la marge de l'anus, d'où constipation et pollutions ; et enfin, en excitant à ce point les appétits vénériens que le cavalier privé de femme arrive à s'adonner à l'onanisme, vice qui presque toujours entraîne à sa suite des pertes séminales. Si nous ajoutons à cela que le pays des Scythes est un climat froid et humide, que ces populations sont obèses et lymphatiques, et que l'enfant se prépare aux courses de l'adolescent par une vie molle et peu active, nous arrivons facilement à comprendre la fréquence de la spermatorrhée et par suite de l'impuissance chez ce peuple, mal préparé à la fatigue, et qui, habitant sous un ciel malsain et débilitant, vit presque constamment à cheval.

Cette influence fâcheuse de l'équitation sur l'impuissance est un fait malheureusement bien constaté de nos jours. MM. Robin et Littré disent dans leur dictionnaire : « L'éviration a été attribuée par quelques auteurs à l'équitation trop prolongée comme genre de vie habituel. On retrouve cette cause admise de nos jours comme opinion populaire dans quelques pays. Cette hypothèse est loin d'être dénuée de fondement. Il existe des cas bien avérés de perte complète des désirs sexuels et de possibilité d'entrer en érection chez des hommes vigoureux, très-bien portants d'autre part, mais passant le plus grand nombre des heures du jour à cheval, etc. » Nous ferons aussi remarquer que, d'après Hérodote, la maladie éclata chez les Scythes, après leur grande incursion dans la Médie et la Palestine, alors que depuis de longs mois ils étaient continuellement à cheval.

La plupart des auteurs se sont arrêtés là; l'impuissance expliquée, l'état physiologique élucidé, ils ne se sont en rien occupés de l'état psychique. Singulière omission, en vérité! De ce que l'équitation rende certaines gens impuissants, est-ce une raison pour eux de déserter leur sexe, de singer la femme, d'abandonner la culotte pour la robe, la lance pour le fuseau? Quelques aliénistes, Esquirol et Friedreich entre autres, surtout celui-ci, n'ont tenu compte au contraire que de cette dernière manifestation. Niant ou négligeant l'impuissance, ils ont considéré la maladie des Scythes comme une simple monomanie dans laquelle les hommes se croient changés en femmes. Cette opinion tire son origine de ce qu'une variété d'aliénation mentale se caractérise par une singulière aberration de la personnalité qui fait croire au malade qu'il a passé d'un sexe à l'autre. Loin de repousser cette forme de monomanie, nous l'acceptons pleinement, et c'est même sur elle que dans un moment nous allons étayer notre théorie. Les faits ne manquent pas à l'appui de l'existence de cette curieuse vésanie, et pour bien convaincre les esprits, nous allons rappeler les deux suivants qu'a rapportés Esquirol. Le premier a trait à un homme et le second à une femme.

M. X..., âgé de 26 ans, est d'une taille élevée, d'une belle stature et d'une jolie figure. Dans sa première jeunesse, il aimait à se revêtir d'habits de femme. Admis dans la haute société, si l'on y jouait la comédie, il choisissait toujours les rôles de femme; enfin, après une très-légère contrariété, il se persuada qu'il était femme et chercha à en convaincre tout le monde, même les membres de sa famille; il lui arriva plusieurs fois chez lui de se mettre nu, de se coiffer, de se draper en nymphe; dans cet habillement il voulut courir dans les rues. Confié aux soins d'Esquirol, hors ce travers d'esprit, M. X... ne déraisonnait point, mais il était toute la journée occupé à friser ses cheveux, à se mirer dans une glace, et avec ses robes de chambre, il fai-

sait tous ses efforts pour rendre son costume aussi semblable que possible à celui d'une femme; il imitait leur démarche en se promenant. Un jour étant avec lui dans un jardin, l'illustre aliéniste eut la malicieuse idée de soulever le pan de sa redingote qu'il avait arrangée de son mieux, aussitôt M. X... fit un pas en arrière et le traita d'impertinent et d'impudique. Nul raisonnement, nul soin, nul régime n'ont pu rendre la raison à ce malheureux.

Mme X..., veuve, éprouva, après la mort de son mari, de très-grands chagrins, la perte de sa fortune; elle eut un accès de manie, fit des tentatives de suicide et fut envoyée à la Salpêtrière. Mme X... était d'une taille élevée, très-maigre, très-agitée, parlant sans cesse, assurant et répétant avec emportement qu'elle était non une femme, mais un homme. Si quelqu'un en lui parlant l'appelait madame, aussitôt X... devenait plus agitée, disait des injures ou se livrait à des actes de violence. Pussin, alors surveillant de la direction des femmes aliénées de l'hospice, s'entendit avec Pinel pour procurer des habits d'homme à cette femme ; ces habits furent mis avec des transports de joie et Mme X... se promena au milieu de toutes ses compagnes avec une sorte d'ostentation ; elle fut plus calme, plus tranquille et parla beaucoup moins ; mais elle s'agitait jusqu'à la fureur si on ne l'appelait pas monsieur, ou si on l'appelait madame. Peu à peu les forces de cette malade s'affaiblirent, elle entra à l'infirmerie au mois de novembre 1802, ayant un dévoiement très-abondant, et étant d'une très-grande faiblesse ; elle rejetait par le vomissement les bouillons, les tisanes, les potions qu'on lui prescrivait; elle finit par ne vouloir plus rien prendre, et succomba sept jours après, à l'âge de soixante-huit ans, conservant le même délire jusqu'aux derniers jours de sa vie.

Esquirol et Friedreich ont raison, on le voit, quand ils affirment que la maladie des Scythes se lie à l'aliénation mentale, mais ils n'ont entrevu qu'une partie de la vérité, ils

n'ont donné de la question qu'une solution incomplète, car d'une part, l'impuissance, par elle-même, n'est pas une cause directe de folie, et de l'autre, si une perturbation psychique peut amener un homme à accepter qu'il n'est plus de son sexe, elle ne pourra jamais de son propre effet entraîner l'éviration et imprimer au physique des modifications assez puissantes pour ajouter à l'illusion. L'impuissance ne peut relever que d'une cause matérielle, et cette cause, dans le cas qui nous occupe, est due à l'équitation, au climat et aussi à l'éducation des Scythes.

Ceux qu'atteint la maladie sont donc tout à la fois impuissants et aliénés, et nous n'aurons pas de peine à démontrer que ces deux états se tiennent étroitement et que la cause qui entraîne l'impuissance est précisément celle-là même qui engendre la folie : relation importante à signaler et à établir, car c'est-là le point essentiel, le nœud de la question. Sprengel l'avait entrevu, quand il a écrit que les Scythes nomades, excités par l'exercice du cheval, étaient très-adonnés à la masturbation, d'où la stérilité, l'efféminisation, la pusillanimité et une sorte d'aliénation. Mais le savant historien, peu habitué à l'étude des troubles intellectuels, ne sut pas donner à sa pensée tout le développement qu'elle comportait et ne chercha pas à établir pourquoi cette folie séminale offrait une physionomie particulière parmi les peuplades du Caucase. D'un autre côté, ignorant complétement l'existence de la spermatorrhée et son influence sur l'intelligence, il fut obligé de recourir à l'onanisme seul pour étayer sa doctrine, se mettant en contradiction avec Hippocrate dont il faisait l'apologie et qui affirme, au contraire, que les Scythes, toujours à cheval, et portant des culottes, ne se touchent presque jamais. Quoi qu'il en soit, nous devons reconnaître que, dès 1792, Sprengel avait compris que la maladie des Scythes rentrait dans le cadre de la folie, et, ce qui est d'une très-haute importance, qu'elle n'était qu'une aliénation d'ori-

gine séminale. C'est cette idée que nous venons aujourd'hui reprendre, développer et compléter. On a vraiment lieu de s'étonner que cette pensée de l'auteur de l'*Apologie des Hippocrates* n'ait pas été le point de départ des recherches des deux illustres aliénistes que nous citions tout à l'heure. Rompus, comme ils l'étaient, à l'observation des aliénés, habitués à l'analyse des délires, ils auraient fécondé cette idée, et, par leur autorité, lui auraient procuré droit de cité dans la science.

La folie d'origine séminale est aujourd'hui acceptée par la majorité des aliénistes et il en est bien peu qui refusent de croire que l'intelligence se puisse troubler sous l'influence de la spermatorrhée et du vice solitaire. Bien que je sois d'avis que c'est aux pertes séminales surtout qu'il importe de rattacher l'impuissance et l'aliénation des Scythes, je ne puis croire, sur la foi d'Hippocrate, que ces hommes à demi barbares, ignorant les funestes conséquences de l'onanisme, dominés, comme tous les gens peu civilisés, par des appétits charnels que réveillait et qu'excitait l'usage du cheval, n'aient pas été et ne soient pas encore adonnés à la masturbation. Ce vice affreux est plus général et plus répandu qu'on ne pense. L'homme, en effet, qui n'est pas retenu par des sentiments élevés, qui ne comprend pas tout le prix et toute la grandeur de la chasteté, qui ne sent pas combien il s'avilit en portant sur lui une main impure, celui-là s'adonnera à l'onanisme, si à l'âge des passions ses sens ne sont pas assouvis. C'est par un traitement moral plutôt que matériel qu'il faut combattre ce vice ; ce n'est pas par des entraves qu'on arrêtera le malheureux qui a cette funeste habitude, c'est bien plutôt en élevant son esprit et son cœur. Qui veut se toucher, se touchera, malgré la surveillance la plus assidue et la mieux entendue, malgré tous les obstacles qu'on pourra y apporter. Aussi trouvons-nous pour le moins puérile cette assertion d'Hippocrate, que les Scythes de son temps n'étaient pas adonnés à la mastur-

bation, parce qu'ils étaient toujours à cheval et qu'ils portaient des culottes.

Nous sommes donc en présence de deux états déterminés par l'équitation, de la spermatorrhée et de l'onanisme, tous deux aussi propres à engendrer la folie qu'ils sont aptes à produire l'impuissance, et puisque les Scythes font abus de l'équitation, qu'ils deviennent impuissants et aliénés, quoi de plus rationnel que d'établir, comme nous le faisons ici, la genèse commune de leur éviration et de leur délire ?

La folie séminale, nous venons de le dire, est acceptée aujourd'hui par la grande majorité des aliénistes, nous n'avons donc pas à discuter et à démontrer son existence et chacun comprend combien facilement la double cause que nous signalons doit amener l'impuissance et le trouble des facultés chez des hommes qui aggravent sans cesse leur état par des courses prolongées, et qui, d'un tempérament lymphatique et vivant sous un ciel humide, n'offrent que peu de résistance à la maladie. Mais si nous n'avons pas à discuter l'existence de la folie séminale, ni a décrire dans tous ses détails cette variété de vésanie, nous devons toutefois nous demander si elle ne revêt pas un aspect particulier, si elle ne présente pas une teinte propre à la faire reconnaître et si d'ordinaire elle se montre telle que nous la voyons chez les Scythes, c'est-à-dire caractérisée par une aberration de la personnalité et par la croyance à un changement de sexe.

Il faut distinguer deux périodes dans la folie séminale ; depuis plusieurs années déjà notre attention a été appelée sur cette variété vésanique et nous sommes arrivé à nous convaincre que dans la première période que nous appellerons de début ou d'évolution, elle présente des caractères propres (qui ne sont pas ceux offerts par les Scythes), de telle sorte qu'en l'absence même de tout renseignement positif, par la seule constatation des symptômes physiques et psychiques on peut remonter à la cause ; plus la maladie évolue,

plus ce diagnostic devient difficile, et dans la seconde période, dite de folie confirmée, l'affection peut revêtir toutes les formes d'aliénation. Comment donc se fait-il que les Scythes semblent en présenter une constante et à l'exclusion de toute autre offrir celle que nous avons décrite ? Nous touchons ici à une des plus délicates questions de la pathologie mentale, à celle qu'on pourrait appeler en psychiatrie générale : l'adaptation du délire aux milieux.

Si c'est en lui-même que l'homme trouve le germe de la folie, c'est le milieu ambiant qui l'alimente et qui le plus souvent en détermine la couleur. Une étude comparative des diverses formes d'aliénation selon les pays et les siècles ne laisse sur ce point aucun doute, et Esquirol dit avec raison, que tel aliéné qui autrefois eût déliré sur la magie, sur la sorcellerie, sur l'enfer, délire aujourd'hui se croyant menacé, poursuivi, prêt à être incarcéré par les agents de la police. Depuis que les nombreuses applications de l'électricité ont vulgarisé la connaissance de ce fluide, que de monomanes persécutés à l'aide de cet agent ! Un des délires qui montre le mieux combien les conceptions délirantes subissent l'influence des opinions régnantes, c'est, sans contredit, le délire religieux. Dans un travail publié dans le *Bordeaux médical* (nos du 12 et du 19 décembre 1875) sous ce titre : *De la monomanie religieuse du doute,* nous avons essayé de faire suivre rapidement les transformations subies par ce délire et d'établir que notre époque réunissait toutes les conditions pour l'éclosion d'une nouvelle forme, celle du doute. Il est donc incontestable que les milieux exercent une grande influence sur les conceptions délirantes et que pour bien apprécier un délire il faut connaître en quels temps et en quels lieux il se produit.

Nous dirons d'après cela que si les Scythes atteints de folie séminale avec impuissance présentent les symptômes psychiques qu'on constate chez eux, c'est par suite d'une

légende qui a cours dans ce pays et qui agit fortement sur l'imagination de ses habitants. Le pieux Hérodote raconte en effet, que les Scythes en traversant la Syrie, après leur grande incursion dans la Médie et la Palestine, eurent l'idée sacrilége de piller le temple de Vénus Uranie à Ascalon et que la déesse des amours, courroucée de ce manque d'égards, envoya une maladie de femmes à ceux qui avaient ainsi porté sur son bien une main impie, étendant à jamais, dans sa colère, le châtiment à toute leur postérité ; et comme preuve que la légende est bien ancrée chez le peuple il ajoute : « Les Scythes disent eux-mêmes que cette maladie est la punition du crime commis et que ceux qui voyagent dans leur pays s'aperçoivent de l'état de ces malades qu'ils appellent enarées. Hippocrate, lui, est plus explicite encore et affirme que de son temps les indigènes attribuaient le changement des enarées aux dieux, qu'ils respectaient et adoraient ces hommes, chacun craignant pour soi un pareil malheur.

La genèse de cette légende est facile à établir. Après une expédition longue et pénible, les Scythes, éprouvés par une équitation forcée qui ruinait leur santé, leur puissance génésique et par suite leur force intellectuelle, pillent un temple consacré à Vénus. Peu après quelques-uns d'entre eux commencent à ressentir les effets de leurs courses vagabondes et de leurs habitudes secrètes, ils deviennent malades, et de quel mal sont-ils atteints, grands dieux ! Ils sont impuissants, leur visage se couvre de rides, leur voix change de timbre, leur corps perd toute énergie. En fallait-il davantage à ce peuple ignorant et à demi barbare qui rapportait tout à la divinité, pour établir une relation entre le pillage du temple et le changement survenu; et qui ne voit qu'aussitôt on dut considérer cette métamorphose comme un châtiment de la déesse des Amours : Les Scythes sacriléges, s'écria-t-on partout, sont par Vénus changés en femmes ! Dernier coup porté à ces hommes

dont les facultés chancelaient comme le corps et qui achevèrent de perdre la raison dans la crainte de la déesse et l'appréhension d'un châtiment plus terrible encore.

Si nous n'avons pas à être surpris de l'existence d'une telle conception délirante et d'une telle variété de folie séminale chez les Tartares de l'antiquité, nous ne devons pas davantage nous étonner de voir la même idée exercer tout son empire même sur les générations présentes. Ceux qui, comme nous, ont eu la bonne ou la mauvaise fortune de naître au milieu d'un peuple ignorant et superstitieux, savent combien les légendes sont fortement enracinées chez de telles gens. Elles peuvent se modifier par le temps, changer quant à la forme pour s'adapter aux idées nouvelles qui ont fait leur apparition, mais le fond reste vivace, et à moins de répandre à grands flots l'instruction, ce qui n'est pas encore fait pour le pays des Scythes, le peuple conserve ses vieilles croyances et y adapte sa conduite. Sans doute que les Tartares de nos jours ne croient plus à la vengeance de Vénus, mais, dans leur ignorance, ils regardent toujours la maladie féminine comme un châtiment de Dieu, l'impuissance comme une malédiction du ciel; et la légende, transmise de bouche en bouche et de siècle en siècle, quoique modifiée dans sa forme, impressionne toujours vivement l'esprit dès le jeune âge, frappe l'imagination et détermine la forme du délire chez les infortunés que la spermatorrhée et la masturbation ont rendu impuissants et aptes à la folie.

Il ressort donc pour nous de cette étude, que la maladie des Scythes n'est autre chose qu'une folie séminale à couleur locale dont la cause première est l'équitation forcée jointe à l'influence du climat sous lequel habitent ces tribus nomades.

NOTE RELATIVE

A

# L'EMPLOI DE LA SONDE ŒSOPHAGIENNE

## DANS L'ALIMENTATION FORCÉE DES ALIÉNÉS

**Par M. le Dr SIZARET**

Médecin en chef à l'asile de Maréville.

L'alimentation forcée des aliénés présente assez souvent de sérieuses difficultés créées surtout par l'opposition obstinée des malades. De tous les instruments imaginés pour cette opération, la sonde œsophagienne introduite par le nez est, à notre avis, celui qu'il faut préférer, parce que c'est le seul qui puisse réellement triompher de tous les obstacles. Cependant la sonde œsophagienne elle-même n'est pas sans inconvénients ; d'un emploi toujours délicat, elle a causé parfois de graves accidents, des déchirures du pharynx, le passage des liquides alimentaires dans la trachée ; son introduction, dans certaines circonstances, est devenue même impossible.

Dans une thèse inaugurale fort bien faite, M. le docteur Grasse, ancien interne à Maréville, a traité d'une manière suffisamment approfondie toutes les questions relatives à ce sujet, nous n'avons pas à y revenir. Nous désirons seulement appeler l'attention de nos confrères sur le point qui fait l'objet de cette note.

Pour opérer dans les cas où, malgré toutes les précautions prises, il y avait impossibilité de faire pénétrer la sonde dans l'œsophage, M. le docteur Grasse s'est arrêté au moyen suivant :

« On desserre les dents du malade à l'aide d'une cuiller ; on y substitue un coin de bois qu'on fait tenir par un aide. Pendant que l'on pousse la sonde (préalablement introduite par le nez) avec la main droite jusqu'au niveau du pharynx, l'indicateur de la main gauche, introduit dans la bouche pour diriger la sonde, dirige l'extrémité de celle-ci le long de la paroi postérieure du pharynx, et facilite ainsi sa pénétration dans l'œsophage. On retire le coin de bois et on injecte les aliments (1). »

A cette manœuvre un peu compliquée et, de plus, impraticable chez certains aliénés auxquels il est matériellement impossible de desserrer les dents sans risquer de les briser, nous proposons de substituer la suivante qui nous a toujours paru sans aucun inconvénient, d'une exécution facile et d'une réussite assurée :

On introduit la sonde par le nez ; lorsqu'elle est arrivée à l'entrée du pharynx, un aide injecte vivement dans la sonde le contenu d'une petite seringue de verre à injection remplie d'eau-de-vie ordinaire. Ce liquide irritant, mais inoffensif, provoque immédiatement un mouvement réflexe de déglutition qui entraîne la sonde légèrement poussée en même temps par l'opérateur. La sonde est littéralement avalée comme dans l'accident de l'*homme à la fourchette*.

En terminant cette note, nous croyons devoir ajouter que le liquide alimentaire habituellement employé par nous dans ces circonstances se compose d'œufs battus et mêlés à du lait concentré.

(1) Grasse, *De l'alimentation forcée chez les aliénés*, p. 29. Thèse de Nancy, 1876.

# OBSERVATION

DE

# CATALEPSIE

## CHEZ UN HYPOCONDRIAQUE PERSÉCUTÉ

**Par M. le Dr CULLERRE**
Médecin adjoint à l'asile d'Auxerre.

I. — La catalepsie est une affection nerveuse paroxystique dont les deux symptômes principaux sont : 1° la suspension des opérations intellectuelles ou de leurs manifestations extérieures (1); 2° l'interruption des mouvements volontaires et l'aptitude des muscles de la vie animale à recevoir et à garder les divers degrés de contraction que leur imprime une main étrangère (2). Mais cette maladie offre de nombreuses variétés ; elle peut être légère, incomplète, partielle, n'intéresser qu'une partie du système musculaire ; revêtir la forme hémiplégique, par exemple, ou n'atteindre que les membres supérieurs.

Les auteurs qui se sont occupés de la catalepsie sont d'accord sur ce point, qu'elle est très-rarement essentielle. Plusieurs avancent qu'elle s'ajoute fréquemment aux maladies mentales et en particulier à la stupeur mélancolique. Telle semble être l'opinion de Morel, qui dit que le délire des persécutions se complique souvent de stupeur et de semi-

(1) Jaccoud, *Traité de pathologie interne*.
(2) Linas, *Dict. encyclop. des sciences médicales*.

catalepsie (1). En réalité, la réunion de ces deux affections est rare ; et s'il y a quelques points de contact entre la catalepsie véritable et la stupidité, tels que l'impuissance plus ou moins grande de la volonté, et l'accroissement de la tonicité musculaire, on ne saurait pour cela les confondre : dans la stupeur, les phénomènes cérébraux l'emportent ; dans l'autre, ce sont les phénomènes médullaires.

La catalepsie complique encore certaines névroses, l'extase, le somnambulisme, etc., mais en tête de toutes il faut placer l'hystérie. Aux yeux de beaucoup de médecins il y a une telle connexité entre elles qu'ils ont fait de la première un épiphénomène de la seconde. Le professeur Lasègue est même parvenu à déterminer artificiellement chez certaines hystériques passives et somnolentes, des accès de catalepsie.

Nous croyons que sans restreindre absolument cette maladie au domaine de l'hystérie, il convient de l'étendre au groupe des affections dites névropathiques qui comprend l'hypocondrie. D'ailleurs l'hypocondrie et l'hystérie ne sont pas sans avoir de nombreux liens de parenté. Bien que ce ne soit pas ici le lieu de discuter cette question, nous ne pouvons nous empêcher de rappeler que très-fréquemment nous assistons, chez des hommes hypocondriaques à des attaques nerveuses hystériformes ; qu'ils sont sujets à une foule de troubles spasmodiques analogues à ceux que présentent les hystériques; qu'il existe une ataxie hypocondriaque, comme il y a une ataxie hystérique, et qu'enfin il y a lieu de décrire aussi une catalepsie hypocondriaque, affection dont nous allons donner un exemple remarquable.

II. — L'observation suivante est exposée dans tous ses détails. Si nous n'avons pas reculé devant la crainte d'être fastidieux et prolixe, c'est que, en raison même de la rareté du cas, il nous a semblé que la moindre nuance, la plus

(1) Morel, *Traités des maladies mentales*.

petite particularité pouvait présenter de l'intérêt et avoir son importance scientifique.

Sommaire : Délire des persécutions ; excès alcooliques ; prédominence d'idées hypocondriaques ; accès de catalepsie à forme rémittente se prolongeant pendant plusieurs jours (1).

Le nommé Georges R..., âgé de 30 ans, est entré à l'asile d'Auxerre, le 2 novembre 1874. Ses antécédents nous sont peu connus. Le début de sa maladie remonte à l'année 1870, sans qu'on puisse en déterminer la cause. Il n'y avait chez lui aucun antécédent héréditaire.

Au début, le fond du délire se composait d'idées de persécution et surtout de préoccupations hypocondriaques qui, au bout de deux années, l'entraînèrent à des excès alcooliques, lesquels eurent pour double effet d'aggraver l'état mental existant, et de le compliquer d'idées délirantes de nature toxique et d'hallucinations. La première partie de l'observation de ce malade ayant été publiée, nous renvoyons, pour les détails, à l'observation III du travail intitulé : *Alcoolisme et délire des persécutions.* (*Annales médico-psychologiques*, mai 1875.)

L'année 1875 n'a apporté aucun changement dans l'état mental de R..., son état général a été excellent, malgré ses plaintes incessantes et les agressions dont il s'est fréquemment rendu coupable sous l'influence de ses obsessions hypocondriaques.

En 1876, on ne constate que la persistance et le redoublement d'intensité du délire et des craintes d'empoisonnement. Néanmoins le malade s'occupe, travaille au jardin ; il s'agite parfois. Il a pris l'habitude, au moment des repas, d'échanger prestement ses aliments qu'il croit empoisonnés contre ceux de ses voisins de table.

Dans les premiers jours de décembre 1876, on a remarqué

(1) Service de M. Rousseau, directeur-médecin.

chez R... des phénomènes bizarres. Lorsqu'on l'interrogeait, il répondait bien d'abord, puis, tout d'un coup, il semblait se figer, son regard s'arrêtait sur nous avec une fixité de statue. Il restait ainsi plus ou moins longtemps inerte, comme pétrifié. Le 12 décembre, notamment, il a eu un de ces accès. D'autrefois, après quelques réponses raisonnables, il se mettait à bredouiller des paroles incohérentes et incompréhensibles. Pendant plusieurs jours les surveillants se plaignaient qu'il fût comme idiot et stupide ; en même temps l'inertie se prononçait de plus en plus, et il se déclarait un œdème considérable de la main gauche.

Le 15 décembre, à la visite du matin, R... est au lit dans le décubitus dorsal. Les yeux sont fermés, la face est rouge ; il y a du trismus des mâchoires. L'anesthésie et l'analgésie de tout le corps sont complètes ; les pulsations sont au nombre de 42 par minute. Les membres supérieurs se laissent mettre dans les attitudes les plus incommodes et gardent indéfiniment la position qu'on leur donne. Ce matin, avant le début de l'accès, le malade a rendu une certaine quantité de crachats sanguinolents. Le soir, à la contre-visite, la température dans l'aisselle est de 37°, 2 ; 48 pulsations. L'insensibilité de tout le corps est absolue, sauf à la face, où le chatouillement, mais non les piqûres, amène quelques contractions musculaires réflexes. Les paupières sont fermées et s'entr'ouvrent de temps en temps ; les globes oculaires sont convulsés en haut. Le trismus continue et une certaine quantité de salive s'est accumulée dans la bouche. Le membre supérieur droit est placé dans la position verticale : au bout de dix minutes le bras se fléchit et l'avant-bras seul garde cette attitude. Au bout de vingt minutes le membre entier est retombé sur le lit, sauf la main qui reste encore levée. Le membre supérieur gauche, placé en même temps dans la demi-flexion, garde cette situation un quart d'heure. Les membres inférieurs bien qu'atteints également d'un certain degré de passivité,

obéissent néanmoins aux lois de la pesanteur. Il n'a rien pris, n'a pas uriné, n'est pas allé à la selle (vésicatoire à la nuque).

16 *décembre*. — Hier soir l'accès a cessé. Le malade s'est remué dans son lit jusqu'à minuit environ. Mais depuis ce moment il a repris le décubitus dorsal et l'immobilité. Il a uriné au lit. Le matin, nous le trouvons dans le même état que la veille. Les muscles de la face sont contractés, les paupière s'entr'ouvrent. L'insensibilité est complète. L'œdème de la main gauche a disparu. La respiration est régulière, mais de temps en temps le malade pousse de profonds soupirs. 50 pulsations; température, 37°, 3. Les membres supérieurs gardent la position qu'on leur donne, quelle qu'elle soit. Vers une heure et demie de l'après-midi, le malade a de grands bâillements, il se remue dans son lit e marmotte quelques mots inintelligibles. Il regarde les personnes qui l'entourent mais ne répond à aucune question. Vers quatre heures, il retombe dans son attitude passive, les membres supérieurs gardent la position qu'on leur donne, cependant l'anesthésie semble moins profonde car les piqûres le font légèrement tressaillir. Pouls, 50; température, 37°, 2. Il a pris quelques cuillerées de tapioca, mais n'a ni uriné ni été à la selle malgré un lavement purgatif.

17 *décembre*. — Ce matin, nous le trouvons sur son séant. Il obéit aux ordres qu'on lui donne, mais ne parle pas. Il semble comprendre ce qu'on dit autour de lui; il sourit à une plaisanterie. L'analgésie est complète. Les bras bien qu'encore passifs ne restent pas dans la position qu'on leur donne, mais retombent lentement par leur propre poids. Pouls, 52; température, 37°. Il a été à la selle sans gâter. Dans la journée, quand on lui offre des aliments, il s'écrie: « Laissez-moi. » Il se remue dans son lit une partie du jour. La face n'est plus congestionnée. Le soir, il retombe dans son immobilité. Pouls, 48; température, 37°. Analgésie complète. Les bras placés dans une situation bizarre et

incommode y restent sept minutes, puis retombent d'une façon lente et graduelle.

18 *décembre*. — L'accès continue toute la journée. Le malade est couché sur le dos, les yeux fermés. L'insensibilité est complète, il n'a pas uriné depuis vingt-quatre heures, ni été à la selle. Les deux bras présentent les phénomènes cataleptiques déjà signalés. Le matin, pouls, 52; température, 37°, 3. Le soir, pouls, 50; température, 37°,6.

19 *décembre*. — Cette nuit il s'est levé seul, pour uriner. Ce matin, il a l'air de comprendre ce qui se passe, suit de l'œil tous nos mouvements. Les deux bras gardent néanmoins quelques minutes l'attitude qu'on leur donne. Pouls, 52; température, 37°,3.

Un lavement purgatif donné dans la journée est rendu sans évacuation alvine ; à la suite, il se fait un écoulement de sang pur par l'anus. Le malade a pris un tapioca ; il a demandé à boire. Le soir, son tégument externe reste insensible, mais chaque piqûre détermine l'apparition d'une papule entourée d'un cercle rouge. L'ongle promené sur la peau y détermine une large traînée rouge persistante. Le chatouillement prolongé des lèvres amène une horripilation légère et rapide. Les bras soulevés retombent presque immédiatement. Le pouls est à 52; la température à 37°.

20 *décembre*. — Cette nuit, il s'est levé, a demandé à boire ; ce matin il est retombé dans un accès cataleptique présentant les symptômes déjà énumérés. Pouls, 52 ; température 37°,6.

L'accès a cessé dans la journée. Il a mangé seul, a parlé à plusieurs reprises. Le soir l'insensibilité persiste, mais les bras ne gardent pas l'attitude qu'on leur donne. Pouls 50 ; température, 37°. Absence de selles, urines rares.

21 *décembre*. — Le malade est à peu près dans le même état qu'hier. La sensibilité semble un peu moins obtuse, mais les bras gardent un certain temps l'attitude qu'on leur donne. Pouls du matin, 46 ; température, 37°, 3.

Dans la journée, il mange un œuf et une côtelette. Il a l'air un peu plus éveillé mais ne parle toujours pas. La sensibilité est meilleure ; il y a toujours un certain degré de passivité musculaire. Le frottement de la peau détermine encore une paralysie intense des capillaires. Pouls du soir, 56 ; température, 36°, 9.

22 *décembre*. — Cette nuit, pour la première fois, il y a une abondante émission d'urine. Elles contiennent un léger soupçon d'albumine. A la visite du matin, R... est dans un accès, moins profond cependant que les précédents. Décubitus dorsal; sensibilité nulle ; les membres supérieurs restent quelque temps dans la position où on les met. La peau rougit toujours très-vivement sous une légère irritation. Pouls, 46 ; température, 37°, 2. (Calomel 75 centigr.)

Il a mangé seul dans la journée, mais le soir il est retombé dans une prostration complète. Pouls, 54; température, 36°, 8. On essaye la faradisation à l'aide de la pile de Gaiffe au bisulfate de mercure. L'électrisation cutanée amène la rougeur de la peau, mais laisse le malade indifférent. L'électrisation des régions profondes amène des contractions énergiques des muscles et au bout de quelques instants réveille la sensibilité, car le malade pousse un grognement et se retire. En somme l'excitation électrique a besoin d'être très-énergique pour que le malade accuse une sensation.

23 *décembre*. — Après l'opération d'hier soir, il s'est montré plus éveillé. Il a mangé, a été à la selle sans gâter, mais n'a prononcé aucune parole. Ce matin, il est moins bien, il y a un certain degré de passivité musculaire; le pouls est à 52, la température, à 37°,1.

Le soir, il paraît dans un accès complet. Décubitus dorsal. Immobilité absolue; les bras restent comme on les met. 50 pulsations; température, 36°,8. L'électrisation de la surface cutanée reste sans effet; celle des muscles au bout de quelques minutes rappelle la sensibilité. Bientôt le malade

se lève sur son séant en s'écriant : « Est-ce de la médecine cela? »

24 *décembre*. — R... a été presque alerte toute la soirée. Ce matin, bien qu'il y ait toujours une certaine docilité musculaire, il regarde, sourit, semble comprendre ce qu'on dit. Pouls, 57 ; température, 37°,2. Après la visite, il se lève, s'habille seul, mais ne prononce aucune parole. La peau ne rougit plus par le frottement; l'urine qui était rare et épaisse est limpide et plus abondante. Le soir, le pouls s'élève à 56 mais est plus petit, et fuit sous le doigt. Température, 37°,2.

25 *décembre*. — Matin : pouls, 50; température, 36°, 8. Demi-stupidité; cependant le malade semble comprendre ce qu'on lui dit. La *flexibilitas cerea* subsiste encore en partie, mais les membres suivent les lois de la pesanteur. La sensibilité a reparu. Les piqûres sont suivies de tressaillements. Soir: il a passé la journée levé. Pouls, 64; température, 37°, 4.

26 *décembre*. — Mutisme, demi-stupeur, quelques mouvements volontaires. Selles régulières. Il rit parfois aux éclats sans motif. Le matin il a 54 pulsations et le soir 70.

27 *décembre*. — Sensibilité revenue. La physionomie exprime la colère. Il obéit et fait les mouvements qu'on lui commande, répond par monosyllabes. La journée est bonne, il semble reprendre peu à peu ses allures et son visage d'autrefois. Il y a 52 pulsations le matin et 60 le soir.

28 *décembre*. — Il rit aux éclats quand on lui parle d'électrisation. Il demande du vin. Appétit excellent. Il fait à plusieurs reprises le tour de l'infirmerie. Le matin, 58 pulsations, le soir, 68.

A partir de ce moment, l'état de R... demeure à peu près stationnaire. Le pouls se maintient entre 60 et 75 pulsations. La sensibilité est vive, mais l'intelligence semble

très-paresseuse. La plupart du temps, il ne parle pas ; parfois il essaye de répondre, et ne parvient à faire entendre que quelques bredouillements. L'articulation des mots semble impossible. S'il arrive à prononcer quelques sons distincts, ce sont des monosyllabes. On administre la strychnine à dose progressive.

5 *janvier*. — Le malade ne parle toujours pas. Il va et vient, se promène, regarde ce qui se passe autour de lui, mais n'y prend aucune part.

11 *janvier*. — R... est beaucoup mieux. Aujourd'hui pour la première fois il parle couramment et répond à nos questions. Il dit ne se souvenir ni du commencement de sa maladie, ni du temps qu'elle a pu durer. Il affirme qu'à partir d'un certain moment qu'il ne peut déterminer, il a eu conscience de tout ce qui se passait autour de lui, mais que, quels que fussent ses efforts, il ne pouvait ni parler, ni remuer aucune partie du corps pendant l'accès, qu'il compare à un demi-sommeil. Lorsqu'il cessait, il se sentait rompu, brisé comme si on l'eût frappé à coups de bâton.

III. — Nous ferons quelques remarques sur les particularités qu'a présentées l'observation.

Nous ne croyons pas bien nécessaire de discuter le diagnostic de la maladie que nous venons de décrire. Ce que nous avons exposé au début au sujet des caractères de l'état cataleptique le justifie d'une façon suffisante. Nous avons affaire ici à une catalepsie symptomatique d'une névrose hypocondriaque compliquée de délire des persécutions. Le début n'en a point été subit, ainsi qu'on l'indique dans le plus grand nombre des cas. L'envahissement des symptômes a été lent et graduel ; les troubles bizarres observés plusieurs jours de suite chez le malade avant le 15 décembre, peuvent rentrer de plein droit dans le domaine de la catalepsie. Le 11, en effet, il est pris d'un accès subit au moment où nous l'interrogeons, et si nous ne l'avons pas nettement constaté

alors, c'est que notre attention n'était pas suffisamment éveillée.

Dès le lendemain du 15, qui est le point culminant, l'apogée de cette complication, les symptômes diminuent un peu d'intensité, restent dans la période d'état pendant une huitaine, et enfin s'atténuent peu à peu pour ne disparaître complétement qu'au bout de plusieurs semaines. Cependant, ce que nous appelons la période d'état ne présente pas les caractères de l'uniformité absolue. La série des phénomènes cataleptiques n'est pas entièrement interrompue; il y a seulement des rémittences plus ou moins longues; on observe comme une suite d'accès dont les contours sont vagues, mal délimités, et dont les intervalles sont loin d'être un retour à l'état normal. Un terme nous paraît assez bien définir cette situation complexe, c'est celui d'*accès composé*, déjà employé par certains auteurs dans des circonstances semblables.

Le 15 décembre, la maladie, avons-nous dit, est à son apogée. L'accès constaté dure de huit heures du matin jusqu'à la nuit. A ce moment se produit une première rémission qui bientôt est suivie d'un nouvel accès moins intense. Il en est de même, à peu près, les jours suivants, où nous voyons les accès devenir plus courts, en même temps diminuer d'intensité.

Cette catalepsie est partielle; les deux membres supérieurs seuls présentent le signe indubitable de l'état cataleptique, l'aptitude à garder l'attitude qu'on leur donne. Mais n'oublions pas que le reste du système musculaire n'est pas indemne, car si les autres membres ne restent pas dans la position qu'on leur donne, ils offrent cependant une flexibilité, une souplesse tout à fait anormales.

Notons encore le trismus des mâchoires, observé le premier jour, et déjà indiqué par divers auteurs; la rougeur de la face; les globes oculaires convulsés en haut; l'analgésie et l'anesthésie, si complètes par moments, que

les plus vives excitations sont impuissantes à déterminer la moindre action réflexe; enfin la conservation de la contractilité électrique des muscles.

La respiration a présenté les particularités ordinairement signalées dans cette maladie. Le nombre des inspirations nous a paru d'une fréquence normale, mais l'amplitude en était notablement diminuée. A plusieurs reprises, des bâillements, des soupirs profonds ont signalé l'imminence d'une rémission, mais nous devons dire aussi que nous avons vu ces phénomènes se manifester sans qu'on ait pu leur attribuer cette signification critique qu'on leur accorde peut-être trop facilement.

Le pouls, d'après le docteur Linas, descend rarement au-dessous de 50 pulsations par minute, dans la maladie qui nous occupe. La moyenne des examens faits pendant les neuf premiers jours chez notre malade nous fournit 50 pulsations 1 dixième. Mais si nous entrons dans le détail, nous voyons que le jour du plus grand accès, nous n'en avons noté que 42, le lendemain 48 seulement, et qu'il nous faut aller jusqu'au septième jour pour atteindre le chiffre supérieur, bien qu'encore anormal de 56 pulsations. Ce n'est que le onzième jour que le pouls commence à remonter pour revenir peu à peu à sa fréquence normale. Quant à ses qualités, nous dirons qu'il était d'une ampleur ordinaire, et qu'il n'a jamais présenté cette faiblesse souvent signalée. S'il a faibli passagèrement, ce n'est que vers la fin de la maladie, au moment où il augmentait de fréquence.

La température, prise dans l'aiselle dès le début de la complication, nous donne, pour la moyenne de vingt et un examens, le chiffre de 37°,17. L'écart entre la température la plus basse, 36°,8, et la plus haute 37°,6, est à peu près de un degré. Nous n'avons point remarqué, comme Pau de Saint-Martin, une augmentation de plusieurs dixièmes de degré pendant les accès. Il se trouve

même que les températures les plus basses correspondent à des périodes cataleptiques très-accusées.

Après les deux premiers jours, les phénomènes digestifs s'accomplissent assez régulièrement; il y a seulement constipation. Les selles sont rares et peu abondantes. L'excrétion urinaire a été à peu près complétement suspendue pendant les grands accès, notamment ceux du 15 et du 18 décembre. Elles n'ont coulé involontairement qu'une fois, au moment de la plus grande intensité de la maladie. Au début, elles étaient rares, épaisses; à certains moments, elles deviennent abondantes et limpides; elles contiennent un léger nuage albumineux qui doit sans doute être attribué à la congestion rénale.

Il y a en effet, chez notre malade, une tendance marquée aux congestions internes. Nous le voyons, avant son premier grand accès, rendre en abondance des crachats sanglants, et quelques jours après, expulser une certaine quantité de sang pur par l'anus. Il y a également tendance à la paralysie vaso-motrice, car à plusieurs reprises, on note que la moindre irritation du tégument externe y détermine des rougeurs vives et persistantes. Nous n'avons vu ces phénomènes signalés nulle part.

Disons maintenant quelques mots de l'état mental. Voici ce que nous avons cru pouvoir constater à ce sujet. Le premier jour, la perte de connaissance était complète, l'activité cérébrale était entièrement suspendue, au moins au début de l'accès. Par la suite, l'obtusion nous a paru devenir moins profonde, et diminuer de plus en plus d'une façon régulière. Les sensations étaient alors au moins en partie perçues, et par conséquent déterminaient la formation de quelques idées.

A la vérité, nous n'avons pas attendu les déclarations du malade pour nous rendre compte d'une façon exacte de tous ces phénomènes; mais nous sommes heureux de pouvoir produire ici son témoignage qui substitue à nos induc-

tions la réalité palpable des faits. Ainsi, il n'a gardé aucun souvenir de la première période de sa maladie, tandis qu'il affirme, qu'un peu plus tard, il a repris connaissance (voyait, entendait, pensait même et voulait), mais que sa volonté était vaine, et que son corps refusait de lui obéir. Cette impuissance persiste même longtemps après que les phénomènes cataleptiques proprements dits ont disparu. Le malade jouit de la liberté de ses mouvements, mais la parole lui manque. Il veut parler, mais ne réussit qu'à faire entendre quelques sons inarticulés. Aujourd'hui, le malade est beaucoup mieux, il ne lui reste plus qu'un peu de torpeur physique et intellectuelle.

Que va-t-il devenir?

Pour essayer de répondre à cette question, il ne faut pas oublier qu'il est atteint d'une des formes les plus tenaces et les plus fâcheuses de l'aliénation mentale, le délire des persécutions; que cette maladie n'a fait que s'aggraver d'année en année, et que la complication que nous venons de décrire ne sera pas sans porter un coup terrible à son système nerveux déjà profondément atteint. Le pronostic nous paraît donc grave et l'avenir intellectuel du malade fort compromis.

---

# Médecine légale

# SODOMIE ET ASSASSINAT

## RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

### SUR L'ÉTAT MENTAL DE JEAN MARTIN

**Par MM. les Drs REIGNIER, LAGARDELLE et LEGRAND DU SAULLE**

Nous soussignés, Pierre Reignier, médecin de l'hôpital de Moulins, Firmin Lagardelle, directeur-médecin de l'asile départemental des aliénés de l'Allier, et Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de Bicêtre (service des aliénés), commis par ordonnance de M. Adrien de Trémiolle, juge d'instruction près le tribunal de première instance de Moulins, à l'effet de constater judiciairement l'état mental du sieur Martin (Jean) dit Louis, brigadier forestier sédentaire à Moulins, détenu à la maison d'arrêt sous l'inculpation d'assassinat, déclarons avoir prêté serment entre les mains du magistrat requérant, et avoir, dans un certain nombre de séances, soit isolément, soit ensemble, accompli notre mission en notre honneur et conscience.

Les résultats de nos investigations se trouvent résumés dans le rapport qui va suivre, et que nous diviserons en plusieurs parties : 1° l'inculpé avant le crime ; 2° l'acte incriminé ; 3° examen de l'inculpé ; 4° diagnostic médico-légal ; 5° conclusions.

1° *L'inculpé avant le crime.*

Jean Martin, brigadier forestier sédentaire, à Moulins, âgé de 46 ans, est né à Monestier (Allier). Son père est mort en 1874, à l'âge de 81 ans, après avoir été affecté dans les trois dernières années de sa vie d'accidents cérébraux congestifs et de diminution intellectuelle progressive. Sa mère vit encore. Ses deux frères remplissent des fonctions publiques. L'une de ses sœurs est religieuse, l'autre qui aurait eu parfois des attaques de nerfs, est mariée avec un ancien serviteur de l'État.

Jusqu'à l'âge de douze ou treize ans, il est resté au milieu de sa famille, à Monestier. En septembre 1842, il est venu à Moulins et a été occupé chez M. D., au bureau de la conservation des forêts.

En 1844, âgé alors de 14 ans, il fit la connaissance de Michel B... domestique dans une maison voisine, âgé de 47 ans. Cet homme l'aurait rapidement dépravé et initié à des pratiques de masturbation réciproque. Un jour même, dans un moment d'ardeur lubrique, il l'aurait passionnément saisi et aurait accompli sur sa personne un acte sodomique complet.

A partir de ce jour, Martin s'éloigna avec dégoût de Michel B. et, quelque instance qu'ait mise ce dernier pour avoir une entrevue, se faire pardonner ou renouer des relations nouvelles, il n'y eut plus rien de commun entre eux. Tout le monde ignora, d'autre part, ce qui s'était passé.

De 1845 à 1852, il fut atteint d'une hydarthrose du genou et reçut des soins assidus et éclairés de MM. les docteurs Laussedat et Bergeon. Il se rétablit, mais au prix d'une ankylose.

Sérieux, peu communicatif, exact, probe, bon employé, il était généralement estimé. A partir de 1855, il demeura définitivement chez M. D... Son bienfaiteur, qui n'avait point d'enfants, mourut en 1864 et lui légua une somme

de cinq mille francs. Il n'accepta point cette largesse, resta chez madame veuve D..., fut considéré comme étant de la maison, et, tout en remplissant son emploi, il s'occupa de la gestion de la fortune et de la surveillance des biens de madame D.

Martin avoue qu'il a été un masturbateur jusqu'à l'âge de 26 ans, mais que sa volonté a ensuite repris énergiquement le dessus, qu'il n'a jamais songé à se marier, par ce qu'il était infirme, que sa santé était fragile, qu'il n'habitait pas chez lui, et que d'ailleurs il ne ressentait que de la répugnance pour les femmes. L'origine de cette répugnance, il l'attribue à la crainte qu'il aurait toujours eue de contracter des maladies vénériennes.

Il éprouva en 1864 une première hémoptysie, mais parut se rétablir.

N'allant pas dans les lieux publics, fuyant le monde, mais assistant cependant à la messe le dimanche, il se considérait presque comme cloîtré et ne rentrait pas après neuf heures du soir. Il rencontrait quelquefois Michel B... et il se sentait aussitôt envahi par une sorte de frisson général. Venait-il à faire semblant de regarder les étalages d'un magasin, il croit que Michel B... cherchait à le voir et le regardait avec une certaine *satisfaction, comme s'il lui avait encore fait envie*. En 1870, au moment de la déclaration de guerre, il le vit marchant très-vite dans la rue, accompagné d'un tout petit jeune homme et il l'entendit lui dire : « En voilà un. » Michel B... a-t-il tenu ce propos ? Toujours est-il que Martin, à partir de 1871, éprouve, à l'insu de tous, des phénomènes hallucinatoires graves, qui seront décrits tout à l'heure, qu'il parvient à dissimuler son état et qu'à la stupéfaction de toute la ville, il commit soudainement un horrible assassinat.

### 2° *L'acte incriminé.*

Le 9 octobre 1876, à une heure, sur la Levée, promenade située au bord de l'Allier, Martin rencontra Michel B..., âgé à ce moment de 79 ans, qui causait avec une femme. Le souvenir de ce qui s'est passé entre eux, trente-deux ans auparavant, lui revient à l'esprit et excite sa colère et son indignation. A peine s'est-il éloigné qu'il fait volte-face, saisit le revolver dont il était porteur, marche droit sur Michel B... et lui dit : « *Il est temps que cela finisse !* » En achevant ces quelques mots, il décharge cinq fois son arme sur le vieillard. Michel B... tombe, et Martin, tout troublé, tout ému, se rend au Palais-de-Justice, se dénonce lui-même au Procureur de la République, se constitue prisonnier, subit un premier interrogatoire, est écroué à la maison d'arrêt et écrit quelques heures après à Mme D... la lettre significative que voici :

*De la prison de Moulins, le 9 oct.* 1876.

MADAME,

Permettez-moi de consacrer les premières lignes qu'il m'est permis d'écrire de l'intérieur de la prison, pour vous faire connaître les circonstances qui m'ont placé dans la triste position où je me trouve.

Dieu merci, je ne suis point encore fou, bien que, depuis six ans, j'aie subi assez d'insultes et d'ennuis pour le devenir.

Dès les premières années de mon entrée dans votre maison, je dus fuir et mépriser le sieur Michel qui me poursuivait avec acharnement de son ignoble passion pour les jeunes enfants. Autant que mes souvenirs me permettent de me le rappeler, c'était en 1844 : j'avais alors 14 à 15 ans, et il y a de cela trente-deux ans !

Cet homme était un grand dévot, ou, du moins, se donnait pour grand dévot, car il pratiquait fréquemment la confession et la communion !!!

Il se plaignait à Solange et à Jeannette de ce que je me refusais à le fréquenter, etc... comme si on pouvait fréquenter une pareille crapule.

Après m'avoir fait reprocher par Solange et Jeannette pen-

dant plus de vingt-cinq ans de ne pas vouloir le fréquenter, le sieur Michel finit par me signaler comme sa victime et dans des termes tellement ignobles qu'ils ne peuvent pas se répéter.

Je n'ai pas, madame, à vous exagérer les faits, mais je vous demande la permission de ne pas les dissimuler.

Les abominables propos répandus sur mon compte par le sieur Michel, n'avaient, je pense, de sa part, d'autre but que celui de me faire insulter par le public pour se venger de mon mépris; il n'y a malheureusement que trop bien réussi.

Depuis cinq à six ans je n'ai pu mettre les pieds dehors sans être l'objet des plus grossières insultes qu'un homme puisse jamais subir. Ce n'est pas seulement à Moulins que j'ai été insulté, je l'ai été partout où je suis passé : au Montet, à Saint-Sornin, dans mon pays, etc., etc. Dans les rues, dans les gares, j'étais insulté à pleine voix ! Les voyageurs venaient me regarder jusque sous le nez ! impossible à moi de me présenter n'importe où sans essuyer les coups de sifflet ou les huées du public.

Les vieux ramasseurs de boue que la ville emploie sur les promenades ou dans les rues, m'ont crié assez souvent à mes oreilles que le sieur Michel disait, à qui voulait l'entendre, que j'avais été sa victime !

Je n'avais donc pas à me faire d'illusions sur la position que le sieur Michel était parvenu à me faire dans le monde. Toute la ville et tout le pays étaient littéralement empoisonnés de ses ignobles propos sur mon compte.

Je me suis efforcé, madame, de conserver le calme au milieu d'une semblable situation. Je savais le respect que je devais à vous-même et à votre honorable maison où ma famille et moi avons reçu tant de soins et tant d'égards ! Je devais aussi respecter la tranquillité de mon père et de ma mère et de mes autres parents !!

L'honneur a ses nécessités.

J'espère, madame, que vous aurez la bonté de me pardonner le scandale que je viens de causer à votre maison. Mais quand je pense à toutes les insultes que j'ai subies depuis cinq ans, eh bien ! je sens encore le sang me bouillir dans toutes les veines.

Que votre tranquillité ne soit point troublée d'un semblable événement ! c'est là mon désir le plus cher.

J'ai l'honneur de vous offrir, madame, l'expression de mes sentiments respectueux.

L. Martin.

Michel B... meurt des suites de ses blessures, le 11 octobre, au matin. Le même jour, à quatre heures et demie du soir, Martin est amené par le capitaine de gendarmerie et un gendarme dans la chambre où est gisant le cadavre de sa victime. Il entre la tête haute et la démarche assurée; sa physionomie est animée, ses yeux sont vifs et brillants. Il regarde le cadavre avec calme et mépris, et, sans que l'on ait pu remarquer la moindre contraction des muscles de la face, il prononce énergiquement ces paroles : « Je reconnais cet homme. J'ai tué cette pourriture parce qu'elle a répandu partout des bruits infâmes qui me sont souvent répétés de tous côtés. J'entends depuis plusieurs années un grand nombre de personnes qui, en me désignant, disent : « *Voilà l'enc... du père Michel.* » Je sais que je suis un homme perdu, mais je n'avais pas d'autre moyen de venger mon honneur. »

Parmi les personnes présentes à cette confrontation, Martin aperçoit un médecin et il lui demande avec une visible émotion des nouvelles de Mme D..., sa bienfaitrice, à laquelle il craint bien d'avoir causé un vif chagrin ; puis il reprend vis-à-vis du cadavre son attitude haineuse et convaincue, s'obstine à ne manifester ni regret, ni repentir, et est reconduit en prison.

Michel B..., d'après l'inspection de ses organes, portait des traces d'habitudes actives de pédérastie.

### 3° *Examen de l'inculpé.*

Dans les quelques jours qui suivirent le crime et la confrontation avec le cadavre, Martin accusa de la fatigue et quelque chose comme une légère courbature. Il parlait parfois pendant son sommeil, et son codétenu a pu saisir ces mots : *misérable, canaille.* Il n'a point perdu l'appétit, était calme et n'a plus jamais entendu, à partir de son entrée à la maison d'arrêt, de mots malsonnants et de voix injurieuses. Nous ne tarderons pas à donner une explication de ce dernier fait.

Dans les interrogatoires multipliés que nous lui avons fait subir, soit séparément, soit ensemble, Martin ne s'est jamais démenti un seul instant et il n'a jamais varié dans ses aveux, ses récits, ses plaintes et ses accusations. En groupant méthodiquement toutes ses réponses, voici quel a été toujours son langage :

« En 1871, allant à mon bureau, à une heure, j'ai cru voir le père Michel. Après qu'il a été passé, j'ai entendu des murmures, je me suis retourné et j'ai vu que c'était bien lui. Très-peu de temps après, insensiblement, de proche en proche, j'ai entendu des bruits, des chuchottements, des sifflets, puis, j'ai un jour parfaitement entendu des voix partant de la maison Micot et qui disaient : « Voilà l'enc... » A partir de ce moment, la position n'a presque plus été tenable. Je dévorais toutes ces humiliations, je filais dès que j'étais injurié et j'évitais, par exemple, de passer devant la maison Micot. Mais les vieux boueurs, les employés du chemin de fer, les jeunes gens de la ville, les militaires, les officiers me regardèrent bientôt sous le nez, me signalèrent, me firent des signes de mépris et ne se gênaient pas pour dire : « Tiens, voilà l'enc... » Un jour, je me rends à la gare dans l'omnibus de l'hôtel de Paris, et, en arrivant, un monsieur que je ne connaissais point dit au conducteur :« Tu as amené l'enc... » J'ai cherché à me distraire, je suis allé à la campagne, mais les voix me suivaient partout. En 1875, j'arrive à Varennes, et aussitôt en descendant de la gare, des individus me signalent comme sodomiste. Ils commencent par dire : « Voilà l'enc... du père Michel; » puis je les ai entendus dire : « Il faudrait quelqu'un pour tenir la chandelle, et encore ceci : « Il voudrait en tâter. » En revenant de Varennes, j'ai été troublé, absorbé, comme fou, pendant sept ou huit jours.

» J'étais presque toujours insulté, d'une façon suivie, pendant deux ou trois mois, et plutôt en hiver qu'en été.

» C'est en 1871 que j'ai acheté ma première canne à épée

et c'est en 1872 que j'ai acheté le revolver qui m'a servi. Le revolver n'était pas plus pour le père Michel que pour un autre, mais je me sentais plus en sûreté quand je l'avais sur moi. Dès que j'avais été plusieurs jours sans être insulté, je redevenais tranquille et je ne le portais plus. Etant armé, j'ai plusieurs fois rencontré le père Michel et je ne l'ai pas frappé. Du reste, le jour où je l'ai tué, je n'avais pas été insulté, mais je l'avais été la veille.

» Je me suis mis à faire de l'escrime, et j'ai porté un plastron en carton dans la doublure de mon paletot. Dans le cas où j'aurais eu à subir une lutte, je ne voulais pas recevoir un mauvais coup, m'exposer à être battu et devenir un nouveau sujet de scandale et de risée. J'ai porté ensuite une cuirasse en fer blanc. J'ai reconnu ces objets au greffe et j'en ai légitimé la possession.

» J'ai été tirer à la cible et je me suis exercé à charger et à décharger un pistolet. Le courage ne m'aurait pas manqué pour attaquer mes insulteurs, mais j'ai bien réfléchi, et, à cause de ma faiblesse, je ne voulais pas engager la lutte et me faire écraser. Cependant, lorsque je rentrais chez moi, que j'avais été insulté et que je voyais revenir mes crachements de sang, je ne tardais pas à être tellement exalté et tellement exaspéré que si, dans un pareil moment, j'avais rencontré le père Michel, je crois que je l'aurais frappé. Du reste, ce vieux gredin-là devait avoir le pressentiment de ce qui lui est arrivé, car, bien que je n'aie parlé à personne de ma situation, j'ai cependant dit un jour à l'un de mes camarades que si je ne me retenais pas, j'enfoncerais mon épée dans le ventre de ce misérable. »

Quelque insistance que l'on mette pour obtenir d'autres explications, avec quelque indulgence ou avec quelque sévérité que l'on parle à l'inculpé, jamais Martin ne consent à faire entendre une seule parole de regret, de repentir ou de pitié. Loin de là, il insiste de plus en plus pour affirmer que c'est Michel B... qui l'a diffamé partout et qui

l'a déshonoré. Il a eu la honte d'avoir été *la maîtresse, la femme du père Michel*, comme tant de voix le lui ont reproché; qui donc aurait pu divulguer cette infamie, sinon Michel B... lui-même? La véritable victime dans l'affaire, ce n'est pas Michel B... mais c'est lui, Martin, dont la vie a été empoisonnée.

Nous posons à Martin le dilemme suivant: de deux choses l'une, ou vous avez été réellement insulté, et alors vous vous êtes vengé et vous êtes responsable; ou vous n'avez jamais été insulté, et alors le meurtre de Michel B.... est l'acte d'un fou et vous êtes irresponsable. Martin réplique aussitôt avec animation et hauteur: « J'ai été insulté, j'ai parfaitement entendu. Je ne me fais pas d'illusions sur la gravité de ma situation. Plutôt la mort ou les galères que la folie! »

### 4° *Diagnostic médico-légal.*

Martin est atteint du *délire des persécutions, avec hallucinations de l'ouïe*. Ainsi qu'on l'a fréquemment observé chez les aliénés affectés de lésions partielles de l'intelligence, cet état a puisé son origine première dans un fait très-probablement vrai, et il n'a pathologiquement abouti qu'après une période d'incubation extrêmement longue.

A partir de l'indignation honnête que ressent, en 1844, un jeune garçon souillé par un libertin, on peut assister à toute la généalogie du délire, jusqu'au crime accompli trente-deux ans plus tard: amour-propre froissé, blessure morale profonde, sentiments haineux nourris en secret, répulsion insurmontable pour l'auteur de l'outrage subi, modifications sensibles du caractère, éloignement instinctif de la société, habitudes de masturbation, concentration cérébrale prolongée sur une pensée unique, tels ont été les matériaux qui ont servi à l'édification lente, progressive, couche par couche, d'abord de l'idée fixe, puis de la fausse sensation auditive et enfin de toute la systématisation délirante.

De 1844 à 1870 ou 1871, Martin n'a été qu'un homme préoccupé, malheureux, sombre, et vivant en quelque sorte en dedans de lui-même; mais il donnait le change à l'opinion, observait rigoureusement tous ses devoirs, ne trahissait aucun trouble intellectuel et jouissait de l'estime générale. Quelques bruits indistincts sont perçus, des murmures ou des sifflets frappent l'oreille, et enfin une voix accusatrice dévoile tout à coup le secret douloureux qui a torturé toute une vie. Cette souffrance intime et de tous les instants, qui a été supportée pendant un si grand nombre d'années, avec tant de courage et de discrétion, est divulguée à l'improviste : « *Voilà l'enc... du père Michel.* »

La voix se reproduit, ne part plus seulement de la maison Micot, mais s'étend, se propage, s'applique aux ramasseurs de boue qui sont dans la rue, aux jeunes gens, aux employés du chemin de fer, aux militaires, aux officiers et à tout le monde. Martin entend toujours l'injure immonde ! Il l'interprète et se l'applique, car elle est en rapport avec son intelligence émue et troublée depuis longtemps. Il devient anxieux, fait les plus inquiètes suppositions, se méfie de tout le monde et ne peut plus apercevoir quelques personnes causant ensemble sans qu'il ne craigne qu'il soit question de lui et de son ancienne aventure avec Michel B.... A ce moment, on peut le comparer à ces sourds d'une nature soupçonneuse qui supposent constamment que l'on médit d'eux et qui s'émeuvent au possible des propos qu'ils n'entendent pas. Sur cette pente, il ne s'arrêtera plus et arrivera aux plus absurdes interprétations.

L'hallucination de l'ouïe est la seule sensation fausse qui soit compatible avec le délire des persécutions. Les yeux ne fournissent rien. Aussi, Martin n'a-t-il point éprouvé d'hallucinations visuelles, n'a-t-il vu personne et ne désigne-t-il pas un seul insulteur qu'il connaisse ou dont il puisse dire le nom. Affligé, absorbé en entier par ses tour-

ments et ses humiliations, son attention n'est tenue en éveil que par la voix qui apporte l'injure, et cette voix est tantôt celle d'un homme et tantôt celle d'un enfant. Jamais une voix de femme n'a prononcé les abjects propos qui le couvrent de honte, et jamais non plus la voix n'a frappé son oreille lorsqu'il se trouvait à l'église.

La crainte de passer pour un sodomiste est, en général, l'une des plus poignantes appréhensions du persécuté. Rien n'outrage davantage un malade que le terme grossier et répugnant qu'impose avec opiniâtreté l'hallucination de l'ouïe. Dans ces circonstances, un certain nombre de suicides ne reconnaissent pas d'autre cause. La lutte est reconnue impossible et la vie un fardeau trop lourd. Et le persécuté se tue, lorsqu'il ne s'attaque pas à autrui. Il y a un terme à tout, et il arrive un moment où, — comme l'a dit Martin, — *il faut que cela finisse!*

L'inculpé a présenté une particularité propre presque à tous les persécutés ; il s'est tellement identifié avec ses perplexités qu'il s'est petit à petit persuadé, avec la plus grande bonne foi, que chacun connaissait sa mésaventure, son chagrin et son long martyre moral. Les raisonnements les plus logiques, les plus saisissants et les plus vrais viennent échouer contre la conviction maladive qu'à Moulins, à Varennes, à la campagne, partout, nul n'ignore qu'il a été, lui, Jean Martin, *la femme*, *la maîtresse* de Michel B...

L'état hallucinatoire s'est montré paroxystique, ainsi que cela s'observe très-fréquemment. On sait, en effet, que la plupart des persécutés, à la suite d'un changement d'habitudes, de milieu, de localités, de carrière, ou à la suite d'une émotion très-vive ou d'un accident, peuvent tout à coup cesser d'entendre leurs voix, et cela pendant des semaines, des mois, et même une ou deux années. D'ailleurs, si Martin n'a plus été halluciné depuis son séjour à la maison d'arrêt de Moulins, il importe de rappeler que

déjà, avant l'événement du 9 octobre 1876, l'hallucination de l'ouïe ne constituait chez lui qu'un phénomène pathologique rémittent.

Martin a été affecté d'un délire partiel très-restreint et nettement circonscrit. Après avoir très-lentement médité, échelonné, construit sa vésanie systématisée, et après avoir honnêtement repoussé et dominé toutes les suggestions homicides qui s'emparaient parfois de son esprit, son délire s'est imposé en maître. Toute résistance est alors devenue vaine, le délire a régné en tyran, l'hallucination a alimenté le délire; la volonté a été totalement subjuguée, et l'aliéné, esclave de sa folie, a étendu à ses pieds celui qu'il avait toujours considéré comme son bourreau.

Semblable à tous les malades de son espèce, Martin s'est immédiatement rendu auprès du chef du parquet, s'est dénoncé et s'est constitué prisonnier. De plus, une fois prisonnier, il s'est senti délivré, débarrassé, tranquille, relativement heureux, peu soucieux de son avenir, et il a sensiblement engraissé.

L'examen physique de l'inculpé a démontré la présence de tubercules dans les poumons, mais notamment du côté gauche, et l'absence de traces d'habitudes de pédérastie active ou passive.

5° *Conclusions.*

1° Jean Martin est atteint du délire des persécutions ;

2° Il est halluciné du sens de l'ouïe ;

3° Il était complétement aliéné le 9 octobre 1876 ;

4° Aucune part de responsabilité légale ne peut être laissée à sa charge.

5° Le malade doit être remis à la disposition de l'autorité administrative et signalé comme très-dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes.

Moulins-sur-Allier, le 27 décembre 1876.

REIGNIER, F. LAGARDELLE, LEGRAND DU SAULLE, *rapporteur*.

*P.-S.* — Une ordonnance de non-lieu a été rendue. Jean Martin a été remis à la disposition de l'autorité administrative et dirigé sur l'asile des aliénés de Sainte-Catherine, à Yseure, près Moulins.

M. le docteur Reignier, chargé par *interim* du service médical de cet établissement, a récemment transmis à M. Legrand du Saulle, dans une lettre particulière, des nouvelles du malade. Un passage de cette lettre mérite d'être rapporté ici :

« Martin est à l'asile ce que vous l'avez vu à la prison. Il répète toujours qu'il n'a fait que rendre un service à la société en la délivrant de cette pourriture de père Michel, qui, par ses propos, l'avait rendu odieux à toute la population du département. Il se trouve très-heureux à l'asile, mais il dit qu'il regrette de ne pas avoir passé en jugement, devant le jury du pays, qui l'aurait nécessairement mis en liberté, eu égard aux motifs qui l'ont fait agir.

» Il déclare du reste qu'il n'entend aucune voix, aucun reproche à l'asile, où tout le monde est très-bien pour lui. Il s'y occupe, joue du violon, et pense demander au directeur l'autorisation de cultiver un jardin. Il est satisfait autant que possible et n'a nul souci de sa liberté.

» Connaissant Martin comme je le connaissais, susceptible au point de vue de l'honneur et fier de caractère, avec des obsessions journalières par des voix qui le signalaient comme un homme ignoble et dégradé, s'il n'avait pas dirigé ses coups contre le prétendu auteur de ses humiliations quotidiennes, il les aurait dirigés contre lui-même. »

Moulins-sur-Allier, le 15 février 1877.

# ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

LE

# QUARTIER DES CONDAMNÉS ALIÉNÉS

ANNEXÉ A LA MAISON CENTRALE DE GAILLON

**Par M. le Dr HUREL**
Médecin de la maison centrale de Gaillon,
membre correspondant de la Société de médecine légale de France,
et de la Société médico-psychologique de Paris.

Le 17 mai 1876, les portes du quartier d'aliénés, annexé à la maison centrale de Gaillon, ont été ouvertes aux détenus aliénés des autres maisons centrales, transférés jusqu'alors dans les asiles les plus rapprochés de ces établissements.

On peut dire que cette installation marquera dans les annales de l'administration pénitentiaire en France.

Depuis un certain nombre d'années, cette classe de détenus infortunés et dignes de pitié a fort vivement préoccupé, non-seulement les médecins spécialistes, mais aussi l'administration supérieure.

Il y a longtemps que l'on a reconnu les inconvénients pour les asiles, surtout quand ils reçoivent des pensionnaires au compte des familles, à confondre dans les mêmes établissements les aliénés ordinaires avec ceux qui ont eu des démêlés avec la justice, comme le disait récemment

M. le docteur Lunier, inspecteur général des asiles d'aliénés et du service sanitaire des prisons (1).

Aussi quelques aliénistes, Georget, 1828 — Dr Brierre de Boismont, 1846 (2) — Dr Legrand du Saulle, 1863 (3) — Dr Lunier (4), émus de cette promiscuité, ont-ils proposé de créer, comme on l'a fait en Angleterre et dans d'autres pays, des asiles spéciaux, où non-seulement seraient placés les condamnés devenus aliénés après leur condamnation, mais où encore on mettrait les aliénés qui ont commis des actes réputés criminels et ceux qui, indisciplinables et dangereux, peuvent apporter une certaine perturbation dans les asiles d'aliénés, et deviennent des causes incessantes de désordre et de danger pour le personnel.

Au sujet de ces asiles spéciaux, le docteur Dagonet (5) émet l'opinion suivante : « On attribue aux inconvénients de la législation anglaise et aux difficultés qu'elle crée pour la mise en liberté d'aliénés guéris, mais qui auraient été précédemment condamnés pour des actes criminels, le principe d'établissements péciaux pour les aliénés criminels.

» En laissant de côté la question de législation, on peut se demander si l'on est bien autorisé à fonder des institutions spéciales pour cette catégorie de malades.

---

(1) *Société de médecine légale*, Discussion au sujet des aliénés et épileptiques dangereux. — In *Annales d'hygiène et de médcine légale*, septembre 1876.

(2) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1846 et avril 1869. — *Les fous criminels en Angleterre*.

(3) *Société médico-psychologique*, 1863.

(4) *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XV, p. 348, 1872.

(5) *Annales médico-psychologiques*, janvier 1874. Observations et analyse du mémoire du Dr Cyon, de Saint-Pétersbourg, sur les asiles d'aliénés.

» Les raisons suivantes peuvent militer en faveur de la fondation de ces institutions.

» L'entretien et la construction de ces sortes de maisons doivent tomber tout d'abord à la charge de l'Etat et non à celle des communes ; il importe aussi, pour l'organisation de ces asiles spéciaux, d'adopter des règles différentes de celles qui sont habituellement suivies. Le contrôle et la surveillance du directeur doivent s'y exercer d'une manière plus active ; l'observation doit y être plus attentive pour déjouer les cas de simulation des criminels qui chercheraient, par ce moyen, à se soustraire au châtiment qu'ils auraient encouru. La direction supérieure de semblables établissements doit appartenir à une tout autre autorité, c'est-à-dire à celle dont dépendent les autres établissements pénitentiaires.

» L'expérience démontre aussi que les individus qui ont commis un crime dans un accès de folie véritable, ont une disposition particulière, tant qu'ils continuent à être sous l'influencede leur folie, à commettre des actes violents, et cette disposition fâcheuse se rencontre surtout chez les criminels qui, plus tard, deviennent aliénés. De pareils malades doivent donc être soumis à une surveillance attentive ; les tentatives d'évasion s'observent, en effet, d'une manière plus fréquente chez les aliénés criminels, et c'est là, bien certainement, une des raisons qui ne sauraient leur permettre le travail en pleine liberté. Tout doit être disposé, dans une semblable maison, pour exercer un contrôle de jour et de nuit, afin d'empêcher les évasions, et il serait sans aucun doute fâcheux d'imposer de tels moyens de surveillance à une population entière de malades, seulement à cause de quelques aliénés criminels ; il y aurait là, pour elle, un très-sérieux préjudice.

» Il peut même se trouver, au milieu de cette population, des individus qui jouissent véritablement de leur raison, tels que les simulateurs et les convalescents, dont le

contact avec des aliénés véritables pourrait avoir de grands inconvénients. Il suffit de réfléchir pour s'en convaincre, à l'influence fâcheuse que viennent d'habitude exercer, dans un établissement d'aliénés, des criminels qui simulent la folie.

» Sans doute l'humanité réclame les mêmes soins et les mêmes règles de traitement pour ces individus, une fois qu'ils sont atteints d'aliénation mentale. »

D'autres ont considéré ces asiles spéciaux pour les fous criminels et les criminels aliénés, comme étant inutiles — Dr Falret (1), Mundy (2), Gallard (3).

M. le docteur Delasiauve (4), résumant les opinions de M. Falret, dit :

« Au surplus, parmi les aliénés condamnés, il y aurait un triage à faire, et le nombre de ceux que l'énormité et la notoriété de leurs forfaits rendraient à charge à la communauté serait trop minime pour justifier la création qu'on propose. Ainsi que l'a demandé M. Parchappe, il suffirait d'établir, pour ces cas exceptionnels, de petites sections dans certaines prisons, dans certaines maisons centrales. »

Quelques-uns, et notamment M. le docteur Ach. Foville (5), pensent qu'il faudrait organiser, à l'usage des criminels devenus aliénés, une sorte d'établissement mixte, intermédiaire entre l'asile et la prison. « Le mieux, dit M. Foville, serait peut-être, ainsi que l'administration

---

(1) *Société médico-psychologique*, 1867.

(2) *Annales de la Société médico-psychologique*, 1873, numéro de janvier.

(3) *Société de médecine légale*, séance du 8 mai 1876.

(4) *Journal de médecine mentale*, par M. Delasiauve, t. IX, 1869.

(5) Législation spéciale aux aliénés, et des améliorations qu'il serait possible d'apporter à la loi du 30 juin 1838. — 1870, *Annales d'hygiène et de médecine légale.*

supérieure paraît y avoir songé plus d'une fois, d'établir auprès de certains établissements pénitentiaires, un quartier spécial d'aliénés, aménagé comme le sont les bons asiles. »

Parchappe avait appelé l'attention de l'administration pénitentiaire sur cette question dans son remarquable rapport sur la statistique médicale des établissements pénitentiaires pour la période de 1856 à 1860.

Tout en paraissant peut-être plus favorable à l'idée d'établissements spéciaux, il disait :

« Si l'administration pénitentiaire était conduite, soit dans la réalisation de cette mesure, soit par la préférence qu'elle accorderait à des dispositions qui laisseraient sous sa surveillance et sous son autorité les détenus même dans l'état d'aliénation mentale, il y aurait nécessité de créer, dans les dépendances des maisons centrales, trois ou quatre asiles spéciaux où seraient transférés, des autres maisons centrales, les détenus atteints d'aliénation mentale, pour y être traités et maintenus pendant la durée de leur peine et de leur maladie. »

Et il ajoutait : « Il appartiendra, je l'espère, à la France, de réaliser prochainement la réforme, dans ses rapports avec l'organisation du système pénitentiaire, de manière à donner à la fois satisfaction aux justes exigences de la répression pénale, et aux prescriptions de la science et de l'humanité. »

L'administration supérieure ne resta pas sourde aux préoccupations des spécialistes à ce sujet. Dans la statistique médicale des établissements pénitentiaires pour la période de 1861 à 1866, il est dit, page XI :

« Quel que soit, d'ailleurs, le nombre réel des condamnés aliénés, il serait désirable que l'administration pût affecter un ou plusieurs établissements spéciaux à cette catégorie de détenus. Une semblable mesure permettrait de donner, dans des conditions conformes à ce qu'exigent l'huma-

nité et la sûreté publique, tous les soins que réclame l'état de ces individus, notamment lorsqu'il s'agit d'épileptiques, que la plupart des asiles spéciaux sont fondés à refuser. »

« L'insuffisance, dit-on plus loin, des ressources destinées au service des prisons, n'a pas encore permis de réaliser cette amélioration. »

Dans les statistiques des prisons, années 1866, 1867, 1868, on revient encore sur cette question.

En 1866, M. l'inspecteur général Constans était chargé par M. le Ministre de l'intérieur d'examiner les bâtiments de l'ancienne colonie industrielle de Gaillon, pour voir s'il était possible d'y établir un quartier de condamnés aliénés.

Le 21 mai, il envoyait un rapport concluant à la possibilité de ce quartier, et, si son plan n'a pu être complétement exécuté, à cause de l'insuffisance des ressources budgétaires, on doit reconnaître que M. Vigier, architecte de l'administration (1), a su tirer le meilleur parti des bâtiments existants, et que la construction présente un aspect élégant, quoique sans luxe.

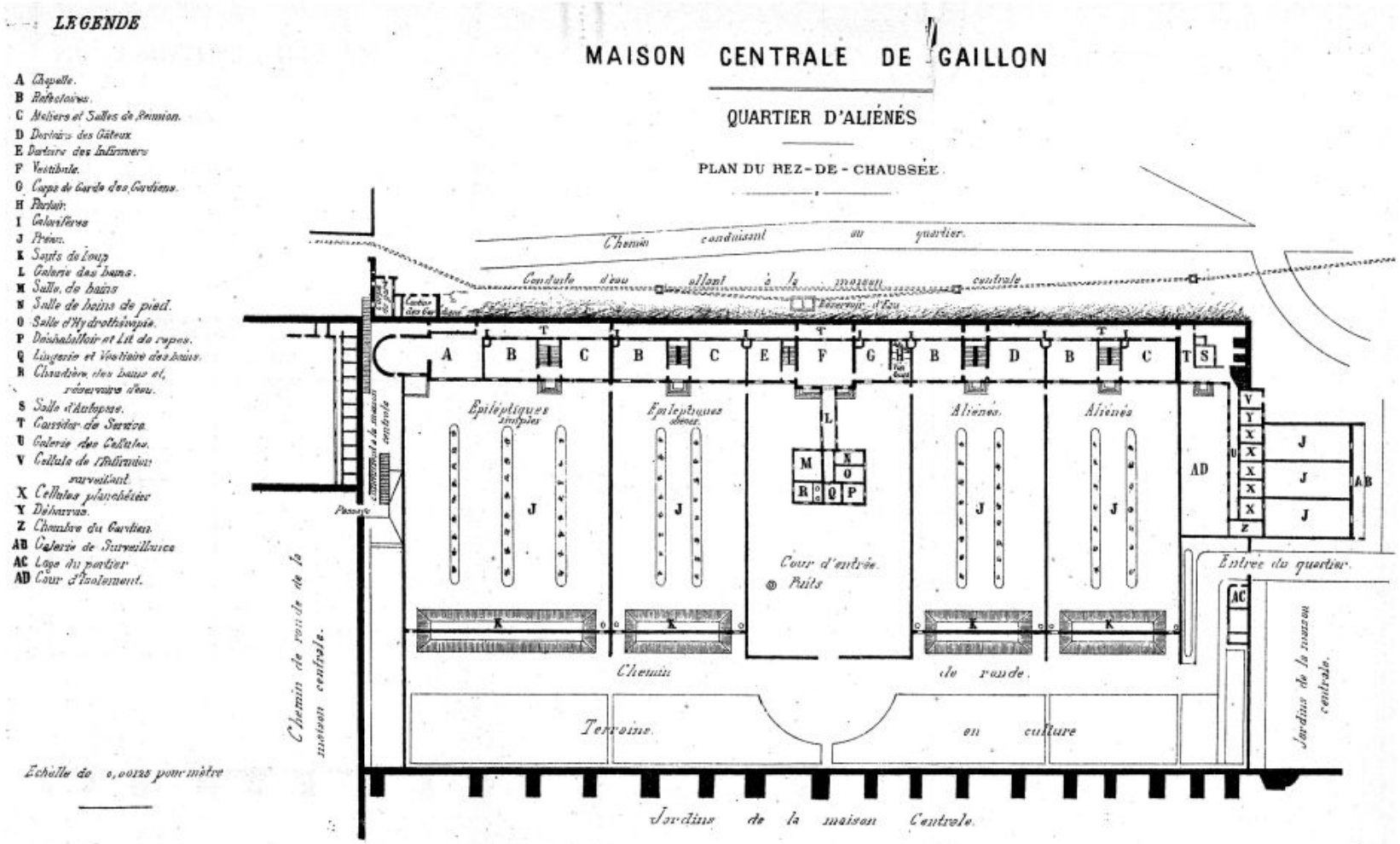
En 1869, M. le docteur Constans, accompagné de M. le docteur Rousselin, alors inspecteur général aussi du service sanitaire des prisons, venait à Gaillon pour faire préparer les travaux, que l'on commença en 1870.

La guerre malheureuse que la France eut alors à supporter les retarda, et ce ne fut qu'en 1874 que le quartier put être considéré comme achevé.

On devait l'occuper vers le commencement de 1875; mais des opinions opposées, nées au sein du conseil supérieur de l'administration et qu'il ne m'appartient pas de juger, ont retardé jusqu'en 1876 son installation.

Malgré les critiques que cette création pourra encore soulever, on doit la considérer comme « une tentative de plus dans les voies infinies du bien » pour me servir de l'expres-

(1) Je dois à son obligeance le plan annexé à cette étude.


LEGENDE
A Chapelle.
B Refectoires.
C Ateliers et Salles de Reunion.
D Dortoirs des Gâteux
E Dortoirs des Infirmiers
F Vestibule.
G Corps de Garde des Gardiens.
H Parloir.
I Calorifères
J Preau.
K Sauts de loup
L Galerie des bains.
M Salle de bains
N Salle de bains de pied.
O Salle d'Hydrothérapie.
P Dessabatloir et Lit de repos.
Q Lingerie et Vestiaire des bains.
R Chaudière des bains et réservoirs d'eau.
S Salle d'Autopsie.
T Corridor de Service.
U Galerie des Cellules.
V Cellule de l'Infirmier surveillant.
X Cellules planchéiées
Y Débarras.
Z Chambre du Gardien.
AB Galerie de Surveillance
AC Loge du portier
AD Cour d'Isolement.
Echelle de 0,0025 pour mètre
MAISON CENTRALE DE GAILLON
QUARTIER D'ALIÉNÉS
PLAN DU REZ-DE-CHAUSSÉE
Chemin conduisant au quartier.
Conduite d'eau allant à la maison centrale
Epileptiques simples
Epileptiques agées.
Aliénés.
Aliénés
Cour d'entrée.
Puits
Entrée du quartier.
Chemin de ronde de la maison centrale.
Chemin de ronde.
Terrains en culture
Jardins de la maison centrale.
Jardins de la maison Centrale.

sion de M. l'inspecteur général de Harambure qui, dans une remarquable monographie (1), a établi au point de vue du droit, la possibilité de la création de ce quartier.

Aux adversaires de cette création, on pourra opposer l'opinion du docteur Gastsch, médecin de la maison centrale de Bruchsal, auteur d'un travail sur cette question : *Où placer les condamnés aliénés ?* dont l'analyse suivante, due à la plume d'un spécialiste, le docteur Hildenbrand, est extraite des *Annales médico-psychologiques*, juillet 1875 :

« La réunion dans un asile central de 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. »

Certes, l'administration supérieure aurait eu besoin d'un

(1) *De l'aliénation mentale dans ses rapports avec la loi pénale et le régime pénitentiaire*, 1874.

défenseur, qu'elle n'eût pu en trouver un meilleur, et surtout un plus désintéressé.

L'opinion émise par le docteur Gastsch doit être celle de ceux qui, sachant se rendre compte des difficultés de l'heure actuelle, et répudiant tout système d'inertie, acceptent le moindre effort dans le fonctionnement administratif. Et, comme le dit M. de Harambure : « Il y aura toujours plus de vraie grandeur à faire une petite chose utile qu'à s'en éloigner, de parti pris, au profit d'une éventualité plus brillante ou plus haute, mais sans terme appréciable, et qui, peut-être, ne se présentera jamais. »

Situé sur un plateau élevé, dominant la magnifique vallée de la Seine, l'édifice se présente extérieurement sous l'aspect d'un parallélogramme mesurant intérieurement une longueur de 130 mètres et 10 mètres de largeur, et s'étend de la maison centrale, dont il est séparé par un mur, jusqu'aux jardins formant un enclos de 3 hectares. Composé de deux étages au-dessus du rez-de-chaussée, il est adossé à un coteau et sa façade regarde l'est.

Le rez-de-chaussée et le premier étage sont divisés en deux parties inégales, suivant leur longueur. L'une, plus petite, d'une longueur de $2^{m}$ 75, sert de corridor de service; l'autre constitue les habitations de jour et de nuit.

Le second étage formé par les combles, est inoccupé, et disposé de façon à pouvoir plus tard être utilisé.

Le quartier comprend quatre divisions, séparées par une partie centrale affectée aux services généraux ; les deux premières sont destinées aux épileptiques, les deux autres aux aliénés.

Dans le principe, les quatre divisions devaient être occupées : la première par les déments, la deuxième par les tranquilles, la troisième par les demi-tranquilles et la quatrième par les agités. L'envoi de détenus épileptiques, conformément à une circulaire du 21 septembre 1874, a dû faire modifier ce classement.

Chaque division comprend, au rez-de-chaussée, deux pièces, l'une servant de réfectoire, et l'autre de salle de réunion, pouvant servir d'atelier industriel ; un préau, et un escalier conduisant aux étages supérieurs.

Chaque salle du rez-de-chaussée, mesurant 326 mètres cubes, est spacieuse et présente trois fenêtres : deux grandes donnant sur le préau, et deux petites laissant pénétrer la lumière dans le corridor de service et concourant à la ventilation.

Les fenêtres ayant jour sur les préaux se composent d'un châssis en bois avec montants verticaux et traverses horizontales en fer mouluré.

Cette disposition remplace avantageusement les barreaux que l'on met d'ordinaire aux ouvertures des prisons et même aux établissements d'aliénés et qui donnent aux habitations un aspect si sombre. Ces fenêtres ne peuvent être ouvertes ou fermées que par le gardien de service, au moyen d'une crémone à clef.

La partie supérieure est surmontée d'une imposte qui fonctionne au moyen d'un mécanisme encastré dans l'ébrasement de l'ouverture, et que l'on ne peut faire manœuvrer qu'à l'aide d'une clef comme la crémone.

Dans les réfectoires, des bancs placés près de tables très-propres, recouvertes en toile cirée, sont scellés dans le mur.

Au rez-de-chaussée d'une des sections des aliénés, la salle de réunion a été transformée en dortoir pour gâteux et paralytiques.

Cette installation a cet avantage : que les malheureux incapables de se mouvoir par eux-mêmes peuvent, dès qu'un rayon de soleil vient à se montrer, être facilement transportés et assis dans le préau qui longe leur salle.

L'escalier conduisant de chaque division au premier étage est fermé au moyen d'une porte à claire-voie, et muni d'une rampe assez haute.

Des pièces du rez-de-chaussée on arrive sur chaque préau en descendant un perron de quatre marches.

Chaque préau est vaste, planté d'arbres et orné de petites plates-bandes. Lorsqu'on y est, la vue se promène à une longue distance sur les riches plaines qu'arrose la Seine et les riants coteaux qui la bordent.

Il se termine par un large et profond saut-de-loup, au milieu duquel est un mur peu élevé de façon à laisser au malade la vue de la campagne, et lui faire illusion, autant que possible, sur la privation de sa liberté, et suffisant, néanmoins, pour empêcher toute tentative d'évasion.

Dans les angles sont construits, d'un côté, un urinoir, de l'autre, des lieux d'aisances avec des tinettes mobiles. Le service de la vidange se fait en dehors par un chemin, dit chemin de ronde, tracé sur une terrasse séparant les préaux d'une partie du jardin de la maison centrale, et permettant l'accès dans la cour d'entrée du quartier.

Un abri contre le soleil ou la pluie existe dans chaque préau, avec un banc scellé dans le mur.

Une porte pratiquée dans chaque mur des préaux permet de communiquer de l'un dans l'autre, sans que l'on soit obligé de passer par le corridor de service.

A chaque salle du rez-de-chaussée correspond, au premier étage, un dortoir, ce qui fait au total huit dortoirs.

Chaque dortoir planchéié possède deux portes, une donnant sur le palier de l'escalier, l'autre sur le corridor de service que j'ai mentionné plus haut, et trois fenêtres sans imposte disposées comme celles du rez-de-chaussée.

Chacun des dortoirs cube 213 mètres.

La ventilation des dortoirs, quoique réduite à sa plus grande simplicité, est suffisante et se fait au moyen de deux ouvertures pratiquées à la partie inférieure du mur longeant le corridor, par lesquelles l'air frais arrive, et de vasistas appliqués à chaque fenêtre, qui permettent à l'air vicié de s'échapper.

Trois dortoirs du premier étage et celui des gâteux, contiennent des lits à auges, modifiés d'après les indications de M. l'inspecteur général Constans. Au lieu d'être en bois, l'auge est en forte tôle sur cadre en fer ; le fond, comme les lits des gâteux des autres asiles d'aliénés, forme quatre plans inclinés, se réunissant au centre par leurs sommets, à un trou correspondant à un vase en métal placé au-dessous.

Cette auge reçoit deux segments de matelas, un à la tête, un aux pieds, reposant sur deux segments de paillasse ; le centre, c'est-à-dire l'espace entre ces segments, forme un vide qui est rempli de zostère.

Les autres dortoirs renferment des lits ordinaires, selon le modèle adopté pour les maisons centrales.

La partie centrale du bâtiment affectée aux services généraux, à l'infirmerie, aux salles de bains, présente, au rez-de-chaussée, un large vestibule où l'on doit installer des lavabos.

A droite de ce vestibule se trouvent une salle servant de dortoir aux infirmiers, et l'escalier conduisant à l'étage supérieur ; à gauche est le corps de garde des gardiens et le parloir.

Au fond se trouve une porte donnant sur le corridor de service ; en face existent trois portes : deux ouvrent sur la cour d'entrée du quartier dans laquelle est un puits et une borne-fontaine alimentée par un réservoir dont j'aurai à parler ; et celle du milieu forme une large galerie couverte, conduisant aux salles de bains.

Le bâtiment des bains, placé dans le voisinage de l'infirmerie et au centre de l'édifice, renferme tous les éléments de balnéation suffisamment variés et perfectionnés, et répond parfaitement aux besoins du quartier.

Il se compose de cinq pièces :

L'une, à l'extrémité de la galerie, partagée en deux par une cloison, renferme le déshabilloir avec un lit de repos

un chauffe-linge, une petite lingerie spéciale au service des bains.

A droite est la salle des bains, contenant quatre baignoires, à laquelle est adossée une pièce où se trouvent la chaudière à chauffer l'eau des bains et un réservoir à eau froide.

Le côté gauche se complète par la salle des bains de pieds et celle d'hydrothérapie, qui possède aussi une baignoire.

Les baignoires en zinc fixées au sol sont parfaitement isolées des murs et un peu encaissées dans un plancher à claire-voie, de telle sorte que les malades y descendent et s'en retirent facilement.

L'eau chaude et l'eau froide, arrivant d'abord séparément par un tuyau muni d'une tige carrée à hauteur du plancher et que l'on fait tourner au moyen d'une clef, se trouvent mélangées dans un tuyau vertical en cuivre, placé au pied de chaque baignoire, et d'où l'eau ne peut s'échapper qu'en pressant, au moyen d'un bouton mobile qui est à la disposition du baigneur, sur un ressort à boudin dont est muni à son extrémité supérieure ce tuyau vertical ayant forme d'une petite colonne cylindrique.

C'est là une variante d'un système très-ingénieux préconisé par M. le docteur Rousselin, mais qu'en raison de son prix trop élevé, l'administration a dû modifier.

Des douches peuvent fonctionner au-dessus des baignoires qui sont munies d'un couvercle échancré, destiné à fixer les sujets agités.

Les malades, ainsi, n'ayant pas les robinets à leur portée, ne peuvent faire couler l'eau chaude ou l'eau froide pour changer la température du bain.

L'eau chaude et l'eau froide surgissant par un même tuyau dans les baignoires s'y mêlent mieux.

Enfin l'on peut, à l'insu du malade, refroidir et réchauffer l'eau du bain sans contrariété ni opposition.

Contre un des murs de la salle de bains, en face des baignoires, l'on a établi un long tuyau, terminé par un robinet ; à l'aide de ce tuyau on lance à volonté de l'eau froide sur la tête des aliénés lorsqu'ils sont dans les baignoires et que l'on veut leur donner la douche.

Au premier étage se trouvent : le cabinet du médecin, l'infirmerie et la cuisine.

L'infirmerie, spacieuse et bien aérée, cube 254 mètres ; elle renferme : huit lits semblables à ceux des infirmeries des prisons et trois lits de gâteux, un cabinet d'aisances avec porte vitrée, formant niche et ventilé au moyen d'un tuyau d'aération s'élevant au-dessus de la toiture, et un autre cabinet servant de lingerie et de vestiaire.

On peut y arriver par deux portes, dont une donne, ainsi qu'une petite fenêtre sur le corridor, et l'autre sur le palier de l'escalier. Elle est éclairée par trois grandes fenêtres, divisées en deux parties ; la partie supérieure s'ouvre au moyen d'une clef, et l'inférieure, pouvant s'ouvrir à volonté, est protégée à l'extérieur par un ornement en fer, en forme de balcon, qui s'oppose à toute tentative d'évasion.

Une table placée au centre permet aux malades qui peuvent se lever de prendre leurs repas étant assis.

Près de chaque lit sont placés un fauteuil en paille et une table de nuit.

La cuisine, servant aussi de tisanerie, possède un très-grand fourneau qui est utilisé pour les préparations culinaires de tout le quartier. N'ayant été destinée dans le projet de M. Constans qu'aux besoins de l'infirmerie, l'on s'expliquera comment elle a été placée dans son voisinage et au premier étage.

A l'une des extrémités du bâtiment, du côté de la maison centrale, se trouve la chapelle, ancienne chapelle des jeunes adultes, dans laquelle les malades arrivent par le corridor de service.

Au-dessus de cette chapelle, et faisant suite aux dortoirs, se trouvent, au premier étage, deux pièces : une servant de dortoir pour les gardiens, et l'autre destinée à une infirmerie supplémentaire en cas de besoin ou de maladies contagieuses.

A l'autre extrémité, au nord, est construit un pavillon faisant retour d'équerre au nord-ouest sur le jardin, renfermant une chambre de gardien et sept cellules, que sépare de la division voisine une cour d'isolement de neuf mètres de largeur.

Cinq de ces cellules planchéiées, bien aérées, cubant chacune 51 mètres, voûtées en briques, ont deux portes, dont l'une s'ouvrant sur une galerie de service, éclairée par une série de fenêtres donnant sur la cour d'isolement, et communiquant avec le corridor de service du rez-de-chaussée, et l'autre sur un préau servant pour deux cellules.

Ces portes, comme d'ailleurs toutes celles du quartier, sont percées d'une ouverture carrée munie d'un volet avec son verrou, et, ainsi que les fenêtres, se ferment à l'aide de serrures qui toutes sont construites sur le même modèle, de manière à pouvoir être ouvertes avec une clef uniforme.

Au centre de la voûte est ménagée une ouverture prenant jour par la toiture et fermée par une fenêtre, dite tabatière, fonctionnant au moyen d'une tige fixée au mur du corridor, qui permet au gardien de service d'en régler l'ouverture ou de la fermer, selon les besoins de ventilation.

Au-dessus des portes, une ouverture sans vitres augmente le cube d'air.

Chaque cellule renferme un lit à auge semblable à ceux qui sont décrits ci-dessus, scellé au plancher par les quatre pieds, isolé des murs pour qu'on puisse circuler autour facilement.

Dans un des angles de chaque cellule, près du mur du corridor, est établi un siége d'aisances avec vase de propreté, ont la vidange a lieu par le couloir, à travers une ouver-

ture pratiquée dans le mur et fermée au moyen d'une porte à coulisse.

Les dispositions adoptées ne permettent pas que le malade enlève son vase, qui est recouvert au moyen d'un couvercle en boiserie fixé par une charnière à la muraille et pouvant servir de siége.

Dans les dortoirs, un système analogue doit être appliqué pour remplacer les tines mobiles placées au milieu de chaque dortoir et que les malades peuvent renverser

Une autre ouverture, pouvant se fermer aussi au moyen d'une petite porte en tôle, sert à régler l'arrivée de l'air froid nécessaire à la ventilation.

Un châssis grillé, muni d'une soupape, s'ouvrant et se fermant à volonté, est placé à l'intérieur, dans le mur d'entrée de la cellule et destiné à laisser pénétrer l'air chaud nécessaire au chauffage de la cellule; au moyen d'une clef, il est loisible au surveillant d'en supprimer ou d'en modérer l'accès, suivant les besoins.

Le long des préaux, et parallèlement aux cellules, existe une galerie couverte, avec une porte grillée en fer, correspondant au centre de chaque préau, où, pendant l'heure de la promenade des détenus mis en cellule, se tient un gardien qui peut ainsi les observer et surveiller tous leurs mouvements, concurremment avec un autre gardien placé dans la galerie de service.

Une des cellules peut être rendue obscure selon le besoin.

En dehors des cellules, à droite, à l'endroit où le chemin de ronde vient aboutir aux jardins, se trouve la maison du concierge; à gauche, à l'extrémité du grand corridor du rez-de-chaussée, est une cour isolée, dans laquelle a été construit l'amphithéâtre, et où il est question d'établir la lampisterie.

Le chauffage se fait au moyen de sept calorifères Gurney, installés dans les salles du rez-chaussée, le long du mur de refend du corridor de service.

Chaque poêle, placé de manière à chauffer en même temps deux pièces différentes, est renfermé dans une niche en maçonnerie qui sert de réservoir de chaleur, et où sont placés les tuyaux et bouches de chaleur.

Par ce moyen, les poêles sont cachés, hors d'atteinte des détenus, et le service se fait par le corridor, à l'aide d'une porte en tôle pratiquée dans l'épaisseur du mur de ce corridor.

Le tuyau en tôle servant d'échappement de la fumée traverse la partie supérieure du corridor du rez-de-chaussée, et un autre tuyau conduit au premier étage l'excédant de chaleur, de manière à adoucir la température des dortoirs.

De cette façon, grâce aux cheminées d'appel qui existent au rez-de-chaussée et au premier étage, la partie du bâtiment adossée au coteau se trouve assainie, et n'offre pas, en hiver, l'humidité qu'on aurait pu redouter.

Dans le principe, on avait eu l'intention d'établir le chauffage à la vapeur. Ce mode de chauffage fut abandonné à causes des dépenses considérables que son installation aurait nécessitées.

Quoiqu'exigeant une certaine quantité de combustible, on doit reconnaître, eu égard à la division du bâtiment et à la façon dont les poêles Gurney ont été installés, que le système de chauffage adopté est encore celui qui paraît le plus avantageux.

Un thermomètre placé dans chaque salle permet de surveiller la température et de régler la quantité de combustible.

L'eau nécessaire aux besoins du quartier a été fournie jusqu'à ce jour par un vaste réservoir, placé en dehors du bâtiment à hauteur des combles, et alimenté par la source qui fournit à la maison centrale ; de ce réservoir, elle se distribue, avec la pression convenable, pour les douches et l'hydrothérapie.

Mais cette source ayant considérablement diminué depuis

quelques années, et suffisant à peine pour les besoins de la maison centrale, il est question d'utiliser, au moyen d'une machine à vapeur, le puits qui se trouve dans la cour d'entrée et dont la nappe d'eau reste de 2 à 3 mètres, même pendant les plus fortes chaleurs.

L'éclairage se fait au moyen de lampes à schiste.

Les dortoirs sont éclairés toute la nuit par des lampes placées au milieu du corridor en face des fenêtres qui donnent sur ce corridor. De cette manière, les détenus ne peuvent y toucher.

Le quartier est relié à la maison centrale au moyen d'un télégraphe qui, placé dans le poste des gardiens, arrive jusqu'à la geôle de ceux de la maison centrale.

Quant au régime économique, d'ordre et de police, il est déterminé par le règlement spécial du 19 février 1876, dans lequel se trouvent combinées certaines prescriptions disciplinaires en vigueur dans les établissements de répression avec des dispositions particulières aux établissements d'aliénés.

Un premier gardien et cinq gardiens ordinaires, sous les ordres du gardien chef, sont spécialement affectés au service de garde et de surveillance. De plus, deux factionnaires sont postés jour et nuit de façon à empêcher les évasions.

Un autre premier gardien, ancien surveillant d'asile, remplit ces mêmes fonctions, surveille toutes les parties du service médical, et assure l'exécution régulière des prescriptions du médecin.

Il a pour l'aider et sous sa direction huit infirmiers choisis parmi les condamnés valides.

Un service de nuit comprend la veille continue d'un infirmier dans le corridor qui longe les dortoirs, et des rondes faites toutes les deux heures par les gardiens.

Grâce aux ouvertures pratiquées aux portes qui donnent sur ce corridor, la surveillance devient facile et l'infirmier,

en se promenant, voit et observe tout ce qui se passe dans chaque dortoir.

Le régime alimentaire des valides se compose du régime des condamnés en santé, augmenté de suppléments indiqués pour chaque jour, dans un tableau annexé au règlement du 19 février.

Le régime alimentaire des malades est en tout semblable à celui de l'infirmerie de la maison centrale.

Jusqu'à présent, le seul travail consiste dans l'épluchage de coton.

Le travail bien organisé est la base même du traitement des malades atteints d'aliénation mentale.

« Le travail manuel, l'exercice en plein air, les travaux agricoles sont une précieuse ressource et forment aujourd'hui une partie essentielle du traitement moral. » (Dagonet, *Traité des maladies mentales*, p. 673. — 1876.)

Cette question du travail est aujourd'hui jugée, et il y aura nécessité, dans l'avenir, à l'établir sur une plus vaste échelle, et surtout d'organiser le travail agricole. L'on peut dire qu'actuellement c'est un défaut du quartier auquel il sera possible de remédier.

L'habillement est le même que celui des autres détenus.

En résumé, le nouvel établissement, disposé comme nous venons de l'indiquer, s'il ne peut être donné comme un établissement modèle, paraît devoir remplir très-convenablement le but que l'administration s'est proposé, pour donner satisfaction à un besoin reconnu depuis longtemps. Il peut contenir facilement 120 détenus, et même, en utilisant les combles, il pourrait en contenir 200.

Simplicité, habitations offrant en quantité suffisante l'air, l'espace, la lumière, et des divisions méthodiques permettant d'assurer le bon ordre et la tranquillité, tel est l'aspect sous lequel se montre le quartier d'aliénés annexé à la maison centrale de Gaillon.

Or, comme le dit Marcé (p. 222, *Traité des maladies mentales*), « concilier les facilités du service avec les conditions hygiéniques les plus favorables et avec la séparation complète des diverses catégories d'aliénés, tel est, d'une manière générale, le but que l'on doit se proposer dans le plan d'un asile. »

Il reste, sans doute, bien des améliorations à apporter au quartier, mais ces *desiderata* ayant été l'objet d'un récent rapport de M. l'inspecteur général Constans, dans lequel il a dû rappeler que ces *desiderata* sont le résultat de l'inexécution de quelques-unes des parties du programme qu'il avait donné et qui avait été accepté, nous nous bornerons à la description que nous venons d'en faire.

Il serait prématuré d'ajouter ici une statistique; les chiffres sont encore trop peu élevés, pour qu'on en puisse tirer quelques conclusions.

C'est un travail que nous réservons pour l'avenir.

Nous nous contenterons donc d'une courte notice numérique.

Du 17 mai 1876, jour de l'ouverture du quartier, au 15 décembre, 75 détenus ont été reçus : 38 aliénés et 37 comme épileptiques.

Sur les aliénés :

3 vieillards en état de démence sénile ou apoplectique sont décédés;

4 libérés avant guérison, ont été conduits dans un asile.

2 atteints seulement de faiblesse intellectuelle ont été réintégrés en maison centrale.

Au point de vue de la forme de la maladie, nous avons noté :

16 cas de lypémanie avec ou sans hallucinations;

16 cas de démence, simple, paralytique, sénile;

1 cas de manie;

2 cas de folie épileptique ;

3 cas de faiblesse intellectuelle dont 1 choréique.

Sur ce nombre :

11 étaient condamnés pour attentat à la pudeur, ou viol;

7 pour incendie ;

9 avaient déjà subi de 4 à 13 condamnations antérieures.

Pour 10 il y avait présomption d'aliénation antérieure à la dernière condamnation; chez 3 seulement le délire s'est manifesté peu de temps après; pour tous les autres, de 5 mois à 4 ans après.

6 sont des héréditaires. — L'âge varie de 20 à 80 ans; celui qui a fourni le plus de cas est de 30 à 40 ans, ce qui est conforme à la règle générale.

18 savaient lire et écrire, 1 seul avait une instruction supérieure.

Nous ne ferons qu'une seule remarque qui déjà sollicite notre attention, pour l'avenir.

Sur ces 38 aliénés :

1 est condamné aux travaux forcés;

28 sont des réclusionnaires ;

11 seulement ne sont condamnés qu'à la prison.

Y aurait-il quelque rapport, entre la gravité de la peine encourue et l'état de l'intelligence? (Nous avons noté que pour 10, il y avait présomption d'aliénation antérieure à la dernière condamnation.)

Nous n'avons eu à soigner aucune maladie intercurrente et le 15 décembre, il nous restait 29 malades de cette 1re catégorie.

Sur les 37 épileptiques :

12 ont été reconnus et ont avoué être des simulateurs;

11 ont été déjà réintégrés dans la détention.

Leur mobile était l'espoir d'être placés dans un asile, d'y avoir plus de bien-être et de s'évader.

L'un d'eux, le plus habile, simulateur de vieille date, est doué d'une telle énergie, qu'il a autrefois subi, sans se trahir, l'épreuve du fer rouge; l'insensibilité apparente n'est donc pas un signe infaillible.

Sur le nombre, ainsi réduit à 25, malgré l'absence, ou l'insuffisance des renseignements, nous avons compté :

4 héréditaires;

6 par excès alcooliques, vénériens, onanisme;

1 blessure à la tête.

Pour tous, d'après leur dire, l'invasion de la maladie daterait de l'âge de 5 à 24 ans.

Le vagabondage, les coups et blessures, sont ici les causes les plus fréquentes des condamnations.

14 ont subi de 1 à 14 condamnations antérieures; mais ici le nombre des réclusionnaires est beaucoup moindre que parmi les aliénés; l'âge actuel varie de 20 à 70 ans.

5 n'ont pas eu d'attaque depuis leur arrivée au quartier;

1 n'a eu que des vertiges;

4 sont sortis libérés.

Le 15 décembre, il nous restait donc 21 épileptiques et un simulateur (à renvoyer).

De nos constatations, il résulte que les crises nocturnes ont été plus fréquentes que pendant le jour.

Sur 15 individus, observés de mai à décembre, il s'est produit 173 crises pendant la nuit, 121 seulement pendant le jour.

Quand ce service marchera plus régulièrement, quand il sera plus entré dans les habitudes, nous avons tout lieu d'espérer que les maisons centrales ne nous enverront plus ni déments séniles ou apoplectiques, ni autant de simulateurs d'épilepsie.

Un fait ressort de ce nombre des simulateurs d'épilepsie, tandis qu'il ne s'en est point présenté simulant la folie; c'est que les détenus trouvent la simulation plus facile dans le premier cas que dans le second.

Le règlement spécial qui a été rédigé, l'est plus au point de vue de la détention qu'à celui de l'état des détenus.

Ses principales dispositions sont les suivantes :

Le quartier est placé sous l'autorité du directeur de la maison centrale.

Le régime disciplinaire de la maison centrale est applicable au quartier.

Le médecin pourra autoriser l'usage du tabac et il ne ne sera plus imposé de taches de travail.

Des punitions ne peuvent être infligées qu'après qu'il en aura été conféré avec le médecin.

Ne seront admis que des hommes condamnés à plus d'un an, aliénés ou épileptiques.

Nul ne pourra, une fois admis, être extrait du quartier, avant sa libération, qu'en vertu d'une autorisation ministétérielle.

Le condamné libérable avant que sa guérison ait été obtenue, sera remis à sa famille, ou transféré dans un asile, au compte de qui de droit.

Aux condamnés qui n'auraient pas de ressources pour acheter à la cantine, les suppléments prescrits par le médecin seront délivrés gratuitement, sur l'autorisation du Directeur.

Les individus qui pourront travailler seront autant que possible, sur l'avis du médecin, appliqués à des travaux industriels ou agricoles.

Il peut paraître regrettable que le régime alimentaire ne soit que celui de la maison centrale, augmenté de suppléments, mais on ne peut méconnaître qu'il eut été bien difficile de faire autrement.

Si le régime avait été celui des asiles d'aliénés, il eût été une excitation et une prime pour les détenus, à toutes les simulations.

Les simulateurs ont été assez nombreux déjà, mais nous sommes bien certains, que quand le quartier sera mieux connu, il s'en présentera moins ; les condamnés sachant alors qu'ils n'auront rien à y gagner, ni sous le rapport de l'alimentation, ni sous celui du régime disciplinaire, ou des facilités d'évasion.

## Société médico-psychologique.

*Séance du 18 décembre 1876.* — Présidence de M. DUMESNIL.

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

M. LE PRÉSIDENT fait part du décès de M. Védie, perte qui entraîne tous les regrets de la Société.

M. J. FALRET fait hommage à la Société, au nom de M. Krafft-Ebing, de plusieurs brochures dont il est l'auteur, ainsi que d'un certain nombre d'exemplaires du *Bulletin annuel de l'œuvre de patronage et asile pour les aliénés indigents*. (Exercice de 1876.)

*Correspondance.*

La correspondance comprend :

1° Une lettre par laquelle *M. Durand de Gros*, s'appuyant sur des raisons de santé et de départ, donne sa démission de membre titulaire de la Société médico-psychologique.

— Sur la décision des membres présents, M. le secrétaire général est invité à écrire à M. Durand de Gros pour lui faire part des regrets de la Société, et des dispositions favorables dans lesquelles elle se trouve pour le cas où M. Durand de Gros ferait une demande d'honorariat.

2° La correspondance comprend en outre le dernier *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*.

M. VOISIN exprime, au nom de M. TRÉLAT, l'intention dans laquelle notre collègue serait de donner sa démission de membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Sous l'impression pénible des récentes décisions adoptées à son égard par l'administration, M. Trélat aurait pris la résolution de quitter Paris.

Le titre de membre honoraire de la Société médico-psychologique est décerné d'acclamation à M. Trélat.

*Elections.*

L'ordre du jour appelle l'ouverture du scrutin pour le renouvellement du bureau de la Société.

*Élection d'un président :* M. Billod, vice-président, devient président de droit pour l'année 1877.

*Élection d'un vice-président :* M. Baillarger obtient 18 suffrages sur 19. L'urne contient un bulletin blanc.

M. BAILLARGER est élu vice-président.

*Élection d'un secrétaire général :* M. Motet obtient 18 suffrages; M. Collineau 1.

M. MOTET est élu secrétaire général.

*Élection de deux secrétaires annuels :* M. Collineau et M. Ritti obtiennent chacun 17 suffrages. L'urne contient deux bulletins blancs.

MM. COLLINEAU et RITTI sont élus secrétaires annuels.

*Élection d'un trésorier :* M. VOISIN est maintenu d'acclamation dans les fonctions de trésorier.

*Composition du Comité de publication :* MM. DAGONET, J. FALRET, PEISSE.

*Composition du Comité d'administration :* MM. BILLOD, BAILLARGER, MOTET, COLLINEAU, RITTI, VOISIN, membres du bureau, avec l'adjonction de MM. BLANCHE et DUMESNIL, présidents sortants.

*Rapport de la Commission des finances.*

M. LEGRAND DU SAULLE présente au nom de la Commission le rapport annuel sur l'état des finances de la Société.

Cet état, dit M. le Rapporteur, est plus prospère que jamais.

Le fonds social se monte à 5,447 fr.

Défalcation faite des dépenses exigées par les circonstances, l'encaisse se monte à 4,562 fr. 10.

La caisse spéciale de la Société arrive au chiffre de 1,797 fr.

En conséquence la Société médico-psychologique sera parfaitement en mesure de décerner le prix Aubanel (2,400 fr.) à la fin de l'année 1877; et il y a lieu de provoquer l'envoi des mémoires avant la fin de décembre prochain.

M. le Rapporteur fait toutefois remarquer que l'excédant constaté dans les recettes est dû à des absences réitérées de la part des membres de la Société et à leur défaut d'assiduité aux séances. Il appelle l'attention de la Société sur ce que cette condition a de défavorable au point de vue du progrès scientifique vers lequel nous tendons, et sur l'urgence de la faire cesser.

M. le Rapporteur termine en demandant des remerciements

pour M. le Trésorier, en raison de l'exactitude avec laquelle les livres sont tenus.

— Adopté.

M. le PRÉSIDENT propose de voter des remerciements à M. le Trésorier et à la commission des finances.

M. le PRÉSIDENT invite en outre M. le Secrétaire général a publier dans les journaux médicaux une note rappelant que les mémoires qui seront destinés à concourir pour le prix Aubanel devront être parvenus à la Société médico-psychologique avant la fin de décembre 1877.

*Choix d'un local pour les séances.*

M. LUNIER informe la Société que la Société de chirurgie est disposée à lui sous-louer une partie du local qu'elle occupe rue de l'Abbaye, no 3, au chiffre de 300 fr.

En outre la Société de médecine de Paris, qui tient ses séances dans le même local, est disposée à entrer en arrangement avec la Société médico-psychologique en vue de la location à frais communs d'une pièce voisine de la salle des séances de la Société de chirurgie, et au même étage, dans laquelle il serait possible d'installer deux bibliothèques, celle de la Société de médecine et celle de la Société médico-psychologique. Le chiffre de cette location serait de 100 à 120 fr. C'est donc, dit M. Lunier, 60 fr. qui incomberaient à la Société médico-psychologique, en sus des 300 fr. de location précédemment spécifiés. Soit, en chiffres ronds, y compris les faux frais: 400 fr. par an pour l'établissement définitif de son siége.

M. Lunier estime que la Société est en mesure de faire face à cette dépense annuelle.

— Adopté.

M. VOISIN remercie la Société de la décision qu'elle vient de prendre et qui permettra de donner à ses archives tout l'emplacement que leur importance comporte.

*De l'aphasie dans ses rapports avec les lésions cérébrales.*

M. J. FALRET a la parole : — La suppléance des fonctions, dit M. Falret, constitue pour les aphasiques une condition de curabilité. Il y aurait donc lieu tout d'abord de déterminer quelles sont les conditions de curabilité de l'aphasie.

M. le professeur Lordat en a été un spécimen frappant. Il a pu étudier sur sa propre personne les phases de l'affection dont

il a été atteint et l'action des moyens thérapeutiques employés. Il en a laissé une description remplie d'intérêt.

On se souvient que M. Lordat par suite de l'*amnésie vocale* (pour employer ses propres expressions) dont il fut frappé, se vit dans la nécessité de réapprendre successivement tous les mots du vocabulaire, dont il avait perdu la mémoire sans que par ailleurs il eût eu conscience d'un affaiblissement de ses facultés intellectuelles.

Grâce à un tel effort de volonté, revenu en possession de tous les mots, M. Lordat présenta cependant ce phénomène curieux, c'est qu'il ne recouvra pas la puissance d'improvisation qu'il possédait auparavant, si brillante et si vaste.

Au point de vue qui nous occupe, c'est-à-dire à celui de l'histoire de l'aphasie proprement dite, on pourrait objecter que ce n'est pas d'aphasie proprement dite que M. Lordat avait été affecté ; mais bien d'amnésie verbale, ainsi qu'il l'avait lui-même diagnostiqué. Toujours est-il que l'ensemble des phénomènes observés chez lui, n'est pas un exemple isolé dans la science. On en rencontre un assez grand nombre ; mais ils présentent les uns par rapport aux autres une différence portant sur le degré même que n'a pas dépassé ou qu'a atteint la réparation fonctionnelle. Or ce point soulève la question que voici : le degré auquel l'amélioration est parvenue est-il commandé par celui de l'intensité des circonstances pathologiques qui en ont déterminé le trouble, ou bien ce degré variable d'amélioration est-il seulement en rapport avec la puissance de la volonté ?

La première hypothèse semble plus vraisemblable.

Il est à remarquer, en effet, que nombre de malades ne récupérèrent qu'une certaine catégorie de mots — substantifs, adjectifs, dates etc., — à l'exclusion de certaine autre catégorie qui demeure perdue à jamais pour le souvenir.

Ce point spécial mériterait peut-être d'être étudié avec plus d'attention qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Rien n'est fréquent comme de voir des malades au bout de deux ou trois ans, durant lesquels une amélioration progressive s'est fait sentir, arriver à un degré qu'ils ne franchissent plus ensuite.

Autre point qui mérite un examen approfondi. De même qu'on a noté chez les aphasiques une corrélation entre la perte de la faculté d'exprimer sa pensée par les mots et celle de l'exprimer par l'écriture, de même dans la régression du trouble fonctionnel, on observe une connexité entre le retour

de l'expression par l'écriture et celui de l'expression par la parole. Cette question comporte de graves conséquences au point de vue médico-légal en particulier.

M. Falret se demande s'il n'y aurait pas, à cet égard, à établir par voie d'observation clinique, des degrés et des limites dans la responsabilité.

Ainsi, un malade qui ne pouvait transmettre sous la forme écrite sa pensée, et qui, aphasique, ne pouvait pas davantage l'exprimer verbalement, a su, par l'ensemble de manifestations auxquelles il se livrait, faire comprendre qu'il était parfaitement au courant de ses affaires; et la validité de son testament a dû être considérée comme parfaite.

En généralisant, il y aurait, dit M. Falret, à examiner par quelles manifestations et dans quelle mesure l'intégrité de l'intelligence, chez les aphasiques, peut être démontrée.

M. Bourdin fait remarquer que la question de l'aphasie présente des difficultés nombreuses et ne pense pas que la connexité entre le retour de l'expression par la parole et celui de l'expression par l'écriture soit aussi intime que le pense M. Falret. A l'appui de ses réserves sur ce point, M. Bourdin cite le fait suivant :

Un aphasique, qui avait perdu incomplétement la faculté d'exprimer par la parole ses pensées, et qui prononçait tel mot quand il entendait prononcer tel autre mot, n'avait pas conscience de son erreur à l'audition du mot qui sortait de sa bouche; mais, venait-il à écrire le mot qu'il voulait réellement prononcer, alors son erreur lui venait aux yeux, et il cessait de s'impatienter contre les personnes de son entourage, pour lesquelles son idée était restée inintelligible jusque-là.

En somme, privé des expressions verbales, il se rectifiait par l'écriture; la connexité entre les deux modes d'expression de la pensée n'était pas tellement étroite que la perturbation de celui-ci ait entraîné la perturbation de celui-là; et s'il est vrai que d'ordinaire le retour de l'un coïncide avec le retour de l'autre, dans leur réapparition respective, ils ne sont pas indissolublement unis.

M. Dumesnil fait observer que, le plus communément, les aphasiques qui prononcent un mot pour l'autre ont conscience de l'impossibilité de donner le mot qui rend leur pensée.

M. Bourdin : Une religieuse possédant bien la langue française, qui était sa langue maternelle, et la langue anglaise qu'elle avait apprise dans sa jeunesse, fut frappée inopinément

d'aphasie. Or, chez elle, le trouble fonctionnel se caractérisa par l'impossibilité de s'exprimer en français.

Ses idées avaient conservé toute leur netteté. Elle avait désappris sa langue maternelle tout à coup.

M. Dagonet : C'est là un exemple d'amnésie et non d'aphasie à proprement parler.

M. Falret rappelle des observations d'aphasiques ayant retrouvé le souvenir d'idiômes appris dans l'enfance, et dont ils avaient perdu l'usage en même temps que l'affection les privait de la langue dans laquelle ils avaient coutume de s'exprimer.

M. Lunier : Le cas de M. Lordat n'est pas un exemple d'aphasie proprement dite. En général, après la guérison, les sujets qui ont été atteints d'aphasie vivent peu. Or, Lordat a vécu pendant plus de trente ans après avoir récupéré l'expression verbale des mots. De plus, il n'a jamais présenté aucune trace d'hémiplégie. C'est plutôt d'une amnésie verbale qu'il a été atteint. Chez lui, la lésion cérébrale devait être peu intense, peu profonde. Son intelligence, tout en restant très-vaste, avait, après les accidents, subi un affaiblissement relatif.

Quant au parallèlisme de la marche de l'expression par la parole et de l'expression par l'écriture, il est, selon M. Lunier, fort loin d'être absolu. On rencontre assez fréquemment des individus incapables, par suite d'aphasie, de prononcer un mot, mais parfaitement en état de tenir des comptes et d'écrire. D'autres conservent l'expression par la mimique qui est après la parole et l'écriture un moyen par lequel la pensée se traduit.

Il est un point, enfin, dans la question, qui demanderait à être approfondi, celui-ci : certains aphasiques, très-modérément touchés au point de vue de l'expression de la pensée, le sont très-notablement au point de vue de la lucidité intellectuelle, et réciproquement. Ce fait d'observation comporte des conséquences médico-légales d'un haut intérêt.

M. Mesnet se propose, dans la prochaine séance, de communiquer dans tous ses détails, à la Société, une observation d'aphasie qui pourra servir de base à la discussion.

Aux yeux de M. Mesnet le terme d'*aphasie* est vague. Il conviendrait d'en bien préciser la définition.

M. Delasiauve : L'aphasie, en soi, doit s'entendre de la perte

des mots indépendamment de la paralysie. On ne saurait y rien voir de plus.

Quant à la question posée par M. Falret, elle consiste spécialement à déterminer si un sujet dont la troisième circonvolution frontale gauche a été touchée peut, par l'*exercice*, récupérer la parole grâce à la mise en jeu d'autres organes cérébraux.

M. Mesnet : Il a été lu récemment à l'Académie de médecine dans la même séance, deux observations d'aphasie qui peuvent servir de type à l'affection. Celle que je me propose de communiquer à la Société n'est pas moins typique. A l'aide de ces faits, il sera peut-être possible d'élucider divers points du problème.

M. Brochin : Le cas de Lordat est un exemple d'aphasie réduite à sa plus simple expression. Pas de paralysie; perte de l'expression des substantifs. Conservation de l'intégrité intellectuelle.

On a dit que l'intelligence du savant professeur avait baissé à la suite de l'accident.

Il ne montra plus, à la vérité, cette merveilleuse faculté d'improvisation qui le distinguait auparavant; mais s'il cessa d'improviser, ceci tient peut-être à une certaine défiance qu'il avait prise de lui-même, autant qu'à l'impossibilité réelle de donner libre cours à ses pensées.

On peut dire qu'il cessa d'être aussi brillant tout en restant aussi profond.

C'est après l'aphasie et sa guérison, que ses plus remarquables travaux ont été conçus.

Quant à la réalité de la suppléance qui se serait établie dans son cerveau, il importerait, avant de l'admettre, de préciser si le laps qui a séparé l'époque de l'accident de celle de la guérison a été suffisant pour permettre à cette éducation organique de se former.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance de janvier.

La séance est levée à 6 heures.

Dr Collineau.

*Séance du 29 janvier 1877.*

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

M. Lunier demande que des remerciements soient adressés à la Société de chirurgie, qui a bien voulu concéder la salle de ses séances à la Société médico-psychologique.

M. Legrand du Saulle fait observer que dans la liste officielle des membres de la société, contenue dans le numéro de janvier des *Annales médico-psychologiques*, il a remarqué une erreur regrettable. N. A. Laussedat, député, habitant Versailles, y est classé parmi les membres associés étrangers, tandis qu'il est membre correspondant. Il est donc nécessaire d'insérer un *erratum* dans le prochain numéro.

*Installation du bureau.*

Président, M. Billod, vice-président, M. Baillarger.

M. Dumesnil, en cédant la présidence à M. Billod, remercie la société et les membres du bureau du concours bienveillant qu'ils lui ont toujours prêté et qui lui a rendu facile la tâche de diriger les débats pendant l'année qui vient de s'écouler.

M. Billod, en prenant possession du fauteuil de la présidence, s'exprime en ces termes :

Messieurs et chers Collègues,

Je considère une élection par les pairs comme le plus grand honneur qui puisse nous échoir. C'est vous dire tout le prix que j'attache à celui que vous avez bien voulu me faire en m'appelant à ce fauteuil où se sont succédé tant de maîtres illustres et de savants confrères depuis Ferrus jusqu'à M. Dumesnil, et où nous serons si heureux de voir reparaître en 1878, notre éminent collègue, M. Baillarger.

Mon premier devoir est donc de vous remercier et je le fais du fond du cœur.

Le second est de remercier en votre nom le bureau sortant.

Ces deux devoirs remplis, je vous demande la permission de vous soumettre quelques réflexions dans ce que je crois être l'intérêt de notre compagnie.

Il s'est produit, depuis quelques années, des vides assez nombreux parmi nous. Les uns ont été causés par la mort; d'autres sont le fait de retraites volontaires de collègues, j'ose

dire de maîtres, cependant pleins de force et de verdeur intellectuelle, et que nous verrons reparaître, je l'espère bien.

Nous avons eu, de plus, à déplorer la disparition d'un élément important, qui, dans la constitution de notre société, se combinait assez intimement avec l'élément médical pour être de moitié dans son titre de Société médico-psychologique. Je veux parler de l'élément psychologique extra-médical. Je dis extra-médical, car, en dehors de lui, l'élément psychologique est très-brillamment représenté ici par des médecins parmi lesquels j'aime à citer MM. Peisse, Dally, Fournet, Bourdin et même M. le professeur Lasègue, bien qu'il ait déserté le domaine de la philosophie pour celui de la clinique, c'est-à-dire de la médecine qu'on peut appeler positive. Notre éminent collègue ne s'est, en effet, comme nous le savons tous, engagé dans la voie qu'il parcourt si glorieusement qu'après y avoir préludé par des études philosophiques dont les lecteurs des annales n'ont, certes, pas perdu le souvenir et qu'après avoir fait, en quelque sorte, de la psychologie la première assise de son édifice scientifique.

En parlant de l'élément psychologique extra-médical, vous avez compris que je faisais allusion à MM. Garnier, Alfred Maury et Paul Janet, de l'Institut, qui le représentaient parmi nous avec un éclat qui n'a eu d'égal que le regret que nous avons eu de nous en séparer en leur conférant l'honorariat.

Nonobstant les vides et les abstentions dont je viens de parler, notre société n'a pas cessé de travailler et de s'affirmer comme une des sociétés qui concourent le plus efficacement aux progrès de leur science spéciale, et en cela elle a donné des preuves d'une vitalité qui n'est pas commune et qu'il serait injuste de méconnaître.

Toutefois, et si le feu sacré de la science est loin de s'éteindre dans notre compagnie, ainsi que l'a prouvé la discussion soulevée par les communications si intéressantes et si substantielles de MM. Luys et Lasègue dans une des plus remarquables séances qu'ait tenues notre société, je veux parler de la séance du 27 novembre dernier, il est impossible de se dissimuler qu'il y a, depuis plusieurs années, dans nos travaux un certain ralentissement qui semblerait témoigner d'une légère diminution de notre ardeur scientifique.

Il est permis, ce me semble, d'en voir la preuve dans ce fait que la société s'est vue, dans un moment, contrainte de suppléer à une absence de travaux, en faisant à la question des

aliénés avec conscience, l'honneur excessif, suivant moi, d'une seconde discussion.

Nous ne sommes pas aujourd'hui menacés d'un semblable danger. Nous avons, en effet, deux discussions pendantes : l'une sur l'aphasie dans ses rapports avec l'hémiplégie et sur ses modes de guérison; l'autre sur l'amnésie périodique avec doublement de la vie ou plutôt de la personnalité, à propos de l'observation de M. Azam, de Bordeaux.

Vous vous rappelez que l'examen de cette question a été confié à une commission composée de MM. Baillarger, Bourdin, Falret, Mesnet et Motet, rapporteur.

Nous en voyons, de plus, poindre à l'horizon une troisième qui nous promet un égal intérêt. C'est celle que soulèvera le rapport de notre savant secrétaire général sur le suicide, rapport dont il est permis de pressentir le mérite à en juger par celui des communications antérieures de l'auteur.

Nous avons donc, comme on dit vulgairement, du pain sur la planche ; mais la prévoyance, qui n'est pas moins nécessaire aux sociétés qu'aux individus, nous fait un devoir de songer à l'avenir, et c'est dans l'intérêt de l'avenir que j'ose faire appel à votre zèle scientifique.

Je prie le savant illustre, le maître aimé dont je regrette de retarder d'un an la présidence, de se joindre à moi dans cet appel et d'user de son influence auprès de tous les membres de cette société, pour en obtenir un concours qui s'affirme, non-seulement par de l'assiduité aux séances, mais encore par une participation aussi active que possible à nos travaux.

A propos de ces derniers, oserai-je vous signaler dans leur ensemble une lacune qui me paraît regrettable et que j'aimerais à vous voir combler, c'est celle de la médecine légale.

Sans doute, il y aurait de l'inconvénient à ce qu'elle prît une trop grande place dans nos discussions et que l'on fût admis, par exemple, à communiquer tous les cas dans lesquels nous sommes appelés comme experts devant les tribunaux, pour des faits ressortissant à la pathologie mentale. Mais, ne vous semble-t-il pas que la communication de rapports sur des faits ayant eu un certain retentissement et tels, par exemple, que celui du jeune Laurence, de Pontoise, offrirait un véritable intérêt.

Elle en offrirait surtout dans les cas où il y aurait eu divergence d'opinion entre les experts, parce qu'alors la communication donnerait lieu, entre ceux de ces experts qui font partie

de notre société, à une discussion contradictoire à laquelle notre science ne pourrait que gagner.

Je vous soumets l'idée, messieurs, en l'abandonnant à votre appréciation.

En me plaçant toujours au point de vue de la prévoyance, je crois devoir me préoccuper de l'ordre du jour de nos séances annuelles.

Si la société avait encore cette année le bonheur qu'elle a eu dans celle qui vient de s'écouler de ne perdre aucun de ses membres résidants, je me permets de lui demander s'il ne lui conviendrait pas de persévérer dans la voie où elle s'est engagée l'année dernière, lorsqu'elle a décidé que son secrétaire général ferait l'éloge d'Aubanel et acquitterait ainsi envers ce regretté collègue une dette de reconnaissance.

L'éloge de plusieurs de ses membres les plus illustres est encore à faire. Le moment ne vous semble-t-il pas venu de réparer cette omission ?

Parmi les membres qui attendent cette tardive justice on peut citer Ferrus, Parchappe, etc.

Si vous entriez dans cet ordre d'idées, je vous prierais de décider, dans une de vos séances ultérieures, quel est celui de ces regrettés collègues auquel vous désirez accorder les honneurs du panégyrique.

Sans vouloir exercer la moindre pression sur votre choix, s'il m'était permis d'exprimer une préférence, ce serait en faveur de Ferrus, cette figure si sympathique, qui représente le premier anneau de la chaîne de vos présidents et dont je m'honore personnellement d'avoir été un des élèves de prédilection.

C'est une bonne fortune, messieurs, pour moi d'avoir à inaugurer mes fonctions par des félicitations à adresser à M. Baillarger sur le témoignage de si haute et si sympathique estime dont il vient d'être l'objet de la part de l'Académie de médecine, et qui a eu, dans la circonstance, le caractère d'une véritable ovation.

En applaudissant à ce témoignage et en prenant pour elle une partie de l'honneur fait à un de ses membres, la Société tient à constater qu'elle a pris elle-même l'initiative d'un hommage semblable, et que son vote a même devancé celui de l'Académie.

Notre collègue, M. Auguste Voisin, ayant obtenu récemment à l'Académie de médecine le prix Lefèvre en partage avec M. Burlureaux, je crois devoir aussi le féliciter en votre nom.

Ce succès nous est d'autant plus agréable et nous devons d'autant plus y applaudir, qu'il a fourni à l'éminent rapporteur, M. Henri Roger, l'occasion de rendre incidemment à la mémoire de notre cher et si regretté collègue, Félix Voisin, un hommage auquel nous ne pouvons que nous associer.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Meuriot, par laquelle il sollicite le titre de membre titulaire ; il envoie à l'appui de sa candidature un travail intitulé: *De la méthode physiologique en thérapeutique et de ses applications à l'étude de la belladone.*

Commission : MM. Blanche, Berthier, J. Falret et Legrand du Saulle.

2° Une lettre de M. Goujon, par laquelle il sollicite le titre de membre titulaire.

Commission : MM. Dagron, Motet, Bouchereau.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Année médicale de Caen*, nos d'octobre et de décembre 1876.

2° Les quatre derniers numéros de la *Tribune médicale*.

3° Les deux derniers numéros de l'*Art dentaire*.

4° *Observation d'un cas de catalepsie hystérique*, par le Dr Roux.

5° *Histoire des progrès de la médecine mentale depuis le commencement du XIXe siècle jusqu'à nos jours*, par le Dr Lentz.

M. Delasiauve fait hommage à la Société d'un travail qu'il vient de publier, intitulé : *De la clinique à domicile et de l'enseignement qui s'y rattache dans ses rapports avec l'assistance publique*.

M. Lunier exprime le vœu que dorénavant les livres de la bibliothèque de la Société soient timbrés, catalogués et qu'un membre ne puisse les emporter sans qu'il en soit fait mention sur un registre.

M. Falret espère que tous les membres de la Société voudront bien faire hommage, pour la bibliothèque, d'un exemplaire de leurs travaux.

*Discussion sur l'aphasie* (suite).

M. Lasègue, qui devait prendre la parole, s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la séance.

M. Luys appelle l'attention sur une forme spéciale d'aphasie.

Il s'agit de vieillards qui perdent subitement connaissance et qui, en revenant à eux, ont perdu la parole ; au bout de deux ou trois jours, ils récupèrent la parole, d'autres fois on voit une hémiplégie se développer. L'année dernière, M. Luys a eu l'occasion d'observer plusieurs phénomènes semblables, et il croit que, dans ces cas, c'est non à une hypérémie, mais à une ischémie qu'on a affaire. Il cite l'exemple d'une femme qui, un jour, perdit connaissance subitement et qui, en revenant à elle, présenta une perte complète de la parole. Des sinapismes lui ayant été appliqués sur le front, la parole ne tarda pas à se rétablir. Le lendemain on constata une hémiplégie droite. A l'autopsie, on trouva dans le corps strié gauche un foyer récent ; et dans les circonvolutions cérébrales, particulièrement dans le lobe gauche, une altération caractéristique due à l'oblitération des artères sylviennes. Le tissu cérébral, en effet, était blanchâtre, mollasse. L'ischémie et l'hypérémie peuvent donc, tous deux, donner lieu à l'aphasie.

M. Baillarger. — Mais par quoi sont produits ces arrêts subits de circulation ? Sont-ils dus à des caillots obstruant les veines, les artères ?

M. Luys répond que les artères sylviennes étant athéromateuses, on peut croire à l'existence d'embolies provoquant une oblitération locale partielle.

M. Baillarger. — Les faits semblables à celui qui vient d'être cité par M. Luys existent certainement, ils peuvent en effet être confondus tout d'abord avec des cas de simple hypérémie ; mais l'erreur ne saurait subsister longtemps, l'altération consécutive de la substance cérébrale se traduisant par des symptômes graves et qui persistent. Dans les cas beaucoup plus nombreux de simple hypérémie, au contraire, les symptômes se dissipent assez rapidement.

Je n'ai pas besoin de rappeler combien il est fréquent dans les prodromes de la paralysie générale, d'observer de ces attaques congestives avec aphasie et, souvent, hémiplégie incomplète, symptômes qui se dissipent en général très-rapidement. Certains malades, avant d'être atteints de paralysie générale, ont eu deux et même trois de ces sortes de congestions unilatérales.

M. Bouchereau fait observer que les faits cités par M. Luys sont fréquents à la Salpêtrière et à Bicêtre. Il a été constaté, par des analyses microscopiques, que ces troubles passagers ou permanents sont dus à de la matière athéromateuse qui se

détache des parois vasculaires et est entraînée dans le torrent circulatoire. Les troubles sont généraux et permanents, localisés ou passagers, suivant que tel ou tel territoire vasculaire aura été obturé.

M. Luys présente les dessins de plusieurs autopsies de malades qui étaient atteints d'aphasie. La première de ces malades présentait un foyer de ramollissement dans la circonvolution de l'insula. Chez la seconde, on trouva une tumeur volumineuse comprimant la circonvolution de l'insula et la troisième circonvolution gauche.

La troisième, au contraire, avait les circonvolutions intactes, mais les deux corps striés étaient altérés. Dans tous ces faits, on avait constaté pendant la vie une absence complète du pouvoir d'articuler les sons ; mais il existe toute une classe de malades, chez lesquels on observe une autre catégorie de symptômes. L'émission des sons n'est pas en rapport avec la pensée à exprimer ; il y a en un mot, ataxie verbale. A l'autopsie on trouve chez ces malades des lésions autres que dans l'aphasie complète ; il y a des altérations à la fois dans les régions postérieure, moyenne et antérieure du cerveau, en même temps que dans le corps strié. M. Luys cite, comme exemple, le cas d'une femme de son service, atteinte à la suite d'une congestion cérébrale, de troubles de la faculté du langage, avec hémiplégie passagère droite.

Cette malade reconnaissait parfaitement les objets qui lui étaient présentés ; elle les distinguait les uns des autres, mais pour articuler le mot qui les désignait, elle tâtonnait, hésitait et n'arrivait qu'à produire une ébauche imparfaite du son voulu. Ainsi quand on lui présentait un œillet, elle répondait en disant : c'est un *yet* ; — une cuiller, elle répondait c'est une *cuvière* ; — un encrier, elle répondait *crayer* ; puis, s'apercevant bien que ce n'était pas exact, elle rectifiait en disant : un *guier*. — Quand au contraire on prononçait devant elle ces différents termes, elle les répétait régulièrement. Il y avait, chez cette malade, des troubles concomitants dans le bras droit ; ainsi, comme une ataxique, quand on lui disait de mettre la main sur le nez, elle n'arrivait qu'à la mettre sur le front ; si on lui mettait entre les doigts de la même main une cuiller, en lui ordonnant de la porter à la bouche, elle la portait sur les joues et touchait à peine les lèvres.

A l'autopsie on observa des lésions beaucoup plus étendues que chez les aphasiques ; ainsi on trouva un foyer de ramollis-

sement partant des régions postérieures de l'hémisphère gauche du cerveau et ayant envahi les circonvolutions pariétales et frontales.

M. LUNIER demande si, chez ces ataxiques de la phonation, on constate aussi de l'ataxie de la mimique et de l'écriture.

M. LUYS répond que les malades qu'il a pu observer étant complétement illettrés, il n'a pu contrôler si les troubles de l'écriture étaient identiques à ceux de la parole.

*Communication.*

Sodomie. Assassinat. Etat mental de l'assassin.

M. LEGRAND DU SAULLE résume les principales circonstances de l'affaire Jean Martin, à Moulins (voir page 190), et il s'attache de préférence à faire ressortir les points suivants :

1° La possibilité d'une idée fixe et ensuite d'un délire très-nettement circonscrit, avec point de départ vrai ;

2° L'incubation exceptionnellement lente de ce délire partiel ;

3° L'hallucination de l'ouïe finissant par apparaître, par se mettre au service de l'idée fixe, par aggraver l'état mental et par allumer la pensée de représailles ;

4° Cette hallucination étant paroxystique, limitée à des voix masculines et ne se produisant jamais dans une condition déterminée ;

5° La parfaite conservation de toutes les facultés de l'intelligence en dehors de la systématisation délirante d'ailleurs si restreinte ;

6° La suspension absolue de tout phénomène hallucinatoire, à partir du moment du crime ;

7° L'attitude invariablement franche, convaincue et énergique de l'assassin ;

8° La nécessité, dans l'espèce, d'invoquer les immunités de la loi pénale, le fait incriminé étant en rapport direct et très-étroit avec le délire partiel.

M. BAILLARGER. — L'observation que vient de rapporter M. Legrand du Saulle me paraît des plus curieuses ; mais il est un point sur lequel je ne saurais être d'accord avec lui. Il vient de dire que le délire des persécutions chez ce malade s'était organisé autour d'un fait vrai, c'est-à-dire du fait pédérastie. A mon avis, le délire des persécutions aurait eu, au

contraire, pour point de départ un fait faux, c'est-à-dire l'hallucination, conséquence d'une idée fixe qui avait persisté pendant plus de vingt-cinq ans. Tant que l'hallucination ne s'est pas produite, l'idée fixe se rapportant au fait honteux qui avait eu lieu n'a engendré aucun délire, et plus tard ce délire a été évidemment la conséquence des fausses perceptions sensorielles.

M. Lunier. — L'hallucination, momentanément disparue, reviendra-t-elle ? ou bien, à la suite de l'émotion violente, a-t-elle complétement disparu ? Il y a à ce sujet de sérieuses réserves à faire. Il est vrai qu'il n'est pas extrêmement rare de voir une hallucination disparaître après l'acte qu'elle a, pour ainsi dire, provoqué. Il se fait là comme une sorte de détente; souvent même, à l'asile, on constate chez les malades la disparition complète du délire, mais il ne faudrait pas en conclure que l'hallucination et le délire ne reparaîtront pas.

M. Delasiauve. Le cas dont M. Legrand du Saulle vient de nous exposer les péripéties est véritablement curieux et instructif. A ce propos, notre savant collègue signale comme une particularité rare l'origine de cette systématisation délirante, qui aurait eu pour fondement une impression physiologique et réelle. De semblables faits sont, au contraire, assez communs. Que, d'ailleurs, ils résultent d'une émotion naturelle ou d'une impression morbide, la loi qui préside à la formation des conceptions fausses n'en est pas moins la même.

Psychologiquement, que s'est-il passé chez le sujet de son observation ? Un jeune garçon est victime d'une profanation honteuse. Il en éprouve une répulsion violente. L'idée renaissante ramène incessamment l'émotion involontaire. Il a beau concentrer son chagrin, chercher l'oubli dans des travaux actifs, la morosité domine. Il fuit, et après des années revient, se croyant maître. L'esclavage le ressaisit ; il soupçonne et se défie. On connaît son secret, il le lit sur les visages, des voix bientôt le lui répètent en l'outrageant. Ce ne sont longtemps que des rêveries. Mais les paroles muettes, à force d'intensité croissante, *s'objectivent*. La vibration dès lors devient, au moindre contact moral, conception maladive ou hallucination.

En 1849, après les journées de juin, un garde national est inquiété pour des armes qu'il n'avait pas rendues. La crainte d'être poursuivi l'agite et l'inquiète. Lui, honnête homme, être inculpé de vol ! Il ne supporte pas l'idée de ce déshonneur. En butte au mépris supposé de ses amis et connaissances, il perd

le sommeil et, au bout de quelques semaines, s'imagine être traqué par les agents de police et les gendarmes. Son innocence est reconnue. Il ne nous arrive pas moins à Bicêtre, où il dut passer un mois avant le complet rétablissement de l'équilibre moral.

Chez un clerc d'huissier, impliqué dans le meurtre de son père, et que nous eûmes également à Bicêtre, les conséquences analogues furent plus graves, malgré sa mise hors de cause. Il ne pouvait sortir sans se croire insulté par les passants et poursuivi par les gendarmes. Une semaine ne s'écoulait pas sans qu'il changeât d'habitation. Dans le jour, il était assez tranquille et se livrait au travail. La nuit, au contraire, il entendait des voix injurieuses, à travers les murailles, ou se voyait appréhendé et traîné au prétoire par des argousins. Je n'ai pas souvenir qu'il ait guéri.

Un autre aliéné, bizarre et dangereux, dut peut-être aussi à une disposition naturelle de l'esprit, un délire de persécution entretenu par des pseudo-perceptions. Son exemple, du reste, et il n'est pas le seul, se rapproche de celui dont nous a entretenus M. Legrand du Saulle, quant à la rémission maladive, sous certaines influences. G..., âgé de 63 ans, lieutenant en retraite, avait été arrêté sur la place publique et conduit à Bicêtre. Le malheureux s'imaginait être victime d'un complot dont l'origine, selon lui, remontait à une douzaine d'années. On ne se contentait pas de l'injurier ; tous ses projets étaient éventés et on se faisait un jeu de les contrecarrer. Ce qui lui avait été le plus sensible c'est, qu'ayant eu, à diverses reprises, le désir de se marier, constamment il se heurtait à des obstacles imprévus, qui ne pouvaient être que suscités par ses persécuteurs. Quels étaient les auteurs ? Il se mit longtemps l'esprit à la torture pour le deviner. Les gens qui l'épiaient savaient se dissimuler. Il crut un jour les entendre en conciliabule, parlant mystérieusement, à voix basse, et s'entredisant : « Il aura beau faire, nous arriverons bien à l'empêcher de réussir. » Ces conciliabules se multiplient, les voix s'accentuent ; au milieu d'elles il entend celle de son ancien colonel Raby et de son *exécrable* femme, qui soudoyaient les malfaiteurs et leur distribuaient leurs rôles.

On conçoit sa perplexité. Il le rencontrait partout. Son habitude quotidienne était, après son dîner et sa promenade, d'aller prendre sa demi-tasse à un café, où il restait jusqu'à onze heures à lire son journal et à voir jouer aux cartes ou aux

dominos. Hélas ! ne s'avisent-ils pas de l'attendre à sa sortie, de l'interpeller dans la rue et de ne le quitter qu'en haut de son escalier, à sa rentrée dans sa chambre ? Pour échapper à ce supplice intolérable, G... croit les dépister, en quittant le café à 10 heures. Il est tranquille, en effet, pendant une huitaine. Mais ils ont flairé la ruse. G... sort à 9 heures, puis à 8 heures, enfin il se dispense absolument de son habitude invétérée.

Ses plaintes sont amères, et il ne voit, dans sa séquestration, qu'une forme nouvelle de la persécution qu'il subit. Toutefois, son irritation peu à peu s'apaise. Il se ressaisit et commence par convenir que, peut-être, son tourment a pour cause une perturbation morbide. Un mois se passe dans un calme parfait, ce qui nous étonne, vu l'ancienneté de la maladie, et nous fait supposer un peu d'absinthisme. G... insiste pour sa sortie qu'il nous paraît impossible de ne pas lui accorder.

Cependant, le jour de son départ, nous ne fûmes pas sans inquiétude, le surveillant nous ayant dit qu'il avait eu quelque agitation dans la matinée. Environ un mois après, se place un curieux épisode. Nous reçumes la visite d'un beau vieillard en cheveux blancs, très-timoré et ému, qui nous demande si nous n'avions pas G... dans notre service. Nous lui dîmes son entrée et sa mise en liberté. « Ah ? s'écrie-t-il, c'est lui que j'ai rencontré », et ce visiteur, qui n'était autre que M. D..., membre de l'Institut des Beaux-Arts, nous raconte comment, en pleine rue Taranne, G... l'aborde, le pistolet au poing, et, le prenant pour son colonel Raby, lui déclare que c'est son dernier jour. En vain, M. D... proteste d'une erreur, quand, au moment d'être frappé, il s'avise de proposer à G..., d'aller chez le commissaire de police. Ce dernier accepte, et on comprend ce qui s'ensuivit. Sous le prétexte d'une déclaration, le commissaire le conduit à la préfecture.

Je rassurai M. D... et l'invitai à prévenir l'autorité, afin qu'à une première incartade, G... pût être réintégré ; ce qui eut lieu deux mois après. Cette fois, son irritation demeura constante. On me payait moi-même 20,000 francs pour le retenir. Evacué plus tard, sur la province, qu'est-il devenu ? Je l'ignore.

Comment s'est développé son délire de persécution ? Il me paraît probable que G..., se sentant sur l'âge, aura vivement désiré de s'assurer une sorte de port dans le mariage ; que des échecs réitérés, blessant son amour-propre, lui auront suggéré

des craintes de malveillance et que, de la présomption, il sera passé à la certitude ; d'où la matérialisation des inductions et des prétendues preuves. On s'explique surtout les périodes de calme par la persuasion d'avoir trompé la surveillance de ses ennemis. Tel malade ne mange pas d'un mets et mange d'un autre, parce qu'ayant eu des raisons de suspecter le premier, il croit n'avoir pas les mêmes motifs de suspecter le second. La corde atteinte, pour vibrer, a besoin d'être mise en mouvement. Rien donc de surprenant, surtout lorsque l'éclat de son acte l'innocente, que le meurtrier du pédéraste vive tranquille dans l'asile qui le renferme. Il cesserait d'en être ainsi, s'il venait à s'imaginer être entouré de gens disposés à lui reprocher ses relations honteuses.

La séance est levée à six heures.

Dr Ant. Ritti.

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

## JOURNAUX ANGLAIS

**Le Mental Science** (4me trimestre 1873);

Analyse par le Dr DUMESNIL.

TRAVAUX ORIGINAUX.

1° *Allocution du président de la Société médico-psychologique* (1873), par le Dr Harrington Tuke ;
2° *Leçons sur la folie au Morisonian College*, par le Dr Skae (publiées par le Dr Clouston) ;
3° *Traitement de la folie par l'électricité*, par le Dr G. M. Beard;
4° *Cinq cas d'idiotie avec examen nécropsique*, par le Dr W. Ireland ;
5° *Les fonctions du cerveau et du muscle considérées dans leur rapport avec l'épilepsie*, par le Dr J. Thompson Dickson ;
6° *Antiques fragments concernant la folie*, par le Dr T. W. Mc Dowall ;
7° *Psychologie morbide des criminels*, par le Dr David Nicholson ;
8° Revue : — Notes, etc.

1° L'allocution présidentielle prononcée par M. Harrington Tuke à l'assemblée annuelle de l'association médico-psychologique, tenue au Collége royal des médecins de Londres, est intéressante par les nombreux détails historiques et statistiques qu'elle contient.

M. Tuke rend d'abord un hommage sympathique à la mémoire de M. Lutwidge, dont nous avons annoncé récemment la mort tragique, et du Dr Skae, le dernier président, auteur d'une nouvelle classification des maladies mentales basée sur leurs causes physiques.

Ces deux hommes ont commencé leur carrière en 1842 et ont vu naître la grande réforme du traitement des aliénés en Angleterre.

C'est en 1839 que Conolly, marchant sur les traces de Pinel, Esquirol, Tuke et Charlesworth, publia son premier rapport annuel. Dès 1840, il apprenait au monde médical que le

système de la contrainte avait pu être supprimé à Hanwell pendant l'année qui venait de s'écouler.

L'année suivante, l'association médico-psychologique tint sa première séance et y prit une résolution qui influa grandement sur les destinées de la nouvelle méthode. Cette résolution mérite d'être citée :

« Les membres actuellement présents, sans garantir l'opi-
» nion que la contrainte mécanique ne peut pas, à l'occasion,
» être trouvée utile dans le traitement des aliénés, n'en ont
» pas moins une grande satisfaction à approuver et remercier
» ces *gentlemen* qui ont entrepris la tâche de supprimer en-
» tièrement la contrainte dans tous les cas. »

Les adhérents ne manquèrent pas à une doctrine formulée en termes aussi prudents. Une année plus tard, l'association offrait son concours à lord Shaftesbury, déjà connu par son zèle pour les aliénés. En 1845, les fonctions des inspecteurs des aliénés étaient déclarées permanentes, et ils étaient investis de pouvoirs plus étendus. Le système du *non-restraint* était définitivement fondé.

Il est aujourd'hui généralement adopté par ceux qui s'occupent du traitement des aliénés, et, s'il n'y a pas un accord parfait sur le degré de liberté à accorder, tous, du moins, proscrivent la contrainte sévère et procurent l'air pur, la lumière, les relations sociales, et, grâce à la résidence de l'aumônier, les consolations de la religion. Mais c'est au médecin seul à diriger l'ensemble, autrement il faudrait s'attendre à de grandes déceptions.

La thérapeutique a fait en outre quelques essais couronnés de succès, et de nombreux médicaments sont venus enrichir l'officine spécialiste.

Trois questions importantes sont traitées dans ce discours :

1° La médecine, dans l'acception stricte du mot, est-elle d'une importance capitale dans le traitement des maladies mentales ?

2° Le nombre des aliénés augmente-t-il en Angleterre ?

3° Le système actuellement suivi pour le traitement des aliénés est-il susceptible d'amélioration ?

M. Harrington Tuke proteste avec l'association médico-psychologique anglaise contre le scepticisme moderne et donne à la médecine le rôle important qu'elle mérite.

Il s'arrête avec un certain orgueil aux succès thérapeutiques de ses collègues. Il rappelle les expériences du docteur Mc In-

tosh sur la morphine en injections hypodermiques; les idées des docteurs Clouston et Williams sur l'action des bromures et de leurs composés; les travaux du docteur Lokhart Robertson sur la digitale et l'emploi des bains turcs; enfin, la ciguë, le protoxyde d'azote et les courants galvaniques étudiés par les docteurs Burman, Mitchell et Newth. Il note que le docteur Crichton Browne, déjà connu par ses recherches sur la fève de Calabar, a récemment employé un nouvel agent efficace contre l'épilepsie, le nitrite d'amyle.

Toutefois, l'orateur convient que les efforts des savants n'ont pas empêché le nombre des aliénés de s'accroître dans des proportions effrayantes.

Pour s'en convaincre, on n'a qu'à jeter les yeux sur un tableau emprunté au rapport des inspecteurs, sur lequel se trouvent consignés, dans une première colonne, la population du Royaume-Uni pendant une série d'années, et dans deux colonnes placées en regard le nombre des aliénés et la proportion des aliénés par mille habitants.

Ce tableau nous apprend qu'en dix ans, de 1863 à 1873, le nombre absolu des aliénés s'est élevé de 43,448 à 60,296, et s'est par conséquent accru, en moyenne, de 2,000 par année. Ce chiffre n'est pas en rapport avec l'accroissement de la population, car nous lisons à la troisième colonne que la proportion par mille des aliénés à la population a augmenté de 2,09 à 2,38.

Poussant encore plus loin son enquête, M. H. Tuke présente, d'après le docteur Farr, un deuxième tableau qui démontre d'une façon lumineuse l'accroissement de l'aliénation mentale. On y trouve consignée : la proportion des aliénés par mille âmes de population : d'abord de tous les aliénés sans distinction, puis des aliénés âgés de vingt à soixante ans, enfin des aliénés âgés de vingt à soixante ans et au delà.

On constate tout d'abord que c'est à l'âge moyen de la vie que s'observent les cas les plus nombreux de folie. Cette colonne est donc la plus importante pour le sujet qui nous occupe. Nous y voyons qu'en dix ans, de 1861 à 1871, la proportion des aliénés de vingt à soixante ans par mille de population s'est élevée de 4.1 à 5.3, c'est-à-dire que l'accroissement a été de plus de vingt pour cent.

L'augmentation des populations urbaines, les progrès de la civilisation, l'émigration, ne sont pas des causes capables d'expliquer les progrès du mal. Il n'est en effet nullement dé-

montré, d'après l'orateur, que les habitants des villes soient plus aptes à devenir aliénés que les paysans. L'émigration a délivré l'Angleterre d'une masse d'individus prédisposés à la folie, dont le départ compense la perte de quelques natures saines. Quant à l'influence de la civilisation, il suffit, pour cesser de l'accuser, de reconnaître que ce sont les classes pauvres qui fournissent le plus grand nombre de cas d'aliénation mentale.

En quinze ans, de 1859 à 1873, la proportion par mille indigents des aliénés pauvres s'élève de 3.66 à 5.93, c'est-à-dire a presque doublé.

Les causes véritables de la folie résident, d'après M. Tuke, dans les excès corporels rendus plus faciles par l'élévation des salaires, peut-être aussi dans l'inégale répartition de ces salaires, la rémunération exagérée de certains travailleurs amenant la misère des autres. On ne doit pas oublier, en effet, que la misère est un élément important dans l'étiologie des maladies mentales. Dans la malheureuse Irlande, le nombre des aliénés s'est accru d'un tiers de 1846 à 1861, pendant que le chiffre de la population a baissé de trois millions dans la même période ! Le moyen de combattre ce mal terrible est indiqué dans un récent discours de M. Coxe (*que nous avons résumé dans l'avant-dernier numéro*), c'est l'éducation morale, intellectuelle et physique de l'enfant.

Ce discours instructif se termine par quelques réflexions sur l'amélioration possible du traitement des aliénés, déjà si avantageusement modifié par une thérapeutique en progrès et le système du *non-restraint*.

On sait qu'il existe en Angleterre sept genres d'institutions destinées au traitement de l'aliénation mentale. Dans un tableau se trouvent notées, année par année, les proportions, sur cent admissions, des guérisons obtenues dans ces divers établissements de 1859 à 1872.

En les classant par ordre de succès, nous trouvons : les hôpitaux enregistrés, les asiles des comtés et des bourgs, les maisons autorisées de la province, les maisons autorisées de la métropole, les hôpitaux (naval et militaire avec l'asile royal de l'Inde), les asiles criminels, les malades soignés isolément.

La moyenne des guérisons pendant ces quatorze ans a atteint le chiffre important de 35 pour les asiles de comté, de 38 pour cent pour les hôpitaux enregistrés.

L'avantage en faveur de ces derniers s'explique, d'après le docteur Tuke, par le plus grand nombre de malades des classes aisées qu'ils renferment, nouvelle preuve, dit-il, du rapport intime qui existe entre la pauvreté et la folie.

Ces deux genres d'établissements sont les mieux organisés, et ceux qui donnent les meilleurs résultats ; aussi, qu'il ne soit pas question de changer leur caractère ni de colonies à l'instar de Gheel... Il serait utile néanmoins de pouvoir expliquer les différences constatées dans les divers asiles publics. Ainsi, tandis que la moyenne générale des guérisons est de 35 p. 100, comme on vient de le voir, un asile à 55 guérisons tandis qu'un autre n'en a que 28. Il y a certainement quelque chose à faire pour perfectionner les asiles qui sont demeurés inférieurs aux autres.

Les asiles privés donnent en apparence moins de succès que les autres établissements, mais on ne doit pas se presser de conclure. Dans cette statistique sont groupés au hasard des asiles privés d'importance très-différente. Quelques-uns n'ont pas de médecins, d'autres reçoivent un grand nombre d'aliénés indigents. Une classification mieux faite de ces asiles en donnerait certainement une meilleure opinion, surtout si les familles riches comprenaient la nécessité d'isoler leurs malades de bonne heure. Aussi, lord Shaftesbury disait, en 1859, à la Chambre des Communes : « Du fond de mon cœur, j'engagerais toute personne, dont un des membres de la famille aurait été affligée par la Providence de la perte de la raison, de l'envoyer dans un asile privé ; si ma femme ou ma fille était dans cette triste situation, je ne pourrais la garder dans ma propre maison, sous mes yeux, je la placerais dans un asile privé, *un bon asile privé.* » Et dans son rapport il donne pour raison qu'il se trouve parmi ces établissement, quelques exemples extrêmement remarquables de parfaite tenue, de confort, etc., etc.

Cela démontre que les asiles privés, ainsi que les asiles publics varient quant à leur mode de traitement et à la somme de leurs guérisons.

En ce qui concerne les malades soignés hors des asiles (maisons de particuliers), les recherches des inspecteurs démontrent qu'il y a à peine une guérison sur dix admissions.

L'orateur émet ici l'opinion que la diminution dans le nombre des aliénés des classes supérieures, serait due à une meil-

leure notion du diagnostic qui permet de reconnaître et de traiter plus promptement l'affection ; sans compter que les remèdes sont aujourd'hui plus nombreux et mieux étudiés dans leur action.

D'ailleurs, dit-il en terminant : « La science sanitaire a également beaucoup gagné; l'entraînement du système musculaire de nos jeunes gens, aujourd'hui si universel, a produit un grand bien. D'un autre côté, notre pays pendant ces dix dernières années, a été complétement à l'abri de ces influences perturbatrices qui agissent aussi fâcheusement sur les forces intellectuelles de toute une nation que sur les individus, et une plus large propagation de l'éducation a préparé l'esprit non-seulement à combattre contre des maux imaginaires, mais encore à supporter avec patience ceux qui sont réels et inévitables. »

2° Le Dr David Skae, chargé d'un cours sur les maladies mentales au « Morisonian College », à Edimbourg, est décédé en 1873. Le Dr S. Clouston, son successeur dans cette chaire, a publié ce cours, distribué en six leçons, et a même arrangé les trois dernières pendant la maladie de l'auteur sur ses indications et d'après son plan.

Le sujet choisi par le Dr Skae était l'exposition de son système de classification des diverses formes de dérangement mental, son principal ouvrage à ses yeux et auquel il attachait la plus grande importance ; chaque variété, selon lui, étant entièrement bien venue et définie, et rendue parfaitement reconnaissable pour tout homme compétent la rencontrant dans sa pratique. D'après le Dr Clouston, aucun système n'est plus utile pour le spécialiste. C'est l'exclusion de tout ce qui est mental et psychique lié à la folie. On peut l'appeler un principe de négation, mais il n'en est pas moins le principe le plus important qui ait jamais été adopté dans cette branche de l'art médical. Tout caractère frappant, pourvu qu'il soit d'ordre somatique, se rapportant aux symptômes ou à la pathologie, mais avant tout aux causes, a été saisi et mis en œuvre pour désigner quelque variété de l'aliénation mentale. Le résultat est que, quant au traitement et au pronostic, la classification du Dr Skae est d'une secours incontestable pour chaque cas que l'aliéniste a sous les yeux.

Le Dr Skae ajoute qu'il eut la preuve de la supériorité de ce système lorsqu'il fut mis en demeure de répondre à cette

question : Quels cas de folie doit-on envoyer dans les asiles? Il passe brièvement en revue les classifications de Cullen, d'Arnold, d'Henrich, de Pinel et d'Esquirol pour en montrer l'insuffisance. Il est entièrement certain, dit-il, que jusqu'au jour où nous connaîtrons précisément l'état des cellules cérébrales qui fait qu'une femme est agitée, violente, sans sommeil, qu'elle se méprend sur l'identité des personnes qui l'entourent, qu'elle oublie l'enfant qu'elle allaite, nous aurons grand avantage, tant pour le traitement que pour le pronostic du cas en question, à l'appeler « *folie puerpérale* »; l'état puerpéral étant, somme toute, la plus importante condition de l'économie liée avec ce cas. C'est là le principe réel de la classification du Dr Skae, principe essentiellement, quoique non entièrement, étiologique.

Dans cette première leçon, le Dr Skae expose les motifs qui l'ont déterminé à combiner et à proposer sa nomenclature. Nous l'avons déjà indiquée dans de précédentes analyses, mais il n'est pas sans doute inutile de la reproduire ici. Elle contient trente-trois variétés et même trente-quatre en y comprenant la folie idiopathique.

1 Folie épileptique.
2 — de puberté.
3 — de masturbation.
4 Satyriasis.
5 Nymphomanie.
6 Folie hystérique.
7 — aménorrhéique.
8 — post-connubiale.
9 — puerpérale.
10 — d'allaitement.
11 — de gestation.
12 — climatérique.
13 — ovarique.
14 — hypocondriaque.
15 — sénile.
16 — phthisique.
17 — métastatique.
18 — traumatique.
19 — rhumatismale.
20 — goutteuse.
21 — syphilitique.
22 Delirium tremens.

23 Dipsomanie.
24 Folie alcoolique.
25 — paludéenne.
26 — pellagreuse.
27 — post-fébrile.
28 — oxalurique ou phosphaturique.
29 — anémique.
30 — choréique.
31 — paralytique.
32 — par maladie du cerveau.
33 — héréditaire de l'adolescence.
34 — idiopathique { sthénique. / asthénique.

Le professeur expose que, selon lui, tous les cas de pure folie idiopathique reconnaissent pour point de départ des causes mentales, morales, lesquelles sont suivies d'insomnie prolongée, d'une activité incessante de l'esprit, jusqu'à ce que l'épuisement du tissu cérébral cesse de se réparer convenablement ; d'où, la folie.

Cette forme avait déjà été adoptée par Morel et Van der Kolk, mais c'est pour quelques critiques, un lieu de refuge commode pour y emmagasiner toutes les formes de dérangement mental qui ne peuvent se classer dans un des ordres précédents, et le Dr Maudsley, par exemple, craint que le nombre n'en soit considérable ; mais le Dr Skae ne partage pas cette opinion.

Les Drs Blandfort et Maudsley ont objecté encore que l'auteur n'a pas tenu suffisamment compte de la teinte héréditaire comme liée à la folie. Le Dr Skae répond que ce n'est là ni une cause pathologique ni une cause excitante ; c'est uniquement une prédisposition à la maladie, prédisposition à laquelle nul plus que lui, toutefois, n'attache d'importance pour sa fréquence et les modifications profondes qu'elle imprime à la forme de la folie.

Le Dr Mitchell et surtout le Dr Blandfort, se sont efforcés de prouver que l'adoption de cette classification ne dispenserait pas de conserver les anciens termes de Pinel et d'Esquirol : manie, monomanie, démence, etc., etc. L'auteur en convient très-volontiers ; il a toujours décrit ces états au début de ses cours, mais il ne les retient que comme indiquant différentes classes de symptômes, ainsi qu'il décrirait une respiration fréquente, pénible, irrégulière, lente, ou l'hy-

dropisie, ou les palpitations du cœur, non comme des maladies, mais de purs symptômes. Il rappelle également qu'il a indiqué que ces symptômes maniaques étaient généralement précédés par certains signes avant-coureurs; qu'il a tracé leurs progrès généraux, la moyenne de leur durée, leur terminaison et tous les symptômes somatiques ainsi que les actes dégradants qui les accompagnent. A cette occasion, il fut, dit-il, un des premiers, sinon le premier, à signaler ce fait important : que l'on peut observer tous les degrés de l'excitation maniaque sans aucune lésion intellectuelle, les passions et les émotions étant uniquement excitées.

Cette variété appartient à ce que Pinel a appelé *folie raisonnante*, et Pritchard *folie morale*.....

Cette leçon se termine par la classification des diverses variétés de l'idiotie, classification que le professeur emprunte au Dr Ireland et qui est basée sur les mêmes principes étiologiques que ceux qui ont servi à former le tableau des affections mentales.

Quoique cette classification soit déjà connue des lecteurs des *Annales*, nous la reproduisons ici pour compléter et rapprocher l'ensemble du système du Dr Skae.

1 Idiotie hydrocéphalique.
2 — éclamptique.
3 — épileptique.
4 — paralytique.
5 — inflammatoire.
6 — traumatique.
7 — microcéphalique.
8 — congénitale.
9 — crétinienne.
10 — par défaut, c'est-à-dire par le manque d'un, de deux sens ou plus.

3° L'aliénation mentale peut-elle être modifiée par l'application des courants électriques? C'est ce qu'affirme aujourd'hui M. George Beard, de New-York. Notre confrère d'Amérique avoue bien que son idée n'est pas universellement adoptée par le monde médical, et que si l'emploi de l'électricité a trouvé des partisans pour le traitement de certaines affections nerveuses, elle a peu d'adeptes quand il s'agit de combattre des conceptions délirantes. Il paraît toutefois qu'on a tort de

la dédaigner et qu'il serait à désirer que le praticien se familiarisât mieux avec le maniement de cet agent.

Il en appelle au docteur Bryce, directeur de l'asile de l'Alabama, qui emploie systématiquement les courants électriques depuis trois ans, sur les indications de l'auteur de ce mémoire, et qui considère ce mode de traitement comme indispensable dans certaines formes de la manie hystérique, dans la démence primitive et la névro-asthénie.

Le docteur A. H. Newth, de l'asile du comté de Sussex, a eu à se louer aussi de l'emploi des courants galvaniques chez les aliénés.

Les premiers pas ne sont généralement pas heureux, ainsi qu'il arrive du reste dans le traitement d'autres affections, parce que le médecin manque d'expérience, qu'il n'est pas suffisamment instruit sur le maniement des batteries, sur l'action des courants, l'influence de l'électricité sur l'économie ; en un mot, *il ne sait pas*. Il faut que le médecin arrive à posséder, suivant l'expression de M. Beard, la *routine* de ses opérations et qu'il soit à même d'appliquer sans hésiter, sans tâtonner, la méthode voulue dans les divers cas qui se présentent.

Voici d'ailleurs quelques réflexions bonnes à lire, pour ceux qui voudraient s'adonner à cette thérapeutique, à laquelle du reste quelques-uns de nos confrères français ont eu recours et que l'auteur ne cite pas :

1° Sous quelle forme qu'on l'emploie, franklinique, galvanique ou faradique, l'électricité agit *comme un tonique stimulant, et possède en outre une action sédative puissante*. C'est un agent qui modifie avantageusement la nutrition et qui se trouve indiqué toutes les fois que la nutrition locale ou générale doit être améliorée.

Ses effets sont d'emblée stimulants et sédatifs. L'application locale modifie la nutrition de la région électrisée et les régions éloignées par action réflexe. Les applications sur le système nerveux central améliorent la nutrition des centres nerveux ; les applications générales améliorent la nutrition de tout le système, central et périphérique. On ne doit donc pas confondre l'électricité avec un stimulant ordinaire.

2° Le cerveau n'est pas le seul organe affecté dans l'aliénation mentale ; sans parler des désordres viscéraux qui donnent lieu à la folie sympathique où les lésions cérébrales sont secondaires, nous savons que la moelle et les diverses parties

du système nerveux central et périphérique reçoivent le contre-coup de la maladie cérébrale. Le cerveau et la moelle, dans certains cas, sont simultanément atteints et la nutrition générale de l'individu se ressent de l'affection des centres nerveux. Il faut donc bien savoir qu'il ne suffit pas de galvaniser le cerveau seul.

M. Beard applique le courant galvanique sur tout le système nerveux central par sa méthode de galvanisation centrale. Cette méthode a été exposée par son inventeur dans le *New-York medical journal* (octobre 1872). Dans les cas de débilité extrême et d'épuisement nerveux, la galvanisation centrale est alternée avec la faradisation générale.

3° Les premiers essais se feront avec douceur, la force du courant et la durée de son application seront progressivement augmentées.

La susceptibilité à l'électricité varie souvent d'une manière surprenante chez les individus à l'état de santé, la maladie peut donc aussi la modifier; néanmoins, c'est le tempérament de l'aliéné plutôt que l'affection mentale qui détermine cette susceptibilité. Les premières applications seront donc faites en étudiant avec soin l'idiosyncrasie du malade ; et l'on n'aura recours que par la suite à l'emploi de forts courants. Chez un petit nombre d'individus, le tempérament ou l'acuité des symptômes qu'ils présentent constitue une contre-indication formelle au traitement.

La physionomie du malade n'apprend pas s'il est apte ou non à supporter les courants électriques. Il faudra toujours le mettre à l'épreuve pour s'en assurer.

Ils peuvent être employés dans presque toutes les formes d'aliénation mentale, mais ils sont surtout indiqués quand on veut obtenir un effet sédatif ou tonique. M. Beard les préconise dans la folie hystérique, la manie et la mélancolie dépendant d'un changement de vie. Le Dr Bryce ajoute à ces affections la démence primitive.

Cette courte note est complétée par quelques conseils touchant le *modus faciendi* :

1° Ne pas tenter beaucoup d'essais à la fois. Deux malades traités avec soin pendant plusieurs semaines formeront mieux le praticien qu'une centaine de sujets qui, traités imparfaitement, ne seront pas améliorés et le décourageront au début de ses expériences. Plus tard, quand il sera plus habile, il pourra étendre le champ de ses opérations.

2° Ne pas juger cette méthode thérapeutique par ses résultats extrêmes, guérison ou insuccès. Comme tous les remèdes, l'électricité a ses triomphes et ses revers et un malade peut être amélioré sans donner une entière satisfaction à son médecin. Il ne doit jamais se laisser griser par une première victoire ou décourager par un premier échec.

3° Se bien garder d'apprécier l'électricité d'après ses effets immédiats, mais noter soigneusement les effets permanents observés après des semaines et des mois d'épreuve.

On prendra le pouls avant et après la séance d'électrisation et on notera avec soin ses états. La température, l'expression et l'attitude du malade feront aussi l'objet d'une observation régulière. On sera constant dans l'application ; tel sujet qui paraît rebelle au début peut dans la suite ressentir de bons effets. Quand la première épreuve est mal supportée, on diminue la force du courant et on procède avec une grande prudence, car il faut parfois du temps pour amener une tolérance nécessaire.

4° Nous donnons en substance les cinq observations d'idiotie publiées par M. Ireland. Elles offrent un grand intérêt, par les examens nécropsiques dont elles sont complétées. L'ouverture des corps a été faite avec le plus grand soin par les docteurs Ireland et Fr. Skae. La dernière observation est augmentée d'une analyse microscopique du tissu cérébral due à M. Batty Tuke.

*Première observation.*

F. Q..., garçon de treize ans, le plus jeune de trois enfants. Lorsqu'il est né, sa mère avait quarante-deux ans, son père quarante et un ans. L'accouchement fut rapide mais rien ne porte à croire qu'il fut prématuré. On croit que F. Q... fut idiot de naissance. Il commença à marcher à trois ans. Il avait une bronchite chronique, en voie d'amélioration après son entrée.

Physionomie sans expression, visage étrange, traits flasques. Taille, trois pieds huit pouces. Souffle à la base du cœur au premier temps. Pouls faible, extrémités froides. Doigts en massue.

Dimension de la tête :

| | |
|---|---|
| Ligne glabello-occipitale. . . . . | 26 1/2 cent. |
| Circonférence . . . . . | 48 — |
| D'un trajet à l'autre, passant par le vertex. . . . . | 32 — |
| | 106 1/2 cent. |

Palais non voûté, oreilles minces.

Paraît avoir l'intégrité de ses sens. Flaire ses aliments. Prononce quelques mots quand il est excité. Se sert d'une cuiller. Peut saisir un objet. Sait faire un nœud et boutonner ses habits. Caractère sauvage et obstiné. Avait avant son entrée des habitudes vagabondes. Son éducation a été négligée à l'asile à cause de l'aggravation de sa santé physique. Il a appris à faire des colliers et un peu à tricoter. Il est pris d'accidents thoraciques graves et succombe dans le marasme. A eu des hallucinations avant de mourir.

*Autopsie*. On constate des infiltrations tuberculeuses dans tous les viscères.

L'examen de la tête présente les particularités suivantes :

Dure-mère fortement adhérente à la partie postérieure des hémisphères, au-dessus de la bosse occipitale ; trois onces de sérosité à la base du crâne. Pie-mère adhérente des deux côtés, au-dessus de la région du vertex.

Poids des diverses parties du cerveau :

| | | |
|---|---|---|
| Encéphale. . . . . | 36 $\frac{3}{4}$ | onces. |
| Cerveau. . . . . | 32 $\frac{3}{4}$ | — |
| Cervelet, point de Varole et moelle allongée. . . . . | 4 | — |

Circonvolutions larges et simples, mais assez profondes, non symétriques. Substance grise d'une épaisseur normale. Du côté gauche, les circonvolutions de l'insula sont remplacées par une seule circonvolution, large d'un demi-pouce, allant du centre à la circonférence. Du côté droit, on trouve deux circonvolutions au point correspondant. La voûte du quatrième ventricule paraît d'une ampleur anormale.

Cet enfant a eu vraisemblablement une méningite avant ou après sa naissance et la nutrition du cerveau a été désormais entravée. Le mutisme doit être attribué au peu de développement de l'intelligence.

*Deuxième observation.*

K. U..., âgé de dix ans, le plus jeune de trois enfants ; rien dans sa naissance et sa famille ne peut jeter quelque lumière sur sa maladie. Il paraîtrait qu'à l'âge de huit mois il fut frappé de paralysie. Depuis cette époque il est devenu chétif.

Dimensions de la tête (1871) :

| | | |
|---|---|---|
| Ligne glabello-occipitale. . . . . | 31 1/2 | cent. |
| Circonférence. . . . . | 51 | — |
| Transverse. . . . . | 33 | — |

Paralysie incomplète du bras et de la jambe gauches. Paralysie légère de la face, à droite. Ecoulement de salive du côté droit de la face. Ne peut prononcer la lettre K. La prononciation du G est imparfaite. La voix présente un tremblement caractéristique et le sens du langage paraît échapper au contrôle cérébral. Dans la prononciation du K, la luette est entraînée du côté opposé à la paralysie des membres. La sensibilité est obtuse du côté gauche, tant aux impressions ordinaires qu'à l'excitation électrique. Il peut se servir d'une cuiller et saisir les objets de la main droite. Pendant un séjour de trois mois cet enfant s'est amélioré. Le côté paralysé recouvre en partie le mouvement et le sentiment, la main droite acquiert une certaine habileté. L'enfant peut écrire sur l'ardoise le demi-gros, mais ne peut jamais s'habiller tout à fait. La marche se perfectionne. Développement remarquable des facultés mentales; commence à lire. Acquiert quelques notions de calcul et de géographie et montre une grande ardeur pour l'étude.

Emporté rapidement (en cinq jours) par des accidents thoraciques graves.

*Autopsie.* Lésions de la broncho-pneumonie avec des tubercules miliaires dans les poumons et les reins.

Poids des diverses parties du cerveau :

| | | |
|---|---|---|
| Encéphale. . . . . | 48 | onces. |
| Cerveau. . . . . | 42 | — |
| Cervelet, moelle allongée et protubérance | 6 | — |

Os du crâne minces ; sutures ouvertes. Hémisphères cérébraux aplatis. Substance grise pâle. Sérosité abondante dans les ventricules latéraux. La voûte du ventricule gauche présente, au-dessus de l'angle postérieur, une masse de ramollissement blanc de la grosseur d'une noix. Pas de traces de foyer apoplectique. Dépôts tuberculeux sur le trajet de l'artère cérébrale moyenne.

*Troisième observation.*

J. G..., âgé de quarante-six ans, passe pour idiot de naissance. La parole est facile. La constitution bonne. Il a gagné sa vie pendant quelque temps en portant les paquets du chemin de fer. Plus tard il entre dans le quartier des aliénés d'une *poor-house*. Puis, atteint de carie du pied, il est transféré à l'asile de Stirling, où il est amputé et meurt quelques mois après d'une pleurésie.

*Autopsie.* Epanchement dans la plèvre. Poumons refoulés, contenant une petite quantité de pigment, congestionnés. Rate hypertrophiée pesant 12 1/2 onces. Foie gras. Péritoine tuberculeux. Reins lobulés, comme ceux d'un nouveau-né, gras en apparence. Le rein droit pèse 6 onces, le gauche, 6 1/2.

Dimensions de la tête :

| | | |
|---|---|---|
| Ligne glabello-occipitale. . . . . | 13 | pouces. |
| Circonférence.. . . . . | 22 | — |

Crâne épais et dur.

Poids des diverses parties de l'encéphale :

| | | |
|---|---|---|
| Encéphale. . . . . | 52 | onces. |
| Cerveau.. . . . . | 44 1/2 | — |
| Cervelet, protubérance et moelle allongée. . . . . | 7 1/2 | — |

Circonvolutions simples. Rien d'anormal dans le cerveau si ce n'est le peu de développement des tubercules quadrijumeaux.

Ce cas est un de ceux où l'état des centres nerveux ne rend pas compte des symptômes observés pendant la vie.

*Quatrième observation.*

A. L... Envoyé sans renseignements complets à Stirling. D'après les certificats qui l'accompagnent, il est plongé depuis deux ans dans un état de profonde hébétude. Entré en juin 1871. Il semble avoir quelque notion de ce qui l'entoure et donne des signes de frayeur. En août, il est soumis à l'observation du Dr Ireland, qui lui reconnaît l'intelligence d'un nouveau-né (*intelligence passive* de l'auteur). Sensible aux impressions extérieures, mais incapable de lier deux idées et d'en garder le souvenir. Il n'entend pas les sons, mais paraît distinguer la lumière. Il est porteur d'eschares et pousse des plaintes au moment du pansement. Il ne s'est jamais servi de ses mains ; on l'alimente à la cuiller. Il n'a jamais changé volontairement de position. Les genoux sont appuyés contre la poitrine et les avant-bras sont fléchis sur les bras. Il a vécu ainsi d'une vie végétative pendant plusieurs mois.

*Autopsie.* Taille de quatre pieds huit pouces. Le tour du thorax a deux pieds un pouce. Traits réguliers, nullement désagréables. Reins granuleux.

Dimensions de la tête :

| | | |
|---|---|---|
| Ligne glabello-occipitale. . . . . | 34 1/2 | cent. |
| Circonférence. . . . . | 50 | — |
| Transverse. . . . . | 30 1/2 | — |

Deux onces de sérosité s'écoulent à l'ouverture du crâne, notamment de la partie frontale des hémisphères. Les ventricules en contiennent sept onces. Induration de la substance cérébrale, artères cérébrales antérieures athéromateuses. C'est un cas remarquable d'hydrocéphalie chronique interne et externe, où le volume et la forme de la tête n'ont subi aucune modification.

*Cinquième observation.*

K. I..., âgé de seize ans. Parle et lit un peu. A marché à dix-huit mois et a commencé à parler à l'âge ordinaire. Il résulte des renseignements fournis qu'il est imbécile depuis sa cinquième année. Il eut à cette époque une fièvre gastrique.

Il paraît toutefois idiot de naissance. Lèvre inférieure épaisse et pendante. Face rouge, tournant au pourpre sous l'influence de la colère. Palais en forme de quille de vaisseau, dents mauvaises et mal implantées. Vingt-huit dents paraissent sorties, mais beaucoup sont tombées. Tête petite. La constitution physique est bonne. Les sens paraissent intacts. Il s'est amélioré à l'asile où il se rend utile. Il aime à s'instruire et a le sentiment de ses devoirs, mais il est irascible et querelleur. Son intelligence s'est assez perfectionnée pour qu'il puisse lire le Nouveau-Testament et faire des calculs faciles.

Atteint d'une pleurésie le 24 décembre, il est emporté par des accidents méningitiques, la mort a eu lieu le 2 janvier. Il avait eu des hallucinations de la vue dans les derniers jours.

*Autopsie*. La poitrine a des adhérences pleurales à gauche et contient seulement une once de sérosité.

Dimension de la tête :

| | | |
|---|---|---|
| Ligne glabello-occipitale. . . . . | 33 | cent. |
| Circonférence. . . . . | 51 1/2 | — |
| Transverse. . . . . | 33 | — |
| | 117 1/2 | |

Oblitération presque complète des sutures à l'extérieur, à l'intérieur, elles sont à peine apparentes.

La grande aile droite du sphénoïde est plus large que la gauche. L'aile gauche, quoique plus courte, décrit un segment de cercle plus grand que la droite. La cavité dont l'aile du sphénoïde forme le bord supérieur est plus grande à droite. Le golfe de la veine jugulaire est deux fois plus grand du même côté. La portion basilaire de l'occipital descend sous un angle anormalement aigu vers le trou occipital.

L'arachnoïde n'est pas adhérente, mais contient une petite quantité de sérosité jaunâtre. Au niveau des tubercules mamillaires et des bandelettes optiques elle est épaissie et opaque, la pie-mère est congestionnée et d'une teinte rouge uniforme.

Les circonvolutions sont simples, d'aspect normal. La substance grise est pâle. L'œil nu peut y distinguer cinq feuillets. L'insula de Reil du côté gauche ne présente pas de circonvolutions.

Poids des diverses parties de l'encéphale :

| | |
|---|---|
| Encéphale. . . . . | 35 1/2 onces. |
| Cerveau . . . . . | 30 3/4 — |
| Cervelet, protubérance, moelle allongée | 4 3 4 — |

Examen microscopique de la pulpe cérébrale :

1° Considérables dépôts d'exsudat ;

2° Epaississement considérable de la tunique musculaire des vaisseaux ;

3° Epaississement de la pie-mère et dépôts de lymphe ;

4° Corps colloïdes disséminés ;

5° Raréfaction des cellules nerveuses ;

6° Quelques cristaux de phosphate de chaux dans la substance cérébrale.

On doit négliger dans cette observation les lésions récentes, résultant de la pleurésie et de la méningite, et considérer la déformation du crâne, décrite soigneusement par notre confrère, comme cause de la dégénérescence des facultés. En effet, les dimensions de la tête et le poids de l'encéphale sont ceux d'un enfant de quatre ans environ, et c'est justement à cet âge que le sujet de l'observation a été atteint d'une fièvre typhoïde, d'après les renseignements fournis par les parents. A cette époque, l'inflammation des méninges aurait amené la synostose des sutures, à l'exception de la sphéno-temporale

qui serait restée ouverte un peu plus longtemps, ce qui aurait permis aux circonvolutions susjacentes de prendre un peu d'accroissement.

Toutefois M. Ireland fait ses réserves sur la véracité des indications données par la famille, à cause du palais en voûte et du mauvais état de la denture qui le porteraient à admettre un état congénital.

Le Dr Ireland termine son travail par quelques considérations ur la déformité de la voûte du palais si fréquente chez les idiots et sur leur dentition.

Il a trouvé la voûte du palais déformée trente-sept fois sur quatre-vingt-six cas qu'il a observés dans son établissement et parmi les idiots qui ne présentaient rien d'anormal à cet égard, beaucoup n'étaient pas idiots de naissance.

Souvent la voussure (forme de carène de navire, de selle vue en-dessous, etc., etc.), est limitée à la moitié postérieure ou aux trois quarts du palais, et alors le développement de la formation alvéolaire n'est pas enrayé ; mais les idiots congénitaux ont très-souvent les dents d'une forme anormale, irrégulièrement placées, avec tendance à tomber de bonne heure. Cela est surtout le cas pour la mâchoire supérieure. Sur les 37 individus dont la voûte du palais était en arc, 11 avaient de bonnes dents, 21 avaient beaucoup de dents gâtées ou déformées ; les cinq autres quelques dents altérées.

Chez les crétins, également, les dents sont généralement mauvaises et Morel a proposé d'établir une distinction entre le crétinisme et l'idiotie sporadique dans la lenteur, chez les crétins, de l'apparition de la seconde dentition ; mais les idiots aussi ont souvent une seconde dentition très-tardive.

Comme leurs dents s'altèrent très-facilement, il est rare de rencontrer l'ensemble des 28, et les dents de sagesse en général ne poussent jamais. Le plus souvent les dents commencent à tomber deux ou trois ans après leur apparition ; on voit parfois trois ou quatre dents tomber en peu de mois. Les gencives se gonflent, deviennent purulentes et néanmoins cette altération ne semble pas occasionner beaucoup de douleur.

Le Dr Ireland ne trouve pas d'explication suffisante à cette fréquence de l'altération des dents chez les idiots, et d'après ce qu'il a remarqué, les aliénés n'ont pas les dents moins saines que les individus des classes auxquelles ils appartiennent.

Une singulière remarque accompagne ce travail ; elle se rapporte à la fréquence de l'altération de la dentition chez le peuple américain, et à l'observation faite par les dentistes de ce pays, notamment le Dr Coffin, qui a publié un mémoire sur la « *contraction alvéolaire* » qui, suivant lui, se montre de plus en plus fréquente chez ses concitoyens, ce qui lui fait pousser un cri d'alarme. Ce changement, dit-il, est une tendance à la contraction des alvéoles, surtout du maxillaire supérieur avec l'élévation, la voussure et le rétrécissement de la voûte palatine, diminution dans les dimensions des sinus maxillaires et contraction des sinus et des fosses nasales et des cornets. Cela donne à la face quelque chose de l'angle aigu, du prognathisme, et amène un rapprochement considérable de la canine des petites et même des grosses molaires. La mastication, le langage, la beauté du visage s'en ressentent, et les caries, les névralgies dentaires augmentent de fréquence...

Pour en revenir à l'idiotie, le Dr Ireland partage l'opinion du Dr Wilbur (rapport sur l'asile d'Albany, 1870), en ce qui concerne la mort de ceux qui en sont atteints. Pour lui, la fin arrive de l'une de ces deux manières : « Quand l'idiotie est le résultat d'une maladie développée pendant l'enfance, la mort survient à la fin par un retour de l'affection, dans l'organe ou la partie originairement affectée, quel que soit le caractère de la maladie finale à son début. Par contre, lorsqu'il y a défaut ou infirmité congénitale de l'encéphale, ou du système nerveux, le sujet succombe à la fin par la défaillance de la force vitale aux époques critiques de l'existence. »

5° L'ingénieuse théorie du docteur Hughlings Jackson sur la production de l'épilepsie, est vivement combattue par M. Thompson Dickson qui, après en avoir fait ressortir les points faibles, vient proposer à son tour une explication nouvelle des phénomènes convulsifs.

On sait comment M. Jackson comprend l'épilepsie : « La » fonction de toute matière organisée, dit-il, est d'emmaga- » siner et de dépenser de la force. C'est par excellence la » fonction du système nerveux. Elle ne peut s'altérer par la » maladie que de deux manières. On peut avoir ou une perte » de la fonction, ou une suractivité de la fonction. Dans le » premier cas, le tissu nerveux cesse d'emmagasiner, et con- » séquemment de dépenser de la force. Dans le second cas la

» force nerveuse est produite et dépensée en plus grande » abondance. — Le tissu nerveux est *instable* à un haut » degré. »

Plus loin le Dr Jackson ajoute — : « Considérée comme » paroxysme, l'épilepsie est une soudaine, excessive et rapide » décharge de la substance grise d'une certaine portion de » cerveau, une décharge locale.

» Au point de vue de l'altération fonctionnelle, l'épilepsie » résulte de la nutrition anormale de la substance grise, qui » acquiert à un moment donné une tension élevée et un » équilibre instable ; alors, se produit une explosion. » C'est comme on le voit, une assimilation complète avec la bouteille de Leyde.

Le professeur Herbert Spencer regarde les mouvements désordonnés qui, dans l'état de santé, suivent le réveil, l'éternument, certains actes réflexes, comme des décharges du cerveau. M. Jackson adopte les mêmes vues et regarde ces phénomènes comme une sorte *d'épilepsie normale*, l'épilepsie véritable étant la manifestation pathologique des mêmes faits, rendus plus fréquents et plus accentués par l'instabilité morbide du tissu nerveux.

Cette interprétation des convulsions épileptiques, toute ingénieuse qu'elle est, ne résiste pas à une critique sérieuse.

La théorie du docteur Jackson assimile le cerveau à une source d'électricité, les cellules cérébrales étant le réceptacle où s'accumule le fluide. Cette comparaison n'est pas soutenable. En admettant l'existence d'un appareil galvanique cérébral, tout au plus pourrait-on le comparer à l'appareil électrique de la torpille ; mais un grossier examen suffit pour s'assurer qu'il n'y a entre le cerveau et l'appareil de la torpille aucune analogie de structure : les courants cérébraux dont l'aiguille du galvanomètre révèle l'existence sont simplement des courants thermo-électriques.

Le Dr Thompson Dickson ne croit pas non plus qu'on puisse voir aucun rapport entre les phénomènes réflexes et l'épilepsie. Les contractions observées chez l'animal qui s'éveille ne sont pas tout à fait involontaires, mais sont développées par le besoin qu'il éprouve de changer de position. Il ne viendra à l'esprit de personne de considérer l'éternument comme une épilepsie *en santé*. A ce compte, tout le monde serait épileptique.

Un autre fait, rappelé par Galvani et vérifié par Nioli, doit

faire renoncer à l'idée des décharges cérébrales. Pendant la contraction musculaire, le courant du nerf est dirigé, non du cerveau vers le muscle, mais du muscle vers le cerveau.

Comme tous les tissus de l'économie, le tissu nerveux s'use et se répare. Il est le siége de modifications moléculaires incessantes, qui sont surtout chimiques et si uniformes qu'elles varient à peine avec la rapidité du courant sanguin. Dans l'attaque d'épilepsie, l'état du cerveau ne change pas ; c'est dans le système musculaire que se passe toute manifestation violente. Si le cerveau était le siége de décharges explosives, il serait broyé, et la mort arriverait infailliblement.

L'auteur passe ensuite à l'exposition de ses idées sur le mal caduc.

Il établit d'abord deux points importants : 1° l'épilepsie a son point de départ à la substance cérébrale ; 2° l'anémie est la condition essentielle de toute épilepsie. Cette manière de voir, que l'auteur partage avec Kusmaul et Tenner, n'est pas universellement adoptée, mais elle est indispensable à la nouvelle théorie. La pâleur associée à l'invasion de l'épilepsie, qui va de pair avec l'anémie cérébrale, a été notée par tous les observateurs cliniciens de notre époque, pâleur sur laquelle J. Falret et Trousseau ont insisté.

Pour le Dr Dickson, l'anémie produite est un phénomène musculaire. Elle est le résultat de la contraction des fibres lisses des vaisseaux au cerveau, et elle a pour conséquence la perte de connaissance.

Ces prémisses posées, il aborde l'étude du principal phénomène, la convulsion. L'article que nous avons sous les yeux a pour titre : « *Les fonctions du cerveau et du muscle.* » Il indique déjà que le système musculaire va jouer un rôle prépondérant dans la production de l'épilepsie. En effet, toute la théorie de M. Thompson Dickson est contenue dans cette phrase de son mémoire. « La fonction du muscle est contraction et mouvement, et lorsque les muscles sont parfaitement normaux, ils doivent, s'ils ne sont pas soumis à un contrôle, accomplir leur fonction spontanément, et doivent continuer à l'accomplir sans interruption, jusqu'à ce que leur énergie soit épuisée. »

L'enfant et les animaux se livrent, au moment de leur naissance, à des mouvements spontanés. Ces mouvements échappent au contrôle cérébral. Ils sont perçus, appréciés par le cerveau qui en prend connaissance ; alors, du plaisir ou de la

sensation éprouvés, naît « la volonté ». Il est même probable que les pensées qui se rattachent à ces mouvements sont le résultat de cette éducation. A l'appui de cette hypothèse hardie qui fait du mouvement l'origine de toute notion, le Dr Dickson cite l'exemple de l'aphasie, où la destruction du siége cérébral de la parole supprime non-seulement l'articulation des mots, mais encore la mémoire des mots. Et cette mémoire n'est pas recouvrée à moins que l'autre hémisphère ne soit soumis à son tour à une éducation complémentaire.

Le cerveau a donc pour fonction spéciale de contrôler, de régler les mouvements des muscles chez l'homme en santé. Toute cause qui altère sa nutrition n'augmente pas la force nerveuse comme le fait croire l'hypothèse des décharges électriques. L'altération de la nutrition cérébrale amène l'altération de son tissu, qui subit les dégénérescences amyloïde, calcaire, graisseuse. Le cerveau ne saurait en tirer un surcroît d'activité. Il est plus naturel de supposer que le résultat définitif sera l'anémie cérébrale, qui privera les cellules cérébrales de leur pouvoir de contrôlé.

Les convulsions qu'on observe chez un décapité sont dues à la privation du contrôle cérébral, le muscle sain et bien nourri est dans un état permanent de contraction autant de temps qu'il sera vivant, et que son tissu demeurera sain, cet état de contraction n'étant plus contrôlé par le cerveau.

M. Jackson se croit donc autorisé à conclure : « La contraction musculaire ou le spasme dans l'épilepsie est la conséquence nécessaire de la privation du contrôle cérébral. Si la lésion de la substance grise s'étend à une seule circonvolution, il se produira des contractions musculaires locales, une partie du corps seulement cessant d'être contrôlée. Si la lésion de la substance grise est plus étendue, il y aura des contractions de plusieurs régions ; si l'épuisement, par suite d'attaques périodiques et régulières, devient considérable, l'anémie cérébrale se produira, et on observera simultanément la perte de connaissance et les convulsions générales. Un muscle se contracte jusqu'à ce que son activité soit épuisée ; puis la contraction se manifeste de nouveau quand la nutrition a rendu au muscle son intégrité, à moins que le cerveau n'ait recouvré dans l'intervalle sa puissance de contrôle, ce qui met fin à l'attaque. »

A l'objection, que dans les *lésions destructives de la substance cérébrale*, suivant l'expression du Dr Jackson, il devrait y

avoir de semblables contractions musculaires, par exemple dans l'hémorrhagie cérébrale, qui rompt la substance blanche et sépare les circonvolutions de leurs connexions; à cette objection, disons-nous, l'auteur répond que, dans ce cas même les contractions sont fréquentes et même les jactations dans les membres récemment paralysés. Mais comment se fait-il alors que ces accidents cessent, dira-t-on? C'est, ajoute le Dr Dickson, que les muscles cessent d'être à l'état sain ; ils ne peuvent plus emmagasiner de matériaux capables de se traduire en « *force* », et la manifestation de leur fonction s'anéantit. C'est ce qui arrive dans les membres anciennement paralysés, etc., etc...

Nous dirons, à propos de ce travail, que les expériences du Dr Ferrier semblent favorables à la théorie du Dr Hughlings Jackson, qui est combattue ici.

6° Le Dr T. W. Mc Dowall, médecin assistant de l'asile de West Riding, a recueilli un certain nombre de faits de nature à jeter quelque lumière sur la condition des aliénés de la Grande-Bretagne dans les anciens temps. Il a recherché à cet effet l'origine des diverses superstitions et des pratiques particulières liées à la cause et au traitement de la folie. Ce sujet, comme il l'a constaté après avoir réuni ses matériaux, avait déjà été abordé par le Dr Mitchell, dans un mémoire imprimé en 1862, dans les « *Proceedings of the antiquarian Society of Scotland*, » et ayant pour titre : « Sur les diverses superstitions dans les Highlands du nord-ouest et les îles de l'Ecosse, spécialement au point de vue de l'aliénation mentale. »

Le Dr Mac Dowall s'est servi de ce travail, avec la permissio de l'auteur, pour faciliter et corroborer le sien.

Les écrivains de la spécialité se sont contentés de faire quelque allusion aux cas de dérangement mental empruntés aux ouvrages classiques et à la Bible et ont sauté sans transition au temps de la réforme de Pinel, qui date à peine d'un peu plus d'un demi-siècle. Est-ce la grande difficulté de telles informations qui a effrayé les chercheurs ? Ce qu'il y a de certain, c'est que la plupart des savants ne connaissent absolument rien touchant la condition des aliénés en Angleterre, dit le Dr Mac Dowall, depuis l'époque d'Alfred le Grand jusqu'aux temps récents, pour ainsi dire.

Voilà une lacune qu'il n'a pas la prétention de combler; aussi il se bornera, ajoute-t-il, à enregistrer diverses superstitions concernant la folie.

Il consacre donc quelques pages curieuses à la relation des influences que l'on croyait pouvoir être exercées par la sorcellerie ; par certaines pratiques accomplies dans la nuit de la Toussaint ou à la Saint-Jean ; par la lune, par le manger de la chair de certains animaux, etc., etc.

Il n'est guère possible de donner l'analyse de ces singulières investigations, qui rappellent d'ailleurs les croyances superstitieuses dont on trouverait encore des traces, sans doute, au fond de quelques-unes de nos campagnes, en France. Nous citerons néanmoins ce passage à propos de la folie causée par les sorciers :

L'évêque Jewel, prêchant devant la reine (Elisabeth), dit : « Que Votre Grâce veuille bien entendre que les enchanteurs et les sorciers ont augmenté prodigieusement depuis quelques années dans le royaume de Votre Grâce. Les sujets de Votre Grâce dépérissent jusqu'à la mort : leurs couleurs se fanent, leurs chairs se gâtent, leur parole s'alourdit, leurs sens s'éteignent. Je prie Dieu que ces pratiques n'atteignent pas plus haut que les sujets de votre Grâce. »

D'après Styrpe, ces remarques du savant évêque, firent passer un bill, dans le parlement suivant, décrétant crime capital les enchantements et les sorcelleries.

Ces intéressantes recherches du Dr Mc Dowall devaient avoir une suite qui n'a pas été donnée jusqu'à ce moment.

7° Le Dr David Nicolson continue le travail dont nous avons analysé déjà la première partie dans l'avant-dernier numéro des *Annales*, travail ayant pour titre « la *Psychologie morbide des prisonniers*. »

*Manifestations émotives chez les prisonniers*. Il ne faut pas perdre de vue que leurs écarts de caractère, leurs violences, sont aussi influencés par les circonstances exceptionnelles dans lesquelles ils sont placés ; la répétition des mêmes actes est également, en partie, la conséquence du peu d'étendue du milieu où ils se meuvent. Mais la rapidité avec laquelle les émotions se manifestent, les résultats extravagants qu'elles amènent, sont les meilleures preuves de l'infériorité mentale des criminels, comme classe. Ce que le professeur Bain appelle nos sympathies, nos craintes, nos sentiments généraux affectifs envers les autres, toutes ces influences occupent une bien petite place dans l'esprit du criminel et ne sont qu'un frein bien faible contre ses passions. Et ce n'est pas la

crainte dans son aspect moral qui peut l'arrêter ; c'est plutôt la peur du châtiment physique plus ou moins immédiat.

Son impuissance à lutter contre un gardien protégé, suffit pour arrêter l'exécution de ses impulsions dangereuses, homicides ; alors le désappointement vient ajouter à son état de surexcitation; et, mis alors en cellule, il donne carrière à sa rage en détruisant ce qu'il peut, le tout accompagné de gestes insensés, de blasphèmes et de menaces.

Quoique des actions aussi extravagantes, alors surtout que les motifs sont insuffisants, indiquent un certain défaut de contrôle et une certaine absence de force mentale, il est difficile néanmoins d'en conclure à l'irresponsabilité. On peut les considérer comme des manifestations plus ou moins morbides du caractère, et, dans les cas les plus avancés, il serait malaisé, fautif même, d'affirmer qu'ils ne sont pas dus à la folie. Mais, avant de conclure dans ce sens, il est judicieux d'avoir à s'appuyer sur quelques autres indications concomitantes de dérangement mental. Chaque cas, donc, doit être étudié dans ses propres aspects. En général, plus l'occasion est frivole, plus le dérangement de la raison est probable ; mais alors encore il faut se tenir sur ses gardes, tant il est difficile de pénétrer les motifs des prisonniers. A cette occasion, le Dr Nicolson produit un cas curieux de simulation de folie par un militaire détenu dans la prison.

*Les explosions chez les femmes prisonnières*. Cette conduite ne se remarque pas seulement chez les hommes détenus, les femmes non-seulement en fournissent des exemples, mais, de plus, ces exemples ont un caractère plus visiblement morbide que ceux qui viennent de nous occuper.

Dans un travail intitulé : *une Matrone de prison* (1864, p. 72), se trouve une description de ces violences qui diffèrent de celles des aliénés, et dont l'apparition, très-souvent, se traduit par une frénésie non motivée; elles consistent en une explosion véhémente dont la destruction est l'expression principale : bris des carreaux des fenêtres, déchirure en lambeaux des couvertures et des chemises.

En cherchant l'explication de ces faits que la provocation, un désappointement n'a pas fait naître, on ne peut la trouver que dans un besoin impérieux de changement, changement même pour le pis. Or, le seul moyen à la disposition du prisonnier pour satisfaire ce besoin, est la mauvaise conduite. En s'abandonnant à ces écarts l'acteur ressent assurément une étrange

et agréable satisfaction intérieure ; il est, temporairement du moins, maître de la situation. Que cette tendance de l'esprit se fortifie par la répétition et nous touchons à cet attrait que paraissent avoir parfois les actes de destruction, attrait apparemment si morbidement fascinateur et irrésistible, qu'on peut à peine le distinguer d'une manifestation d'aliénation mentale. Mais la facilité de prévenir ou d'arrêter la crise, en accordant ce que l'individu désire, est ici la pierre de touche qui sert à établir la distinction entre les deux états.

Les femmes, bien plus souvent que les hommes, s'abandonnent à ces emportements pour des motifs insignifiants, sinon inexplicables. La raison de ce fait tient le plus souvent à des causes fonctionnelles se rapportant au flux menstruel ou à ses dérangements. L'auteur, en effet, semble avoir constaté à cet égard une sorte de périodicité, et les surveillantes de prisons sont venues confirmer cette manière de voir. Un autre motif tient à la camaraderie, qui s'établit si fréquemment parmi les condamnées, l'une voulant partager le sort de celle avec qui elle s'est liée.

Si, pour les raisons déjà énoncées, on ne saurait considérer de telles manifestations comme se rattachant à la folie, il faut néanmoins leur accorder une certaine valeur dans les cas individuels, et il est de notre devoir d'épier certaines indications, certains signes anormaux tels, par exemple, que l'approche des conceptions erronées ou les fréquents changements d'excitation ou de dépression mentales.

Ici, l'auteur expose des considérations intéressantes sur les rapports des émotions avec l'exercice de la volonté et sur l'impuissance d'un grand nombre de prisonniers à réprimer leurs actes, par le fait de l'imperfection de leur organisation intellectuelle, ou par l'absence de cette réflexion qui établit le lien entre les sentiments et la volonté.

« Il faut, dit-il en terminant ce qui a rapport aux explosions de violence chez les détenus, un grand effort sur soi-même pour y mettre un frein, effort dont ils sont si souvent incapables. Chez les criminels, la lueur rapide de haine et de désir de meurtre qui, embrassant toute la face à la fois, semble glisser sur elle comme un nuage, est trop remarquable pour qu'on n'en prenne pas note et qu'on n'en fasse pas son profit. C'est comme un mouvement concentré, un frémissement du groupe des muscles du visage qui entrent en action quand l'explosion doit arriver. »

Le Dr Nicolson passe ensuite aux bizarreries de conduite dues à des émotions d'une autre nature, plus sentimentale pour ainsi dire.

*Simple perversion de l'idéation.* Il veut exprimer par ce terme l'existence de certaines conceptions ou impressions fausses, qui, tout en n'ayant pas la gravité et les proportions d'un délire véritable, n'en sont pas moins la première phase et le point de départ. Le mot caprice ne convient pas ici, car il y a intensité, persistance dans l'idée.

L'esprit des détenus est disposé à se former des impressions inexactes à propos des circonstances les plus ordinaires de la vie de prison.

Ne pouvant être initiés aux motifs de certaines règles, de certaines mesures officielles ou non dont ils sont l'objet, ils en cherchent l'explication et, souvent, à propos de la chose la plus simple, ils déploient une fertilité étonnante de théories pour en deviner la cause probable, en même temps qu'ils ont une tendance à exagérer l'importance d'une simple circonstance et à s'arrêter à quelque interprétation fausse ; de là, motifs de plaintes ou de murmures plus ou moins persistants.

Maintenant, la portée limitée de pensées dans un esprit sans étendue et sans éducation, jointe à la monotonie de la vie de captivité, pose des bornes au nombre des idées de l'individu, et cette sphère bornée de l'idéation implique concentration dans certaines directions; puis autour de la fixité de l'idée devenue dominante viennent se grouper toutes les idées accessoires.

Celle de cette espèce qui est la plus facile à germer dans l'esprit des prisonniers, c'est qu'il existe une espèce de ligue parmi tous les fonctionnaires et employés qui ont juré de tourmenter toutes les victimes qu'ils ont à leur charge, et cette préoccupation prend forme, si quelque différend survient entre le détenu et le gardien, celui-là s'imaginant qu'il y a parti pris de lui nuire. Dans ces cas, les plaintes s'appuient sur des motifs qui, sans être toujours tout à fait érronés, sont si triviaux et si insoutenables, qu'il y a évidence de perversion de l'imagination.

Cette situation d'esprit ne l'empêche pas de se livrer son travail et de suivre les autres exercices de l'établissement. Et, tant que cette situation reste à l'état sourd, qu'elle ne dépasse pas ce que l'auteur appelle le grognement chronique, sans nécessiter de mesures particulières et mériter une attention spé-

ciale du côté de l'état de l'esprit, il pense qu'il convient de lui appliquer le terme de *simple perversion de l'idéation*.

7° L'article revue contient l'analyse des rapports des inspecteurs de l'Angleterre et de l'Ecosse pour 1872. Nous en avons fait mention antérieurement en ce qui concerne la statistique (mars 1874).

Nous nous bornerons donc ici à recueillir dans le résumé des rapports d'asile les passages les plus intéressants.

Le docteur Yellowlees, médecin de l'asile de Glamorgan, a fait un travail très-substantiel où plusieurs questions sont traitées. — A l'article de la thérapeutique du chloral, il dénonce son action fâcheuse sur le cœur.

Le chloral doit être administré avec une grande circonspection, seulement au lit et quand on veut obtenir le sommeil à tout prix. La dose ne dépassera pas trente-cinq grains (1 gr. 75), en commençant par la moitié. — De plus, l'emploi du chloral, chez les malades affaiblis, devra être combiné avec une médication stimulante.

Le restraint n'est pas systématiquement aboli à Glamorgan, mais il y est employé avec prudence et douceur et dans certains cas déterminés. Il consiste seulement, ou dans l'usage de gants en toile emprisonnant la main, ou d'un vêtement comme en portent tous les malades, mais en étoffe très-solide, dont le bout des manches est cousu aux poches.

Le restraint est indiqué : 1° chez certains aliénés suicides; 2° chez quelques malades violents que ne peuvent amender ni le traitement médical ni l'isolement en cellule; 3° chez des malades destructeurs à un degré excessif, qui sont en proie à une agitation et à une insomnie persistantes et dont l'état ne se modifie pas par l'exercice, les hypnotiques et l'usage de vêtements presque indestructibles.

Le critérium qui doit servir de guide dans l'emploi du restraint est l'intérêt même du malade.

Le rapport de M. Yellowlees contient quelques lignes intéressantes relatives aux grèves d'ouvriers mineurs. Notre confrère constate qu'elles ont une influence marquée sur le nombre des admissions à l'asile, qui alors diminuent de moitié (pour les hommes seulement). Il suppose que cette diminution est due à la privation des salaires, qui empêche les ouvriers de s'enivrer et de se livrer à la débauche.

A Norfolk, le Dr Hill fait entrer la viande d'Australie pour une bonne part dans l'alimentation de son asile.

Il a remplacé en outre la bière par le lait coupé d'eau pour les idiots, les imbéciles et les déments. — M. Hill n'est pas l'ami des workhouses et déclare que les malades inoffensifs qui y sont envoyés, y dépérissent, et reviennent à l'asile dans un piteux état.

— Les workhouses sont aussi très-sévèrement jugés par le docteur Medlicott de Somerset.

Rien n'est terrible comme les chiffres : le rapport de ce dernier médecin contient une liste de dix-neuf individus ramenés des workhouses à l'asile ; il a eu le soin de noter le poids de chacun au départ et au retour. Tous ont perdu considérablement de leur poids dans le workhouse, et l'on est en droit d'en conclure que le régime de ce genre d'établissements laisse singulièrement à désirer.

— L'asile de Dublin a eu, cette année, un fort beau chiffre de guérisons, 52 pour 100. Son médecin, le docteur Lalor, proteste avec raison contre l'admission des aliénés criminels dans les asiles ordinaires. Il fait des vœux pour que ces malades incommodes et dangereux soient gardés dorénavant à l'asile central des aliénés criminels.

— Le docteur Skae, médecin de l'asile royal d'Edimbourg, recommande les sorties à titre d'essai pour les malades convalescents. Cette pratique demande une grande expérience, car il n'est pas toujours possible de juger si une sortie sera avantageuse ou nuisible à un malade.

Les sorties à titre d'essai s'accompliront sous la responsabilité exclusive de médecin-directeur.

— Les sorties des aliénés chroniques sont fortement conseillées par le docteur Williams, de l'asile de Sussex. Ce médecin place ses malades, *non dans des workhouses*, mais dans des maisons particulières, et les résultats qu'il signale méritent d'être cités. En deux ans et demi, cinquante malades chroniques ont été évacués de la sorte : vingt demeurent dans leurs familles, six sont revenus à l'asile, deux sont morts, dix ont pu rentrer dans la vie commune, un vit dans un workhouse, huit ont été perdus de vue.

Une note contenue dans le même rapport donne des renseiseignements sur le degré de résistance des côtes chez des aliénés, leur poids et leur volume. Il y a à cet égard des différences parfois considérables.

— Le docteur Williams, à qui les commissaires reprochaient d'avoir employé le restraint parce qu'il faisait usage du drap mouillé, prétend que ce n'est pas là du restraint, et revendique le droit de recourir à une médication sédative des plus efficaces, et dont son prédécesseur, le docteur Robertson, a eu si souvent à se louer.

L'électricité est aussi employée dans l'asile de Sussex et son directeur lui doit quelques effets heureux. Il a eu surtout à s'en louer dans certains cas de mélancolie et de manie, avec faiblesse générale.

— Ce numéro du *Mental Science* se termine par le procès-verbal de la réunion de l'Association médico-psychologique qui a eu lieu à Londres le 6 août 1873.

Dans cette séance le Dr Chapman signale les inconvénients du placement des aliénés dits criminels dans les asiles ; mais, soit qu'ils proviennent directement des prisons ou de l'établissement criminel de Broadmoor, il y a, fait-il remarquer, une importante distinction à faire. Dans un cas se rangent les individus qui étant devenus aliénés, n'ont pas été soignés à temps ou convenablement, et qui ont commis quelque acte légalement répréhensible ; pour ceux-là, il n'y a guère de distinction à établir avec les aliénés ordinaires et guère de raison pour ne pas les diriger sur un asile de comté plutôt que sur un asile criminel pour les aliénés. Dans l'autre cas se trouvent ceux chez lesquels la folie n'est que l'accident; la nature criminelle, l'essence ; ils ne devraient pas être confondus avec les autres aliénés.

Les rapports du médecin-directeur de l'asile de Broadmoor établissent d'ailleurs parfaitement cette distinction. Ces derniers, dit-il, n'ont pas commis d'offense au milieu de l'excitation maladive, mais leurs offenses contre l'ordre et la loi constituent une partie de leur existence de chaque jour.

Le nombre des convicts envoyés de Broadmoor dans les asiles à l'expiration de leur sentence, est d'environ vingt par an ; or, parmi ces transférés il se trouve des criminels de la plus dangereuse espèce.

La conclusion du Dr Chapman est qu'il faut demander des installations à l'usage de ces malades, dans un asile criminel ; par contre, qu'une certaine catégorie d'aliénés dits criminels soient dirigés sur les asiles ordinaires.

Cette proposition a été adoptée.

Dans cette séance on a agité d'autres questions fort intéres-

santes que, faute de place, nous ne pouvons que mentionner : augmentation du nombre des aliénés; traitement de l'aliénation mentale, surtout au point de vue des agents pharmaceutiques; comparaison des résultats obtenus dans les asiles publics et les établissements privés, etc. Sur ces divers points, d'ailleurs, on n'est pas arrivé à des conclusions précises, ce qui était prévu, tant il y a ici d'éléments divers à grouper et tant leur interprétation donne lieu à des divergences d'opinion.

Notre distingué collègue, le Dr Blanche, qui était présent, a pris la parole à l'occasion de la discussion sur les causes de l'augmentation probable de l'aliénation mentale parmi les populations civilisées modernes. Dans un anglais aussi clair que correct il a appelé l'attention de l'association sur l'importance qu'il y aurait à étudier, parmi les causes de l'augmentation des cas de folie, celle qui doit résulter des mariages entre familles où l'aliénation mentale existe. Pour lui, une pratique de près de trente années lui démontre que ce côté de la question doit être pris en sérieuse considération.

---

## JOURNAUX ALLEMANDS

### Archiv für psychiatrie.

1874-1875.

Vol. V, fasc. 1 et 2.

1° *Du bromure de potassium dans l'épilepsie*, par le Dr Otto.

L'auteur est médecin à l'asile de Pforzheim, qui ne reçoit que des incurables et parmi les épileptiques seulement les individus chez lesquels la maladie a atteint un haut degré de gravité, soit par le nombre et l'intensité des accès, soit par la nature des troubles psychiques concomitants ; c'est donc dire que tous les malades sur lesquels ont porté ses observations, et il y en a trente-trois, étaient déjà dans un état plus ou moins désespéré. Or les résultats obtenus sont réellement des plus surprenants puisque, dans 75 p. 100 des cas, les accès ont complétement disparu, et qu'ils ont sensiblement diminué tant en fréquence qu'en intensité dans les autres, et qu'il n'y a eu d'insuccès complet dans aucun cas. Des malades sortis de

l'asile dont on eut des nouvelles plus tard, 40 p. 100 étaient complétement guéris et 60 p. 100 plus ou moins améliorés.

L'effet heureux du médicament ne s'est pas manifesté dans le domaine physique seulement, mais bien aussi dans le domaine intellectuel, puisque quatorze cas de manie ou de mélancolie ont été guéris complétement, et que l'affaiblissement général des facultés mentales qui existait dans vingt-cinq cas a été plus ou moins amélioré. Enfin le caractère habituel des malades dans les périodes interparoxysmales a également subi une heureuse transformation : l'égoïsme, la méfiance, l'irritabilité qui caractérisent les épileptiques ont, soit disparu complétement, soit beaucoup diminué.

Hasse et d'autres auteurs ont affirmé que l'épilepsie n'est plus susceptible de guérison lorsqu'on peut admettre des altérations dans la structure cérébrale, et cependant les résultats obtenus à Pforzheim prouveraient le contraire, puisque parmi les malades guéris il s'en trouve plusieurs chez lesquels, outre l'affaiblissement intellectuel, divers symptômes physiques (paralysies, etc.) devaient nécessairement faire admettre de pareilles altérations. Quant aux effets fâcheux du bromure de potassium, ils se produisent bien quelquefois, mais il ne faut pas s'en exagérer la portée. C'est surtout dans les sphères psychique et motrice qu'on les observe. Dans la première, de hautes doses données pendant longtemps peuvent produire un hébêtement général avec ralentissement des sensations, des perceptions et des conceptions, si bien que le malade peut tomber dans un véritable idiotisme ; dans la seconde, on voit tous les mouvements devenir lents et difficiles, la démarche est traînante, incertaine ; on croirait que le malade est ivre. La peau peut être également affectée par le bromure de potassium ; on voit parfois se produire depuis un simple acné jusqu'à une mortification plus ou moins étendue ; enfin le tube digestif peut souffrir aussi. Tous ces symptômes, l'auteur insiste là-dessus, n'ont rien de grave par eux-mêmes et, lorsqu'ils paraissent, sont moins la faute du médicament que celle du médecin qui n'en surveille pas suffisamment l'emploi ; il suffit d'ailleurs, soit de le cesser entièrement, soit simplement de diminuer les doses pour les voir aussitôt s'amender rapidement.

Quant à la dose, le Dr Otto a reconnu que, chez l'adulte, la dose minimum dont on peut attendre de bons résultats est de 8 grammes par jour ; le plus grand nombre en supportent

encore bien 12 et plusieurs même 15 ; mais dès qu'on dépasse 12 grammes, il faut surveiller son malade de très-près ; une dose plus faible que 6 grammes n'a jamais eu d'effet. Lorsqu'on en est arrivé à 10 grammes, il faut les donner en quatre fois.

Quel est maintenant le principe actif du médicament ? Est-ce le brome ou la potasse ou tous les deux réunis ? Pour s'en rendre compte l'auteur a expérimenté d'un côté le bromure de sodium et de l'autre le chlorure de potassium ; or le premier a agi comme le bromure de potassium, même plus énergiquement, tandis que l'emploi du second n'a été suivi d'aucun résultat quelconque ; c'est donc le brome qui est le principe actif, et, pour le démontrer plus clairement encore, le Dr Otto a employé une préparation de brome qui ne contient aucun alcalin, soit l'acide bromhydrique, et les effets ont de nouveau été identiques avec ceux du bromure de potassium.

Il est donc hors de doute que dans l'épilepsie c'est le brome seul qui agit ; mais nous disons dans l'épilepsie, car il est certain que les alcalins exercent une influence considérable sur l'organisme et peuvent produire de leur côté des symptômes ou des effets plus ou moins notables, et l'on peut dire que l'effet du bromure de potassium est un effet du brome modifié par le potassium.

Quant aux voies par lesquelles agit le médicament, le Dr Otto croit qu'il abaisse l'excitabilité des ganglions du centre et des nerfs périphériques en faisant, par cela même, disparaître les crises épileptiques qui sont le résultat d'une irritation du centre vaso-moteur et de l'appareil central du mouvement dans le pont de Varole.

2° *Du système familial en Ecosse*, par le Dr Jolly.

L'auteur a visité successivement Gheel et les colonies écossaises, et il arrive à cette conclusion que, contrairement à l'opinion générale, ces dernières ne sont pas du tout des « Gheel du Nord », mais reposent sur des bases différentes et bien préférables. Cette différence paraît consister essentiellement en ceci, qu'en Ecosse on est beaucoup plus rigoureux qu'à Gheel dans le choix des malades qui sont confiés aux familles ; ainsi on ne leur confie que les individus qui sont incurables, inoffensifs, et dont l'état n'exige ni les soins particuliers ni la surveillance spéciale qui ne peuvent être fournis que par un asile. Les femmes dans l'âge de la con-

ception et les gâteux sont également exclus ; enfin il est rare qu'en Ecosse on place dans les familles des individus dont le travail soit encore de quelque valeur, et dans tous les cas la population d'aliénés n'est jamais aussi dense dans les colonies de ce pays qu'elle l'est à Gheel. Il est évident que par ces sages mesures on prévient à l'avance les reproches qui ont été adressés au système en général et à Gheel en particulier, et quant aux nombre des individus soignés de cette façon, il est en Ecosse d'un peu plus du cinquième du nombre total des aliénés, chiffre qui vaut bien la peine d'être pris en considération. Il est en outre important de noter que dans chaque cas spécial, c'est l'autorité (Board et commissioners in lunacy) qui décide où l'aliéné doit être placé, à l'asile ou dans une famille ; il n'y a que les individus assez fortunés pour pouvoir subvenir eux-mêmes à leur entretien qui sont placés au gré de leurs familles, mais encore, toujours, sous un certain contrôle. Quant aux dangers de la contagion psychique signalés par Cyon, le Dr Jolly estime que cet auteur les a considérablement exagérés, et que s'il a peut-être raison dans une certaine mesure pour Gheel où, on le sait, la population est très-serrée, il ne saurait plus en être de même en Ecosse où, nous l'avons déjà dit, elle est beaucoup plus clair-semée.

Sous le rapport financier enfin, il est évident que ce système doit réaliser une importante économie pour l'Etat ou les communes ; et il le réalise, en effet, ainsi que le montrent les chiffres suivants :

En 1858, 37 p. 100 des aliénés pauvres ont été soignés dans les familles ; en 1862, 40 p. 100 ; en 1866, 28 p. 100, et en 1871, 23 p. 100 ; or sur la dépense totale pour le pays, ces mêmes individus n'ont coûté, en 1858, que 18 p. 100 ; en 1862, 15 p. 100 ; en 1866, 14 p. 100, et en 1871, 12 p. 100.

Il ressort suffisamment de ces différentes données que l'organisation du système familial, comme il a été réalisé en Ecosse, constitue un progrès qui s'imposera peu à peu partout.

### 3° *Des effets du nitrite d'amyle dans la mélancolie,* par le Dr Schramm.

Meinert, le premier, partant de l'idée que la mélancolie provient d'une anémie cérébrale, a cherché à parer à cette dernière par une dilatation artificielle des vaisseaux au moyen de l'amylnitrite (voir *Annales*, 1875, I, p. 460). Les résultats ob-

tenus furent satisfaisants ; mais les expériences avaient été trop peu nombreuses pour pouvoir être concluantes, et le Dr Schramm vient de les reprendre, en étudiant en premier lieu les effets physiologiques du médicament. Si l'on fait respirer à un individu 5 à 10 gouttes d'amylnitrite, versées sur un peu de ouate, on voit après quelques secondes le visage, les oreilles, les conjonctives, puis le cou être envahis par une rougeur intense, rougeur qui finit par s'étendre, si l'on fait continuer l'inhalation, aux bras, à la poitrine et même jusqu'à la région pubienne. En même temps, on constate toujours une accélération sensible du pouls qui devient en outre, ainsi que le démontre le sphygmographe, monocrote au moment où l'action du médicament atteint sa période d'acmé. Les symptômes objectifs sont constants, mais il en existe d'autres de nature entièrement subjective qui sont sujets à plus de variations suivant les individus : ainsi la sensation que la tête devient plus grosse et que les yeux vont être poussés hors des orbites, des palpitations de cœur, du vertige à divers degré d'intensité ; ou bien encore la tête semble prise comme dans une légère ivresse. En même temps, l'individu devient plus gai, s'anime, parle avec volubilité, parfois même est pris d'un rire qui revêt quelquefois un véritable caractère convulsif. Il est évident qu'on pouvait *a priori* attribuer ces phénomènes à une hypérémie cérébrale, mais la preuve en restait cependant à faire, car les vaisseaux de la face ne sont pas régis par les mêmes nerfs que ceux de l'encéphale et en général ne sont pas dans les mêmes conditions physiologiques. Il fallait donc voir par l'observation directe si les vaisseaux cérébraux se dilatent sensiblement sous l'influence du nitrite d'amyle, et le moyen le plus simple était d'abord d'observer au moyen de l'ophthalmoscope l'artère ophthalmique ; mais, résultat surprenant, ni chez l'homme, ni chez l'animal (lapin), elle ne paraît influencée en rien, même par de hautes doses du médicament. Le Dr Schramm recourt alors à une expérience plus directe : il introduit dans la trachée-artère d'un lapin une canule à travers laquelle passera un courant d'air saturé de vapeurs d'amylnitrite, et trépanant avec soin le crâne en un ou plusieurs endroits différents, il observe, après avoir enlevé la dure-mère ce qui se passe dans les vaisseaux de la pie-mère ; or ici les résultats sont constants et si évidents qu'il n'est pas même besoin d'une loupe pour les apercevoir ; immédiatement après que l'inhalation a commencé, on voit les artères se dilater jus-

qu'à deux et trois fois de leur volume normal, la surface cérébrale tout entière s'injecte et la loupe permet alors d'apercevoir une quantité de ramifications invisibles auparavant. Quel est maintenant le mode d'action intime du nitrite d'amyle? Les uns ont pensé qu'il paralyse les centres vaso-moteurs, tandis que d'autres admettent une paralysie directe, soit périphérique, des parois vasculaires, et après une série d'expériences dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici, le Dr Schramm se range à cette dernière hypothèse.

Passant maintenant à l'application pratique de ces données physiologiques, le Dr Schramm a expérimenté le médicament sur neuf malades mélancoliques sous différentes formes, et voici ses conclusions :

1° Dans tous les cas, sauf un, on a observé un effet favorable, mais passager. Cet effet se produit immédiatement après l'inhalation, le malade lui-même le ressent, et le changement de sa manière d'être permet de le constater objectivement. La dépression mélancolique douloureuse fait place à un état d'indifférence ou même de sérénité ; le malade devient plus vif et plus communicatif ; parfois des sensations douloureuses excitantes pâlissent ou disparaissent complétement.

2° Cette amélioration disparaît régulièrement quelques heures après l'inhalation, et le malade retombe dans son ancien état.

3° C'est après la première ou les deux ou trois premières inhalations que l'effet de l'amylnitrite sur l'état psychique est le plus marqué, tandis qu'il diminue constamment à mesure que les expériences se répètent ; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'il n'en continue pas moins à produire les mêmes effets physiques sur le cœur et la circulation.

4° La plupart des malades sur lesquels ont porté les expériences du Dr Schramm étaient anémiques ; mais il ne paraît cependant pas que ce soit là une condition indispensable du succès, car dans un cas où l'anémie était très-prononcée, le médicament ne produisit nullement l'effet attendu, tandis qu'il agit très-fortement et très-longtemps dans un autre où il y avait une pléthore évidente.

Il est donc prouvé que le nitrite d'amyle procure une dilatation des artères cérébrales, mais il est impossible de dire si les symptômes psychiques qui en découlent sont le résultat de cette dilatation elle-même ; il se pourrait tout aussi bien qu'ils fussent dus directement à l'introduction du médicament dans

le sang, et partant à un mode différent d'excitation des centres nerveux par celui-ci.

Comme conclusion pratique de ses recherches, l'auteur pense que nous possédons dans le nitrite d'amyle un moyen de faire disparaître temporairement la dépression mélancolique accompagnée d'autres symptômes psychiques ou névro pathiques; mais pour guérir la mélancolie elle-même, soit l'altération cérébrale encore inconnue qui en est la cause, on ne pourrait guère y songer que dans des cas très-récents et très-légers. Là où le médicament n'agit pas promptement il n'agit pas du tout, et, comme moyen palliatif, reste bien en dessous des narcotiques.

4° *Des altérations de l'encéphale chez les aliénés*, par le Dr Adler.

Très-intéressante étude d'anatomie normale et pathologique dont voici les conclusions :

1° Les altérations pathologiques qui produisent les psychoses ont avant tout leur siége dans le système vasculaire cérébral.

2° Les différentes altérations que l'on rencontre sur le parcours des vaisseaux n'appartiennent qu'à l'enveloppe de tissu connectif qu'ils reçoivent de la pie-mère; le tube lui-même peut rester parfaitement intact.

3° En même temps que les différents procès hyperplastiques qui atteignent la gaîne vasculaire, on peut observer une hypertrophie des fibrilles du tissu connectif qui en rayonnent.

4° Les anomalies des cellules ganglionnaires sont de nature secondaire; elles existent dans certains cas, elles font défaut dans d'autres, sans qu'on puisse trouver la cause positive de cette différence.

5° *De la folie épileptique*, par le Dr Samt.

L'auteur (enlevé depuis à la science par les suites d'une piqûre anatomique) s'élève avec beaucoup de raison contre la mode du jour qui tend de plus en plus à placer toute la psychiâtrie dans l'étude microscopique du cerveau et néglige beaucoup trop l'observation clinique, et, comme à l'appui de son dire, il nous donne une importante étude sur les psychoses épileptiques, illustrée de nombreuses et intéressantes histoires de malades.

Le Dr Samt part de ce principe que le délire épileptique se caractérise comme tel essentiellement par ses symptômes, par sa marche et par la forme de son développement, tandis que

l'existence d'antécédents épileptiques n'est pas absolument nécessaire pour démontrer la nature épileptique d'un cas donné, et que d'un autre côté tout délire survenant chez un épileptique n'est pas nécessairement en relation avec la névrose ; en d'autres termes, tel individu qui n'a jamais éprouvé d'accidents convulsifs peut être atteint de folie épileptique déclarée, tandis que tel autre qui en souffre depuis des années peut être atteint de toute autre forme de psychose ; le diagnostic de la folie épileptique repose donc essentiellement sur la nature du délire lui-même, qui offre des symptômes réellement pathognomoniques, à savoir :

1° Stupeur avec trouble de la parole à différents degrés ; 2° actes de violence extrême et aveugle ; 3° délire angoissé ; 4° divers troubles de la mémoire ; à quoi il faut ajouter un mélange particulier de délire angoissé avec du délire des grandeurs ou de l'exaltation religieuse. On doit mentionner encore des degrés divers de confusion intellectuelle, de lucidité partielle d'un côté, et d'absurdité et d'incohérence de l'autre. Enfin le Dr Samt a également noté le délire raisonnant.

Mais, nous l'avons déjà dit, la nature épileptique d'une psychose ne ressort pas seulement des symptômes, mais bien encore du mode de développement et de la marche de l'affection, et, en tenant compte de ces deux facteurs, on peut établir deux grands groupes : 1° le *délire postépileptique* et 2° l'équivalent *psycho-épileptique*.

1° La *folie postépileptique* est de beaucoup la plus fréquente ; son nom indique les rapports qu'ont entre elles la névrose et la psychose, c'est-à-dire que cette dernière succède constamment aux accès convulsifs. Cette forme de psychose survient essentiellement chez les individus atteints d'épilepsie constitutionnelle, mais on l'observe aussi, quoique beaucoup plus rarement, dans l'épilepsie symptomatique d'une autre affection ; ainsi le Dr Samt l'a observée deux fois après les accès convulsifs de l'urémie et une fois après ceux d'une affection cérébrale en foyer. Le délire postépileptique n'est pas autre chose que le grand et le petit mal intellectuel, si bien décrit par Falret, mais avec quelques variétés de plus ; ainsi l'auteur note, par exemple, la simple stupeur, puis la stupeur avec verbigération (1), le délire raisonnant, l'agitation, etc. La folie épilep-

(1) L'auteur désigne ainsi cet état particulier de la parole

lique succède ordinairement aux accès convulsifs intenses et très-exceptionnellement aux légers ; le plus souvent la névrose existait depuis des années, et rarement l'affection mentale se produit dans des cas récents ; enfin elle apparaît très-volontiers après des séries d'accès. Le pronostic de la folie épileptique est à peu près constamment favorable (1), la durée n'est que de quelques jours en moyenne ; la forme qui passe le plus vite est la stupeur; celle qui dure le plus longtemps, — deux ou au plus trois semaines, — le délire raisonnant.

2° *Equivalent psycho-épileptique.* Le Dr Samt range sous cette désignation générale tous les cas dans lesquels l'accès convulsif est remplacé par le trouble mental, et ce groupe présente également plusieurs variétés suivant que l'accès de délire reste isolé ou est suivi d'autres semblables à des intervalles divers, ou bien encore qu'il existe des intervalles lucides complets, ou bien que les crises du délire tendent à la chronicité. C'est dans ce groupe des équivalents psycho-épileptiques que l'on constate surtout fréquemment l'absence complète d'antécédents épileptiques proprement dits, tandis que des symptômes névropathiques divers, vertige, céphalalgie, etc., cette dernière surtout, sont au contraire très-fréquents. Les différentes formes d'équivalents épileptiques se développent surtout dans les vingt premières années de la vie ; quant au pronostic, il n'est point trop défavorable, mais plus les cas tendent à la chronicité plus il devient fâcheux.

Il faut maintenant noter que la psychose n'apparaît pas toujours sous une forme bien tranchée, mais que souvent l'on en observe qui sont soit de simples degrés de transition, soit même un mélange de formes diverses ; l'étude clinique de ces formes panachées est également d'une grande importance.

Nous avons noté comme quatrième groupe des symptômes de la folie élpileptique des troubles particuliers de la mémoire,

---

dans lequel le malade crie à pleins poumons, soit des mots isolés, soit des phrases courtes et entièrement dépourvues de sens.

(1) Relativement, sans doute, c'est-à-dire s'il ne s'agit que de l'accès présent. La conséquence pratique qu'en tire l'auteur est qu'on ne doit pas trop se hâter d'interner le malade, et qu'en patientant quelques jours ou même quelques heures, on a toutes chances de lui éviter cette mesure extrême.

Dr C.

et ce point est d'une si grande importance médico-légale qu'il convient d'y revenir brièvement.

Il résulte des observations du Dr Samt *qu'immédiatement après* le paroxysme de délire, le souvenir des circonstances qui l'ont accompagné, soit des faits et gestes du malade, est intact, tandis qu'il disparaît plus tard et que celui-ci n'est plus même en état de raconter ce qui s'est passé; il ne se souvient de rien. Il peut donc arriver qu'après avoir, dans un accès de délire épileptique, commis un acte délictueux quelconque, l'individu l'avoue dans tous ses détails immédiatement après, tandis que le lendemain le souvenir ayant totalement disparu, non-seulement il le nie catégoriquement, mais il niera encore avoir fait aucun aveu la veille ; or l'expert qui ne connaîtrait pas ce phénomène, pourrait fort bien croire que l'individu veut en imposer et le déclarer simulant. Le Dr Samt a observé ce singulier état de la mémoire si souvent dans les cas les moins suspects que, selon lui, il est impossible d'en mettre la sincérité en doute.

En résumé l'auteur distingue dans l'épilepsie les douze catégories suivantes :

1° Accès épileptiques douteux (accès épileptoïdes).
2° Grands accès.
3° Petits accès, petit mal.
4° Petits accès psycho-épileptiques, petit mal.
5° Folie postépileptique et ses différentes variétés.
6° Equivalent psycho-épileptique simple.
7° Equivalent psycho-épileptique récidivant.
8° Folie épileptique tendant à la chronicité.
   a. primaire.
   b. succédant à l'équivalent simple ou récidivant.
9° Folie épileptique douteuse (folie épileptoïde).
10° Folie épileptique circulaire.
11° Démence épileptique.
12° Anomalies caractéristiques du caractère chez les épileptiques.

Notons en terminant que les études du Dr Samt n'ont porté que sur des sujets du sexe masculin. Chez la femme l'élément hystérique joue un rôle si considérable qu'il était nécessaire de l'étudier à part.

6° *De la folie des femmes enceintes et de celles qui sont accouchées*, par le Dr Furstner.

Ce travail offre deux parties distinctes; dans la première l'auteur récapitule les résultats des travaux antérieurs sur la matière, et dans la seconde il décrit une forme nouvelle et non encore étudiée de psychose puerpérale; lui-même a observé trente-quatre malades atteints de troubles divers. — Il est impossible avec les données statistiques actuelles de fixer un chiffre pour la fréquence de la folie puerpérale; en effet, beaucoup de malades sont soignées à domicile, et parmi les femmes qui viennent accoucher dans les établissements publics, le plus grand nombre en sort déjà après huit à dix jours, de sorte que les psychoses qui éclateraient plus tard, échappent à l'observation. Il n'est guère plus facile de dire dans combien pour cent de cas de folie l'accouchement ou la grossesse ont été la cause de la maladie, car il faudrait avant tout assigner une limite fixe à la période puerpérale, et cela est-il possible? Quoi qu'il en soit, il résulterait de différentes statistiques que sur 6,750 aliénées, il y en a 616 plus ou moins récemment accouchées, soit la proportion de 1 à 11, chiffre qui se rapproche beaucoup de celui indiqué par Marcé, de 1 : 12. — On doit avant tout distinguer trois périodes dans ce moment de la vie féminine : la grossesse, le puerperium et la lactation, et c'est le puerperium qui fournit le plus grand nombre de cas de psychose, puis vient la lactation et enfin la grossesse; malheureusement nous ne savons absolument rien des rapports intimes de causalité qui existent entre ces trois états physiologiques et les psychoses qui en marquent parfois le cours, et ne sommes, sur ce point, guère plus avancés qu'on ne l'était aux temps d'Hippocrate et de Galien, car tout ce qu'on a avancé depuis eux de lochies ou de lait supprimé, d'anémie, de congestion cérébrale, d'inflammations diverses, ne repose que sur des hypothèses, hypothèses qui resteront telles aussi longtemps que les altérations intimes du cerveau qui produisent les psychoses seront une *terra incognita*. En revanche l'étude des causes prédisposantes et des moments occasionnels est infiniment plus fertile en résultats positifs. — Parmi ces causes prédisposantes il faut en premier lieu ranger l'hérédité que Stonehouse chiffre par 33 0/0, tandis que dans les 34 malades observées par l'auteur, il y en avait 9 qui étaient sous le coup de l'hérédité, et si l'on voulait compter comme hérédité tous les

accidents nerveux, l'ivrognerie, les bizarreries du caractère, etc. chez les ascendants, on arriverait à des chiffres bien plus élevés. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que chez les femmes ainsi héréditairement prédisposées, la psychose puerpérale s'annonce rarement par des symptômes alarmants du côté des centres nerveux; au contraire, d'après les expériences du Dr Furstner, son invasion n'est annoncée ordinairement par aucun signe prodromique, ainsi que cela s'observe si souvent chez les aliénées atteintes de psychose non puerpérale.

Une autre cause prédisposante sont des troubles divers de l'appareil de circulation, troubles de menstruation, céphalalgie, palpitations, froid aux extrémités, epistaxis, etc., et l'on sait que Virchow a démontré que chez la femme les anomalies fonctionnelles ou organiques du système vasculaire vont bien souvent de pair avec des vices de développement de l'appareil génital, soit en plus, soit en moins ; aux troubles de circulation se rattache l'anémie. Quant aux influences morales, l'auteur pense qu'on est trop porté à les exagérer, car dans les différentes statistiques, les filles-mères, chez lesquelles elles devraient être surtout puissantes, n'offrent pas une proportion de cas de psychose plus considérable que les femmes mariées.

Passant ensuite à l'étude des causes occasionnelles, l'auteur pense avec Marcé que ce ne sont pas les accouchements les plus difficiles qui sont le plus souvent suivis de troubles mentaux, au contraire. On a beaucoup accusé « la fièvre de lait », mais à tort ; car elle se montre ordinairement le troisième ou le quatrième jour, tandis que la psychose éclate surtout le septième ou le huitième jour ; il est bien plus probable que des inflammations diverses, mastite para-ou endométrite sont ici le facteur essentiel. La psychose revêt tantôt la forme de la la manie, tantôt celle de la mélancolie, cette dernière étant de beaucoup la plus fréquente ; mais ni l'une ni l'autre ne présente des caractères spéciaux soit dans la grossesse, soit après l'accouchement. Pendant la grossesse la mélancolie qui apparaît dans les premiers mois est d'un pronostic favorable; mais celle qui survient dans les derniers mois est plus grave. Les troubles qui apparaissent après l'accouchement offrent une beaucoup plus grande variété de formes, mais n'ont, nous le répétons, aucun caractère spécial ; leur pronostic est favorable. Enfin le Dr Furstner n'a jamais vu l'accouchement avoir une influence heureuse sur une folie préexistante.

Si les variétés ordinaires de la manie et de la mélancolie

n'offrent rien de caractéristique dans les psychoses puerpérales, ne pourrait-il pas exister une forme qui leur soit spéciale? Après avoir dans un court espace de temps, observé, trois cas à peu près identiquement semblables, le Dr Furstner pense pouvoir répondre par l'affirmative en introduisant ce qu'il appelle « la folie hallucinatoire des accouchées, » ou « délire » puerpéral par opposition à la « manie » puerpérale. Le détail des histoires de malades citées par lui nous entraînerait trop loin; nous nous bornerons à résumer brièvement les symptômes : point ou très-peu de prodromes, début suraigu marqué par des hallucinations terrifiantes, délire aigu progressif et réaction motrice considérable (première période); puis l'agitation cède peu à peu et fait insensiblement place à un état de stupeur reposant sur des sensations pathologiques; les hallucinations continuent et peuvent pousser la malade à des actes violents, mais elles ne la dominent cependant pas au point d'empêcher toute perception du monde extérieur (seconde période); enfin l'état s'améliore peu à peu à mesure que les hallucinations pâlissent; le calme et la lucidité reviennent insensiblement et la malade entre en convalescence (troisième période). On observe aussi une forme abortive dans laquelle la première période seule suit son développement entier et fait directement place à l'état normal sans passer par les deux dernières. Quant au temps de l'explosion de la psychose et à la durée dans les trois cas observés, nous notons :

1er cas. Explosion dans la 6me semaine ; durée totale : 1 an.
2me cas. Explosion dans le 3me jour; durée 6 mois et demi.
3me cas. Explosion dans la 6me semaine ; durée 10 mois.

Dr Chatelain.

# BIBLIOGRAPHIE

*De la folie au point de vue philosophique ou plus spécialement psychologique étudiée chez le malade et chez l'homme en santé*, par le Dr Prosper Despine, membre de la Société médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de la Société américaine des prisons. Ouvrage couronné par l'Institut. 1 vol. in-8°, Paris, F. Savy, libraire-éditeur, 24, rue Hautefeuille. — 1875.

L'Académie des sciences morales et politiques ayant mis au concours, en 1867, la question de l'étude de la folie au point de vue philosophique, M. le Dr Prosper Despine obtint le prix pour le mémoire important dont nous venons de donner le titre et qui ne comprend pas moins de mille pages. Tous les lecteurs des *Annales* connaissent cet écrivain non-seulement par les articles qu'il a insérés dans ce recueil, mais surtout par un ouvrage considérable en trois volumes, la *psychologie naturelle*, qui contient un grand nombre de faits dont peuvent faire leur profit le moraliste comme le philosophe, le médecin ainsi que le magistrat.

M. Despine, qui est surtout un théoricien, je dirai même trop doctrinal, est convaincu que la folie ne peut être envisagée à un point de vue philosophique que lorsqu'on possède des notions précises sur la psychologie normale. En d'autres termes l'étude de la folie, pour être systématique, doit avoir pour base la connaissance des facultés intellectuelles et morales. Il est donc nécessaire de faire d'abord connaître les principes psychologiques de notre auteur, principes qui lui appartiennent en propre, mais qui, étant donnée la direction actuellement imprimée aux études de physiologie psychique, ne me paraissent pas destinés à être acceptés sans un examen approfondi, sans avoir passé au crible de la critique. M. Despine décrit deux ordres de facultés : les facultés intellectuelles et les facultés morales ou instinctives. Les premières sont au nombre de trois : la perception, la mémoire et la faculté réflective ou plutôt les facultés réflectives. Ces dernières comprennent l'attention, le raisonnement, le jugement et l'imagination

et « méritent réellement le nom de facultés intellectuelles supérieures. » Ces trois facultés, qui constituent l'intelligence, « ne sont, d'après l'auteur, susceptibles d'être atteintes » que par un seul genre d'altération, et ce genre est la faiblesse, l'impuissance, pouvant descendre jusqu'à l'anéantissement. La perversion, qui est un autre mode d'altération, » n'atteint point les facultés intellectuelles. » Cette assertion paraîtra au premier abord singulière; mais M. Despine qui, avec un grand nombre d'aliénistes, soutient que la folie est produite par une perversion des facultés affectives, en donne l'explication suivante : « Le jugement de l'aliéné, dit-il, peut » bien devenir pervers, mais son jugement devient tel, parce » que la source instinctive d'où il émane s'est pervertie elle-» même, parce que la passion qui le dicte directement, ou qui » inspire les prémisses des raisonnements d'où il provient, est » un élément instinctif perverti par l'état cérébral de ce malade » La faculté raisonnante fonctionne régulièrement; seulement » elle fonctionne avec des points de départ passionnés, absurdes, faux, immoraux, que le délirant prend pour rationnels. » (p. 29). Il nous est difficile — d'accord en cela avec un grand nombre de médecins aliénistes — d'accepter cette explication et de donner notre adhésion à cette doctrine de M. Despine. En effet, il est d'observation journalière que les facultés intellectuelles sont, non-seulement affaiblies chez les aliénés, mais encore surexitées et même perverties; que cette surexcitation et cette perversion, si elles sont très-souvent consécutives à des troubles passionnels, peuvent être aussi primordiales ou idiopathiques.

Quant aux facultés morales ou instinctives, qui sont pour l'auteur la clef de sa théorie de la folie, il les étudie longuement et avec plus de développement que les facultés intellectuelles. « Par les facultés morales, dit-il, l'homme acquiert la connaissance, non plus de ce qui existe dans la nature, mais » de ce qu'il doit faire..... Les facultés morales manifestant » les inclinations, les penchants, les répulsions, les tendances, » les besoins de l'âme, ses instincts en un mot, et cela, non » par une instruction acquise, par un travail réflectif, intellectuel proprement dit, mais par une science ou inspiration » naturelle, spontanée, ces facultés, disons-nous, nous paraissent exactement caractérisées par la qualification d'*instinctives* (p. 32). » Cette description fait saisir l'importance que M. Despine attache au rôle des passions, des instincts, dans la

vie psychique. A eux appartient la prépondérance sur les phénomènes intellectuels, qui ne sont pour ainsi dire mis en activité que par les sentiments. L'auteur résume cette théorie dans cet aphorisme : « L'homme ne pense que comme il sent. »

Nous ne nous arrêterons pas à discuter cette doctrine qui, certes, renferme une très-large part de vérité; nous ne dirons rien non plus de la classification des facultés morales, admise par l'auteur et qui est plus disparate que l'organologie de Gall. Nous trouvons, en effet, au nombre des facultés morales, à côté de l'amour d'un sexe pour l'autre, de l'amour de la progéniture, de l'amitié, etc., l'espérance, la confiance, la gaîté, la pudeur, etc. A côté de ces bons sentiments se placent encore des penchants qu'il appelle « bizarres, irrationnels, immoraux. » Ce sont la jalousie, la vengeance, l'orgueil, la malhonnêteté, le mépris, la cupidité, etc. Après cette description purement statique, M. Despine passe à l'étude dynamique de ces facultés. « *Activement*, dit-il, les facultés morales, les éléments instinctifs » bons ou mauvais de notre esprit, se manifestent par des im» pulsions à agir, par des penchants, par des désirs, par des » besoins de satisfaction; et, par les désirs, elles sont la source » la plus fréquente d'où émanent nos actions (p. 39). » Puis passant au sentiment du devoir, c'est-à-dire « l'obligation par » la conscience de faire le bien parce qu'il est le bien », il démontre qu'il est fonction du degré de supériorité intellectuelle et morale de l'individu et de la race.

Avant d'exposer sa théorie de libre arbitre, l'auteur développe ce qu'il entend par la raison, qui, suivant lui, est un résultat et non point une faculté. M. Despine distingue la raison instinctive et morale de la raison intellectuelle. Cette distinction, ajoute-t-il, « est de la plus haute importance, » surtout au point de vue du libre arbitre. La raison intellec» tuelle n'est point un élément de cette liberté, si bien que » l'on peut posséder cette raison sans être libre, et que l'on » peut être libre sans posséder cette raison. La raison morale » supérieure, celle qui est inspirée par le sentiment du » devoir moral, est seule un élément de libre arbitre, et elle en » est l'élément le plus essentiel » (p. 126). Mais que faut-il entendre par le libre arbitre ? « Le libre arbitre consiste à se décider par sa propre initiative, *à vouloir* ; il se manifeste par des décisions, par des volontés. » Il nous est impossible de suivre l'auteur dans sa discusssion sur cette question tant controversée de pychologie. Contentons-nous de donner la

définition qu'il en donne et qui résume ses idées sur ce sujet : « Le libre arbitre, ou liberté morale, est le pouvoir en vertu » duquel l'homme choisit entre le bien et le mal, décide et » veut ce qu'il a choisi, après une délibération éclairée par le » sentiment du devoir moral. »

Là s'arrête la partie psychologique de l'ouvrage de M. Despine. Nous nous sommes contenté d'analyser, faisant le moins de place possible à la critique. Pour discuter les pages consciencieuses de ce livre, pour en extraire la moelle vraiment scientifique, il nous faudrait lui consacrer plus qu'un article bibliographique, et nous avons hâte d'arriver à la seconde partie, qui traite de la psychologie de la folie.

Après deux chapitres importants destinées à l'étude de l'hallucination et de l'illusion, on arrive à la question importante : Qu'est-ce que la folie ? Après tant d'auteurs éminents qui ont, chacun à son point de vue, défini cette affection morbide, M. Despine, se basant sur les principes psychologiques analysés plus haut, a donné sa définition. « La folie, dit-il, » consiste dans l'aveuglement moral involontaire de l'esprit à » l'égard d'idées fausses, absurdes, immorales, irrationnelles, » et de penchants bizarres, pervers, inspirés par des passions ; » aveuglement causé par l'absence des caractères rationnels, » seuls capables d'éclairer l'esprit sur la nature de ces idées » et de ces penchants, c'est-à-dire par l'inconscience morale » à leur égard. » (p. 279). Plus loin, développant sa pensée et pour répondre à certaines objections, l'auteur ajoute : « Il » nous semble que la définition que nous venons de formuler » caractérise clairement et exactement la folie instinctive, » forme de l'aliénation qui mérite spécialement le nom de » folie ; forme dans laquelle les facultés instinctives ou morales sont seules atteintes, les facultés intellectuelles proprement dites restant intactes, ce qui permet à l'aliéné » d'avoir des idées délirantes suivies et même logiquement » enchaînées. Les autres formes de l'aliénation, la manie, la » folie paralytique, la démence, l'idiotie et la stupeur, formes » dans lesquelles toutes les facultés psychiques, les intellectuelles comme les instinctives, sont atteintes de diverses » manières ; ces formes de l'aliénation, disons-nous, sont » tellement différentes de la folie instinctive, et ces aliénations se ressemblent si peu entre elles par leur nature » psychologique, qu'elles ne peuvent toutes entrer dans une » même définition, à moins que celle-ci ne soit générale

» et même un peu vague. » Le lecteur, habitué à la pratique des maladies mentales, reconnaîtra sans doute avec nous tout ce qu'ont de spécieux et de subtil les distinctions que veut établir M. Despine entre l'aliénation mentale et la folie proprement dite, et combien la clinique aurait peu à gagner en les acceptant.

Quoi qu'il en soit, cet auteur a créé une classification de l'*aliénation mentale* basée sur les idées exprimées plus haut. Elle comprend trois groupes principaux. Dans les aliénations mentales de la première classe se rangent « les *folies* manifestées par des inspirations passionnées, fausses, bizarres, perverses, à l'égard desquelles l'esprit est aveuglé... A ce genre d'aliénations se rapportent la lypémanie et les diverses formes de folies appelées *monomanies* par Esquirol. » — La deuxième classe comprend les aliénations caractérisées par une destruction partielle des facultés psychiques et par un trouble profond de celles qui persistent encore. Exemple : l'état maniaque, aigu ou chronique. — La troisième classe, enfin, renferme les aliénations caractérisées principalement par la destruction plus ou moins complète des diverses facultés psychiques, telles que la démence sénile, la démence paralytique, la stupeur, l'imbécillité, l'idiotie.

M. Despine étudie en détail ces différentes formes de l'aliénation mentale et les envisage exclusivement au point de vue psychologique. Il s'arrête surtout longuement à la description des aliénations mentales de la première classe, c'est-à-dire des folies instinctives. Il en admet trois espèces, suivant que sont lésées l'intelligence, les affections ou la volonté.

Le chapitre consacré à l'étude psychologique sur les criminels ou à la tératologie morale, mérite une mention spéciale. L'auteur y a condensé en une centaine de pages les résultats de ses recherches sur cette question, qu'il a publiés, il y a plusieurs années, en son livre sur la *Psychologie naturelle*.

L'ouvrage se termine enfin par un historique sur les théories psychologiques les plus importantes, qui ont été émises sur la folie depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. Cet historique, quoique incomplet, est d'une lecture intéressante et prouve une grande érudition et de vastes recherches.

En résumé, comme œuvre de théoricien, le volume de M. Despine mérite d'être consulté ; il contient des aperçus nouveaux qui excitent à la réflexion et dont le praticien devra tenir compte.

Dr Ant. Ritti.

*Sur la situation morale et légale et le placement des aliénés criminels et dangereux*, par le Dr Semal (de Mons). Broch. in-8°. Bruxelles, librairie de Henri Manceaux, 1876.

Ce travail a été présenté, sous forme de mémoire, à la section de psychiâtrie du congrès périodique international des sciences médicales, tenu à Bruxelles en 1875. Il mérite, à tous égards, les éloges des savants qui pensent que toutes les questions suscitées par l'étude des maladies mentales ne trouveront une solution vraiment scientifique que lorsqu'elles auront été dégagées des entraves métaphysiques, et reportées dans le domaine des sciences positives. Parmi les questions sur lesquelles on discute depuis des milliers d'années sans arriver à une solution définitive, il faut placer en premier lieu la volonté et le libre arbitre. M. Semal, bien connu des lecteurs des *Annales* par son savant mémoire sur la *sensibilité générale et ses altérations dans les affections mélancoliques*, croit que les découvertes récentes, faites en physiologie nerveuse, permettent de donner de ces phénomènes psychiques une explication plus conforme à la réalité des choses. Il expose donc d'abord les recherches physiologiques sur le pouvoir volontaire et en recherche les premiers vestiges dans l'activité médullaire. Ainsi il considère comme démontré que « l'axe » encéphalo-spinal (moelle, bulbe et protubérance) est constitué » par une série de centres gris doués d'une sensibilité analogue, » quoique moindre, à celle des lobes cérébraux, et qu'en con- » séquence, la volonté n'est pas une faculté purement céré- » brale mise en jeu par les pensées seules, mais qu'elle » s'éveille encore sous l'empire des instincts, des passions, » des sensations, en un mot, de tout ce qui, dans la vie ani- » male, relève de l'énergie médullaire, soit que cette énergie » se manifeste isolément, soit qu'elle se fusionne à l'activité » cérébrale... » L'auteur étudie ensuite cette activité cérébrale et en particulier les actions réflexes cérébrales ou les phénomènes de cérébration inconsciente. Puis, après avoir consacré plusieurs pages à l'*automatisme humain*, il passe à l'étude de la responsabilité. « L'acte imputable à son auteur, dit M. Semal, » sera celui dont il a eu conscience, si toutefois l'état d'é- » quilibre dans lequel se tiennent sa sensibilité psychique et » sa sensibilité organique lui a permis d'en pressentir les con- » séquences et l'illégalité. » Comme conséquence de ses études,

il n'admet pas la distinction des aliénés en criminels et en non-criminels; il n'y a que des malades nécessitant des moyens divers de surveillance et d'isolement. « Si, dans un hôpital » ordinaire, dit-il, on trouvait confondus les malades atteints » d'affections contagieuses ou épidémiques avec ceux atteints » d'affections bénignes, on serait certes en droit de taxer » d'imprévoyance et d'inhumanité les médecins et les adminis- » trateurs; pourquoi vouloir, dès lors, dans la pratique des » asiles, sacrifier à ces déplorables errements? »

En résumé, la lecture du travail de M. Semal est instructive et plaira surtout aux penseurs que ne rebutent pas les idées nouvelles.

Dr A. Ritti.

---

## Revue des Thèses (1).

### FACULTÉ DE NANCY. (Année 1876).

27. — *Du chloroforme au point de vue de son action physiologique et du mécanisme de la mort pendant l'anesthésie*, par René Ferry.

L'action qu'exerce le chloroforme sur les différentes fonctions de l'organisme a été, depuis dix ans, le sujet de nombreuses recherches de physiologie expérimentale, que l'auteur de ce travail a résumées avec méthode. Nous signalerons néanmoins une lacune: s'il étudie avec soin les effets du chloroforme sur le sang, la respiration, les nerfs sensitifs et moteurs, etc., il passe complétement sous silence les phénomènes psychiques qui accompagnent l'emploi de cet anesthésique. Le mémoire, publié par le Dr Lacassagne sur cette question : *Des phénomènes psychologiques avant, pendant et après l'anesthésie provoquée*, 1867, devra donc être consulté comme un utile complément de celui de M. Ferry.

28. — *Contribution à l'étude de la pachyméningite*, par G. Houdoux.

Ce travail a pour base une observation recueillie avec soin dans le service de M. Bernheim. De cette observation et de

---

(1) On peut se procurer toutes ces thèses chez MM. Coccoz, libraire, 11, rue de l'Ancienne Comédie, à Paris.

quelques autres, l'auteur croit pouvoir conclure que dans la pachyméningite et les hématômes de la dure-mère, la néo-membrane est antérieure à l'épanchement et en est la cause. Cette théorie, qui est celle de Virchow, et que M. Christian a soutenue avec beaucoup de talent dans sa thèse inaugurale (Strasbourg, 1864), est aujourd'hui battue en brèche par l'observation clinique et l'expérimentation. Les travaux de MM. Laborde, Luneau, Vulpian, etc. paraissent, en effet, devoir confirmer les idées émises, il y a quarante ans, par M. Baillarger (*Du siége de quelques hémorrhagies méningées*, thèse de Paris, 1837), en démontrant, par des expériences physiologiques que les néo-membranes sont consécutives à l'enkystement du caillot. — Dans l'observation de M. Houdoux, nous constatons l'existence d'un symptôme non signalé jusqu'ici. La malade a présenté une petite hémorrhagie dans l'oreille externe du côté de la lésion cérébrale.

29. — *De la ménopause et de son influence dans la production de l'aliénation mentale*, par L. A. Pagès.

30. — *Etude médico-psychologique sur l'état mental désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité*, par Léon Duprey.

Travail consciencieux et qui a presque le développement d'une monographie. L'auteur expose avec soin les diverses théories médico-psychologiques émises sur cette forme particulière de maladie mentale et se range à celle acceptée et soutenue par Etoc-Demazy, Ferrus, MM. Sauze, Delasiauve, etc. Il considère donc la stupidité comme une affection caractérisée par la suspension plus ou moins complète, rapide, apyrétique et curable des facultés cérébrales qui rend le malade étranger au monde réel ou tout au moins ne lui en donne que des notions fausses et incomplètes. Certes, tous les faits cités par M. Duprey présentent ces différents caractères; mais ne faut-il pas aussi tenir compte des cas publiés par M. Baillarger dans lesquels on constate derrière la torpeur apparente de l'intelligence un délire d'une grande activité? Avec ce dernier observateur, M. Duprey aurait pu accepter et décrire, outre la stupeur simple, une catégorie de faits, sous la dénomination de mélancolie avec stupeur. Quoi qu'il en soit, la description qu'il nous donne de la stupidité ou stupeur simple mérite à bien des égards d'être consultée.

34. — *De l'alimentation forcée chez les aliénés*, par Augustin Grasse.

M. Grasse me semble avoir trop suivi à la lettre le titre de son travail; sur les soixante pages de sa thèse, il n'en consacre, en effet, que cinq à l'étude clinique de la sitiophobie. Une thèse, soutenue à la faculté de Paris en 1876 par M. Alleaume et qui a pour titre: *Etude clinique sur le refus des aliments chez les aliénés*, sera donc un utile complément de celle de M. Grasse. Quant aux divers procédés d'alimentation forcée, ce dernier auteur en fait une description, sinon complète, du moins assez exacte. Nous ne partageons pas néanmoins ses opinions sur le cathétérisme de l'œsophage par la bouche. « Ce procédé ne peut être que rarement employé chez les aliénés », dit-il. Nous croyons au contraire qu'il peut l'être très-souvent et qu'à moins de causes spéciales ce procédé est préférable au cathétérisme par les fosses nasales. Notre assertion est le résultat d'une assez longue expérience; sur plusieurs centaines d'aliénés des deux sexes qu'il nous a été donné d'alimenter à l'aide de la sonde œsophagienne, nous avons le plus ordinairement introduit celle-ci par la bouche et jamais nous n'avons rencontré de sérieuses difficultés. Nous ferons une dernière observation: dans le paragraphe consacré à la « *nourriture employée* », — paragraphe trop court à notre avis. — M. Grasse semble ne vouloir se servir de la viande crue pilée et délayée dans le bouillon qu'au bout d'un certain temps; attendre l'amaigrissement du malade pour le soumettre à une alimentation plus rationnelle semble peu scientifique, et nous croyons qu'il est du devoir du médecin de faire en sorte d'empêcher l'inanition progressive des malades en leur fournissant, dès le commencement de leur accès de sitiophobie, une quantité normale de matières féculentes, azotées, et sucrées.

Dr Ant. Ritti.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Des périodes raisonnantes de l'aliénation mentale; par M. le Dr V. Bigot. Paris 1877; chez Germer Baillière; vol. in-8° de 620 p. Prix : 10 fr.

— Essai de classification méthodique des maladies mentales; par M. le Dr Cellier; thèse de Nancy, 1877.

— Lettres névropathiques suivies de plusieurs autres sur différents sujets; par M. le Dr Dumont (de Monteux); 2e édit. Paris, 1877; vol. in-12 de 370 p. Prix : 3 fr.

# VARIÉTÉS

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du 14 mars* 1877. M. le Dr Henri Védie, médecin adjoint de l'asile de Pau, a été promu à la 1re classe de son grade (3,000 fr.) pour prendre rang à partir du 1er mars 1877.

— L'Académie de médecine, dans sa séance du 13 février 1877, a élu membre titulaire, dans la section d'anatomie et de physiologie, M. le Dr Luys, médecin de la Salpêtrière, membre de la Société médico-psychologique, dont les beaux travaux sur l'anatomie sont bien connus de nos lecteurs.

## NÉCROLOGIE.

— Louis-François Lélut, membre de l'Académie des sciences morales et politiques, et de l'Académie de médecine, ancien député au Corps législatif, ancien médecin de la Salpêtrière, officier de la Légion d'honneur, est décédé à Gy (Haute-Saône), le 25 janvier 1877, dans sa 74e année.

Lélut, ancien interne des hôpitaux de Paris, avait été nommé successivement, en 1834, médecin-surveillant de la division des aliénés de Bicêtre, et en 1840, médecin titulaire de l'une des trois sections de la division des aliénées de la Salpêtrière, où il a conservé sa résidence jusqu'au moment de sa retraite en 1861.

En 1844, Lélut a été nommé membre de l'Académie des sciences morales et politiques, section de philosophie. En 1863, il a été élu membre de l'Académie de médecine.

C'est en 1869 que notre cher maître commença à ressentir les atteintes de l'affection nerveuse qui le força à renoncer aux travaux intellectuels auxquels il avait consacré sa vie. Au commencement de 1870 il prit le parti de se retirer dans son pays natal qu'il n'a plus quitté depuis cette époque

Lélut était un travailleur infatigable : il a laissé notamment une très-riche collection d'observations, qui, nous l'espérons bien, ne seront pas perdues pour la science; les principaux travaux qu'il a publiés sont les suivants :

— *Qu'est-ce que la phrénologie*; vol. in-8°. Paris, 1836.

— *Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans la folie*, br. in-8° de 120 p.

— *Du démon de Socrate*; vol. in-8°. Paris 1835 et 1856.

— *De l'organe phrénologique de la destruction chez les animaux*; br. in-8°. Paris, 1838.

— *Rejet de l'organologie phrénologique de Gall et de ses successeurs*; vol. in-8°. Paris, 1843.

— *L'amulette de Pascal, pour servir à l'histoire des hallucinations*; vol. in-8°. Paris, 1846.

— *Physiologie de la pensée; recherche critique des rapports du corps et de l'esprit*. Paris, 1862, 2 vol. in-12.

Lélut a publié de plus un certain nombre de mémoires dans plusieurs recueils de médecine, notamment dans la *Gazette médicale* et les *Annales médico-psychologiques*, dont il a été l'un des principaux collaborateurs de 1843 à 1855, et auxquelles il était resté attaché en qualité de membre du comité de rédaction.

— Le Dr Julien-Jules Richard, médecin en chef de l'asile de Lehon (Côtes-du-Nord), y a succombé le 13 mars 1877, à l'âge de 48 ans, à la maladie dont il souffrait depuis plusieurs années.

Le Dr Richard était un excellent praticien, estimé de tous ses confrères et qui avait réussi à introduire des améliorations importantes dans l'établissement dont il avait la direction médicale.

— M. Louis Chabert, étudiant en médecine, élève interne à l'asile des aliénés de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), précédemment attaché au même titre à l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), est décédé dans le premier de ces établissements, le 25 février 1877, âgé de vingt-quatre ans, à la suite d'une maladie suraiguë qui l'a enlevé en trois jours. Egalement bien doué des qualités de l'esprit et de celles du cœur, M. Chabert promettait à son pays un homme de bien et un médecin utile; sa mort, si prématurée, inspire le plus vif regret à tous ceux qui ont été à même de l'apprécier. Avant que le corps n'ait été enlevé par les soins de la famille, l'asile de Quatre-Mares a fait célébrer, dans la chapelle de l'établissement, un service funèbre auquel assistaient, outre le plus grand nombre des malades, M. Limbourg, préfet du département de la Seine-Inférieure, la commission de surveillance des asiles, le personnel de Saint-Yon et celui de Quatre-Mares.

(Extrait du *Nouvelliste de Rouen*.)

## PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

### *Prix de* 1875.

— *Prix Civrieux*. L'Académie avait proposé la question suivante :

« De l'insomnie. »

Ce prix était de la valeur de 900 francs.

Six mémoires ont concouru.

Il n'y a pas eu lieu à décerner le prix, mais l'Académie a accordé, à titre d'encouragement :

1o 500 fr. à M. le Dr Guipon (de Laon);

2o 200 fr. à M. le Dr Marvaud (Angel), médecin-major à l'hôpital de Mascara.

3o 200 fr. à M. le Dr Villemin, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Vichy.

— *Prix Lefèvre*. — La question suivante avait été mise au concours :

« De la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale. »

Ce prix était de la valeur de 300 fr. Quatre mémoires ont été adressés au concours.

L'Académie a décerné le prix à MM. les Drs Aug. Voisin, médecin de la Salpêtrière, et Burlureaux, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Versailles.

*Prix proposés pour l'année 1876.*

Les mémoires adressés à l'Académie pour le concours de 1876 (V. *Annales médico-psych.* 1876, t. XV. p. 472), sont soumis en ce moment à l'examen des commissions.

*Prix proposés pour l'année 1877.*

— *Prix Civrieux.* Question :

« Rechercher par quel traitement on peut arrêter la paralysie générale à son début et assurer l'amélioration ou la guérison obtenue. »

Ce prix est de la valeur de 1,000 fr.

— *Prix Saint-Lager* : (V. *Annales médico-psychologiques*, 1874, t. XI., p. 328.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1877 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mai. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresse des auteurs.

PRIX ET RÉCOMPENSES DE LA SOCIÉTÉ FRANCAISE DE TEMPÉRANCE.

La *Société française de tempérance* a tenu sa séance solenelle le 25 mars, sous la présidence de M. Edouard Laboulaye, membre de l'Institut.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. Laboulaye, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secréraire général, celui de M. le baron Pron sur le concours de 1877 et le rapport de M. Motet sur les récompenses, la Société a décerné : à M. Louis Maurette une médaille d'argent et une récompense de 250 fr.; et à MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé un encouragement de 500 fr. La Société a décerné en outre 2 médailles de vermeil, 35 diplômes d'honneur, 26 médailles d'argent, 293 médailles de bronze et 45 livrets de caisse d'épargne de 25 francs.

Voici les récompenses qui ont été accordées au personnel des asiles d'aliénés :

Extrait du rapport de M. le Dr Motet :

« Dans les maisons ouvertes à la folie, où viennent échouer les victimes trop nombreuses de l'intempérance, il semblerait que la vue seule de ces malheureux, si cruellement punis, devrait être une sévère leçon ; on dit que dans le passé cette leçon fut quelquefois perdue ; le présent est meilleur, si nous en jugeons par la liste qui nous vient de tous les points de la France ; nous avons accepté les propositions qui nous étaient faites par les directeurs d'asiles, non par toutes, quelques-uns des candidats n'ayant pas dix années de services. Nous retrouverons plus tard ceux que nous avons dû ajourner.

*Médailles d'argent :*

MM. Dumazel, Jean-Joseph, sous-surveillant à l'asile Saint-Pierre de Marseille.
Froment, Félix, surveillant à l'asile de Maréville.
Blanchet, Edme-Louis, secrétaire de la direction à l'asile de Blois.

*Médailles de bronze et livrets de 25 fr :*

MM. Salivet, Jean, chef jardinier à l'asile de Montdevergues.
Larchevêque, Alphonse, garde-magasin à l'asile d'Auxerre.
Turkery, Henri, concierge à l'asile d'Armentières (Nord).
Fayon, Barthélemy, infirmier à l'asile de Saint-Alban (Lozère).

*Médailles de bronze :*

MM. Fleury, Charles-Adolphe, commissionnaire à l'asile du Mans.
Hollier, Pierre, infirmier à l'asile de Saint-Dizier.
Labesse, Jean, cocher à l'asile de Limoges.

« Rappelons avec éloge les noms de MM. Jacquin, Pierre et Ducruet, Pierre, chef surveillant et sous-surveillant à l'asile de Saint-Dizier, qui ont reçu, en 1875, le premier, une médaille d'argent et le second une médaille de bronze. »

*Prix à décerner en 1878.*

1re *question*. — Déterminer, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, les différences qui, au point de vue des effets sur l'organisme, et à titre alcoolique égal, existent entre les vins et les eaux-de-vie naturels d'une part, et, d'autre part, les vins fabriqués ou simplement relevés avec des alcools de provenance purement industrielle et les eaux-de-vie de même origine.

Le prix sera de 2,000 fr.

2e *question*. — Rechercher, à l'aide de l'observation clinique et de l'expérimentation, si, à titre égal, l'addition à l'alcool d'un principe aromatique autre que celui de l'absinthe, tel que les essences d'anis, de badiane, de fenouil, de tanaisie et autres plantes analogues, augmente ses propriétés toxiques.

Le prix sera de 1,000 fr.

3e *question*. — Etude comparée des législations relatives aux débits des boissons dans les divers Etats de l'Europe. Chercher dans cette étude des données sur les modifications dont la législation française serait susceptible au point de vue de la répression de l'abus des boissons alcooliques.

Le prix sera de 1,000 fr.

*NOTA*. — Les mémoires écrits en français et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresse des auteurs devront être envoyés à M. le Dr Lunier, secrétaire général de la Société, rue de l'Université, 6, à Paris, avant le 1er janvier.

### DES SUICIDES EN FRANCE EN 1874.

Nous empruntons les chiffres et documents qui suivent au résumé, qui vient d'être publié dans le *Journal officiel*, du compte rendu général de l'administration de la justice criminelle en France pour l'année 1874. (Voy. *Annales médico-psychologiques*, 1875; t. XIV, p. 332).

« Il a été constaté, en 1874, 5,647 suicides: c'est le chiffre le plus élevé que la statistique criminelle ait jamais constaté. Ils ont été accomplis : 4,435 (79 p. 100) par des hommes et 1,182 (21 p. 100) par des femmes.

» Malgré les investigations de la justice, il n'a pas été possible de connaître l'âge de 105 suicidés. Les 5,542 autres se divisent ainsi : mineurs de seize ans, 29; âgés de seize à vingt et un ans, 193; âgés de vingt et un à quarante ans, 1,477; âgés de quarante à soixante ans, 2,214; ayant dépassé ce dernier âge, 1,599.

» On comptait parmi les suicidés 1,946 célibataires (36 p. 100), 2,645 (48 p. 100 étaient mariés et 884 (16 p. 100), veufs. Au nombre de ceux qui forment les deux dernières catégories, il s'en trouvait 2,259, ou près des deux tiers, qui avaient des enfants. L'état civil de 145 individus n'a pu être constaté.

» Plus des sept dixièmes des suicides ont lieu par la strangulation (2,472) ou par la submersion (1,514).

» Les suicides ont été, comme toujours, plus fréquents au printemps (31 p. 100) et en été (27 p. 100) qu'en hiver (23 p. 100) et en automne (19 p. 100).

» Un dernier tableau présente les résultats de l'enquête judiciaire au double point de vue de la profession des suicidés et des mobiles auxquels on présume qu'ils ont cédé. En adoptant la même classification que pour les accusés, les 5,647 suicidés se distribuent ainsi : agriculteurs, 1,828 (33 p. 100); ouvriers des diverses industries, 1,689 (30 p. 100); négociants ou marchands, 241 (4 p. 100); exerçant des professions libérales, 927 (16 p. 100); domestiques, 228 (4 p. 100); sans profession ou profession inconnue, 704 (13 p. 100). Pour les motifs, il a été impossible de les dégager de l'information à l'égard de 481 suicidés; les autres se classent de la manière suivante : misère et revers de fortune, 652; chagrins de famille, 701; amour, jalousie, débauche, inconduite, 815 (dont 572 amenés par des habitudes d'ivrognerie ou des accès d'ivresse); souffrances physiques, 798; peines diverses, 489; maladies mentales, 1,622; suicides des auteurs de crimes capitaux, 59. C'est aux aliénistes et aux moralistes qu'il appartient de déduire de ces chiffres les enseignements qu'ils comportent. »

### LES PÉNITENCIERS INDIGÈNES ET LA RARETÉ DU SUICIDE EN ALGÉRIE

Par M. le Dr Payn, médecin de la maison centrale de l'Harach.

On avait observé, dans les premiers temps de la conquête de l'Algérie, combien était rare le suicide parmi les popula-

tions musulmanes ; mais depuis ces dernières années, cette pratique du désespoir semble s'acclimater dans leurs mœurs, au point que l'autorité s'en est émue et a dû faire entendre la voix de la raison et des plus sages conseils

Mais si les indigènes continuent parfois à recourir au suicide, on sera bien surpris d'apprendre que l'emprisonnement, la captivité, ne semblent point produire sur leur esprit des effets de découragement assez vifs pour les porter à attenter à leurs jours. Cette vie nomade, cette existence de libre pérégrination que mène l'Arabe, aurait pu faire croire que la prison devait être pour lui plus dure et plus affligeante que pour l'Européen, dont les mœurs sont généralement sédentaires. Erreur ! Le « *tædium vitæ* » existe moins pour l'Arabe prisonnier que pour l'Arabe en liberté : le premier supporte stoïquement l'incarcération, et la perte de cette liberté absolue, caractéristique de la vie de tribu.

Depuis 1856, époque à laquelle le pénitencier indigène, connu sous le nom « de Maison centrale de l'Harrach », a été installé dans le bordj de la Maison-Carrée, il n'y a pas eu même une tentative de suicide ; ainsi une période de vingt années s'est écoulée sans que, sur un mouvement de population de 6,069 prisonniers, aucun suicide ait eu lieu.

Quelles conclusions tirer de ces observations ? Ne donnent-elles pas lieu à de profondes méditations ? Ainsi, voilà un peuple retardataire de la civilisation, tout différent de mœurs, d'habitudes et de religion, chez lequel le suicide ne se rencontre pas, ou se rencontre encore peu, tandis que dans notre monde européen, où le flambeau de la civilisation brille d'un vif éclat, où notre religion et nos lois réprouvent un acte traité de crime par les uns, ou de folie par les autres, la fréquence du suicide est déplorable !

Est-ce le fatalisme qui, présidant plus étroitement à la destinée des indigènes incarcérés, les rend impuissants à prendre cette détermination extrême : la mort volontaire ?

La religion mahométane leur interdit d'anéantir la vie que Dieu leur a donnée ; l'idée du suicide n'entre-t-elle dans leur esprit que quand ils sont malheureux, dépourvus du strict nécessaire à la vie ?

Est-ce le défaut d'instruction qui les empêche de creuser dans leur cerveau peu actif la pensée de se détruire ? — La fréquence du suicide serait-elle véritablement, comme l'a écrit le Dr E. Lisle, en raison directe de l'instruction ?

De tristes exemples ont été invoqués à l'appui de cette opinion. Ainsi, un jeune homme intelligent, prêt à quitter volontairement l'existence, laisse un écrit dans lequel il reproche à ses parents l'éducation qui lui a été donnée : trop instruit pour gagner sa vie avec une pioche, il se croyait un génie méconnu ; l'ingratitude du genre humain l'irrite, et il s'empoisonne. — Un autre, dans son délire d'ambition, blasphème contre Dieu, la société, et se brûle la cervelle. — Un troisième se tue parce qu'on a refusé de représenter sa pièce au théâtre. — Un enfant très-précoce, élève studieux, lègue son âme à Rousseau et son corps à la terre ! etc., etc.

Est-ce indifférence à la sensualité et aux raffinements d'une civilisation auxquels ils n'ont pas été initiés, qui laisse la masse des Arabes si froids aux désillusions? Leur nature, moins impressionnable que celle de l'homme civilisé, ne saurait-elle concevoir les tortures de l'ambition, qui poussent, chez nous, bien des individus vers la folie? La plupart des auteurs rangent, en effet, le suicide parmi les affections mentales. — Enfin, la sobriété imposée aux indigènes prisonniers, à l'égard des boissons alcooliques, laisse-t-elle leurs facultés morales assez calmes pour ne pas dépasser les limites de la raison et ne pas arriver à l'horreur de la vie?

Ajoutons que si parmi les 6,069 détenus indigènes entrés en l'espace de vingt ans à la Maison centrale de l'Harrach, aucun cas de suicide n'a été constaté, les cas de folie y ont été aussi très-rares.

On a parlé récemment d'installer le système cellulaire dans certaines prisons de l'Algérie : il sera très-intéressant d'étudier les résultats de ce nouveau mode d'emprisonnement, au double point de vue du climat et de la race musulmane. En effet, on a reproché au système cellulaire la provocation au suicide et à la folie.

*Loi autorisant le département du Jura à contracter un emprunt pour la translation et la reconstruction d'un asile d'aliénés.*

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Le département du Jura est autorisé, conformément à la demande que le conseil général en a faite, dans sa session de mai 1876, à emprunter, à un taux d'intérêt qui ne pourra dépasser cinq pour cent (5 pour 100), une somme de sept cent mille francs (700,000 fr.) qui sera affectée à la translation et à la reconstruction de l'asile des aliénés de Dôle.

Cet emprunt pourra être réalisé, soit avec publicité et concurrence, soit par voie de souscription, 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 1er ci-dessus, au moyen de prélèvements opérés sur les ressources spéciales de l'asile ou, au besoin, sur le budget départemental.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Versailles, le 5 décembre 1876.

Maréchal de Mac Mahon,
duc de Magenta.

Par le président de la République:
Le ministre de l'intérieur,
*Signé* : E. de Marcère.

### LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES.

Les leçons cliniques de l'asile Sainte-Anne, dont nous avons annoncé la réouverture dans notre dernier numéro, auront lieu dans l'ordre suivant pendant le semestre d'été :

Du 8 au 29 avril, M. le Dr Lucas.
Du 6 au 27 mai, M. le Dr Dagonet.
Du 3 au 24 juin, M. le Dr Bouchereau.
Du 1er au 29 juillet, M. le Dr Magnan.

Les conférences auront lieu le dimanche de chaque semaine à neuf heures et demie du matin.

### RAPPORTS DES INSPECTEURS GÉNÉRAUX POUR LE SERVICE DES ALIÉNÉS EN ANGLETERRE, EN ECOSSE ET EN IRLANDE PENDANT L'ANNÉE.

La totalité des aliénés connus en Angleterre et en Ecosse au 1er janvier 1875 était de 73,141.

Les cas nouveaux pour les deux contrées ont été de 14,715 y compris les réadmissions, déduction faite des transfèrements d'un établissement dans un autre établissement.

En Angleterre, la proportion pour cent des guérisons, par rapport aux admissions (y compris les transfèrements), a été, dans les asiles des bourgs et des comtés, de 34.11. Résultat inférieur de 1.5 à la moyenne depuis 1859.

En Ecosse, la proportion pour cent par rapport aux admissions (non compris les transfèrements) (1), a été de 44.4 ; résultat de 4 p. 100 supérieur à la moyenne.

La mortalité, dans les mêmes établissements, a été pour l'Angleterre de 8.9 p. 100, par rapport à la population traitée, et de 11.3 par rapport à la population moyenne. Résultat dépassant un peu la moyenne des années antérieures.

En Ecosse, la proportion a été de 5.3 p. 100, population traitée et de 6.6 p. 100 (population moyenne).

Les inspecteurs pour l'Angleterre font remarquer que la proportion plus élevée des cas chroniques compris dans les admissions de 1875, doit donner l'explication de la diminution de la moyenne des guérisons ; tandis que l'intensité du froid au commencement de l'année, explique l'augmentation de la moyenne des décès.

Ils insistent sur les avantages d'un changement de résidence pour des aliénés à envoyer au bord de la mer pendant un temps plus ou moins long, système d'ailleurs sanctionné par la loi. Les convalescents en retirent souvent un bénéfice considérable. Ils voudraient que la permission qui est limitée seulement à l'Angleterre et aux pays de Galles, comprît également l'Ecosse et l'Irlande comme but d'excursion. En 1875,

(1) Il y a toujours quelque difficulté à établir des rapprochements entre les résultats consignés dans les rapports du Royaume-Uni ; ainsi, par exemple, la moyenne pour l'Angleterre est calculée, tranfèrement compris, tandis qu'en Ecosse, ce qui nous paraît plus rationnel, les transfèrements ont été éliminés.

819 malades ont obtenu de semblables autorisations soit pour des raisons de santé, soit comme essai de sortie, tandis qu'en 1865 le nombre en avait été de 492 seulement. Ici il s'agit uniquement des maisons autorisées de la métropole et des malades vivant à domicile.

A propos des sorties par guérison, les inspecteurs pour l'Ecosse notent que, sur cent malades renvoyés guéris pendant les dix dernières années 1866-1875, 22 étaient au compte de leur famille et 78 étaient des malades assistés ; et que ce rapport des guérisons, parmi les uns et les autres, est à peu de chose près en concordance avec celui des admissions.

La proportion des guérisons est plus élevée dans les asiles de paroisse. Cela tient probablement à ce que les malades qu'on y reçoit présentent une plus grande proportion d'individus affectés des formes éphémères de la folie que ceux admis dans les asiles publics et privés.

La moyenne des décès est également plus élevée dans ces mêmes asiles de paroisse, ce qui s'expliqueraient, d'après les inspecteurs, par la proportion des admissions.

| | Asiles de paroisse. | Asiles privés. | Asiles publics et de districts. | Quartiers d'hospice. |
|---|---|---|---|---|
| Proportion des admissions pour cent (nombre résidant). . . . . | 50.5 | 50.1 | 37.8 | 21.8 |
| Proportion des décès pour cent (nombre résidant). . . . . | 10.2 | 9.5 | 8.5 | 7.9 |

Les inspecteurs écossais ont en outre inséré dans leur rapport des aperçus statistiques fort intéressants concernant la paralysie générale.

Pendant les dix dernières années ils ont eu connaissance de 524 décès occasionnés par cette affection, savoir : 73 hommes et 17 femmes parmi les malades riches, 351 hommes et 83 femmes parmi les aliénés pauvres.

Ces chiffres réunis donnent pour moyenne de ces dix années 1.6 p. 100 de décès pour 100,000 habitants, un cinquième appartenant aux aliénés aisés et les quatre cinquièmes aux aliénés pauvres.

Ils fournissent la preuve de cette assertion qui veut que cette affection soit plus fréquente parmi la population des villes. Ainsi ils ont classé les 423 cas appartenant aux aliénés pauvres selon les paroisses qui leur devaient des secours, et ils ont trouvé, en effet, que la catégorie appartenant aux localités appelées districts des villes donne comme résultat 1.9 sur 100,000 âmes, tandis que les paroisses concernant les districts des îles et les districts ruraux n'accusent que 0.8 sur le même nombre d'habitants, c'est-à-dire plus de moitié moins que les districts urbains.

Si on adopte la classification du *Registrar general* et qu'on groupe les cas selon qu'ils appartiennent aux villes principales, aux grandes villes et aux petites villes et districts ruraux,

nous trouvons le rapport à la densité de la population accentué d'une manière beaucoup plus frappante.

En effet, sur cent mille habitants, on voit que la proportion des décès de cette cause a été pour les villes principales, de 2.1; pour les grandes villes, de 1.3; pour les petites villes et les districts ruraux de 0.7.

Le tableau suivant permet d'apprécier ces différences à leur propre valeur, en les mettant en rapport avec celles qui figurent dans les statistiques des autres maladies, d'après la même classification des localités, pendant les six années 1862-71.

*Taux annuels de la mortalité sur* 100,000 *âmes de la population générale de l'Ecosse, pour les dix années* 1862-71.

| Localités. | Toutes causes. | Maladies du cerveau et du système nerveux. | Delirium tremens. | Paralysie générale. |
|---|---|---|---|---|
| Iles et distr. ruraux.... | 1.841 | 21.0 | 1.2 | 0.8 |
| Villes..... | 2.565 | 35.6 | 2.6 | 1.9 |
| Toute l'Ecosse..... | 2.131 | 27.» | 1.8 | 1.6 |

Il ressort de ceci que la mortalité parmi les populations des villes se traduit d'une manière spéciale, quant à sa fréquence, en ce qui regarde toutes les affections nerveuses et d'une façon plus accentué encore à l'égard du *delirium tremens* et de la paralysie générale.

Enfin, sur cent décès de toutes causes dans tout le reste du pays, il y a proportionnellement à la population 139 décès dans les villes ; sur cent décès dus au système nerveux, on en compte 170 dans les villes, et le rapport correspondant pour la paralysie générale atteint le chiffre de 237.

C'est là, incontestablement, la démonstration de l'extrême prédominance dans les villes des affections du système nerveux. Nous avons jugé utile, ajoutent les inspecteurs, de mettre en regard les cas de delirium tremens et ceux de paralysie générale, parce que cette dernière affection, suivant quelques praticiens compétents, est due aux abus alcooliques ou à des stimulants analogues, et le parallélisme dans la répartition géographique prête un certain appui à cette manière de voir.

Le tableau ci-dessous donne la classification avec le taux général de la mortalité pour les différentes sortes de districts, ainsi que la production annuelle de l'aliénation dans la classe pauvre. Et, tandis que le chiffre de la mortalité par cause de paralysie générale est trois fois aussi élevé dans les villes principales que dans les petites et dans les districts ruraux, la

somme de la mortalité de toutes causes est bien loin d'y être moitié plus grande.

*Taux annuel de la mortalité sur* 100,000 *âmes.*

| | Paralysie générale. | Toutes causes.] | Production annuelle de l'aliénation dans la classe pauvre. |
|---|---|---|---|
| Petites villes et districts ruraux. ... | 0.7 | 1915 | 35 |
| Grandes villes. .... | 1.3 | 2524 | 41 |
| Villes principales.. | 2.1 | 2703 | 62 |
| Toute l'Ecosse.... | 1.3 | 2222 | 45 |

Dans ce compte rendu du rapport des inspecteurs pour l'Irlande, on n'indique pas quel était le nombre des aliénés connus au 1er janvier.

Sur 2132 malades admis dans les asiles de district pendant l'année, 939 auraient été renvoyés guéris, ce qui donne une proportion de 44 p. 100, d'où avantage sur l'Angleterre et l'Ecosse. De plus, 236 aliénés seraient sortis améliorés, tandis que 355 des cas admis étaient des malades en état de rechute, de sorte que la proportion des guérisons aux nouveaux cas admis serait de 52 p. 100.

Le commentateur fait quelques réserves sur ces résultats énoncés.

Les décès ont été au nombre de 742, ce qui donne une proportion de moins de 8 p. 100, sur la quantité des malades en traitement (9,747), résultat favorable, surtout si l'on note combien d'individus sont amenés dans un état d'épuisement extrême, soit par suite de refus de nourriture, soit par l'effet de la vieillesse. Cette mortalité toutefois, probablement pour les mêmes raisons, l'emporte de 0.8 p. 100 sur celle de 1874.

Le nombre des célibataires atteints de folie est dans une proportion considérable, 5303 pour 4674 personnes mariées : encore aux célibataires conviendrait-il d'ajouter 448 veufs et 323 veuves et la plupart de ceux dont l'état civil est resté inconnu. Ce fait est d'autant plus frappant que le mariage est la condition presque générale des paysans d'Irlande pendant les périodes de la vie où l'aliénation mentale est le plus fréquente.

Les inspecteurs regrettent que des arrangements n'aient pas été pris pour le transfèrement dans les Workhouses des malades calmes et chroniques. Mais on fait remarquer, avec raison, qu'une semblable mesure aurait pour effet d'enlever aux services généraux les bras indispensables; qu'il faudrait remplacer par une classe de filles de service très-inférieure à celle des servants ordinaires.

Les inspecteurs commentent les dispositions de certains comités de gouverneurs à s'efforcer de réduire la dépense des asiles à celle des workhouses, mais il paraît que leur pouvoir est borné à de simples observations et qu'ils sont impuissants contre le mauvais vouloir des gouverneurs qui refusent, par exemple, de fournir des lits et des objets de literie aux aliénés nouveaux excédant le nombre prévu, et qui les laissent pendant un hiver rigoureux coucher sur de la paille jetée sur le plancher. Ne vaudrait-il pas mieux, ajoute-t-on, que ces institutions fussent soustraites au contrôle local et constituassent essentiellement un service de l'Etat. Dr. D.

## LOI CONCERNANT LE RÉGIME DES ALIÉNÉS DANS L'EMPIRE OTTOMAN.

### CHAPITRE I. — *Des établissements d'aliénés.*

Art. 1er. Nul de quelque nationalité qu'il soit ne pourra ouvrir, ni diriger un établissement destiné aux aliénés sans une autorisation du gouvernement.

La même autorisation est nécessaire pour le maintien des établissements actuellement existants. Cette autorisation pour tout l'empire est donnée par la direction générale des affaires médicales.

Art. 2. Nul ne pourra dans aucun cas être soumis à des mesures de contrainte ou de séquestration, soit dans son domicile, soit dans une autre maison, sans en référer au préalable à l'autorité qui fera constater l'état mental de la personne par deux médecins, l'un désigné par la famille ou les personnes intéressées, l'autre par l'autorité : s'il y a lieu d'autoriser cette séquestration, l'autorité fera visiter le malade, au moins tous les trois mois, et plus souvent s'il est nécessaire.

Art. 3. Le gouvernement n'accordera la permission qu'autant qu'il reconnaîtra qu'il est satisfait aux conditions suivantes :

1° Situation, étendue suffisante et salubrité des locaux destinés à cet usage ;

2° Séparation des sexes et classement des aliénés d'après les exigences de leur maladie ;

3° Organisation d'un service médical et sanitaire approprié aux besoins et à l'état des malades.

### CHAPITRE II. — *Des placements faits dans les établissements d'aliénés.*

#### Section I. — Des placements volontaires.

Art. 4. Les chefs ou préposés responsables des établissements publics ou privés consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission constatant le nom, la profession, l'âge, la nationalité et le domicile de la personne qui la formera, ainsi que de celle dont le placement est réclamé. Dans

cette demande il sera fait mention du degré de parenté existant entre le demandeur et l'aliéné, et à défaut, de la nature des relations qui existent entre eux;

2° Cette demande écrite ou signée par celui qui la formera, sera présentée d'abord au ministre de la police, qui avant d'en donner acte, s'assurera de l'individualité de la personne qui fait la demande, et de celle qui doit être enfermée. A cet effet, le ministre de la police réclamera toujours une déclaration signée ou scellée par le chef du quartier (musulman ou chrétien) habité par ces personnes afin de constater sûrement leur individualité;

3° Un certificat du médecin constatant l'état mental de la personne à placer, en indiquant les particularités de la maladie, ainsi que l'époque de la première apparition. Ce certificat n'aura aucune validité s'il a été donné quinze jours avant sa remise au chef de l'établissement. Ce certificat constatant la légitimité du placement sera signé par deux médecins pour un aliéné à enfermer dans un asile public, tandis qu'il faudra la signature de trois médecins si le malade doit être placé dans un établissement privé.

Art. 5. Les seuls cas d'urgence autorisent les chefs des établissements à accepter l'aliéné sans certificat médical. Dans ces cas, les personnes qui accompagnent l'aliéné auront à se faire reconnaître par la direction, et donner en même temps tous les renseignements demandés. Ces indications seront recueillies à l'asile par écrit, et signées ou scellées par les mêmes personnes.

S'il s'agit d'un étranger, on devra remettre le passeport, ou toute autre pièce officielle propre à constater l'individualité de la personne à placer. Toutes ces pièces seront conservées scrupuleusement par la direction de l'asile, et il en sera fait mention dans un bulletin d'entrée qui sera envoyé dans l'espace de trois jours au ministère de la police, et à la direction des affaires médicales. Ce bulletin sera accompagné d'un certificat du médecin de l'établissement. Ces mesures seront prises pour le malade musulman; s'il est chrétien, juif ou étranger, cette même pièce, indépendamment des autorités susmentionnées, sera envoyée à la chancellerie chrétienne, juive ou étrangère d'où relève l'individu placé dans l'établissement.

Art. 6. Dans la huitaine, l'administration de la police certifiera officiellement le nom, profession et domicile, tant de la personne placée dans l'asile, que de celle qui aura demandé le placement:

1° Au gouverneur général du village où se trouve l'arrondissement du domicile de la personne placée;

2° Aux autorités spéciales indiquées dans l'article précédent.

Art. 7. Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement, il sera adressé à ces mêmes autorités un nouveau certificat du médecin de l'établissement, qui doit confirmer ou rectifier les observations contenues dans le premier certificat.

Art. 8. Pour tout aliéné situé en dehors de Constantinople, c'est l'autorité qui procède à sa séquestration. Elle tient procès-verbal constatant les faits qui la motivent, et elle fait une enquête sur les antécédents de l'aliéné, auprès des parents, des voisins et des juges du quartier pour l'intermédiaire du conseil des anciens.

Si dans la localité existe un médecin il est invité à visiter la personne à sequestrer, et à délivrer un certificat. A défaut de médecin, le conseil des anciens fera un interrogatoire pour constater ainsi l'état mental de la personne à sequestrer.

Toutes ces opérations doivent être terminées dans l'espace d'une semaine, et ce dossier sera envoyé au chef-lieu. Le gouverneur de la localité agrée la mesure qu'on lui propose, ou bien ordonne une nouvelle enquête. Dans le cas où la personne serait envoyée à Constantinople, le dossier l'accompagnera et sera transmis à qui de droit.

Pour ce qui regarde l'interdiction, la demande devra être faite par le proche parent. Le conseil des anciens instituera alors une enquête, et fera faire par le médecin de la localité, s'il y en a un, un interrogatoire à la personne dont on demande l'interdiction, afin de constater son état mental et le degré de son intelligence. A défaut du médecin c'est le conseil des anciens qui procédera à l'interrogatoire et enverra au chef-lieu le dossier du fait, sur lequel doit se tenir procès-verbal. Le gouverneur de la localité ratifie le jugement, ou bien il ordonne une nouvelle enquête.

Art. 9. Dans chaque établissement public ou privé, il existe un registre sur lequel seront immédiatement inscrits le nom, profession, âge, nationalité et domicile des personnes placées dans l'établissement, la date de leur placement, le nom, la profession et la demeure de la personne qui l'aura demandé, ainsi que le certificat joint à la demande d'admission. Sur ce même registre (1), le médecin notera au moins tous les mois les changements survenus dans l'état de chaque malade, et on y signera aussi les sorties et les décès. L'inspecteur général dans les visites qu'il fera dans les différents asiles, aura le droit de les examiner, et y apposera sa signature et même il y fera des observations s'il y a lieu.

Art. 10. Dès que la guérison sera effectuée, le médecin de l'asile fera la déclaration d'office à l'autorité, afin qu'elle en ordonne l'élargissement immédiat.

Art. 11. Dans l'intérêt du malade, et avant même que la guérison soit effectuée, le médecin de l'asile pourra permettre et même demander sa sortie à titre d'essai, à la condition cependant que toutes les mesures soient prises pour que cette sortie ne puisse être dangereuse, ni pour la société, ni pour le malade lui-même.

---

(1) On donnera un modèle de registre qui sera uniforme pour tous les asiles de l'empire.

Un aliéné non guéri pourra être repris par ses parents ; dans ce cas, le médecin pourra faire opposition à cette sortie, s'il est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public, où la sûreté des personnes.

Section II. — Des placements ordonnés par l'autorité.

Art. 12. A Constantinople, le ministère de la police, et dans les villayets les autorités compétentes ordonnent d'office le placement dans un établissement d'aliénés de toute personne, dont l'état d'aliénation mentale compromet l'ordre public, ou la sûreté des personnes. Les ordres du ministère de la police, et surtout ceux des villayets concernant l'admission d'un aliéné, ne devront pas se limiter à déclarer que la personne à enfermer est *folle*, mais il devront rendre un compte exact de toutes les circonstances, qui auront rendue nécessaire cette mesure (1). Lorsqu'il s'agit d'un crime commis on ne manquera jamais de le noter, en indiquant les différents détails concernant l'action criminelle commise.

Art. 13. En cas de danger immédiat attesté par le certificat médical, ou par la notoriété publique, une personne atteinte d'aliénation mentale pourra être admise dans un asile sans l'ordre précité de la police, ainsi que des autorités dont relève l'aliéné. Si l'aliéné ainsi amené à l'asile est inconnu, le directeur de l'établissement doit indiquer cette circonstance au ministère de la police, avec la condition cependant de notifier immédiatement à cette même autorité, le nom et le domicile de la personne ainsi admise, dès qu'elle sera en état de fournir les renseignements nécessaires.

Art. 14. Comme il a été indiqué à l'article 7, le nom de l'aliéné placé d'office sera inscrit avec toutes les pièces à l'appui, et les changements successifs qui se seront manifestés dans l'état mental de l'aliéné seront notés régulièrement chaque mois.

Art. 15. A l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire ou d'office, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public où la sûreté des personnes, le ministre de la police pourra décerner un ordre spécial à l'effet d'empêcher qu'ils ne sortent de l'établissement à la demande des parents sans son autorisation. Dès qu'il sera fait mention de cette circonstance, le directeur où les chefs des établissements seront tenus sous leur responsabilité de se conformer à cet ordre.

Art. 16. Si les médecins déclarent sur le registre tenu en exécution de l'art. 7 que la sortie peut être ordonnée, le chef de l'établissement en référera au ministère de la police.

Art. 17. Dans aucun cas les aliénés provenant des provinces, et qui après leur guérison doivent être renvoyés chez eux par voie administrative, ne seront placés même temporairement

(1) Voir la formule des renseignements à donner.

dans les prisons du ministère de la police. Ils resteront avec les convalescents à l'asile et ne seront remis, pour être renvoyés chez eux, que lorsque l'autorité notifiera qu'il existe une occasion du départ immédiat.

Art. 18. Si une autorité envoie de la province un aliéné sans qu'un rapport où seront notées toutes les circonstances qui auront rendu nécessaire cette mesure, soit remis en même temps, elle sera invitée à le faire. Si cette même négligence se répète dans cette même localité, l'autorité de cette province sera passible d'une amende à déterminer par le conseil d'Etat. Cette amende ira au profit de la caisse des asiles.

Art. 19. Les mehkemès ou tribunaux des différentes localités du domicile de l'aliéné seront prévenus, conformement à l'art. 7, par le gouverneur général de la province pour veiller, s'il y a lieu, aux intérêts des aliénés enfermés ; dans ce cas, les parents de l'aliéné seront mis en demeure par l'autorité de l'endroit de présenter un tuteur dans un délai déterminé. — A défaut des parents, le conseil des anciens agira de cette manière en se substituant aux parents.

### Chapitre III. — *Dépenses du service des asiles d'aliénés.*

Art. 20. Tous les aliénés dont le placement est ordonné d'office, ainsi que les pauvres, seront à la charge du villayet auquel ils appartiennent, et les dépenses nécessaires pour leur séjour et leur traitement seront réglés par un tarif arrêté en conseil d'Etat.

Art. 21. Chaque villayet sera tenu d'envoyer à la direction des asiles la somme nécessaire pour l'entretien de ses aliénés et chaque six mois à dater du 1er mars, la direction de l'asile public transmettra, par l'entremise de la direction des affaires médicales au ministère de l'intérieur un tableau contenant le nom des aliénés ainsi que leur domicile et nationalité, et le nombre des jours passés à l'asile afin de régler d'une manière équitable la quote-part que chaque villayet devra lui payer (1).

Art. 22. Les sommes payées par les différents villayets seront envoyées à la direction des affaires médicales qui les placera dans la caisse destinée à l'entretien de l'asile public de Constantinople. La moitié de cette somme pourra être destinée aux réparations, ou aux améliorations réclamées par l'asile. L'autre moitié et le surplus seront gardés dans la caisse, convertis en effets publics portant intérêts, pour être employés à l'érection des asiles qu'on établira ultérieurement dans les centres les plus populeux de la Roumélie ou de l'Anatolie

Art. 23. Les aliénés jouissant d'une certaine aisance qui demanderont un régime exceptionnel dans l'asile public de Constantinople, auront à payer les frais de séjour et d'entre-

(1) En pratique on a changé cet article, en fixant une somme déterminée que chaque villayet doit payer annuellement.

tien d'après un tarif à arrêter par le conseil d'Etat. Les sommes payées dans ce cas seront versées directement dans la caisse de la direction des affaires médicales et la situation de celle-ci sera vérifiée et publiée chaque six mois par les journaux de la capitale.

CHAPITRE IV. — *Dispositions communes à tous les établissements.*

Art. 24. A la fin de chaque année administrative qui a lieu le 1er mars (V. S.) tous les établissements indistinctement transmettront à la direction des affaires médicales d'après le modèle uniforme qui leur sera délivré, un tableau statistique concernant le nombre et les formes d'aliénation mentale qu'ils auront eu à traiter, ainsi que le mouvement, — entrées, sorties, décès, — qui se sera opéré parmi les aliénés.

Art. 25. Aucune requête ou réclamation destinée à l'autorité et rédigée par un aliéné enfermé dans l'asile ne pourra être arrêtée ou supprimée sous aucun prétexte par le chef de l'établissement, sous des peines que le conseil d'Etat déterminera.

Art. 26. La présente loi sera communiquée au moment de sa publication aux gouverneurs généraux de toutes les provinces, aux chefs des communautés existantes dans le pays, ainsi qu'à toutes les chancelleries des légations étrangères.

Art. 27. Tous les chefs des établissements seront tenus à l'exécution de toutes les formalités indiquées dans les articles 4, 5, 6, 7, 8, du présent règlement. La négligence sur ces différents points sera punie pour une première fois par la réprimande; si elle se renouvelle, par une amende fixée par le conseil d'Etat et même par la fermeture de l'asile, et par une punition pénale s'il a été constaté que c'est à la suite de manœuvres intéressées qu'on a admis dans l'asile comme aliénés des individus jouissant de la plénitude de leur raison.

La présente loi acceptée par le conseil d'Etat, a été sanctionnée par iradé impérial en date du 10/22 mars 1876.

## L'AFFAIRE COVAREL.

*Diffamation envers le directeur d'un asile d'aliénés. — Une voyante internée par mesure administrative. — Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. — Compétence des tribunaux correctionnels. — Loi du 29 décembre 1875. — Complicité en matière de diffamation par la voie de la presse.*

— Aux termes de l'art. 5 de la loi du 29 décembre 1875, les tribunaux correctionnels doivent connaître des délits de diffamation, d'outrage et d'injure publique envers toute personne et tout corps constitué; cette loi a dérogé à celle du 15 avril 1871 qui attribuait au jury la connaissance des imputations contre les dépositaires et agents de l'autorité publique à l'occasion de faits relatifs à leurs fonctions.

En matière de presse, comme pour tous les autres délits, la compétence appartient également, soit au juge du lieu où le délit a été commis, soit à celui du lieu de la résidence du prévenu.

Le complice d'un délit de diffamation en matière de presse, doit être jugé par le tribunal compétent pour connaître du fait reproché à l'auteur principal.

Lorsque la personne, victime d'un délit de diffamation par la voie de la presse, déclare porter plainte contre tous auteurs, imprimeurs et éditeurs du libellé diffamatoire, la généralité des termes embrasse tous ceux qui ont participé à cette publication ; peu importe que sa plainte ne renferme pas le nom d'un complice qui n'était pas connu au moment où la plainte a été déposée.

Peu importe, en matière de diffamation, que l'intention de nuire à la personne diffamée n'ait pas été le but principal que se proposait l'auteur de la diffamation ; il suffit, pour la constituer, qu'il ait dû savoir qu'elle devait nuire et que, nonobstant, il n'ait pas reculé devant sa perpétration.

— L'affaire soumise à la Cour est le dernier épisode des tristes événements qui, pendant plusieurs années, ont causé dans le diocèse de Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie), un immense et douloureux scandale. Les faits sont connus, car les journaux s'en sont occupés, des brochures les ont appréciés, et leur écho est arrivé même jusqu'à la tribune de la Chambre des députés, mais néanmoins quelques mots sont nécessaires pour mieux faire comprendre les décisions judiciaires intervenues.

En 1868, une nommée Cantianille B..., qui prétentait être en rapports quotidiens avec le monde surnaturel et voir familièrement la sainte Vierge, vint, accompagnée d'un prêtre du diocèse de Sens, s'installer à Saint-Jean-de-Maurienne. Tous deux y demeurèrent pendant plusieurs mois, et l'évêque, qui sans doute était déjà à cette époque atteint de la maladie cérébrale qui devait l'emporter quelques années après, ajouta foi à ses révélations et à ses prophéties ; quelques prêtres seulement firent cause commune avec leur évêque, et le clergé en masse refusa de le suivre dans cette voie, déplorant l'égarement d'un pasteur aimé et vénéré jusque-là. Rome fut saisie de l'affaire et condamna avec sévérité la prophétesse et son protecteur.

Elle partit ; le prêtre qui l'accompagnait alors se réfugia dans un couvent, mais un chanoine de Saint-Jean-de-Maurienne, son partisan le plus enthousiaste, partit avec elle et, après de nombreuses péripéties, fut nommé curé vieux-catholique dans le Jura-Bernois. — Cantianille B..., s'installa avec lui au presbytère et il put ainsi compter sur une paroissienne.

Le calme semblait devoir renaître dans le diocèse de Saint-Jean-de-Maurienne lorsque, en 1873, on entendit parler d'une nouvelle prophétesse qui, elle aussi, prétendit être en rapports fréquents avec la sainte Vierge.

Cette nouvelle voyante n'était pas, comme Cantianille B..., une aventurière de mœurs suspectes ; c'était une bonne et grosse fille de nos montagnes, simple domestique à Saint-Jean-de-Maurienne. L'évêque la prit avec empressement sous sa protection, et les partisans de la première voyante ajoutèrent foi aux révélations et aux prophéties de la seconde qui se nommait Théotiste Covarel.

Théotiste Covarel prétendit avoir eu vingt-sept visions dans sa chambre à coucher. Tantôt la sainte Vierge se bornait à lui faire entendre sa voix, tantôt elle apparaissait elle-même aux yeux de la voyante et toute resplendissante de beauté. Un léger bruit annonçait son arrivée, la chambre se remplissait d'une clarté éblouissante et la Vierge se montrait à quelque distance de l'endroit ou Théotiste était agenouillée disant son rosaire. La chambre si privilégiée de cette dernière fut bien vite convertie en un pieux sanctuaire éclairé par une lampe dont la lueur jetait une douce et mystérieuse clarté.

Le but principal de ces apparitions, au dire de la voyante, était de révéler au clergé de Maurienne toute l'énormité des péchés dont il s'était rendu coupable en n'ajoutant pas foi aux prophéties de Cantianille B...

Ces révélations, comme on peut le penser, furent l'occasion de nouveaux troubles, d'une nouvelle division dans le clergé et d'un nouveau scandale pour les fidèles.

Cette seconde affaire fut soumise au Saint-Siége, et le souverain pontife, par un bref du 21 mars 1876, déclara interdire à l'évêque, Mgr Vibert, tout exercice de la juridiction spirituelle et temporelle sur l'église de Maurienne.

Rome avait parlé, l'évêque quittait son diocèse, mais les désordres continuaient. Après les apparitions, Théotiste eut tous les vendredis, de une heure du matin à six heures, des extases ; elle éprouvait de grandes douleurs ; elle sentait des épines pénétrer dans son front, autour de sa tête, et elle entendait le sang tomber de sa face et couler sur le plancher. A six heures elle se réveillait de cet étrange sommeil et reprenait tranquillement ses modestes occupations de cuisinière.

L'administration ne pouvait assister à des faits de ce genre sans s'en préoccuper. M. le marquis de Fournès, alors préfet de la Savoie, fit étudier l'état de Théotiste Covarel par un médecin spécialiste, et, au vu des rapports, ordonna d'office l'internement de cette fille dans l'asile des aliénés de Bassens (1).

Cet acte de l'administration fut l'objet de vives attaques de la part de ceux, en très-petit nombre, qui avaient foi dans les révélations de la voyante. Un jeune avocat de Saint-Jean-de-Maurienne prit en main sa cause avec une grande énergie.

---

(*) Il semblerait résulter de cet énoncé que Covarel aurait été placée à l'asile de Bassens après la condamnation de l'évêque de Saint-Jean-de-Maurienne : il n'en est rien. Covarel a été enfermée à l'asile le 14 juin 1875, et le bref pontifical porte la date du 31 mars 1876.

Plusieurs brochures furent alors publiées par lui, et une entre autres ayant pour titre : *la Séquestration de Théotiste Covarel et le vol d'un évêché de France en plein dix-neuvième siècle.*

M. Fusier, directeur de l'asile des aliénés de Bassens, se trouvant diffamé dans cette brochure, déposa une plainte au parquet de M. le procureur général, tant contre l'auteur que contre ceux qui pouvaient être ses complices.

Le parquet, en faisant citer devant le tribunal correctionnel de Saint-Jean-de-Maurienne M. Daymonaz comme auteur principal de la diffamation, fit citer en même temps comme son complice l'abbé Louis-Joseph-Célestin Cloquet, prêtre du diocèse de Bourges, que Mgr Vibert avait nommé son vicaire général peu de temps avant de quitter définitivement son diocèse pour se rendre à Yenne, son pays natal, où il n'a pas tardé à succomber aux suites de la maladie qui peu à peu avait affaibli son intelligence et énervé sa volonté.

L'abbé Cloquet, directeur d'un journal religieux ayant pour titre : *le Libérateur des âmes du purgatoire*, avait, lui aussi, été le champion de Théotiste Covarel. On lit, en effet, dans ce journal (numéro d'avril 1876, publié après le bref du souverain pontife qui condamnait Théotiste et ses partisans) que cette sainte fille opérait à Saint-Jean-de-Maurienne des miracles nombreux et surprenants. L'emploi de l'huile de la lampe qui brûle dans la chambre de Théotiste est vivement recommandé pour tous les maux et on indique la manière de se la procurer et de s'en servir.

Le tribunal de Saint-Jean-de-Maurienne rendit, le 26 août 1876, sur la citation donnée tant à Daymonaz qu'à l'abbé Cloquet, le jugement suivant, qui fera plus amplement connaître les faits de la cause. Cloquet ne comparut pas.

« Attendu que, soit dans le cours de l'information, soit aux débats, Daymonaz s'est reconnu l'auteur de l'écrit imprimé et édité à Paris en mai 1876 et intitulé : *La séquestration de Théotiste Covarel et le vol d'un évêché de France en plein dix-neuvième siècle* ;

» Qu'il a reconnu également que c'est par ses ordres que cet écrit a été livré à l'impression, distribué et adressé par la poste à de nombreux fonctionnaires et ecclésiastiques, tant à Paris qu'à Saint-Jean-de-Maurienne et ailleurs,

» Que cet écrit, rédigé dans des termes violents et agressifs, contient des attaques nombreuses contre de hauts fonctionnaires du département, et spécialement contre le Dr Fusier, directeur de l'asile des aliénés de Bassens, des imputations graves de nature à porter atteinte à l'honorabilité de ce fonctionnaire ;

» Que l'auteur de la brochure, supposant l'existence à Saint-Jean-de-Maurienne d'un complot ourdi dans le dessein d'obtenir à Rome l'interdiction de l'évêque de Maurienne, puis la suppression de l'évêché et l'annexion de ce diocèse à celui de Chambéry et présentant le dépôt dans l'asile de Bassens de la fille Covarel, opéré en exécution d'un arrêté du préfet de la Savoie en date du 12 juin 1875, comme un des principaux

moyens projetés pour arriver à cette fin criminelle, affirme que la séquestration comme l'internement de cette fille se sont accomplis au mépris formel de la loi du 30 juin 1838; puis rappelant que sa présence à Bassens, peu de jours après la mise à exécution de l'arrêté préfectoral, avait surtout contrarié le docteur Fusier, Daymonaz ajoute :

« M. le secrétaire général de la préfecture mit alors sous « nos yeux le rapport que, comme expert officiellement délé- « gué, M. l'aliéniste Fusier a eu le courage d'écrire. Je lus « cette pièce et je dis que ce rapport est un crime de la part « de son auteur. La science est fille de la vérité : la faire « servir à de méchantes passions, c'est la prostituer; la faire « mentir, c'est un abus impardonnable ; se servir de son lan- « gage pour certifier chez une vertueuse fille l'existence des « appétits les plus déréglés, c'est être plus coupable que de « ravir brutalement et avec violence l'honneur à une fille mi- « neure. Ce rapport n'est pas l'expression de la vérité ; jamais « son auteur n'osera le produire au grand jour...

« Dans le cas présent, il ne s'agit pas de constater si oui ou non « Théotiste Covarel est actuellement folle ; il s'agit de cons- « tater si elle l'était réellement à l'heure où elle a été signalée « à M. le préfet comme folle dangereuse, à l'heure où M. le « préfet prenait son arrêté du 12 juin, à l'heure où M. le sous- « préfet de Saint-Jean-de-Maurienne opérait la séquestration « et M. Fusier, l'internement; or, jamais, à tous ces instants « et antérieurement, la fille Covarel n'a donné le moindre « signe d'aliénation mentale; un certificat du docteur Mottard « le constate...

« Il n'y a donc, pour sauver M. le préfet, que le fameux « rapport Fusier, qui n'est qu'un tissu de mensonges, et dont « la loi de 1838 elle-même n'autorise ni l'emploi ni la produc- « tion..... Pouvons-nous ne pas les dénoncer à la conscience « publique, les quelques malheureux qui ont eu assez d'habi- « leté, d'astuce, d'hypocrisie pour tout soulever au dehors « contre une pauvre fille, mais qui, au milieu de nous, au « centre même de leurs conspirations, n'ont jamais pu et ne « pourront jamais trouver une pierre d'assise pour leur œuvre « toute d'iniquité. »

» Attendu que ces divers passages de la brochure, pris dans leur ensemble, tendant à affirmer publiquement que le docteur Fusier, agissant en dehors de ses attributions, et se faisant l'instrument complaisant des machinations ourdies contre l'évêque de Maurienne, s'est prêté à la séquestration arbitraire de Théotiste Covarel dans l'asile des aliénés de Bassens, où il la détient encore au mépris de toutes les lois et des réclamations nombreuses qui lui ont été adressées;

» Que c'est ainsi que, s'inspirant de ce sentiment, il a fourni, alors qu'il n'en avait pas le droit, sur l'état mental de cette fille, un rapport mensonger, criminel, prostituant ainsi sa conscience et ses lumières au gré des plus mauvaises passions;

» Attendu que des imputations de cette nature, présentées

sous un jour aussi odieux, divulguées par la voie de la presse, répandues avec soin dans les classes instruites de la société, sont exclusives de la bonne foi que le prévenu prétend avoir apportée dans son écrit ;

» Que c'est évidemment en l'absence de toute bonne intention, de toute conviction sincère que, pour démontrer non pas l'erreur du docteur Fusier, mais sa coupable complaisance, Daymonaz s'est appuyé sur un certificat du docteur Mottard du 18 juin 1875 et sur les affirmations de ce médecin dans le sein du conseil municipal de Saint-Jean-de-Maurienne, alors qu'il savait que le docteur Mottard, appelé à donner son appréciation sur l'état mental de la fille Covarel, a demandé le concours de l'aliéniste Fusier ;

» Que tous les deux ont, en sa présence, visité, interrogé cette fille et assisté aux crises dont elle était atteinte, alors que, activement mêlé à toutes ces choses, il ne pouvait ignorer que les impressions et les conclusions du docteur Mottard avaient été communiquées à Chambéry ;

» Que ce médecin y signalait la nécessité, l'urgence d'enlever Théotiste Covarel de Saint-Jean-de-Maurienne, de ce diocèse si profondément bouleversé, indiquant qu'il y avait lieu de recourir aux mesures les plus promptes pour diriger cette fille sur Bassens où, dans le but d'un apaisement général, il souhaitait que le docteur Fusier la retînt longtemps ;

» Que c'est assurément avec une intention malveillante que, dans sa brochure, Daymonaz écrit que le docteur Fusier a violé la loi du 30 juin 1838 en donnant lui seul un certificat qui, seul, a déterminé l'internement de la fille Covarel, à Bassens, alors qu'ayant eu sous les yeux l'arrêté du préfet, il s'était assuré que l'internement était le résultat d'une mesure administrative, s'appuyant sur un avis du docteur Mottard, à l'existence duquel le directeur de l'asile de Bassens avait nécessairement dû croire ;

» Attendu que la mauvaise foi, l'intention de nuire ressortent encore de cette circonstance que, interrogé devant le tribunal sur les motifs qui l'avaient déterminé à ne pas saisir les tribunaux du fait de l'internement de la fille Covarel, opéré, selon lui, en l'absence de toute cause prévue par la loi, justifiant cette mesure, Daymonaz a répondu que la justice une fois saisie pouvait ordonner de nouveaux rapports médicaux qui, s'ils eussent confirmé que cette fille était folle, aurait mis un terme à toute ultérieure discussion ;

» Que ces paroles sont la signification tout entière de la pensée qui a produit le libelle ;

» Qu'elles en expliquent à elles seules la tendance, car, en ne recourant pas, à une époque rapppochée de l'internement, aux moyens de vérification indiqués dans l'art. 29 de la loi de 1838. Daymonaz paraît, à bon droit, mériter le reproche d'avoir voulu, à dessein, laisser planer le doute dans les esprits sur l'état mental de la fille Covarel.

. . . . . .

» Attendu, en ce qui concerne l'abbé Cloquet, que sa partici-

pation au délit de diffamation est manifeste ;

» Qu'elle résulte soit des documents de l'information, soit des déclarations de Daymonaz, soit de celles de Cloquet lui-même ;

» Qu'il est prouvé qu'il s'est mis en rapport avec Daymonaz pour l'impression et la publication de l'écrit incriminé ;

» Qu'il en a approuvé l'esprit et en a corrigé le texte et les épreuves ;

» Que de sa propre autorité il en a fait tirer deux mille exemplaires dont il a favorisé la distribution en public en écrivant de sa main les adresses des personnes auxquelles ils étaient destinés ;

» Que même dans une lettre adressée le 24 août courant au président du tribunal pour expliquer les motifs qui l'empêchaient de répondre à la citation qui lui a été donnée, l'abbé Cloquet a déclaré de nouveau assumer sa part de responsabilité dans la publication de la brochure intitulée : *La séquestration de Théotiste Covarel et le vol d'un évêché de France en plein dix-neuvième siecle ;*

» Que ces faits constituent bien les éléments légaux de la complicité.

» Que si l'on ajoute que ce prêtre, étranger au diocèse, d'une réputation fort équivoque, est arrivé inopinément en 1876, à la haute dignité de vicaire général à Saint-Jean-de-Maurienne, où, loin d'user de l'autorité que lui donnait sa position pour combattre les égarements et l'agitation qui régnaient dans le diocèse, il a, au contraire, par des lettres adressées à divers journaux de France et par d'autres écrits imprimés sous sa direction, cherché à s'immiscer et à immiscer le public dans les faits regrettables qui se passaient en Maurienne, et à donner ainsi une importance plus grande à la brochure de l'avocat Daymonaz, il est juste d'user à son égard d'une sévérité plus grande qu'envers l'auteur même de la brochure, qui a été personnellement engagé dans la lutte par des attaques dirigées contre lui dans une brochure intitulée : *Les visions de Théotiste Covarel, ou nouvelles extravagances dans le diocèse de Maurienne*, et dont les auteurs, restés anonymes, ont, à son égard, dépassé les bornes des convenances et de la modération.

» Attendu que Cloquet, régulièrement assigné n'a pas comparu aux débats ;

» Par ces motifs,

» Condamne Daymonaz comme auteur principal du délit de diffamation envers le docteur Fusier, à quinze jours de prison et 50 francs d'amende, et Cloquet, comme complice et par défaut, à un mois de prison et 500 fr. d'amende ;

» Les condamne tous deux solidairement aux frais de la procédure. »

Le tribunal, sur opposition de Cloquet, a, par nouveau jugement du 6 novembre suivant, déclaré que celui par défaut du 26 août sortirait son plein et entier effet.

Cloquet ayant frappé d'appel le jugement du 6 novembre 1876, l'affaire est venue devant la Cour à son audience du 6 janvier 1877.

M. l'avocat général Tapie a soutenu la prévention et demandé la confirmation du jugement de première instance.

L'abbé Cloquet a présenté lui-même sa défense.

La Cour a rendu l'arrêt suivant ;

« En ce qui touche la compétence :

» Attendu que l'art. 5 de la loi du 29 décembre 1875 statue que les tribunaux correctionnels connaîtront des délits de diffamation, d'outrage et d'injure publique contre toute personne et tout corps constitué ; et qu'il ressort, non-seulement de la généralité de ces termes, mais encore de l'exposé des motifs et de la discussion de cette loi, qu'elle a eu pour but de transférer à ces tribunaux la compétence que la loi du 15 avril 1871 attribuait au jury pour les imputations contre les dépositaires et agents de l'autorité publique à l'occasion de faits relatifs à leurs fonctions ;

» Que si l'art. 8 de la loi de 1875 porte que tout crime ou délit commis par la voie de la presse sera porté devant la Cour d'assises du département où le dépôt de l'écrit doit être effectué, cette disposition ne vise que les crimes ou délits à l'égard desquels l'art. 4 maintient la compétence du jury ;

» Attendu que d'après les principes généraux du Code d'instruction criminelle la compétence en matière de délit de presse appartient également aux juges, soit du lieu où le délit a été commis, soit du lieu de la résidence du prévenu ;

» Que l'art. 8 déjà rappelé de la loi de 1875 n'a dérogé à ce principe que pour les poursuites qui ont eu lieu devant le jury et pour en obtenir une plus prompte solution, et a laissé aux tribunaux correctionnels la double compétence que leur attribuaient les lois antérieures ;

» Qu'ici le prévenu principal était l'auteur et le signataire de l'écrit incriminé, et que c'est contre lui d'abord que s'est dirigée la poursuite ;

» Que sa résidence étant Saint-Jean-de-Maurienne, la juridiction de Saint-Jean-de-Maurienne était compétente soit pour l'instruction, soit pour le jugement ;

» Que le principe général de l'indivisibilité de la poursuite à l'égard de tous les auteurs et complices d'un même délit, a eu pour résultat de rendre cette même juridiction compétente à l'égard de tous ceux que l'instruction a considérés comme ayant participé au délit reproché à l'auteur principal ;

» Que Cloquet étant poursuivi comme complice de Daymonaz a dû l'être devant le tribunal de Saint-Jean-de-Maurienne ;

» Attendu que les moyens d'incompétence soulevés par le prévenu, ne sont donc pas fondés ;

» En ce qui touche le défaut de plainte :

» Attendu que le docteur Fusier, dans sa lettre du 26 mai dernier à M. le procureur général, a déclaré porter plainte contre les auteurs, imprimeurs et éditeurs du libelle qu'il lui signalait comme contenant contre lui d'indignes calomnies :

» Que la généralité de ces termes embrasse nécessairement celui qui a participé à cette publication, en la faisant imprimer,

en revoyant et corrigeant le texte et les épreuves, et en faisant la distribution, et que si Cloquet n'est pas individuellement nommé, c'est que sa participation était alors inconnue;

» En ce qui touche l'existence de la complicité :

» Attendu que le prévenu ne s'est pas borné à une assistance purement matérielle et au rôle de commissionnaire; qu'il a lu le manuscrit avant de le porter à l'imprimeur, puisqu'il a déclaré devant le tribunal en avoir adouci quelques expressions; qu'il a pu en apprécier la portée, puisqu'il avait séjourné pendant quelques mois après de l'évêque de Saint-Jean-de-Maurienne et en avait même reçu le titre de vicaire général; que sa lettre du 7 mai au journal *la République* montre qu'il se mêlait à la lutte qui a inspiré le mémoire incriminé; et que, s'il n'est pas prouvé, il est très-probable qu'il a coopéré à sa rédaction plus encore qu'il ne le dit; qu'il proclame que l'envoi qui en a été fait à un grand nombre de personnes influentes est son œuvre réfléchie, et qu'il s'en glorifie comme ayant atteint le but qu'il poursuivait;

» Qu'il y a dans l'ensemble de ces circonstances tous les caractères de la complicité la plus voisine de la qualité de coauteur principal;

» En ce qui touche l'intention de nuire :

» Attendu que ce qui la caractérise n'est pas qu'elle soit le but principal et direct du fait délictueux, mais qu'il suffit que le délinquant ait dû savoir qu'il nuirait par ce fait, et que, ce nonobstant, il n'ait pas reculé devant sa perpétration;

» Qu'il est impossible que le prévenu, en accusant le directeur de l'hospice des aliénés de n'avoir agi que par connivence avec les auteurs d'une trame ourdie pour la suppression d'un évêché;

» D'avoir fait un rapport mensonger, dans le but de faire interner comme folle une fille qui ne l'était pas;

» D'avoir en cela commis un crime;

» Il est impossible que le prévenu n'ait pas senti qu'il nuirait à ce fonctionnaire, et d'autant plus qu'en répandant ce mémoire dans les sphères les plus élevées, il le compromettait davantage encore auprès de ceux desquels il dépendait;

» Par ces motifs, et ceux des jugements des 26 août et 6 novembre;

» Sans s'arrêter aux conclusions du prévenu;

» Confirme ces jugements. »

Cloquet s'est pourvu en cassation.

*Pour les articles non signés :* L. LUNIER.

Paris. — Imprimerie de E. DONNAUD, rue Cassette, 9.

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

# PATHOLOGIE

## CONTRIBUTION

# A L'ÉTUDE DE L'APHASIE

Mémoire lu à la Société médico-psychologique dans la séance du 26 mars 1876 (Discussion sur l'aphasie).

Par M. le Dr BILLOD

### 1° DE L'ÉTAT MENTAL DES APHASIQUES CONSIDÉRÉ SURTOUT AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL.

Parmi les questions qui se rattachent à l'étude de l'aphasie, il en est une qui me paraît offrir un intérêt particulier, ne fût-ce qu'au point de vue médico-légal, et qui ne me semble pas avoir été encore complétement élucidée : c'est celle de savoir si l'aphasie, avec hémiplégie droite ou gauche, n'est pas, dans certains cas, compatible avec une intégrité telle des facultés intellectuelles, que les actes du malade et plus spécialement un testament fait par lui, puissent être considérés comme valables.

Je n'ai pas la prétention de résoudre cette question, et mon but, en prenant la parole en ce moment, est uniquement d'apporter quelques éléments à l'étude qui pourrait en être entreprise et poursuivie par de plus compétents.

Je l'ai vue se poser, il y a un certain nombre d'années, à l'occasion d'un fait très-remarquable dont je vous demande la permission de vous présenter une relation aussi succincte que possible.

Je n'ai pas été témoin de ce fait sur lequel j'ai été appelé à émettre, à distance, un avis tout de principe et sous les réserves les plus expresses. La personne qui m'a demandé cet avis, m'avait d'abord manifesté l'intention de me faire commettre pour un examen direct, mais elle n'a pas donné suite à cette intention, soit qu'elle ait reculé devant la notoriété spéciale qui se serait attachée à une consultation d'aliéniste, dans un procès qui ne pouvait manquer d'être très-retentissant dans tout le ressort de la cour où il devait être plaidé, soit qu'elle ait pressenti de ma part une appréciation qui ne fût pas favorable à ses prétentions.

Mais, les renseignements qui m'ont été fournis des deux parts, et en particulier ceux que je dois à l'obligeance du Dr Letourneux, de Laval, qui, alors qu'il exerçait la médecine dans une autre localité, a été appelé à soigner le malade et à émettre son avis devant le tribunal, m'ont permis de suppléer assez complétement, je crois, à un examen direct ; voici le fait :

M. X..., riche propriétaire d'un de nos départements de l'Ouest, homme très-aimé et très-considéré, fut frappé subitement, à l'âge de quarante-sept ans, en 1861, d'une attaque d'apoplexie avec perte de connaissance, paralysie complète du bras droit, incomplète de la jambe du même côté ; la sensibilité était conservée.

Lorsque la connaissance revint, on constata l'impossibilité où était le malade de prononcer une seule parole.

Cet état s'améliora peu à peu, et M. X... commença par prononcer : *oui*, *non*, puis quelques autres mots, mais, en très-petit nombre. « Ces quelques mots, me dit M. Letourneux, étaient toujours dits à propos.

» Tous ses amis qui ont continué de le voir, ont constaté qu'il avait conservé toute son intelligence ; — la mémoire paraissait même augmentée. — Lorsqu'il y avait plusieurs personnes avec lui, il prenait part à la conversation, en approuvant ou désapprouvant, par *oui* et *non*, ce que chacun disait.

» Il jouait assez souvent chez lui à un jeu de cartes qu'on nomme *mistron* ou *trente-et-un* et dans lequel il faut dire : *Je m'y tiens*. Pendant les quelques années qu'il est resté aphasique, il a continué à jouer ce jeu avec les personnes qui allaient le voir. Il prononçait très-bien : *m'y tiens*, et nous reconnaissions tous qu'il jouait aussi bien que le plus habile d'entre nous. Nous lui demandions même assez souvent un conseil. »

Telle paraissait être l'intégrité reconnue des facultés intellectuelles de M. X..., que, maire de sa commune et conseiller d'arrondissement lorsqu'il fut frappé en 1861, il fut maintenu dans ces fonctions et continua à les exercer jusqu'à sa mort, qui est arrivée le 2 mai 1867, c'est-à-dire pendant cinq ans, dans les conditions d'une aphasie à peu près complète, avec l'hémiplégie droite qui avait persisté.

Il avait, en ces deux qualités, de nombreuses signatures à donner, et cette raison le détermina à apprendre à signer. Il y parvint en assez peu de temps.

Non content de ce résultat, il appliqua, avec une énergie de volonté très-rare, son intelligence à réaliser son intention formelle d'écrire de la main gauche, et il y parvint également en un temps assez court. Il put alors donner toutes les signatures qui lui étaient demandées. On le vit même écrire quelques lettres privées, mais c'était pour lui un travail assez pénible.

Son écriture était fort lisible ; les lignes n'étaient pas observées ; mais les mots étaient bien détachés ; la rédaction était correcte, aussi bien que l'orthographe.

Il comptait parfaitement l'argent que lui versaient ses fermiers.

Il s'intéressait, m'assure-t-on, à la conversation, et, lorsqu'on annonçait un fait inexact, il le déniait et par ses gestes et par sa parole en répétant jusqu'à ce qu'on l'eût rectifié : *non ! non ! non !...*

Il saisissait très-bien la plaisanterie, aimait les réunions, et, chez lui, dans son château, où il y avait souvent des dîners, son regard manifestait visiblement à ses convives le plaisir qu'il avait à les recevoir.

Il lisait son journal, notait les passages les plus intéressants.

Dans ces conditions M. X... fit un long testament olographe, suivi de deux codicilles, et par lequel changeant l'ordre de sa succession, il disposait de la totalité des biens et valeurs composant son hérédité.

Après avoir désigné les personnes que le testateur instituait pour légataires universels, pour les parts de la succession afférentes aux lignes paternelle et maternelle, le testament contenait des legs particuliers d'une importance telle qu'ils réduisaient très-notablement la part des héritiers du sang.

Parmi ces legs particuliers s'en trouvaient deux : un d'une rente viagère de 1,000 francs, au profit de la domestique de confiance du testateur, et un autre d'une somme de 3,000 francs, une fois donnée, au profit de son valet de chambre, époux de cette dernière.

La modicité de ces deux legs, qui ne représentaient qu'une très-minime partie de la succession, et qui n'étaient, après tout, que la juste rémunération de bons et dévoués services, exclut la pensée de toute captation exercée sur l'esprit du testateur par ses deux domestiques.

M. X... était resté célibataire.

Ce testament écrit en double et refait à deux fois, comprenait plusieurs feuilles de timbre. M. X... avait mis assez longtemps à l'écrire, ne faisant chaque jour que quelques lignes. On constatait très-bien, paraît-il, le commencement et la fin de ces lignes, en ce sens que l'écriture tremblée d'abord, devenait de plus en plus ferme, pour être à la fin assez tourmentée, comme étant l'œuvre d'une main qui se fatigue.

Le testament était, d'ailleurs, parfaitement libellé, si bien libellé même que les héritiers du sang l'ayant attaqué, se prévalurent de cette perfection même, pour le présenter comme ayant été rédigé par un homme d'affaires, mais dicté en fait, dans toutes ses dispositions, par la personne qui avait pris le gouvernement de sa personne et de ses biens.

M. X... n'aurait fait, suivant eux, ce testament qu'en copiant machinalement un modèle, et cet acte n'aurait été, par suite, qu'une œuvre d'intrigue imposée habilement à la faiblesse d'intelligence et de volonté d'un paralytique.

Au début de l'affaire, un des héritiers, magistrat éminent du ressort, m'ayant demandé mon avis personnel sur quelques points, j'ai cru devoir lui faire une réponse dont j'extrais les passages ci-après :

« Cette question est on ne peut plus délicate, et sa solution suppose une étude approfondie de tous ses éléments, en suivant une direction scientifique.

» Tout ce que je puis en dire d'une manière générale et d'après les données d'ailleurs très-précises fournies par votre lettre, c'est que l'aphasie est considérée bien moins comme une maladie que comme un symptôme de maladie. Or, la signification de ce symptôme varie suivant la maladie dont il constitue un des signes ; il varie, par exemple, suivant que l'aphasie résulte d'une altération circonscrite à la faculté d'articuler les mots propres à la représenta-

tion des idées, ou, suivant que l'aphasie procède d'une altération qui ait porté à l'intelligence une atteinte assez profonde pour entraîner une absence plus ou moins complète d'idées, et pour rendre par suite leur représentation plus ou moins inutile ou sans objet. Dans le premier cas, l'intelligence de l'aphasique est intacte, ses idées sont saines et entières, mais il ne peut les exprimer par la parole. Dans le deuxième cas, l'aphasique n'exprime rien, parce qu'il n'a plus rien à exprimer. L'aphasie suppose toujours alors l'amnésie, c'est-à-dire la perte de la mémoire ; je n'ai pas besoin d'ajouter que cette dernière espèce est susceptible de degrés, et qu'en dehors des cas où l'amnésie à laquelle se lie l'aphasie est complète, il en est d'autres dans lesquels la mémoire n'est qu'incomplétement lésée.

» Le premier cas, celui dans lequel l'aphasie ne coexiste avec aucune altération de l'intelligence, est beaucoup plus rare que le deuxième.

» D'après ce qui précède, et, pour le cas particulier dont il s'agit dans votre lettre, le nœud tout entier de la question serait dans l'appréciation de l'état intellectuel coexistant avec la paralysie du testataire, et c'est sur ce point essentiel que devrait porter la consultation médico-légale, s'il en était provoqué une pour les besoins de la cause.

» Pour faciliter, du reste, votre édification, je ne crois pouvoir mieux faire, Monsieur, que de vous adresser un volume dans lequel vous trouverez le résumé le plus complet de l'état de la science sur la question dont il s'agit : (Art. Aphasie du *Dictionnaire encyclopédique de Dechambre*.)

» Bien que l'auteur soit un de mes meilleurs amis, je n'hésite pas à recommander son travail à vos méditations.»

Cet auteur, Messieurs, vous l'avez nommé, c'est notre savant collègue, Jules Falret.

Dans une deuxième lettre, le même magistrat me posait cette question :

« 1° S'il est vrai qu'on puisse réapprendre la lecture et l'écriture à un aphasique, est-ce que cette nécessité même de recommencer une éducation enfantine ne dénonce pas un grand trouble de l'intelligence ?

» En effet, ajoutait-il, un homme frappé, même temporairement d'une maladie qui le prive de l'écriture et de ses connaissances, ne doit-il pas reprendre de lui-même et sans éducation nouvelle, l'usage de l'écriture, s'il a une intelligence saine et intacte ? »

Cette objection n'est pas sérieuse ; il est évident, en effet, que si, d'une part, la nécessité de recommencer une éducation est l'indice d'un *premier* trouble dans l'intelligence, la possibilité pour cette dernière de recevoir cette éducation et d'en profiter, fournit une preuve du retour de son intégrité.

Quant à l'observation qui suit l'énoncé de cette question, elle ne peut émaner que d'un homme étranger à notre science.

N'est-il pas évident, en effet, que M. X..., qui écrivait de la main droite, avant de devenir hémiplégique de ce côté, ne pouvait reprendre l'usage de l'écriture de cette main, et que, pour apprendre à écrire de la main gauche, il a eu besoin d'une éducation nouvelle.

Ces objections n'ont, vous le voyez, Messieurs, rien de sérieux, et je ne les ai relevées devant vous que parce qu'elles ont dû entrer dans l'argumentation de l'avocat des héritiers du sang, lequel avocat n'était autre que Me Jules Favre.

Cette argumentation du reste n'a pas prévalu, car le tribunal de....., a, par son jugement, prononcé la validité du testament que l'on attaquait. Ce jugement a été confirmé par un arrêt de la Cour de.....

Les légataires particuliers dont la cause a triomphé, ont été défendus par Me Nicolet, qui a été, paraît-il, on ne peut plus remarquable, surtout dans la plaidoirie d'appel. Il était assisté de Mes Waldeck Rousseau, du barreau de Nantes,

et Fairé, du barreau d'Angers. Il ressortait explicitement du jugement rendu : 1° que les enquêtes, contre-enquêtes et expertises ordonnées par le tribunal, avaient établi péremptoirement que le testament et ses deux codicilles étaient bien écrits en entier, datés et signés de la main gauche de M. X... et étaient dès lors son œuvre matérielle ; 2° que, dans l'esprit du tribunal, comme dans celui de la cour d'appel, le testataire avait, au moment où il a écrit son testament, une intégrité suffisante des facultés intellectuelles pour pouvoir en comprendre et en saisir l'esprit et la portée.

En me donnant sur M. X... des renseignements dont je me suis inspiré pour cette communication, M. le docteur Letourneux me dit qu'il avait, à la même époque, dans sa clientèle, deux autres aphasiques avec hémiplégie droite, chez lesquels l'intelligence s'était conservée intacte. Un de ces deux aphasiques est mort depuis, l'autre est encore vivant. « A l'époque du procès auquel j'ai fait plus haut allusion, » ajoute M. Letourneux, « MM. les docteurs Simon et Jousselin furent envoyés pour examiner avec moi M. X..., et voir s'il était capable de tester ; je les conduisis auprès de cet homme, qui est boulanger. Il avait près de lui un ournal.

» Nous lui demandâmes s'il pouvait le lire ; il nous fit signe que oui, et nous désigna du doigt le cours des farines.

» Lorsqu'il est seul et que quelqu'un veut prendre du pain à crédit, il inscrit sur le livre-journal le nom de la personne, ainsi que la quantité de pain qu'elle prend. Sa femme nous désigna un assez grand nombre de notes prises ainsi par lui. Il fit en notre présence plusieurs opérations d'arithmétique ; nous lui citions les chiffres et il opérait seul.

» Il était évident pour nous qu'il avait toute son intelligence. Avant cette attaque d'apoplexie, il faisait partie d'un

cercle où il continue d'aller tous les jours et d'y faire sa partie. »

J'ai observé moi-même, il y a plusieurs années, deux cas d'aphasie complète, avec hémiplégie droite, dans lesquels l'intelligence avait conservé toute son intégrité. Un des deux me touchait d'assez près pour que j'aie pu suivre et constater toutes les manifestations qui témoignaient de cette intégrité.

Je me souviens de quelques tentatives faites par lui, pour apprendre à signer de la main gauche, mais qui restèrent infructueuses.

L'intégrité de l'intelligence ne me paraît pas un seul instant douteuse, dans le cas de M. X..., comme dans les autres que j'ai cités, non plus que dans celui qui est l'objet de la communication si intéressante de notre savant collègue Mesnet, et je ne doute pas que l'expérience de chacun de nous ne lui permette d'en citer d'analogues.

En admettant, pour ce qui me concerne, cette intégrité, je crois devoir réserver la question de savoir si, dans l'appréciation de l'état mental du malade dont il s'agit, il ne convient pas d'établir une distinction entre l'intelligence et ce que l'on est convenu d'appeler la force morale, ou en d'autres termes, l'énergie du caractère.

Ce sont, en effet, deux choses assez distinctes pour que l'on ne puisse pas dire que le degré de l'une donne toujours la mesure de l'autre.

Ne voit-on pas souvent cette force morale faire complétement défaut chez les personnes les mieux douées sous le rapport de l'intelligence et vice-versâ.

Ne faut-il pas faire la part de la sensibilité qui s'exalte facilement chez les apoplectiques et dont l'exaltation tend évidemment à amollir le caractère, à le rendre accessible à des influences qui ne se seraient pas exercées sur lui dans d'autres conditions.

La différence qui existe entre l'homme et la femme, sous

le double rapport que j'examine, ne fournit-elle pas un argument à l'appui de ce que j'avance?

L'attribut de sensibilité qui distingue la nature de la femme, ne détermine-t-il pas, en général, chez elle, cette faiblesse de caractère qui, dans nos mœurs, fait, il est vrai, sa force; et n'est-ce pas lui encore qui imprime à l'enfance ce caractère de débilité que l'on retrouve chez le vieillard et qui rapproche ainsi les deux extrêmes de la vie: *senectus velut altera est pueritia.*

Je n'hésite pas, pour ma part, à déclarer que, si, chez certains aphasiques avec hémiplégie, on peut constater une intégrité paraissant entière des facultés intellectuelles, il me semblerait bien téméraire d'affirmer que ces malades ont conservé le même degré de force morale, et que cette force morale n'ait pas subi des atteintes qui, rendant les sujets accessibles à certaines influences, les laissent désarmés devant le danger des captations. Parmi les impressions qui dominent l'aphasique avec hémiplégie persistante, il faut placer en première ligne la crainte d'être délaissé, crainte qu'exploitent avec habileté les gouvernantes qui, voulant se substituer aux héritiers, s'attachent à exagérer leur sollicitude, pour la rendre nécessaire; j'ai établi plus haut que ce n'était pas le cas dans l'affaire de M. X...

Comme témoignage de cette diminution de la force morale chez les aphasiques, on peut citer la facilité avec laquelle on les voit s'émouvoir et pleurer, facilité qui témoigne d'une évidente exaltation de la sensibilité, laquelle rapproche ces malades de l'enfance ou de la sénilité.

Pour se prémunir contre les risques de captation qui résultent d'un tel état mental, les héritiers n'ont qu'un moyen, c'est de provoquer l'interdiction. Mais ils hésitent à y recourir, et ils ont raison; car, c'est une arme dangereuse qui se retourne souvent contre ceux qui l'emploient.

Rien ne prouve, d'abord, qu'ils doivent l'obtenir, en présence d'une intégrité d'esprit aussi complète que celle qui

s'observe chez quelques aphasiques, et dont le malade que j'ai cité plus haut, me paraît avoir réalisé un des types les plus complets.

Le doute à cet égard est d'autant plus permis que, dans des cas où l'altération de l'intelligence est des plus manifestes, on la voit souvent méconnue par les juges commis pour procéder à l'interrogatoire des individus dont on demande l'interdiction, et à qui il suffit souvent de faire des réponses indiquant que ces individus savent compter et qu'ils assignent leur valeur véritable aux pièces de monnaie qu'on leur montre, pour que l'on conclue de ces réponses, à l'intégrité de leur intelligence.

Il importe de rappeler à cette occasion que, tandis que pour les procès au criminel, des médecins sont presque toujours commis pour examiner l'état mental des inculpés, il est très-rare que, pour les procès au civil, et notamment pour les demandes en interdiction, les tribunaux aient recours à des expertises médicales. Je n'ai vu qu'une fois un tribunal, c'était celui de Tours, prononcer l'interdiction sur les conclusions d'un rapport qui m'avait été demandé, à la suite d'un interrogatoire dans lequel un aliéné des plus délirants, avait assez complétement dissimulé son délire pour ne faire que des réponses absolument sensées.

Je dois dire, cependant, que M. Motet m'a récemment communiqué un document qui prouve qu'il était commis dans une affaire d'interdiction, et je serais heureux de conclure de ce fait, que le tribunal de la Seine fait exception, sous le rapport de l'errement dont je parle.

Rien n'est donc plus incertain que le succès d'une demande en interdiction. Or, dans le cas où elle ne devrait point aboutir, les héritiers qui l'auraient formée seraient sûrs d'indisposer contre eux le testataire, de s'exposer par suite à sa vindicte, et de transformer ainsi en un danger certain, ce qui n'était encore qu'une appréhension plus ou moins fondée. Il ne saurait être douteux, en effet, que la gouvernante dont

on redoute l'influence, ne se fasse contre les héritiers, une arme de leur tentative, et qu'elle ne l'exploite à son profit, avec toutes les chances de réussite.

A l'appui de ce que je viens de dire, de l'insuccès possible des demandes en interdiction, dans des cas cependant où elles sembleraient devoir aboutir, je pourrais citer plusieurs faits. Je me borne à un seul, c'est celui de l'oncle, oncle à héritage, d'un de nos plus distingués confrères de l'Anjou, qui, dans un état de démence apoplectique, se trouvait sous la domination d'une domestique dont l'influence était à redouter.

Appelé par notre confrère auprès du malade, je constatai une altération des plus caractéristiques des facultés intellectuelles, et en particulier de la mémoire, pour ce qui se rapportait aux choses récentes, et je fournis un certificat dans lequel je relevai des faits monstrueux d'amnésie dont la vérification était on ne peut plus facile. Malgré les preuves les plus évidentes résultant de ce certificat comme de l'interrogatoire auquel le malade a été soumis par le juge délégué, l'instance n'a pas abouti, le tribunal ne se trouvant pas suffisamment édifié. Heureusement pour notre confrère, que la domestique dont il redoutait les tendances s'est trouvée plus consciencieuse qu'il ne l'avait pensé, et qu'elle n'a usé de son ascendant sur l'esprit de son maître que pour en obtenir un legs assez modeste.

Une autre personne de ma connaissance a été moins heureuse, car elle a expié le tort d'avoir voulu provoquer l'interdiction, dans un cas où les preuves d'insanité étaient cependant des plus notoires, par une exhérédation complète.

La question est donc on ne peut plus délicate, et je ne me croirais pas, pour ce qui me concerne, autorisé à conclure toujours, de l'intégrité de l'intelligence, à celle de la force morale et, par suite, à la responsabilité entière.

Malheureusement, les tribunaux qui sont appelés à pro-

noncer sur les questions de testament, n'admettent pas d'autre criterium de la validité de ces documents, que l'intégrité de l'intelligence, et s'en tiennent trop, sous ce rapport, à la lettre de l'art. 901 du code civil, lequel est ainsi conçu : « Pour faire une donation entre-vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit. »

Je ne puis, du reste, pour ce qui se rattache à l'état mental des aphasiques, que m'en référer aux considérations qu'on peut lire dans une excellente thèse sur l'aphasie, présentée par M. Legroux au concours pour l'agrégation et qui, ainsi que le déclare l'auteur, ont été empruntées à une leçon restée inédite de M. le professeur Lasègue.

De ces considérations il résulte, ainsi que le déclare M. Legroux, que, si l'état mental des aphasiques a préoccupé les observateurs, on n'a guère fait que poser le problème, ou plutôt, qu'il s'est imposé sans qu'on ait essayé même de le résoudre.

Il en résulte encore, et ici je laisse parler M. Legroux, « que la situation de l'aphasique, au point de vue médico-légal, ne peut se résoudre par une formule, chaque cas particulier comportant une appréciation différente, suivant le degré d'altération de la faculté du langage, et suivant l'atteinte portée à l'intelligence.

» Il y a quelques années, M. Jules Falret concluait dans ce sens, dans un rapport sur un cas d'aphasie avec hémiplégie droite, dans lequel on demandait l'interdiction. (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1869, tome XXXI, page 430.)

» M. Tardieu dit aussi dans son livre sur la Folie (1872, page 117), que l'aphasie, quoique étant quelquefois compatible avec l'intégrité des facultés intellectuelles, s'accompagne très-ordinairement d'un affaiblissement marqué de l'intelligence et doit donner lieu, pour chaque cas particulier, à un examen attentif.

» En thèse générale, l'aphasique ne peut être considéré

comme un aliéné, ou un incapable; aussi la Société de médecine légale a-t-elle combattu les conclusions d'un travail de M. Jules Lefort, avocat distingué, lequel proposait de pourvoir les aphasiques d'un conseil judiciaire pour les assister dans la gestion de leurs affaires. (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, novembre 1872.)

» Dans des leçons sur l'aphasie faites à la Pitié en décembre 1874 (*Union médicale*, mars 1875), M. Gallard rapporte que la question d'incapacité de l'aphasique en matière de testament avait été posée une fois en Hanovre, et que le tribunal, jugeant pour le cas particulier, s'était prononcé pour la validité de l'acte en litige. Le rôle du médecin, en semblables circonstances, doit donc se borner à constater si l'intelligence du malade est ou n'est pas suffisante et à spécifier que ce sont les moyens d'expression des idées qui lui font défaut, dans une mesure que seul il peut apprécier et qu'il doit préciser. »

Je crois devoir encore, pour les besoins de cette communication, emprunter à la même thèse le passage ci-après :

« On a prétendu que l'intelligence était conservée chez les aphasiques ; cela n'est vrai que dans le plus petit nombre des cas. Si l'on réfléchit que presque toujours l'aphasie persistante est le symptôme de lésions cérébrales profondes, ramollissement, hémorrhagies, toutes lésions qui, même alors qu'elles n'entraînent pas l'aphasie, altèrent constamment les facultés, on comprendra que l'intelligence ne peut conserver toute son intégrité. Il est d'ailleurs très-difficile de juger l'état mental de ces malades qui ne peuvent, en général, ni parler, ni écrire correctement pour traduire leurs pensées. Il est vrai que souvent ils peuvent, par la mimique, indiquer qu'ils comprennent et qu'ils associent des idées. Mais le langage mimique, très-inférieur au langage articulé pour exprimer la pensée, ne peut nous permettre d'apprécier le degré de netteté ou de force de leur intelligence. D'ailleurs, il suffit d'étudier quelques aphasi-

ques, pour savoir que presque toujours leur volonté est affaiblie. Ils se fatiguent vite en efforts impuissants, s'impatientent d'abord, puis se découragent et perdent peu à peu le désir de parler. L'amnésie verbale qui existe très-souvent en même temps que l'aphasie, doit constituer aussi une entrave considérable au fonctionnement de la pensée.

» Dans l'aphasie incurable, dans l'aphasie avec hémiplégie persistante, l'intelligence tombe peu à peu et se limite étroitement : les malades prennent un caractère enfantin, irritable ou bienveillant.

» Il y a une paresse intellectuelle des plus évidentes et une inaptitude à récupérer les moyens du langage.

» Dans une autre catégorie, les malades, après la guérison de l'hémiplégie, prouvent que leur intelligence n'a pas subi une atteinte très-grande, par ce fait que beaucoup d'entre eux, tout en étant restés incapables d'articuler les mots, peuvent lire, échanger des idées et indiquer la conservation de leur intelligence dans une large mesure.

» Dans les aphasies transitoires de courte durée, l'intelligence peut ne pas être atteinte ; nous en avons pour exemple le cas célèbre de Rostan et bien d'autres.

» Toutefois, dans beaucoup d'exemples, alors que l'aphasie a disparu, les qualités de l'esprit restent quelque peu altérées : Trousseau rapporte le cas du professeur Lordat qui, « brillant improvisateur auparavant, était obligé après son accident de lire ses leçons. »

Si peu nombreux que soient les cas d'aphasie dans lesquels l'intelligence reste intacte, il me semble, en présence de faits semblables à celui que je viens de citer, impossible de ne pas les admettre. Je les admets donc, avec tous les observateurs, sous les réserves que j'ai exprimées plus haut.

Dans les cas où cette intégrité de l'intelligence me paraît devoir être admise, elle ne peut, ce me semble, s'expliquer

que par une suppléance cérébrale, suppléance d'un hémisphère par un autre; mais je dois dire ici comment je comprends cette suppléance.

En localisant la faculté du langage dans la 2e ou la 3e circonvolution frontale du lobe gauche, et plus particulièrement dans la partie postérieure de la 3e, M. Broca n'a sans doute pas voulu attribuer à cette partie du lobe gauche une capacité fonctionnelle exclusive de celle du lobe droit, et annihiler cette dernière. Dans le cas contraire, il me serait impossible, pour ce qui me concerne, d'admettre une localisation aussi exclusive. Les deux lobes du cerveau étant congénères, je ne comprendrais pas plus une localisation du langage dans l'un ou dans l'autre, qu'une localisation de la vue dans un des deux yeux, de l'ouïe dans une des deux oreilles.

La synergie de fonctions des deux lobes me paraît devoir être admise comme une loi, aussi bien que celle des deux yeux et des deux oreilles.

Ce qui paraît incontestable, c'est que le nombre des droitiers étant très-prédominant, l'hémisphère gauche, source de l'innervation qui va animer la moitié droite du corps, doit présenter un degré d'activité fonctionnelle plus marqué que l'hémisphère droit.

Ce surcroît d'activité doit s'accompagner d'une tendance hypérémique, et, par suite, d'une disposition plus grande aux congestions, aux *raptus* sanguins et aux hémorrhagies cérébrales.

En mentionnant, parmi les lésions de l'hémisphère droit, la fréquence plus grande, à gauche, des convulsions, de la rotation de la tête, des yeux, de l'hématome de l'oreille chez les paralysés généraux, l'intensité plus grande de la paralysie des muscles à gauche, M. Brown-Séquard a contribué à la démonstration de cette donnée. M. Charcot, en constatant l'apparition plus fréquente de l'eschare de la fesse du même côté, M. Callender, en établissant que la

moyenne de survie est sensiblement moindre dans les lésions de l'hémisphère droit, et M. Jakson, en signalant la plus grande fréquence de la névrite optique à gauche, ont apporté un nouveau contingent de preuves à l'appui de la même donnée qui se trouve confirmée encore par les recherches de M. Luys, sur l'asymétrie normale des deux hémisphères, ainsi que par celles du Dr Boyd qui, se basant sur 200 faits, a trouvé que le poids de l'hémisphère gauche dépasse presque toujours du huitième celui du côté droit. M. Broca lui-même, s'il n'a pas constaté une différence bien sensible entre le poids des deux hémisphères pris en masse, a trouvé le lobe frontal gauche sensiblement plus lourd que le droit.

Cette différence de poids et de volume dans les deux hémisphères est le résultat de leur différence fonctionnelle, et l'augmentation du poids de celui qui fonctionne le plus activement, s'explique par l'effet d'une sorte de gymnastique de l'organe, comme les muscles de la jambe chez les danseurs, et comme ceux du bras chez les boulangers, par exemple.

A l'appui de la même donnée, je puis citer un fait qui était bien connu de l'entourage de Donizetti : c'est que l'auteur de *Lucie*, avant de tomber dans l'état de démence paralytique qui a marqué la fin de sa vie, et qui était devenue telle qu'il ne reconnaissait plus sa propre musique (1), déclarait qu'il avait la conscience de ne composer que d'un seul côté du cerveau, le gauche précisément, dans lequel il éprouvait une sensation de chaleur insolite.

Dans les conditions dont je parle, la 3e circonvolution frontale du lobe gauche doit participer à la prédominance d'activité fonctionnelle qu'il est permis d'attribuer à l'ensemble de l'hémisphère auquel ce lobe appartient.

---

(1) Un jour, une dame jouant devant lui un air de son opéra de *Lucie*, on l'entendit s'écrier : « Ce pauvre Bellini, quel malheur qu'il soit mort si jeune. »

Ainsi se trouverait expliquée la plus grande fréquence des altérations du lobe gauche et de la 3e circonvolution frontale, et par suite, la prédominance extrêmement marquée de l'aphasie avec hémiplégie droite, sur l'aphasie avec hémiplégie gauche.

Il est même permis de penser que c'est cette prédominance qui a conduit à localiser tout d'abord la faculté du langage dans le lobe qui semblait être le siége exclusif des lésions productrices de l'aphasie.

Mais d'une prédominance d'action à une action exclusive, il y a loin, et, pour être prédominante, l'action de la 3e circonvolution ne doit pas être plus exclusive que celle de toute la partie de l'hémisphère gauche qui préside aux fonctions de la moitié droite du corps.

Il ne saurait être douteux que la disposition inverse dût s'observer chez les gauchers, c'est-à-dire que, dans cette dernière condition, la 3e circonvolution droite dût présenter le surcroît d'activité fonctionnelle attribuée à la 3e circonvolution du lobe gauche, chez les droitiers.

La conclusion à tirer de ce qui précède est, ainsi qu'avec MM. Dax, Moxon et Broca, le déclare M. Lépine dans sa remarquable thèse pour le concours de l'agrégation (1), thèse dont j'ai utilisé pour cette partie de ma communication les recherches bibliographiques que: « sous le rapport du langage, nous sommes gauchers du cerveau, ou en d'autres termes, qu'il y a dans les fonctions des deux territoires, des différences sinon qualitatives, au moins quantitatives, très-appréciables. »

Étant admis le principe de l'action parallèle, mais synergique des deux hémisphères, ainsi que de toutes les parties qui les constituent, il est évident que, quand on dit qu'il s'établit une suppléance d'un hémisphère par un autre,

1) *De la localisation dans les maladies cérébrales*, 1875.

cela ne veut pas dire que ce dernier sort de l'inaction pour prendre un rôle nouveau, et remplacer son congénère empêché ; mais qu'il continue à fonctionner en vertu de son activité propre qui s'accroît de ce fait, comme l'œil unique d'un borgne supplée l'œil absent, sans le remplacer dans sa fonction.

D'après cette manière de comprendre la suppléance totale ou partielle d'un hémisphère par un autre, il est permis de penser que, dans les cas d'aphasie avec hémiplégie, et où l'intelligence reste intacte, l'hémisphère qui est le siége des lésions productrices de ladite aphasie et de ladite hémiplégie, se trouve forcément suppléé par l'hémisphère du côté opposé, pour l'exercice de l'intelligence ; car, il n'est pas admissible que la partie restée saine de l'hémisphère altéré puisse conserver cette fonction ; mais il ne saurait être douteux que cette suppléance d'un hémisphère par un autre, ne peut s'établir que pour l'exercice de l'intelligence et non pour le langage.

On comprend, en effet, qu'on puisse penser avec un seul hémisphère cérébral, comme on peut voir avec un seul œil, et entendre avec une seule oreille ; mais on ne saurait comprendre qu'on puisse parler avec une seule moitié de larynx. Dans ce cas, la faculté existe, mais l'instrument fait défaut.

Dans les circonstances où l'usage de la parole se rétablit plus ou moins complétement chez un aphasique avec hémiplégie, il faut admettre ou que l'hémiplégie a cédé, ou que les organes de la voix ont cessé d'y participer.

### 2° DES RAPPORTS DE L'APHASIE AVEC LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Bien qu'elle ne se rattache pas au point spécial que je viens de traiter, je fais suivre cette communication d'une observation recueillie dans mon service.

Il s'agit d'un cas d'aphasie complète survenue chez un

paralysé général et dans lequel l'autopsie a révélé l'existence de la lésion considérée comme productrice de l'aphasie, dans la 3e circonvolution frontale des deux lobes.

L'aphasie, dans l'espèce, paraissant être le résultat d'une progression dans la marche d'un des symptômes propres à la paralysie générale, je veux parler de l'embarras dans la parole dont elle ne serait, en quelque sorte, que le degré extrême, cette observation me semble devoir jeter un certain jour sur la nature de ce symptôme et me paraît, pour ce motif, offrir quelque intérêt.

La donnée qui me semble en ressortir demanderait à être confirmée par des recherches histologiques suivies avec persévérance sur les 2e et 3e circonvolutions frontales des lobes droit et gauche, dans les cas de paralysie générale où l'embarras dans la parole a été le symptôme prédominant.

Le résultat de ces recherches sera peut-être de démontrer que l'embarras dans la parole des paralysés généraux, est le 1er degré d'une aphasie de nature spéciale, et qu'il a pour point de départ une lésion de la 3e circonvolution droite ou gauche, si ce n'est des deux en même temps, lésion dont l'observation que nous allons lire nous aurait offert le *nec plus ultrâ*, autrement dit, l'extrême degré.

— Le nommé B..., ouvrier en bronze, âgé de 48 ans, célibataire, entré à l'asile le 3 septembre 1869 ; tempérament lymphatico-sanguin, forte constitution.

Dans un certificat délivré le 1er septembre de la même année, c'est-à-dire deux jours avant l'entrée du malade, le Dr Bouchereau portait le diagnostic qui suit : « Est atteint de paralysie générale ; affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire ; — idées incohérentes de satisfaction ; indifférence sur sa situation ; tremblement de la langue, des mains ; pupille gauche plus large ; hésitation de la parole ; conscience incomplète de ses actes ; ne jouit pas de la plénitude de sa liberté morale. »

Je portai moi-même dans mon certificat immédiat, le diagnostic ci-après : « Est dans un état mental caractérisé par un affaiblissement des facultés intellectuelles, avec expression de contentement en opposition avec la conscience que le malade a de son état, et symptômes physiques très-accusés de paralysie générale. »

Parmi ces symptômes physiques, celui qui nous frappa le plus, ce fut l'embarras dans la parole. Cet embarras, toutefois, n'allait pas jusqu'à l'aphasie ; car, interrogé par moi pour répondre à une demande de renseignements qui m'avait été adressée par la préfecture de police, le malade me fournit des indications assez précises sur ses nom et prénoms, sur le lieu et la date de sa naissance, sur les noms et prénoms de ses père et mère, sur son état civil, sur sa profession.

Pendant près de quatre ans, l'état resta à peu près stationnaire, et le malade put même, pendant tout ce temps, être employé à quelques travaux de terrassement.

Mais, à l'expiration de cette période, l'embarras dans la parole s'accentua de plus en plus et fut porté jusqu'à l'aphasie la plus complète, sans que cette modification coïncidât avec des attaques ou poussées congestives appréciables, à telles enseignes que le malade put pendant assez longtemps travailler.

Ce n'est qu'à partir du commencement de 1876 que la faiblesse musculaire commença à se produire, et elle était, dans les mois qui ont précédé la mort, devenue telle, que le malade dut cesser de travailler. Cette faiblesse coïncidait avec un défaut de coordination dans les mouvements, mais elle n'empêcha pas un seul jour le malade de se lever, de se tenir debout, de marcher même en vacillant un peu, toutefois. Il n'y a donc jamais eu chez lui ni d'hémiplégie, ni de paraplégie, c'est-à-dire de paralysie dans le sens de celle qui est consécutive à l'apoplexie. La physionomie conserva jusqu'à la fin la même expression de contentement,

et diverses manifestations donnaient lieu de penser que l'intelligence n'était pas absolument atteinte. Les principales de ces manifestations avaient pour objet l'affirmation mimée de sa force musculaire ; il aimait à montrer ses bras, et sa physionomie exprimait alors un redoublement de satisfaction. L'état général est resté matériellement bon et les fonctions s'accomplirent toutes avec régularité jusqu'à la fin de la vie.

Tel était l'état du malade, lorsque, le 19 janvier dernier, il tomba comme atteint de congestion cérébrale. Mais cet accident fut si momentané que B... parvint presque aussitôt à se relever lui-même.

Le 28, l'ictus hémorrhagique le frappa soudain sans prodromes connus, et, deux heures après, le malade mourait sans avoir repris un seul instant connaissance.

L'autopsie, pratiquée par M. Rocher, interne du service, le 29 janvier, a donné les résultats suivants :

A l'ouverture du crâne, un coup de scie donné par mégarde, incise les méninges et on voit aussitôt s'écouler une sérosité sanguinolente dont on peut évaluer la quantité à 150 ou 200 grammes. La calotte crânienne enlevée semble notablement épaissie, surtout dans la partie frontale. La masse encéphalique apparaît alors, ayant ses lobes frontaux comme affaissés ; la dure-mère est, en effet, extrêmement ridée à ce niveau, et nous croyons déjà à une certaine diminution de volume.

*Dure-mère.* — Cette membrane est sillonnée de nombreux vaisseaux gorgés de sang et couverte d'arborisations du plus bel aspect ; elle est manifestement hypérémiée. Dès qu'on commence à la détacher, on constate, en outre, son épaississement, surtout en arrière de la suture coronale. Elle est adhérente en certains points, tels que vers les lobes occipitaux.

*Arachnoïde.* — Le feuillet viscéral de l'arachnoïde présente une opacité très-visible sur les lobes pariétaux, princi-

palement à gauche ; nous remarquons, à la convexité encéphalique, un épaississement de ce feuillet séreux, occasionné par des exsudats pseudo-membraneux infiltrés dans son tissu.

*Pie-mère.* — L'état congestionnaire de la pie-mère est surtout appréciable ; tous les vaisseaux qui vont de cette méninge dans les anfractuosités des circonvolutions, ou pénètrent directement dans la substance grise, sont distendus et font un relief très-accusé. Si on la détache, on la trouve épaissie et offrant une coloration rouge que le grattage ne peut effacer.

Avant d'enlever complétement cette méninge, signalons deux caillots situés sur le réseau veineux dont les sépare encore la pie-mère, à peu près en un point correspondant à la suture coronale. Ils partent de la grande scissure interhémisphérique pour descendre sur les côtés de l'hémisphère droit et s'écartent à angle aigu, larges tous les deux d'un centimètre environ ; l'antérieur a une longueur de 8 à 9 centimètres; le postérieur, de 4 ou 5 seulement.

Ils se détachent d'ailleurs fort aisément. Nous n'attachons aucune importance au lieu d'élection de ces caillots ; ils tirent leur origine d'une hémorrhagie sous-arachnoïdienne dont nous parlerons tout à l'heure et nous savons déjà que ces hémorrhagies ont une facile diffusion et s'étalent souvent à la surface du cerveau.

*Hémorrhagie sous-arachnoïdienne.* — Nous enlevons le cerveau et nous trouvons accumulé, principalement à l'étage moyen du crâne, en raison même de sa déclivité, du sang mélangé au liquide encéphalo-rachidien, dont nous évaluons la quantité à une centaine de grammes ; une grande partie s'étant écoulée, comme on se le rappelle, à l'ouverture du crâne.

Nous examinons les lobes frontaux : le lobe gauche, à sa partie la plus antérieure, dans une étendue de 2 centimètres, présente une petite quantité de sang infiltré au milieu des

mailles de la pie-mère. Ils ne nous paraissent pas asymétriques ; pourtant, il faut noter leur aplatissement latéral peu marqué, et une diminution de volume assez appréciable et portant sur la totalité.

Contrairement à ce qui arrive d'ordinaire à la suite de la paralysie générale, la pie-mère se détache sans grande difficulté.

*Poids.* — Nous pesons le cerveau ; selon nos prévisions, il n'atteint pas le poids moyen normal ; il ne pèse que 1070 grammes.

Pesant ensuite séparément chaque hémisphère, après avoir eu soin de les diviser par une section très-exactement médiane et d'expulser les liquides ventriculaires, nous constatons que l'hémisphère gauche pèse 530 grammes, et l'hémisphère droit 540 grammes.

Il y a donc en faveur de ce dernier une différence de 10 grammes.

3e *circonvolution frontale.* — Passant à l'examen des circonvolutions frontales, nous trouvons, à la partie postérieure et inférieure de la 3e circonvolution gauche, une dépression de la couche corticale ayant une coloration gris foncé. Elle dénote l'existence d'un foyer paraissant de date ancienne, et nous lui trouvons à peu près les dimensions d'une noisette. A ce niveau, la pulpe cérébrale des parois du foyer et des parties voisines est très-manifestement ramollie, et le dos du scalpel l'enlève avec la plus légère pression.

Ce foyer intéresse surtout la couche corticale et ne dépasse guère l'épaisseur de la substance grise que de deux millimètres au plus.

A la partie tout à fait antéro-inférieure de la même circonvolution, nous remarquons un autre petit foyer de la grosseur d'un petit pois.

Sauf ce petit foyer, qui n'existe pas à droite, nous trouvons, non sans quelque surprise, sur la 3e circonvolution

frontale droite, la même lésion qu'à gauche et d'ailleurs parfaitement symétrique.

Nous avons fait des coupes des autres circonvolutions ; nous avons examiné attentivement l'insula de Reil ; nous n'avons rien trouvé d'anormal. Ces régions, comme d'ailleurs la substance blanche des autres régions, présentaient seulement les traces d'une congestion encéphalique (état criblé de Durand-Fardel).

Si comme le fait justement observer M. Rocher, l'hypothèse de la suppléance cérébrale trouve plus tard sa confirmation, on ne pourra s'étonner que, dans le cas d'aphasie qui nous occupe, la suppléance n'ait pu s'établir pour le langage, les deux circonvolutions étant symétriquement lésées.

# DU SUICIDE

## DANS L'HYSTÉRIE

**Par M. le Dr H. TAGUET**
Médecin adjoint de l'asile de Ville-Évrard

A côté de ceux qui se donnent la mort tout en possédant leur libre arbitre, qu'ils obéissent à un sentiment d'honneur, à une nécessité, à un usage, à un préjugé; ou bien, que privés de raison, ils périssent victimes d'une erreur des sens, ou d'une passion délirante, il existe une catégorie de malades chez qui le suicide n'est qu'une fantaisie, une mise en scène n'ayant d'autre but que celui de fixer l'attention publique, de faire du bruit, d'affliger leurs parents, leurs amis, pour vaincre les résistances qu'on oppose à leurs désirs; un besoin de faire du mal, dût-il entraîner, après lui, la ruine et le déshonneur : nous avons nommé les aliénées hystériques. Comme les monomanes, dont parle Esquirol, ces malades ont bien soin d'être aperçues pour qu'on vienne à leur secours, ou bien elles s'arrangent de manière à ne pas se nuire.

Il en est, cependant, qui ne reculent devant aucune souffrance, on les voit se déchirer elles-mêmes, se mutiler de la manière la plus affreuse, s'exposer à mourir étranglées ou étouffées pour avoir un prétexte de venir implorer la protection des lois contre de vils débauchés ou de lâches agresseurs.

Une fois engagées sur cette pente du mensonge et de la simulation, rien ne saurait les arrêter ; c'est en vain qu'on les soumettrait aux épreuves les plus dures, qu'on leur

ferait souffrir mille tortures, rien au dehors ne viendrait trahir le trouble de leur âme.

Pour simuler le vrai, cette comédie du suicide laisse un trop vaste champ au hasard et à l'imprévu pour qu'elle ne tourne pas, parfois, contre ses auteurs.

La fin malheureuse de la marquise de Prie, la despote maîtresse du duc de Bourbon, n'en est-elle pas une preuve? Exilée de la cour, l'indifférence et l'oubli ne tardèrent guère à la suivre dans sa retraite. Elle résolut de regagner par un coup de théâtre la faveur qu'elle avait perdue. Elle annonça qu'elle mourrait tel mois, tel jour, telle heure. On s'amusa beaucoup de sa prophétie, on la savait si jeune, si belle, si attachée à la vie. Elle consacra les quelques jours qui la séparaient de la mort, à donner des fêtes ; on dansa, on joua comme aux beaux jours de sa fortune; on ne la vit jamais plus gaie, plus vive, plus adorable. L'heure venue, elle fait appeler le nouvel amant qu'elle s'était choisi, lui renouvelle sa détermination qui est accueillie par un sourire d'incrédulité. Croyant à une de ces mystifications auxquelles il était habitué, il lui donne le poison de sa propre main et ne se rend à l'évidence que lorsqu'il fut impossible de lui porter secours.

Le suicide par sophisme de la mort est conçu froidement et exécuté en toute liberté de conscience. On quitte la vie parce qu'il ne plaît plus de vivre, ou bien comme Philippe Mordant, parce qu'on est mécontent de sa maison.

Dans la manie aiguë il est violent, irréfléchi, instantané. Le maniaque n'a de préférence pour aucun genre de mort, le moyen lui importe peu, pourvu qu'il arrive à ses fins. La précipitation avec laquelle il s'accomplit nous explique pourquoi le succès suit si rarement l'exécution.

Il se présente avec des caractères identiques lorqu'il est inspiré par une violente passion, véritable délire, en effet, qui, par son instantanéité irréfléchie, ne laisse aucune place au raisonnement.

Dans la lypémanie, la nostalgie et l'hypocondrie, il est hésitant, et ne s'accomplit, généralement, qu'après une série de tentatives et présente par cela même tous les caractères d'un acte volontaire. Tel malade préparera chaque jour la corde qui doit le pendre, et comme Pénélope, consacrera le lendemain à défaire le travail de la veille; tel autre, avec l'idée bien arrêtée d'en finir avec la vie, fera jouer sur son front la gâchette d'un pistolet, et remettra, sous un prétexte quelconque, l'exécution de son projet à un autre moment. C'est qu'il n'est pas de nuits si profondes qui ne puissent s'illuminer par l'espérance, ce miroir magique de l'avenir.

Dans l'alcoolisme il est, le plus souvent, accidentel. L'ivrogne se noie dans une rivière qu'il a voulu mettre entre ses ennemis et lui, il se tue en se sauvant par une croisée pour échapper aux poursuites dont il se croit l'objet, aux châtiments qu'on lui prépare ; ou bien encore il meurt par peur de la mort elle-même.

Il est rare dans l'épilepsie simple, à moins qu'il ne soit le partage d'une nature privilégiée ayant le sentiment de sa maladie. L'épileptique, avec trouble mental, ne se suicide pas, il tue à l'instar des bêtes sauvages.

Dans l'hystérie, il comporte comme le suicide, que nous avons appelé volontaire, l'intégrité des facultés intellectuelles : ici, comme le fait remarquer M. Legrand du Saulle, la raison assiste à la ruine du cœur, mais elle lui survit. Comment expliquer, s'il en était autrement, les combinaisons ingénieuses auxquelles s'arrête l'hystérique pour arriver au but qu'elle poursuit, l'échafaudage qu'elle dresse si habilement pour donner le change sur ses intentions? Il en diffère en ce qu'il est généralement exécuté aussitôt que conçu et par son caractère de simulation. L'hystérique ment dans la mort comme elle ment dans toutes les circonstances de sa vie, elle est dans son rôle. « Un trait commun caractérise ces » malades, dit M. Tardieu (*Etude médico-légale de la folie*),

» c'est la simulation instinctive, le besoin immodéré et in-
» cessant de mentir sans but et sans objet, uniquement pour
» mentir, et cela non-seulement en paroles, mais encore en
» actions par une sorte de mise en scène où l'imagination
» joue le principal rôle, enfante les péripéties les plus incon-
» cevables et les porte parfois aux extrémités les plus funes-
» tes. »

Ces lignes de l'éminent professeur nous ont remis en mémoire le jugement qui a frappé il y a quelques années un de nos confrères de Metz. On se rappelle qu'inculpé de tentative de viol sur une hystérique, il essaya d'opposer un démenti à ses allégations en se retranchant derrière l'affection dont elle était atteinte.

Consultés par lui, MM. Brochin et Legrand du Saulle ne purent, en présence de la gravité de l'accusation, que lui envoyer une lettre de condoléance. Loin de nous la pensée de vouloir rejeter sa culpabilité ou d'en appeler de la peine qui l'a frappé. Nous voulons dire seulement que cette accusation mensongère dans l'hystérie n'est pas unique dans la science et qu'il était permis d'invoquer un précédent. Toulmouche (*Ann. d'hyg.* 1re série, t. IV) en avait déjà rapporté un exemple remarquable que M. Merland (*Ann. d'hyg.* 2e série, t. XXII) était venu confirmer, quelques années plus tard, par un nouveau fait.

Ici, c'est une hystérique qui, après s'être pratiqué elle-même des incisions sur tout le corps, s'être garrottée, accuse quatre jeunes gens, dont elle donne le signalement, de l'avoir baillonnée, d'avoir essayé de la violer, et maintient sa déposition sous la foi du serment, malgré les preuves les plus accablantes de son mensonge; là, une hystérique également, accuse les deux frères de lui avoir meurtri les bras et les seins, d'avoir voulu l'étouffer, de l'avoir violée, de lui avoir introduit, enfin, dans le vagin et le rectum treize morceaux de fer rouillés ; elle persiste dans ses déclarations en police correctionnelle et en appel,

avec un tel accent de sincérité qu'elle parvint momentanément à en imposer aux juges.

Il est hors de doute que l'accusation gratuite de viol ne soit un des grands moyens que l'hystérique met en jeu pour arriver à ses fins, nous n'en voulons d'autre preuve que ce qui est arrivé tout récemment à un de nos confrères des asiles d'aliénés de la Seine. Une malade rendue à la liberté l'accuse, un jour, d'avoir profité de son sommeil pour la rendre mère et écrit lettres sur lettres au ministère de l'intérieur et à la préfecture de police pour demander des poursuites et réclamer des dommages et intérêts. Nous ne saurions dire si l'administration s'est émue de cette plainte ; quoi qu'il en soit, ne recevant aucune espèce de satisfaction, elle porta un jour cet enfant né du hasard au domicile de celui qu'elle disait avoir été son amant ; on eut toutes les peines du monde à le lui faire reprendre.

### 1re *observation.*

Mme A... a présenté de bonne heure un caractère fier et ombrageux ; susceptible à l'extrême, elle s'offense de tout, se pique pour un rien. Ces mauvaises dispositions ont été entretenues par des parents faibles et ignorants pour qui les caprices de leur fille étaient des ordres, et ses boutades l'indice d'un esprit fort.

Réglée à 13 ans, elle éprouve depuis cette époque de fréquentes attaques d'hystérie qui, indépendamment de son état de nervosisme habituel, ont été entretenues par une stimulation directe des organes génitaux.

Mme A... se marie, à 20 ans, selon son cœur et ne tarde pas à devenir mère. Le vœu de la nature est satisfait et cependant les crises ne disparaissent pas, bien au contraire la grossesse semble les réveiller. Ce nouveau fait vient à l'encontre de la théorie de Platon et de l'aphorisme d'Hippocrate qui veut que toute femme hystérique mariée guérisse ;

et démontre une fois de plus, que le mariage n'amende pas l'hystérie, pas plus que la réplétion de l'utérus ne fait cesser les attaques.

Les sentiments affectifs ne tardent pas à se perdre, c'est en vain que le mari se prodigue pour les ranimer. Un jour, elle lui annonce avec le plus grand sang-froid qu'elle est lasse de son amour et qu'elle va courir les aventures galantes. Cette détermination soudaine se change en idée fixe, elle fait mille projets, dore de toutes les manières son existence de femme adultère, elle éprouve un bonheur indicible à aiguillonner sa jalousie. Le désordre est dans l'âme, elle reste épouse vertueuse. Une autre fois elle le menace de lui couper les parties génitales et s'amuse beaucoup de sa frayeur.

Elle parle bientôt de s'empoisonner, l'exécution ne suivant jamais la menace, on finit par ne plus s'y arrêter. Un jour, cependant, voulant la mettre à l'épreuve, on laissa à sa disposition quelques pilules purgatives qu'on lui dit renfermer une quantité considérable d'opium. Le lendemain le médicament avait disparu; la malade n'en parla jamais, et n'aime pas qu'on lui rappelle cet incident.

En l'absence de tout trouble des voies digestives, nous sommes autorisé à croire que la médication n'a pas été absorbée.

L'accouchement ayant amené une notable recrudescence de son état nerveux, on dut se décider à demander son admission dans une maison de santé.

Le certificat d'entrée constate que Mme A... est atteinte « de folie instinctive et désordres impulsifs. Elle déclare qu'elle se sent entraînée à tuer les personnes qui l'entourent, son mari, son enfant, sa famille, que si on ne la sauve pas contre ses violences, elle tuera quelqu'un, ou se tuera elle-même, qu'elle veut être criminelle pour mourir sur l'échafaud. »

A l'asile, la malade se pose en monstre avide de sang et de

carnage ; en mère dénaturée mille fois plus vile que la brute qui, elle, aime ses petits alors qu'elle n'éprouve pour son enfant que haine et aversion. Tout cela est dit froidement, avec une assurance qui fait mal, sans larmes dans les yeux, sans émotion dans la voix. Nous n'avons pas quitté la malade, que déjà elle ne songe plus à son délire, elle travaille, s'occupe, lit, fait de la musique. Est-ce là de la folie instinctive avec manie raisonnante ? Nous ne le pensons pas.

Bientôt, Mme A... va nous montrer à quel degré de simulation elle est arrivée. Ici nous laisons la parole à M. Dagron, notre médecin en chef :

« Le 26 février 1876, au matin, écrit-il, la malade a pu forcer la serrure d'un placard où la veille elle avait vu renfermer un flacon contenant une solution de chlorhydrate de morphine servant aux injections sous-cutanées, s'en emparer et le vider d'un trait. Vingt minutes après, persuadée qu'il serait impossible de neutraliser le poison, elle est venue fièrement déclarer à la sœur de service ce qu'elle venait de faire.

Mandé aussitôt auprès d'elle, nous trouvons Mme A... sur la terrasse de son préau. Elle éprouve, nous dit-elle, une lassitude extrême et une tendance au sommeil, la tête est lourde et tombe sur la poitrine, la marche est titubante ; elle accuse de vives démangeaisons sur tout le corps, mais de beaucoup plus intenses à la face qu'elle écorche en se grattant. Les pupilles sont resserrées ; la langue est sèche ; la soif extrême ; le pouls régulier. M. Taguet, mon médecin adjoint, constate que la température a baissé de deux degrés.

La malade ayant vomi et vomissant encore, nous ne croyons pas devoir donner un vomitif, mais une décoction concentrée de café à prendre à petites doses.

Pendant toute la matinée, l'intelligence n'a pas été atteinte un seul instant, la malade comprenant toutes nos questions et y répondant avec une lucidité parfaite.

Dans la soirée elle est prise d'attaques fréquentes d'hystérie pendant lesquelles elle se roule sur le plancher, se frappant la tête de tous côtés. Visitée par son mari, elle le reconnaît; dans l'intervalle des crises, elle ne cesse de lui répéter : morphine, morphine, heureuse de lui faire de la peine.

Dans la nuit, les accidents ont cessé et, le lendemain, à ma visite, je trouve la malade aussi bien que possible; à toutes nos questions elle répond : « Pourquoi ne m'a-t-on pas laissé mourir? Je suis un monstre, les animaux aiment leurs petits, et moi je tuerai le mien. Tout ce qu'on vous a dit de moi est vrai; pour faire de la peine aux miens, je les ai souvent menacés de faire le trottoir, et pourtant je n'aime pas les hommes; j'avoue avoir de mauvaises habitudes et ne pas les avoir perdues en ménage. »

Mme A... a pris 2 grammes environ de chlorhydrate de morphine. Les symptômes d'empoisonnement qu'elle a éprouvés sont-ils en rapport avec la dose ingérée? C'est ce que nous allons examiner en quelques mots.

En tant que portée dans l'estomac, et vu son état de vacuité à ce moment, il est presque hors de doute que l'absorption de la morphine n'ait pu être complète lorsque la malade est venue annoncer sa coupable entreprise, si l'on songe qu'il s'est écoulé au moins vingt minutes entre le fait et les premiers vomissements qui ont dû être provoqués; se seraient-ils produits sans une intervention? il est permis d'en douter.

Ces conditions étant données, comment admettre un empoisonnement aussi grave que celui-là (puisqu'il suffit en général de 3 à 4 centigrammes pour produire le narcotisme) sans délire et sans hallucinations, sans un trouble de la vision, sans excitation anormale des organes génitaux, sans déterminer enfin un état fébrile, des convulsions et le coma. A défaut de ces symptômes, dira-t-on, Mme A.... a présenté le signe caractéristique de l'empoissonnement par

la morphine, nous voulons parler de la démangeaison. Qui nous affirmera qu'elle n'est pas simulée ? qui nous dira que la malade ne nous aura pas entendu rechercher ce caractère et ne l'aura pas exploité ? Car, disons-le en passant, nous n'avons jamais cru, même au début, à une tentative sérieuse. La démangeaison serait-elle naturelle, que nous aurions encore de la peine à comprendre qu'elle soit restée à l'état d'isolement, qu'elle ne soit accompagnée ni de sueurs, ni d'éruptions d'aucunes sortes. Une idiosyncrasie toute particulière à la malade ne satisfait pas suffisamment l'esprit pour que nous nous arrêtions à cette idée.

La première attaque d'hystérie semble avoir été déterminée par l'arrivée du mari. Elle a été d'une violence extrême : la tête, les bras, les jambes, le tronc, tout était en jeu ; elle a duré près d'un quart d'heure ; la malade ne prenait de repos que pour crier à son mari qu'elle s'était volontairement empoisonnée.

Nous laissons Mme A... sous la garde d'une religieuse, elle s'est montrée calme, docile, obéissante pendant notre absence qui a duré près d'une heure. Notre retour a été le signal d'une nouvelle crise aussi violente que la première; tout est rentré dans l'ordre avec notre éloignement. A son tour, notre chef de service est accueilli par une scène analogue.

Pas plus que nous, la famille de Mme A... n'a été dupe de ce mensonge, si nous en jugeons par une lettre de son beau-père adressée à notre chef de service : « Je reste persuadé, écrit-il, que la tentative d'empoisonnement a été combinée de façon à faire plus de mal au mari qu'à la femme. Sa comédie a d'ailleurs été bien jouée; mais elle produit peu d'effet sur nous, en raison des nombreuses scènes dont nous avons été précédemment témoins. La malade va rentrer dans une nouvelle période de tranquillité apparente qu'elle emploiera à préparer d'autres attentats. Elle a montré comme elle savait feindre. Il y a folie, bien certai-

nement, mais folie provenant de sa méchanceté impuissante. Elle a continuellement le désir, presque le besoin de nuire. Si elle se voit fermer la porte, elle cherchera à l'ouvrir. Si on lui défend de sortir à la pluie, elle ira se placer sous une gouttière. Je ne saurai trop vous mettre en garde contre le danger que peut faire courir une personne insensée dont le dernier sentiment sera celui de la fierté de présenter un cas exceptionnel de folie. »

Mme A... tarda à peine quelques semaines à justifier cette prévision. Au milieu d'un parfait état de santé apparent, elle essaya un matin de se pendre aux rideaux de son lit; mais elle eut bien soin d'ouvrir la porte de sa chambre pour être aperçue assez tôt, dans le cas où les rideaux, qu'elle savait retenus par une tringle brisée, n'auraient pas été entraînés, ce qui était peu probable, par le poids du corps.

Un dernier argument, et il nous semble péremptoire, depuis que la malade a appris à ses dépens que la camisole et la douche étaient les seules réponses à faire à ses mensonges et à ses supercheries, elle se montre douce et calme.

2e *observation.*

Dominé par un violent désir d'attirer sur lui l'attention publique, d'attacher l'immortalité à son nom, Erostrate incendia, dit-on, le temple d'Ephèse.

Animée du même besoin de notoriété, Mme J..., pas plus que lui, ne recule devant un sacrilége. Etant au couvent, elle entend raconter qu'une main impie est tombée un jour sur une hostie et s'en est emparée. Le ciel n'ayant pas permis cette profanation, on vit la foule s'agenouiller empressée et respectueuse devant cet homme et adorer en lui le Verbe incarné. Il n'en fallait pas davantage pour enflammer cette jeune imagination, amie du mystère et du merveilleux. Dès ce moment elle rêva d'amener ses compagnes à

plier les genoux devant elle; être l'objet d'un culte, être une divinité même pour un instant, devint le désir le plus intime de son âme. La chapelle est déserte, rien ne l'arrête, ni la sainteté du lieu, ni le silence religieux qui l'entoure, d'une main sûre elle ouvre le tabernacle et accomplit son larcin. Un pas raisonne sur les dalles, son cœur l'abandonne, elle perd connaissance et roule sur les marches de l'autel. On l'entoure, on la rappelle à la vie, on lève ses scrupules en lui assurant que l'hostie n'est pas consacrée. L'affection nerveuse dont elle est atteinte semble dater de cette époque.

Elle était encore pensionnaire, lorsque sa mère vint lui annoncer qu'elle allait se marier. Elle accueillit cette nouvelle sans joie comme sans peine, aima son mari tant que sa curiosité ne fut pas satisfaite et qu'il manqua un aliment à ses emportements. Nous jetterons un voile discret sur les aventures galantes de la femme adultère qui n'ont rien de commun avec notre sujet; qu'il nous suffise de savoir que la simulation du suicide a passé chez elle à l'état de science. Elle en était à sa troisième ou quatrième tentative d'empoisonnement lorsqu'elle nous fut amenée.

Mme J... est atteinte de manie aiguë avec hallucinations de l'ouïe et de la vue, et trouble de la sensibilité générale. Une amélioration notable ne tarda guère à se manifester, en même temps que sa mauvaise nature, étouffée un moment par la folie, reprenait le dessus, avec d'autant plus d'intensité qu'elle avait été maintenue plus longtemps. Obliger les médecins à s'occuper constamment d'elle, dérouter tout traitement, tel fut le but qu'elle poursuivit avec un rare talent et une ténacité sans pareille. L'appétit qui, jusqu'alors, s'était parfaitement conservé, diminua insensiblement et finit par se perdre complétement. Pendant près d'une année la malade n'a pris chaque jour que deux œufs et une tasse de lait. Malgré cela la nutrition n'est pas profondément troublée, tant il est vrai qu'elle s'opère avec une

activité surprenante dans certaines affections nerveuses. M. Bernutz rapporte (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*) qu'il nourrit depuis six mois une hystérique de son service avec un lavement composé d'un litre de vin et d'un litre de lait pris matin et soir.

La figure est fatiguée et exprime la souffrance, les yeux sont profondément cernés par ce sillon que Lamartine appelle le lit du chagrin creusé par l'insomnie et les larmes. Il survient en même temps des vomissements incoërcibles, comme il s'en rencontre dans l'hystérie. Un traitement tonique et réparateur fait disparaître momentanément tous les symptômes morbides.

Après des alternatives nombreuses de guérison et de maladie, la malade finit par ne plus quitter la chambre. La fatigue est extrême, les vomissements sont de plus en plus fréquents ; il y a dysurie et bientôt toute sécrétion urinaire s'arrête. Il se déclare en même temps une épigastralgie des plus violentes ; les injections sous-cutanées font merveille, qu'elles aient été réelles ou simulées; toute autre médication ne fait qu'aggraver la douleur.

Nous étions à bout de ressources lorsqu'une lettre apprend à notre chef de service que Mme J... se maquille les yeux avec de l'encre. Un lavage complet fait disparaître la teinte bistrée du sillon. On nourrit la malade à la sonde œsophagienne, les aliments sont tolérés, malgré tous les efforts qu'elle fait pour les rejeter. Elle se décide enfin à manger comme tout le monde, et à reprendre ses occupations.

Bientôt elle écrit à une de ses amies qu'elle va s'affranchir des chagrins de ce monde en s'ouvrant une artère avec des ciseaux. Nous ne nous arrêtons pas à cette menace de suicide, la mort par instruments piquants n'entrant pas dans le caractère de l'hystérique. Ainsi que nous l'avions prévu, elle renonce d'elle-même à cette première idée pour revenir à son moyen favori : l'empoisonnement. Elle fait

acheter une certaine quantité de tabac à priser, après l'avoir fait infuser pendant un certain temps dans un demi-verre de tisane elle l'aurait absorbé d'un trait. Inutile de dire que cette tentative a eu le succès des autres. Une nuit on accourt chercher l'interne de garde : Mme J... se meurt. On trouve la malade étendue sur le carreau, froide, glacée ; un pouls faible et misérable indique seul qu'il y a encore là un être vivant. A l'aide de la sonde œsophagienne on lui fait absorber une quantité assez considérable de rhum et de vin. A la visite du matin elle est prise d'un violent accès de colère, on est obligé de la camisoler pour la tenir en place.

Une autre fois elle se sauve, tout en chemise, sur une galerie, elle mesure d'un coup d'œil la distance qui la sépare du sol, elle hésite, et attend qu'on vienne la tirer de là.

Mme J... a quitté l'asile avec la même disposition d'esprit.

Le poison ne voulant pas d'elle, elle aura recours, dit-elle, au pistolet ; nous sommes bien tranquille là-dessus et nous assurons à notre ancienne malade une longue vieillesse si une fin tragique doit couper le fil de ses jours.

### 3e *observation.*

Mme V... est une hystérique que le besoin incessant d'attirer l'attention publique a conduite, d'après le certificat de M. le professeur Lasègue, à une intoxication chronique par le chloroforme et l'éther, avec affaiblissement intellectuel consécutif.

Après avoir essayé vainement de s'empoisonner chez elle, il lui a semblé qu'elle se devait à elle-même de ne pas mourir ignorée et inconnue. Elle se rend sur les boulevards et donne nous ne savons quelle représentation qui attire les curieux. Elle s'arrête au milieu de ses succès de comédienne pour annoncer qu'elle va quitter la vie, vide d'un trait une petite bouteille de laudanum, et attend froidement sur le seuil de l'éternité une mort qu'elle sait ne pas devoir

venir. A l'instar du gladiateur qui devait sourire dans la mort pour mériter les applaudissements, elle semble dire à la foule : celle qui va mourir te salue. On s'empresse, on l'entoure, elle est rappelée à la vie.

A l'asile, elle simule toutes les maladies imaginables. Un jour elle se pique les joues et les gencives, et conservant le sang dans sa bouche, elle feignait ainsi un accès de toux suffocante.

Une autre fois elle s'introduit dans le vagin des confitures de groseilles pour faire croire à une affection utérine et réclame à grands cris un examen médical des organes génitaux.

Plus tard elle simule pendant plusieurs mois une grossesse en se deformant la taille au moyen de serviettes et de torchons dérobés avec soin. Elle se plaint, un jour, d'éprouver tous les signes de l'avortement et des pertes sanguines formidables. En la faisant coucher pour pratiquer le toucher, notre regretté ami le Dr Drouet découvre la supercherie dont elle rougit à peine et qu'elle ne cherche pas même à justifier.

On la trouve un jour étendue sans connaissance sur un lit, simulant un accès d'ivresse, un flacon d'absinthe qu'elle avait réussi à se procurer en cachette était jeté vide à ses pieds.

A chaque instant elle menace de se suicider, pleure, se roule sur le parquet, s'arrache les cheveux.

Pas plus que le beau-père de la malade qui fait l'objet de notre première observation, le mari de Mme V... ne s'était laissé prendre à ses supercheries. Mis en demeure de reprendre sa femme il écrit : « Je veux bien tout oublier à la condition qu'elle travaillera, je ne me sens plus la force de tout endurer, peine, chagrins, misère. Veuillez lui faire une leçon très-verte. »

Promettre n'est pas tenir, elle a beaucoup promis.

Quelques mois après, Mme V...était sequestrée de nouveau.

# OBSERVATIONS

SUR LES

# TUMEURS SANGUINES

## DU PAVILLON DE L'OREILLE

RECUEILLIES

**Par M. BIAUTE**

Interne de l'asile de La Roche-Gandon.
(Service de M. le Dr Henri Bonnet.)

Obéissant au désir que manifestait la Société médico-psychologique dans sa séance du 5 avril 1875, relativement aux observations recueillies par les internes des asiles d'aliénés, nous lui en présentons aujourd'hui quelques-unes.

Elles ne se rapportent qu'à un seul sujet de pathologie, à une affection observée quelquefois chez les aliénés et presque exclusivement chez eux, aux tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille.

Il ne nous conviendrait nullement d'entrer dans toutes les considérations auxquelles ces observations pourraient donner lieu ; néanmoins, comme il en découle des faits qui semblent s'écarter de ce qui a été écrit sur cette matière, — et ce n'est qu'à ce titre que nous les communiquons, — qu'il nous soit permis de résumer d'abord les auteurs qui en ont parlé.

D'après Franz Fischer (analysé par Renaudin, *Annales* de 1850), les aliénés peuvent présenter du côté de l'oreille deux espèces d'affections : des œdèmes séreux, des tumeurs

sanguines. Les premiers sont souvent doubles, incolores, indolores, prompts à se développer et à se résoudre. Les tumeurs sanguines sont unilatérales à couleur spéciale, douloureuses, à durée plus longue; leur contenu se reproduit facilement après une ponction où une évacuation accidentelle quelconque, et enfin elles laissent une déformation. On ne doit point traiter les œdèmes séreux; aux tumeurs sanguines il faut opposer des sangsues, des incisions, des embrocations excitantes et aromatiques. Ces tumeurs n'ont pas de préférence pour telle ou telle forme d'aliénation ; elles ne proviennent jamais de causes traumatiques, mais sont le résultat d'hémorrhagies passives, d'épanchements actifs dont les causes doivent se retrouver dans un état pathologique des organes centraux du système nerveux.

D'après Marcé ( observation dans les *Annales* de 1859), les tumeurs sanguines peuvent être doubles, se développer avec une marche égale des deux côtés, coexister avec d'autres troubles inflammatoires et apoplectiques partiels, ne se laisser influencer par aucun traitement et durer plus de quatre mois. Le cas se rapporte à un aliéné mélancolique. Il faut voir là, dit Marcé, « les effets d'une altération pro-
» bable du sang, consécutive à une alimentation insuffisante
» et prédisposante aux hémorrhagies, et d'un mouvement
» congestif vers la tête, mouvement congestif à l'aide du-
» quel on a expliqué, surtout chez les paralytiques, les
» productions des tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille,
» mais qui de plus s'est ici révélé par un symptôme inac-
» coutumé. »

D'après M. Foville, dont le mémoire publié dans les *Annales* de 1853 fait encore autorité et est le travail le plus complet sur ce sujet, le siége de l'épanchement est localisé sous le périchondre détaché du cartilage ; ces tumeurs sont communes chez les hommes, très-rares chez les femmes, n'importe le caractère de l'aliénation; mais elles apparaissent toujours chez des sujets incurables, sauf des cas tout à fait

exceptionnels ; elles se forment vite ou au moins on ne les remarque que lorsqu'elles ont acquis un développement complet. Tantôt une seule oreille est affectée, tantôt elles le sont toutes les deux ; mais dans ce dernier cas les deux tumeurs ne surviennent pas en même temps. Leur terminaison est l'induration, le ratatinement du pavillon. Enfin il y a de l'analogie entre ce qui se passe alors du côté de la tête des malades et ce que l'on observe chez les animaux, quand on coupe le grand sympathique au cou ou que l'on enlève le ganglion cervical supérieur. M. Foville énumère en outre quelques cas rapportés par des auteurs chez des individus non aliénés : chez un jeune imprimeur sans cause connue ; chez des lutteurs par suite des coups, froissements et chutes ; chez deux jeunes écoliers soumis, dans la même classe, aux lois d'un maître d'études trop partisan des répressions physiques.

D'après M. Dumesnil, entrant dans quelques considérations sur ces tumeurs et s'adressant à M. Legrand du Saulle sous forme de lettre, elles sont toujours d'un pronostic fâcheux pour la terminaison de la maladie mentale, quoi qu'elles puissent se présenter dans des cas récents et aigus de folie; sur dix cas, on les trouve huit fois liées à la paralysie générale, et l'épanchement occupe le siége qui lui est assigné dans le mémoire de M. Foville. On ne doit jamais leur reconnaître de causes externes:les maniaques agités, susceptibles de guérison, les épileptiques, malgré leurs chutes, malgré les contusions qu'ils subissent, n'en ont jamais présenté. Les tumeurs sanguines doivent réellement se former sous l'influence de causes générales internes, et il n'est nullement prouvé que les épanchements sanguins que l'on dit avoir été constatés chez des boxeurs et des enfants soient du même ordre que ceux des déments paralytiques.

Il est rare de voir des descriptions de cette affection partir d'autre part que des asiles d'aliénés. Durant l'année 1876, cependant, M. Duplay a fait à l'hôpital St-Louis une

leçon clinique sur l'othématome. Le sujet qui portait la tumeur était âgé de 51 ans, charron, à habitudes alcooliques; elle s'est développée à droite, lentement, sans causes appréciables en produisant des douleurs spontanées; elle a suivi son cours et a été traitée par les ponctions, mais on s'attendait à la déformation quand même . — Dans son traité de pathologie chirurgicale, M. Duplay place aussi le siége de l'épanchement entre le périchondre et le cartilage, et il lui assigne des causes traumatiques et des causes générales internes dépendant d'une lésion nerveuse centrale. D'après la thèse de Kuhn, qui prit ses observations dans les services de l'asile de Maréville, il note que les tumeurs sanguines sont plus fréquentes chez les déments paralytiques que chez les autres aliénés, chez les hommes que chez les femmes dans la proportion de 52 à 10, et du côté gauche que du côté droit. Il indique le traitement qu'il a employé à St-Louis.

D'après M. Henry Bonnet, parlant des hématomes du pavillon de l'oreille dans le cours de la paralysie générale, « ces tumeurs constituent de véritables apoplexies congestives qui trouvent leur raison d'être dans la dégénérescence graduelle du sympathique finissant par se frapper de plus en plus de léthalité. Il en résulte une turgescence des vaisseaux de l'oreille, et, à la limite, l'apoplexie se produit ; c'est la répétition pathologique de la section expérimentale du nerf au-dessus du ganglion cervical supérieur. Il faut néanmoins tenir compte, au point de vue clinique, d'un fait important : c'est que, déjà, les irritations successives et l'altération ganglionnaire progressive ayant amené l'inflammation secondaire de la base du crâne, des méninges et du cerveau, cette apoplexie de l'oreille devient une crise avantageuse au malade; elle se passe en effet dans les auriculaires postérieures dépendant de la méninge moyenne. Si la production n'avait pas eu lieu, on aurait vu se développer une apoplexie cérébrale ou méningée, ou tout au moins une congestion intense, dont la sidéra-

» tion consécutive aurait amené la mort. — En dehors de » la paralysie générale, ces tumeurs n'arrivent jamais que » dans des états chroniques et elles deviennent une cause » favorable à une prolongation d'existence. »

Nous n'avons pas cherché à retirer de tous ces travaux une description rigoureuse de l'othématome; mais il était utile d'entrer dans tous ces détails afin de bien marquer les différences qui résulteront de nos observations.

Depuis le commencement de l'année 1874, cinq malades ont été atteints de tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille, 2 hommes et 3 femmes. Il y a eu sept tumeurs et les doubles appartiennent aux femmes. Sur les cinq sujets un seul était paralysé général.

Franz Fischer n'a point parlé du rapport de fréquence entre les hommes et les femmes. Avec lui, nos observations ne seront en désaccord que sur un point : il dit que les tumeurs sont unilatérales, tandis que les œdèmes séreux sont doubles ; nous avons deux cas de tumeur double, et les œdèmes séreux nous sont inconnus. Quant au traitement, du moment qu'il n'influe en rien sur la durée ( cas de Marcé ), ni sur la déformation ( cas de M. Duplay ), il vaut mieux s'abstenir, puisque à la suite de ponctions ou d'incisions on a perdu les oreilles ( docteur Henry Bonnet, observations de Maréville ), et que par la non-intervention on n'a jamais remarqué rien de semblable.

L'observation de Marcé se rapprocherait de quelques-unes de celles que nous rapportons ; cependant les tumeurs doubles n'ont jamais eu une marche identique : dans un cas elles ont apparu en même temps, mais la terminaison n'a pas été la même pour chacune d'elles ; dans l'autre, une s'est montrée au moment où la première semblait toucher à sa fin et encore le mode de terminaison n'a pas été le même. Une seule, chaque fois, a donné la déformation avec induration. Dans le récent ouvrage de M. Magnan. (*Recherches sur les centres nerveux*), on voit dans une

observation de paralysie générale, un cas d'hématome auriculaire double, développé d'abord du côté droit en juillet, puis du côté gauche en août. En consultant les comptes rendus des séances de la société de biologie (octobre 1868), ce que nous n'avons pu faire nous-même, on pourrait s'assurer si la déformation a existé pour les deux oreilles. Le cas fut communiqué à cette société en raison sans doute d'une rupture du cartilage.

Avec M. Foville nous ne dirons pas qu'elles sont rares chez les femmes, puisque celles-ci nous en offrent cinq contre deux pour les hommes, ni que les tumeurs doubles ne se développent jamais en même temps, puisque nous venons de voir le contraire dans l'observation de Marcé et les rapprochements qu'elle a avec les nôtres.

M. Dumesnil donne cette proportion entre les formes d'aliénation mentale : sur 10 tumeurs, 8 appartiennent à la paralysie générale. Nous n'avons qu'un paralysé général sur cinq sujets ainsi affectés et une tumeur sur sept. Voulant démontrer que les causes traumatiques sont loin d'avoir la valeur que certains auteurs leur ont accordée, et que par suite on ne peut pas faire remonter ces tumeurs à la brutalité des serviteurs préposés à la garde des aliénés, M. Dumesnil s'étend longuement sur les malades qui seraient le plus exposés à des contusions, froissements, qu'ils peuvent se faire eux-mêmes ou recevoir d'autrui : ce sont les maniaques agités et les épileptiques, qui cependant n'en présentent que rarement. Dans nos observations, au contraire, on verra que trois femmes agitées en ont eu ; mais le caractère double chez deux d'entre elles peut être un indice qu'elles ne doivent être attribuées à des violences d'aucune sorte. En effet ces violences auraient pu difficilement avoir lieu des deux côtés à la fois, et si les serviteurs eussent été la cause efficiente, ils auraient pris des précautions pour ne pas s'exposer, à moments si rapprochés, aux mesures disciplinaires ou aux poursuites judiciaires que le règle-

ment commande en cas de mauvais traitements envers les aliénés. Les femmes à tumeurs doubles ont été atteintes à peu d'intervalle l'une de l'autre, et on aurait pu les cacher soit par les cheveux, soit par la coiffure.

Le cas de M. Duplay est un cas tout à fait exceptionnel, puisqu'il est survenu en dehors de toute affection mentale: le développement a été lent, avec douleur concomitante. Il fait remarquer que les paralysés généraux en sont plus souvent atteints que les autres aliénés, les hommes plus que les femmes. Nous avons déjà noté les rapprochements ou les dissidences sur tous ces points à propos des auteurs précédents. L'oreille gauche semblerait le plus souvent être le siége de l'othématome; le sujet de l'hôpital St-Louis l'a présenté à droite, et les aliénés affectés à l'asile de La Roche-Gandon se répartissent ainsi sous ce rapport :

3 uniques (2 hommes et 1 femme) à gauche;

2 doubles (2 femmes).

Dans un cas, la première s'est développée à droite et a seule occasionné la déformation; dans l'autre cas, où les deux tumeurs se sont développées en même temps, la gauche a eu le volume le plus grand, a duré le plus longtemps et a seule occasionné la déformation.

Les cas dont nous avons relevé les observations sont trop peu nombreux pour que nous puissions conclure; peut-être n'y a-t-il que coïncidence fortuite, pur hasard. Il en ressort toutefois :

Qu'on n'a vu ces tumeurs que complétement développées;

Que sur cinq cas deux fois elles ont été doubles;

Que les deux tumeurs doubles n'ont pas eu une marche identique, et qu'une seule, chez chaque sujet, a été suivie de déformation;

Que les hommes en ont eu moins que les femmes;

Qu'un seul cas s'est trouvé lié à la paralysie générale;

Que le côté gauche a la préférence de siége;

Que les causes externes ne peuvent être reconnues;

Au sujet de cette dernière remarque, les avis sont partagés. Les aliénistes n'admettent pas la formation des tumeurs sanguines par traumatisme, ou bien ils font de grandes réserves sur ce point; les médecins non spéciaux y croient et donnent des exemples à l'appui de leur opinion. Le mode de surveillance des malades dans les asiles, les visites fréquentes et régulières auxquelles ils ont droit permettent de bien peser tous les indices qui s'offrent quand une pareille affection se présente. Il s'agit alors, sans idée préconçue, de scruter *interna* et *externa*.

*Observation I.*

T... (Auguste), 38 ans, entre à l'asile le 18 juillet 1870.— Délire lypémaniaque, paralysie générale; en décembre il est calme, en rémission apparente, et la famille demande à le reprendre. Mais au dehors le délire survient de nouveau bientôt après, avec propulsions violentes; on le garde encore néanmoins et il n'est ramené que le 1er octobre 1872.

Il est alors dément et la paralysie générale n'a pas été stationnaire.

En février 1874, alors que nous le voyons pour la première fois, T... est complétement gâteux, dégradé au plus haut point, et il porte à l'oreille gauche une tumeur sanguine qui a été remarquée vers les premiers jours de janvier : elle est en voie de résorption, et le 15 mars elle ne présentait plus que l'induration persistante consécutive. — Pas de traitement.

22 décembre, hémiplégie légère du côté droit.

1er janvier 1875, on observe une déformation de la pupille gauche : celle-ci, plus dilatée que la droite, a une forme tout à fait ovoïde, oblique de bas en haut, de dehors en dedans et à petite extrémité en haut; cette discorie a ensuite existé jusqu'au décès. Les mois suivants se passent sans nouveaux accidents; la santé physique est satisfai-

sante relativement à l'état paralytique du sujet. Enfin le 6 novembre il succombe après une série d'accès répétés d'épilepsie.

L'autopsie n'a pas pu être faite.

*Observation II.*

L... (Frédéric), 32 ans, célibataire, cultivateur, entre à l'asile le 7 décembre 1868. Le début de l'affection mentale date du mois de juin : monomanie religieuse avec hallucinations de la vue, de l'ouïe, et accès de délire furieux qui le rendent dangereux pour lui-même et pour les personnes qui l'entourent. Tels sont les renseignements donnés par le certificat médical.

Des certificats de 24 heures et de quinzaine il résulte que L... présente des conceptions délirantes lypémaniaques dont la prédominance se manifeste surtout par des craintes chimériques d'attentats qu'on voudrait exercer sur sa personne. Il est sombre, morne, affaissé la plupart du temps ; parfois il est très-agité.

1869, pas de réaction ; désordonné, sale dans sa tenue ; impossibilité de l'occuper à n'importe quel travail.

1870, devient gâteux et dément.

Le 25 mai 1874, on observe chez lui une tumeur sanguine du pavillon de l'oreille gauche, complétement développée, avec les caractères propres, fluctuation, couleur rouge bleuâtre et douleur. Pendant près d'un mois elle a offert, en diverses circonstances, des variations de grosseur; mais, le 23 juin, elle prit un volume énorme qui persista quelques jours.

A la fin d'août le contenu était complétement résorbé et l'oreille rétractée, ratatinée, avec induration persistante consécutive. — Il n'y a pas eu lieu de penser à des causes externes. — Pas de traitement.

L... existe encore : vie purement végétative.

*Observation III.*

T...(Rosalie), 44 ans, ouvrière, entre à l'asile le 12 février 1872. — Manie chronique. — Paroxysmes d'agitation violente, et l'agitation est l'état à peu près continu de cette femme; en certains moments elle se frappe elle-même ou bien elle reçoit des coups d'autres malades et présente souvent, par suite, des ecchymoses sur la face; durant les accès d'exacerbation maniaque, les jugulaires font saillie sous les téguments, ainsi que les autres veines du cou, et la glande thyroïde offre un faux air de goître.

Le 27 décembre 1875, on observe chez T... une tumeur sanguine du pavillon de l'oreille droite, complétement développée, douloureuse, de couleur rouge vineuse. Le 31, il est impossible qu'elle prenne une extension plus grande.

6 janvier 1876, tendance à rétrograder.

10. Elle reprend le volume du 31 décembre : on ne voit plus le conduit auditif externe, toutes les parties environnantes sont distendues par elle, et la malade se plaint de la gorge et de la région parotidienne ; le soir, il existe une ouverture à la tumeur, près du conduit auditif, et il s'en est écoulé une quantité assez grande de liquide sanguinolent.

11. L'oreille est déprimée, mais sans forme.

12. Le contenu réapparaît, et le liquide s'écoule de nouveau, le 20, par l'ouverture première qui s'était fermée.

Le 26, la tumeur diminue; le 1er février, l'oreille se rétracte, et, le 15, l'induration existe presque.

Le lendemain, tuméfaction de la joue droite avec rougeur et ligne de démarcation bien accentuée; la tempe, le front et l'œil se prennent ensuite. Érysipèle de la face.

20. Le côté gauche de la face est atteint à son tour.

Cette complication subit quelques variations d'intensité et est sur le point de disparaître complétement le 8 mars,

quand une tumeur sanguine se développe à l'oreille gauche. Elle prend à peu près d'emblée un volume considérable et la couleur rouge vineuse.

10. Celle du côté droit recommence, et les deux oreilles ont ce jour-là le même aspect.

25. Celle du côté gauche revient sur elle-même, et en peu de jours il n'en reste plus rien, aucune trace. La droite touche à sa fin aussi et laisse après elle la déformation ordinaire.

On a autrefois donné le nom d'érysipèle de l'oreille à certaines affections de cet organe et c'est sans doute ce que Franz Fischer appelle œdème séreux, pouvant être bilatéral, prompt à apparaître et à se résoudre en comparaison de cet œdème des paupières que l'on observe dans l'érysipèle de la face. Mais cette observation nous montre qu'en même temps qu'un érysipèle de la face, on peut observer de vraies tumeurs sanguines avec toutes leurs caractéristiques. Nous reconnaissons ainsi facilement pourquoi certains auteurs ont à leur égard employé des dénominations qui ne sont plus acceptées aujourd'hui.

Malgré ce que nous avons dit dans l'historique de la malade, les causes violentes ne peuvent être reconnues pour la première tumeur ; pour la seconde il est certain qu'il n'y en a pas eu. Si maintenant on considère le caractère extrêmement agité de T... (Rosalie), la congestion à peu près permanente des vaisseaux de la tête, on peut être assuré que la prédisposition aux hémorrhagies est préparée de longue main. — La tumeur droite serait donc due à une hémorrhagie partielle, accidentelle; la gauche aurait été influencée par l'apparition de l'érysipèle de la face.

### *Observation IV.*

B... (Louise), femme C..., 29 ans, domestique de ferme, entre à l'asile le 6 novembre 1875. — Antécédents héré-

ditaires manifestes ; une tante et une sœur sont décédées à l'asile ; un oncle y a séjourné et en est sorti amélioré. Sa grand'mère était aliénée. La mère, qui existe encore, vit au dehors d'une façon correcte. On sait que l'influence héréditaire s'exerce de différentes manières : souvent il n'y a que folie morale, sans délire intellectuel apparent, c'est le cas pour les premiers temps de la maladie de C... et peut-être pour toute la durée de sa vie antérieure, car le certificat médical nous la montre comme *généralement idiote* (c'est l'expression), hystérique, avec surexcitations nerveuses. On ne doit donc pas être étonné de la dépravation de cette femme, qui a donné le jour à deux enfants avant son mariage. La folie réelle a débuté peu après qu'un mari a bien voulu s'unir à elle, en janvier 1875.

Elle est atteinte de manie, avec agitation, sans prédominances spéciales.

Le 18 décembre 1875, elle porte une tumeur sanguine à chaque oreille, bien développées toutes les deux, et à couleur rouge vineuse.

20. La gauche est plus volumineuse que la droite.

29. Les deux diminuent : les plis de l'oreille apparaissent.

4 janvier 1876, la droite a à peu près disparu.

15. Rétraction dans la gauche ; la tumeur droite n'offre plus rien à considérer.

Fin janvier, induration de la tumeur gauche ; l'autre n'a rien laissé après elle.

A l'agitation désordonnée mais non bruyante, a succédé le calme. En cet état la femme C... présente un affaissement général des facultés. Elle n'est pas redevenue simple d'esprit, comme elle pouvait l'être avant l'exacerbation maniaque, elle est complétement démente.

Si, dégagé de toute présomption, on observe bien les sujets qui portent un othématome, on pourrait à la rigueur lui attribuer parfois une autre cause qu'une cause générale.

C'est le cas pour la femme C... En effet, en même temps que les deux tumeurs commençaient à suivre leur cours, il a été aisé de voir, au niveau des deux os malaires, deux ecchymoses passer par les changements successifs de coloration. Cette aliénée s'est-elle blessée, ou a-t-elle été violentée ? Nous ne faisons qu'indiquer les remarques que nous avons pu faire sans vouloir en tirer aucune conclusion.

*Observation V.*

L... (Françoise), veuve P..., 56 ans, est entrée à l'asile le 6 juillet 1876, atteinte d'aliénation mentale *complète*, sans rémission depuis cinq mois, et dangereuse pour elle-même et pour les autres, dit le certificat médical.

Manie avec incohérence générale, agitation, désordre d'actes, insomnie ; nécessité d'user envers elle du chloral, des bains prolongés et de la camisole.

Novembre, la femme P... est toujours agitée, et la santé physique s'use à cette exubérance de dépense nerveuse. Sans cesse en mouvement, elle est souvent frappée par les autres malades et demande par suite une surveillance continue ; à plusieurs reprises, elle a présenté des plaies à la face et à la tête.

12 novembre, au moment où nous passons en revue les malades qui portent les traces indélébiles de l'othématome, on nous la désigne comme ayant depuis peu de jours une tumeur sanguine du pavillon de l'oreille gauche, et on n'avait pas cru devoir prévenir parce qu'il n'y avait rien à lui opposer.

A son aspect, il est facile de voir ou bien qu'elle commence seulement à évoluer, ou bien qu'elle touche à sa fin et que la coloration a disparu : elle est peu accentuée, fluctuante, sans couleur.

14. Même état.

19. Plus volumineuse, couleur bleuâtre.

24. Elle diminue.

30. Marche vers l'induration.

8 décembre. Considérée comme parvenue à sa terminaison, caractérisée seulement par l'induration, sans ratatinement.

Il est évident qu'on a eu affaire ici à une tumeur de peu d'importance. Il faut néanmoins tenir compte des circonstances qui l'ont fait découvrir : on ne l'a pas vue dans les premiers jours, car bien que les gens de service en connussent l'existence, ils ne l'ont pas désignée à l'attention du chef de service.

Nous terminons par le tableau résumé des observations ci-dessus.

*Tableau résumé des observations sur les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille.*

| Ordre. | SEXES. | GENRE d'aliénation. | DÉVELOPPEMENT. | UNIQUES ou doubles. | COTÉ. | MARCHE des tumeurs doubles. | DURÉE | TRAITEMENT. | CAUSES présumées. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Homme. | Démence, paralysie générale. | Observée complétement développée. | Unique. | Gauche. | » | 2 mois 1/2. | Nul. | Lésions nerv. centrales. (B. Séquard, Cl. Bernard, Foville, H. Bonnet). |
| 2 | Homme. | Démence consécutive à une lypémanie chronique. | Id. | Unique. | Gauche. | » | 3 mois. | Id. | » |
| 3 | Femme. | Manie avec agitation. | Id. | Double. | 1° droite. | » | 3 mois. | S'est ouverte d'elle-même et cette circonstance n'a eu aucune influence, soit sur la durée, soit sur la déformation. | Prédisposition aux hémorrhagies. |
| | | | | | 2° gauche. | Celle-ci n'apparaît que consécutivement à un érysipèle de la face, la droite étant presque indurée. Elle ne laisse pas de déformation. | 1 mois. | Nul. | Erysipèle de la face. |
| 4 | Femme. | Exacerbation maniaque, faiblesse mentale antérieure, démence consécutive | Id. | Double. | » | Développées en même temps. | *Droite.* Vingt jours, pas de déformation. | Nul. | » |
| | | | | | | | *Gauche.* Un mois 1/2, avec déformation conséc. | Id. | » |
| 5 | Femme. | Manie avec agitation. | Douteux. | Unique. | Gauche. | » | 1 mois. | Id. | » |

page 375 sur 961

# OBSERVATION
# DE NIGRITIE
## CHEZ UN ALIÉNÉ

**Par M. le Dr Adrien FÈVRE**
médecin en chef de l'asile d'aliénés de Dinan.

Littré et Robin décrivent la nigritie « une coloration générale ou partielle noire, plus ou moins foncée, qui se montre accidentellement chez quelques sujets. » Nous avons souvent rencontré des cas de pigmentation exagérée, dans l'aliénation mentale, surtout chez les hypocondriaques, les lypémaniaques, les déments et les paralysés généraux. Mais la nigritie, à proprement parler, doit être rare ; car les auteurs en font peu mention dans leurs ouvrages. Pour notre part, depuis que nous sommes dans les asiles, nous n'en avons vu qu'un seul cas, dont nous donnons la description avec l'exactitude scientifique la plus rigoureuse.

*Observation* (1). — S... (Paul), ancien cocher, âgé de 72 ans, entré à l'asile le 1er août 1873. Atteint de paralysie générale, avec démence. Affaiblissement très-grand des facultés intellectuelles ; débilité marquée des forces physiques.

20 *juin* 1874. — Depuis deux ou trois jours, en faisant la visite quotidienne, nous nous étions aperçu que cet aliéné

(1) Cette observation a été recueillie à l'asile de Braqueville, près Toulouse.

avait, aux paupières, une coloration de la peau plus foncée que d'habitude; teinte que nous primes, tout d'abord, pour une ecchymose légère, suite probable d'un coup ou d'une chute. Aussi n'y prêtâmes-nous, à première vue, qu'une médiocre attention.

Aujourd'hui, la teinte brune s'est accentuée davantage et a envahi le tour des deux yeux, s'élargissant sur chaque paupière, et fusant, en s'estompant d'une façon égale et symétrique, sur la partie supérieure des pommettes des deux joues. L'affection se manifeste, par une coloration noirâtre de la peau, à reflet ardoisé, bleuâtre, et offrant une teinte assez semblable à celle de la terre imbibée de vin rouge.

22. — Les paupières supérieures et inférieures sont complétement envahies par ce singulier accident cutané. La teinte s'est étendue jusqu'aux sourcils exclusivement et s'est limitée dans cette région.

25. — L'angle interne des deux yeux est entièrement pigmenté, et d'une façon bien plus foncée que les autres parties. La coloration noire suit le sillon naso-palpébral, gagne les pommettes qu'elle contourne en s'étendant, actuellement, sur leur partie inférieure, tranchant nettement sur le reste de la peau, et remonte obliquement en dehors, à la rencontre de l'angle externe des yeux. Cette dernière partie est aussi envahie ; et la pigmentation anormale s'étend sur les plis qui rayonnent à cette région, jusque dans une longueur de deux ou trois centimètres, en se rattachant et se fondant avec la nuance des paupières, pour former une teinte parfaitement homogène et continue. Une bande noirâtre, large de plus d'un centimètre, passe sur la partie supérieure de la région dorsale du nez et rejoint les deux taches pigmentaires, à l'instar de la portion médiane du ressort du lorgnon.

28. — La coloration est devenue plus foncée ; elle est actuellement complétement noire. Elle a gagné encore un peu sur les pommettes et du côté de l'angle externe des

yeux, en s'allongeant vers les tempes. Le bord ciliaire des paupières seul reste blanc et tranche singulièrement par sa couleur avec la coloration noire environnante. Nous en dirons autant pour la sclérotique. Cette remarquable affection donne à la figure du malade un aspect bizarre et étrange, qui rappelle le tatouage que se pratiquent les chefs de certaines tribus de l'Amérique ou le visage bigarré et grotesque des divinités de l'Inde. L'état général ne paraît être nullement affecté ; il n'existe aucun symptôme inflammatoire ou fébrile ; l'appétit est excellent, la langue est bonne, et le tube digestif fonctionne d'une façon normale. Les paupières ne sont ni enflammées, ni œdématiées ; et nous n'apercevons non plus rien de particulier du côté du globe oculaire, ou du côté de la fonction de la vision. La maladie cutanée s'est déclarée spontanément et sans cause connue ; la teinte noire s'est étendue et s'est foncée progressivement et symétriquement (1), en même temps, sur chaque côté du visage, n'amenant avec elle ni chaleur, ni tuméfaction, ni douleur, et ne modifiant en rien l'état mental de notre malade. Ce dernier n'a pas seulement l'air de s'apercevoir de ce changement soudain survenu dans la coloration de sa figure, dont ne peuvent s'empêcher de rire les infirmiers et ses compagnons d'infortune.

5 *juillet.* — L'état général continue à être très-bon. Après être restée stationnaire pendant quelques jours, la teinte commence actuellement à s'éclaircir et à devenir moins foncée. Les bords tendent à s'effacer, sont moins bien dessinés, et tranchent déjà moins sur la couleur du reste de la peau du visage.

8. — La coloration noire s'efface de plus en plus ; on commence à apercevoir la couleur normale des téguments

(1) Nous avons déjà observé souvent la symétrie dans les affections cutanées, notamment dans l'érysipèle ambulant, le zona, le psoriasis et l'ichthyose (A. F.).

entre le bord libre des paupières supérieures et les sourcils. Ce sillon blanchâtre, ressortant d'une façon assez marquée sur la pigmentation anormale, ajoute encore à l'aspect curieux que présente la figure du malade.

10. — La teinte pâlit complétement et disparaît en se rapprochant progressivement du globe oculaire, ou plutôt du bord libre des paupières. La pigmentation anormale persiste encore, plus intense qu'ailleurs, au bord inférieur et interne de l'orbite, en se dirigeant vers la pommette des joues, sous la forme d'une bande étroite.

12. — La couleur noire a disparu complétement ; la peau présente la coloration normale. Une tache brunâtre seule est encore visible au-dessous du bord libre des paupières inférieures.

15. — Il n'existe plus aucune trace de cette singulière affection cutanée.

*Réflexions.* — Dans la nigritie, la coloration peut être plus ou moins foncée : ceci ne dépend pas de la qualité des granulations pigmentaires, mais tient à leur quantité. L'étendue de la partie envahie peut aussi varier : quelquefois ce n'est qu'une simple tache ; et d'autres fois, d'après certains auteurs, un membre tout entier, le tronc ou la tête peuvent être atteints de cette curieuse maladie.

Rayer cite un cas fort remarquable de nigritie chez une femme, en état de grossesse, dont la tête entière était devenue complétement noire.

L'affection se déclare spontanément et sans cause manifestement appréciable. Les tissus colorés en noir se détachent des téguments voisins de la façon la plus nette, et la coloration est uniforme. La lésion est stationnaire, sans troubles fonctionnels, ni symptômes inflammatoires, et n'a aucun retentissement fâcheux sur l'économie. La température est normale, ou un peu moins élevée ; et le pouls est parfois un peu plus déprimé que dans l'état de santé habituelle. Nous sommes porté à attribuer l'existence de ces derniers

phénomènes à la débilité physique et nerveuse, à laquelle sont généralement en proie les individus atteints de nigritie.

On peut rencontrer les manifestations de cette dernière affection sur toutes les parties du corps ; mais il y en a de certaines qu'elle affecte plus spécialement : les régions où le tissu lâche domine, par exemple, comme aux paupières et au scrotum. La face, la région mammaire, les parties génitales, les extrémités inférieures sont aussi les endroits de prédilection, les lieux d'élection de cette remarquable anomalie cutanée.

Ce sont à peu près les mêmes régions qu'occupent ordinairement les extravasations sanguines.

Dans la disparition de l'affection qui nous occupe, on ne constate rien de semblable à la résorption qui existe dans une ecchymose traumatique, ou une extravasation sanguine.

La teinte s'efface, en général, par places, brusquement, et aussi progressivement, mais sans passer par les différentes nuances qui sont l'apanage bien connu de ces dernières lésions.

La progression, dans la disparition de l'anomalie cutanée, n'est point absolument régulière.

Si la teinte s'éclaircit et devient moins foncée, si les bords s'effacent et tranchent moins bien sur le reste de la peau, ce n'est point parce que les granulations pigmentaires pâlissent ou changent de couleur, mais bien parce qu'elles se résorbent, diminuent de nombre, se fondent en quelque sorte et se délitent les unes après les autres, à l'instar d'un morceau de sucre qui se dissout dans l'eau, et sont reprises et emportées par le torrent circulatoire.

On ne peut confondre la nigritie avec les ecchymoses et les extravasations sanguines. Cette affection vient brusquement, disparaît de même, sans cause appréciable, et est

stationnaire ; tandis que les autres lésions naissent, évoluent, arrivent à leur complet développement et disparaissent d'une façon éminemment progressive, en passant par des nuances et des colorations diverses, sans atteindre, en général, une couleur aussi foncée et de même nature que celle de la nigritie. De plus, il existe, dans les états morbides dont nous venons de parler, des causes et des phénomènes locaux et généraux qui ne se rencontrent pas dans la maladie qui fait le sujet de notre observation.

Il ne faut pas non plus assimiler cette dernière altération à l'anomalie de la peau nommée *melasma*. Cette affection est bien aussi une pigmentation anormale du système cutané, mais la teinte en est moins foncée, en général, que celle de la nigritie, n'est pas régulière et continue, encore moins homogène, et la lésion affecte le plus souvent les jambes des vieillards, principalement à la suite d'ulcères variqueux, dont elle occupe surtout le pourtour. Nous en avons rencontré de nombreux exemples, depuis que nous vivons parmi les aliénés. Le *melasma* est, pour Rayer, synonyme du pityriasis nigra. Bazin a considéré cette dernière lésion comme étant la nigritie. Le melasma est essentiellement et uniquement pigmentaire: c'est une coloration noirâtre ou bistrée de la peau, en général accidentelle et passagère, et sans limites bien déterminées ; l'épiderme situé au-dessus devient luisant, se dessèche, et il y a exfoliation épidermique. Le *pityriasis nigra*, de son côté, est une affection parasitaire, à nuances variées, occupant ordinairement un espace délimité, avec desquamation permanente furfuracée, et qu'on fait disparaître avec la cause qui l'a produite. Le lieu d'élection n'est pas non plus le même dans ces affections. L'érythème pellagreux, l'insolation chronique, prennent parfois l'aspect du *melasma*, mais non de la nigritie à proprement parler.

Le *chloasma* des femmes enceintes n'est pas non plus de la nigritie, bien qu'on cite des cas où la pigmentation anor-

male s'est changée en nigritie véritable. Le *chloasma* est moins foncé, se nuance d'une façon irrégulière et se localise aux mains et sur les avant-bras, autour du mamelon et sur la ligne blanche, ainsi qu'au visage, principalement au nez et sur le front. Ce qu'on appelle vulgairement le masque de grossesse est considéré, par quelques auteurs, comme étant de nature parasitaire. On cite aussi des cas de cyanopathie, ou coloration bleuâtre des téguments, affection qui laisse transsuder au dehors la matière colorante. C'est une altération tout à fait spéciale, appelée *chromidrosis*, et qui ne peut être confondue avec la nigritie. Nous n'en avons jamais vu d'exemple, pour notre part.

L'étude de la nigritie et de la plupart des différentes anomalies cutanées que nous venons de passer en revue, est encore remplie d'embarras et d'incertitudes ; et le mode intime de naissance de ces divers états morbides est le plus souvent plongé dans l'obscurité la plus profonde. Nous en dirons autant relativement aux causes qui les font se développer dans l'organisme. On a remarqué que la formation de pigment dans les cellules épithéliales de la rangée profonde de la couche de Malpighi était augmentée par l'action de la lumière et de la chaleur solaires, par l'humidité et les vents. Nous voyons ces derniers effets se produire sur les diverses variétés de la race humaine, et aussi sur certaines espèces animales. Il est d'observation que la lumière produit le pigment autant et plus que la chaleur. Ainsi tout le monde sait que la peau est pigmentée extraordinairement chez les habitants des régions polaires. Or, dans ces contrées la lumière possède un éclat excessif, à cause de la neige qui couvre la terre de son manteau blanc pendant la plus grande partie de l'année.

Parfois, la pigmentation anormale, congénitale ou acquise, existe sans qu'on puisse lui attribuer une cause probable, ainsi qu'il arrive pour les nævi pigmentaires. On s'est aperçu aussi que, dans quelques états morbides, le

plus souvent chroniques, ou après certaines maladies, il y avait une augmentation de pigment qui se traduisait par une coloration plus ou moins foncée de certaines parties de la peau : ainsi, par exemple, dans l'insolation chronique, l'érythème pellagreux, l'hypocondrie et la lypémanie ; dans les désordres menstruels, l'aménorrhée, la ménopause et la grossesse, ainsi que dans un affaiblissement général de la constitution ; après un érysipèle ambulant, une application de vésicatoire ou d'autres irritations de la peau ; les vieux ulcères, surtout les ulcères variqueux ; et aussi après certaines lésions organiques ou traumatiques des nerfs. Ces phénomènes ont été également observés après certaines émotions morales.

« Dans certains états morbides, dit M. Léon Colin, le sang renferme du pigment en quantité considérable. Ce pigment existe à l'état de liberté ou renfermé dans les leucocytes. La matière colorante peut pénétrer dans l'intimité de tous les tissus. » Tous les tissus ne sont pas également propres à recevoir le pigment qui s'offre à eux.

Les pigmentations, d'après le Dr Rindfleisch, résultent de ce que des cellules possèdent ou acquièrent (sous certaines influences, telles que les progrès de l'âge, la débilité ou divers états pathologiques) la propriété de soustraire au sérum les matières colorantes dissoutes, et de les condenser dans leur intérieur. Les corpuscules pigmentaires, ajoute le même auteur, proviennent tous d'une seule et même matière colorante rouge, qui est l'hématine des globules sanguins.

Dans les troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs, on trouve des exemples de pigmentations anormales. Ne serait-ce point aux altérations nerveuses qu'il faut attribuer la naissance et la formation de ces infiltrations pigmentaires insolites, et de ces chromatoses pathologiques ? Bien d'étroites relations existent entre le système cutané et le système nerveux ! Les travaux des physiolo-

gistes montrent que la coloration de la peau de certains animaux, de la grenouille, par exemple, peut être modifiée sous l'influence de sections ou d'excitation des nerfs. Ces changements sont expliqués par des troubles survenant dans la circulation, à la suite de ces manœuvres, désordres entraînant à leur tour une modification dans l'état de dilatation ou de contraction des cellules pigmentaires. Les nerfs vasomoteurs jouent probablement là un grand rôle. D'après M. G. Pouchet, les granulations pigmentaires, de différentes couleurs, qui donnent à certains reptiles leurs colorations multiples et changeantes, seraient déposées dans des cellules appelées chromatophores ou chromatoblastes, qui seraient sous la dépendance directe immédiate du système nerveux.

« L'exagération de la production du pigment, dit dans sa thèse, le docteur Mougeot, est parfois un symptôme bien net et bien précis de maladies essentielles et indéterminées du système nerveux. » (1)

Nous nous rangeons volontiers à cette opinion ; et nous ajouterons que, si la débilité physique et nerveuse prédispose à ces singuliers états morbides, il ne faut point s'étonner alors si nous les rencontrons fréquemment dans les diverses variétés de l'aliénation mentale, maladie essentiellement débilitante !

---

(1) D. A Mougeot. *Troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs*. Thèse de Paris, 1867.

# Médecine légale

## RAPPORT

SUR

# L'ÉTAT MENTAL

DU NOMMÉ B... (JOSEPH)

PRÉVENU DE COUPS ET BLESSURES A SES PÈRE ET MÈRE;
IMBÉCILLITÉ, EXCITATION INTERMITTENTE.
ARRÊT DE NON-LIEU.

**Par MM. les Dr^s DELACOUR, BRUTÉ et LAFFITTE**

Il s'agit, dans les deux rapports qui suivent, d'un individu poursuivi dans des circonstances particulières.

Condamné par le tribunal correctionnel à deux mois d'emprisonnement pour coups et blessures à ses père et mère, le nommé B..... (Joseph), suivant le conseil d'un de ses codétenus, avait interjeté appel de ce jugement. Le dossier de l'affaire fut, en conséquence, adressé au Parquet de la Cour. Là il fut constaté que le fait pour lequel B..... avait été condamné à deux mois d'emprisonnement par le tribunal de 1re instance était réputé crime par la loi et par suite passible de la Cour d'assise.

Le magistrat chargé de rapporter l'affaire devant la Chambre des mises en accusation fut frappé du faible degré de pénalité appliqué dans la circonstance pour un fait aussi

grave et cela malgré un rapport médical concluant à la responsabilité. La lecture de quelques témoignages recueillis dans l'instruction contribua également à faire naître, dans son esprit, quelques doutes sur la culpabilité de l'appelant.

C'est dans ces circonstances que les experts ont été invités à donner leur avis sur l'état mental de B.....

Ainsi qu'on le verra dans le premier rapport qu'ils ont adressé à l'autorité judiciaire, leurs premières investigations à la maison d'arrêt ne leur parurent pas suffisantes pour éclairer entièrement leur esprit et arrêter leur conviction d'une manière absolue; aussi n'hésitèrent-ils pas à exprimer leurs doutes, à avouer leurs incertitudes et demandèrent-ils que B... fût provisoirement séquestré à l'asile, pour y être soumis, sous la surveillance de l'un d'eux et avec le concours d'un personnel exercé, à l'observation la plus attentive, ce qui fut immédiatement accordé.

### 1er RAPPORT.

Les experts soussignés exposent dans le rapport suivant le résultat de leur examen sur l'état mental du nommé B..., prévenu de coups et blessures à ses père et mère.

B... est âgé de vingt ans; il est de taille moyenne, bien constitué, d'un tempérament lymphatico-sanguin; la tête est petite, latéralement déprimée, le front très-bas, le regard a une expression particulière, où l'hébétude se mêle à une sorte d'étonnement et qui tout d'abord semble indiquer une intelligence peu développée. Il se présente, du reste, sans embarras, et avec une sorte d'empressement. B... nous donne des renseignements précis sur la date de sa naissance, son âge, sur l'époque de sa première communion, sur le temps pendant lequel il a fréquenté l'école de son village, sur les motifs qui ont déterminé son père à le garder auprès

de lui, ce qui l'a empêché d'apprendre à écrire; puis, répondant toujours à nos questions, il raconte, en indiquant les dates, son incorporation dans la garde nationale mobile, son départ pour Rennes, puis pour Paris où il est resté six mois, son séjour à l'hôpital du Val-de-Grâce où, dit-il, il est entré pour un abcès à la jambe.

Après le siége de Paris et le désarmement, il rentre dans sa famille et reprend auprès de son père ses habitudes de travail; la gêne de ses parents l'oblige à se placer chez un voisin, qui le nourrit et lui donne dix sous par jour; il peut ainsi, ajoute-t-il, économiser le pain à la maison et apporter 3 francs par semaine à ses parents, ce qu'il fait exactement sans même garder quelques sous pour lui.

Son pèlerinage à Sainte-Anne d'Auray est motivé par un vœu fait par sa mère pendant son enfance; les ressources de la famille n'avaient pas permis de l'accomplir plus tôt; il a pris, il est vrai, 60 francs dans l'armoire de son père, mais il était nuit et son intention n'était pas de prendre une aussi forte somme; c'était, du reste, une partie de l'argent qu'il avait gagné lui-même. A son retour de Sainte-Anne, le dimanche soir, 27 juillet,— il ne se rappelle pas exactement l'heure, — il est entré dans la maison de ses parents et a demandé sa soupe; sa mère lui ayant répondu qu'il n'aurait pas plus de soupe qu'il n'en méritait et ayant voulu le frapper avec une gaule, il l'a alors poussée hors de la maison,— il le reconnaît et il le regrette; — mais il ne s'est pas livré sur elle pas plus que sur son père aux actes de violence qu'on lui reproche; du reste il n'était pas ivre en ce moment, bien que, en raison de la faiblesse de sa tête, il suffise d'une ou deux chopines pour qu'il ne sache plus ce qu'il fait.

En ce qui concerne le projet de mariage, il ne paraît pas y ajouter beaucoup d'importance et nous répond que ses parents l'ayant trouvé trop jeune pour s'établir, il est décidé à attendre.

Sa condamnation à deux mois de prison l'a surpris et

affligé; il a fait appel, parce qu'on lui a dit qu'il serait gracié; il s'ennuie en prison et nous conjure de le faire mettre en liberté et surtout de le faire coucher dans le dortoir, et non seul dans une cellule où il ne peut dormir.

Nous devons ajouter qu'à un moment de notre interrogatoire, l'un de nous ayant demandé à B... combien de temps il était resté à Paris et l'ayant prié d'énumérer dans leur ordre les mois qu'il y avait passés, nous avons été frappés, après les réponses lucides qu'il venait de faire, de le voir hésiter, puis comptant sur ses doigts, nommer les mois dans l'ordre qu'ils n'ont pas dans le calendrier. Ce fait, qui pourrait se rattacher à un système de simulation, fort peu habile d'ailleurs, a néanmoins fixé notre attention.

Les autres renseignements fournis par l'inculpé, comme on le voit du reste, sont en général assez précis; quelques réponses pourraient peut-être faire supposer un léger degré d'affaiblissement intellectuel, mais n'indiquent ni la perversion des sentiments, ni le désordre des idées.

Toutefois les témoignages des gardiens de la maison d'arrêt ne sont pas de nature à corroborer cette appréciation. D'après leur dire, la conduite de B... n'est pas celle d'un détenu ordinaire ; il se montre crédule à l'excès et il est devenu la risée de ses codétenus; plusieurs fois, il a demandé à quitter la prison parce qu'on lui avait dit que sa grâce était arrivée. Il ne se préoccupe que de sa sortie, il passe une partie des nuits à gémir et à se lamenter dans sa cellule, sans qu'on ait pu avoir sur la cause de ses pleurs d'autres explications que son désir de coucher en dortoir avec les autres et de s'en aller.

D'un autre côté, il est clairement démontré dans l'instruction que B..., pendant le siége de Paris, a eu un véritable accès d'aliénation mentale qui a nécessité son admission au Val-de-Grâce, et que, depuis son retour dans ses foyers, à diverses reprises et surtout pendant les chaleurs, il a donné des signes évidents de folie. Sa conduite, le lendemain du

jour où il s'est livré à des actes de violence sur ses parents, lorsqu'il enlève deux porcs qui ne lui appartenaient pas, semble également démontrer qu'il ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés.

Quelques témoins affirment, d'autre part, que le soir de l'événement il était ivre; l'inculpé l'a tantôt nié, tantôt reconnu, en sorte qu'il est juste, en ce moment, de faire dans les actes commis dans cette soirée, la part de l'excitation alcoolique.

Certaines réticences que nous avons cru remarquer dans les réponses de B... sont-elles raisonnées ?

Le souvenir de quelques faits s'est-il effacé réellement de sa mémoire ?

Quel serait son but, par exemple, en affirmant qu'il n'a pas eu d'accès de folie à Paris, et que, s'il est entré au Val-de-Grâce, c'est pour un abcès à la jambe ?

Les soupçons de simulation inspirés par quelques-unes de ses réponses sont-ils fondés ?

Peut-on l'accuser de simuler l'imbécillité, lorsqu'il lui serait si facile, au lieu de nier qu'il a eu un accès de folie à Paris, de présenter les actes de violence exercés sur ses parents comme la conséquence de son état mental, ce qui, du reste, est l'opinion de plusieurs témoins ?

Quoi qu'il en soit, nous devons déclarer qu'avant d'apprécier la part de responsabilité morale qui incombe à B..., dans l'acte criminel qui lui est imputé, il est pour nous d'une extrême importance d'être fixé sur son état mental actuel; or, les investigations personnelles auxquelles nous nous sommes livrés jusqu'à ce moment ont laissé à cet égard dans notre esprit des doutes que n'ont pu éclaircir ni la lecture du remarquable rapport déposé par les premiers experts, ni celle de quelques pièces importantes de l'instruction, doutes que nous avons le devoir rigoureux de faire connaître à la justice.

*Conclusions.*

Nous demandons, en conséquence, que B... soit transféré à l'asile Saint-Méen, où l'un de nous, secondé par un personnel spécial, pourra exercer sur lui, nuit et jour, la surveillance la plus active, et réunir les éléments d'un rapport ultérieur, destiné, nous l'espérons, à lever les incertitudes qui nous obligent aujourd'hui à suspendre notre jugement.

DELACOUR, BRUTÉ, LAFFITTE, *rapporteur.*

2me RAPPORT.

Dans le premier rapport qu'ils ont adressé au parquet de la Cour, les experts, tout en paraissant disposés à admettre que le prévenu avait agi sans discernement, avaient néanmoins hésité à se prononcer et avaient demandé que B... fût transféré à l'asile Saint-Méen, pour y être soumis à un examen plus complet.

Admis à l'asile le 24 janvier 1874, le prévenu a été placé à l'infirmerie, quartier de surveillance continue, où il a été soumis, à son insu, à la plus active surveillance, et où, en même temps, il n'était en contact qu'avec quelques aliénés tranquilles atteints d'affections incidentes.

Pendant près de quinze jours, B... a été livré à lui-même sans que personne lui ait adressé la moindre question sur son admission à Saint-Méen et sur les motifs qui avaient nécessité son transfèrement de la prison; mais nous n'avons pas tardé à nous apercevoir que ces précautions étaient complétement inutiles.

B..., en effet, ne se préoccupait nullement de ce changement de situation, il se montrait très-satisfait de son sort et très-heureux, surtout du régime plus confortable de la maison. Son plus grand chagrin était de ne pouvoir descendre dans la cour pour se mêler aux jeux auxquels

quelques aliénés, qui ne sortent pas dans les champs, se livrent quelquefois; aussi tous les matins nous a-t-il demandé avec l'insistance d'un enfant à descendre dans la cour, et sa joie a été grande lorsqu'on lui a accordé cette permission.

Le sommeil, du reste, était parfait; l'appétit, excellent; de préoccupations morales, pas de traces.

S'il avait occasion de parler de son départ, il disait qu'il partirait bientôt, lorsque sa peine serait finie.

Rassuré dès lors sur ses dispositions, nous avons pu l'occuper aux travaux des champs avec les autres aliénés; plusieurs fois on a dû le changer de chantier parce qu'il prenait au sérieux tout ce que ses compagnons de travail disaient autour de lui; il s'emportait et menaçait de les frapper.

Dès ce moment notre opinion était faite, et les nombreux entretiens que nous avons eus avec lui n'ont fait que nous confirmer dans notre appréciation.

Nous ne citerons de ces interrogatoires que les faits les plus importants, ceux qui sont de nature à nous fixer sur le développement, la portée de son intelligence.

5 *mars*. — *D*. Pourriez-vous nous dire pourquoi on vous a mis en prison à Redon.

*R*. Parce que je l'avais mérité et pour faire ma peine, puisqu'on disait que j'avais tué mon père et ma mère.

*D*. Vous avez cependant fait du mal à vos parents.

*R*. N'en parlons plus, ce qui est passé est passé, je ne veux rien dire, parce que dans huit jours d'ici vous reviendrez me demander encore cela, et je ne veux pas que ce soit ainsi. J'ai été à confesse, je me suis converti et si le bon Dieu veut m'abandonner, je l'abandonne.

En prononçant ces dernières paroles, qu'il accentue avec beaucoup d'animation, il s'éloigne brusquement et refuse de répondre aux questions qu'on lui adresse de nouveau.

7 *mars*. — *D*. Racontez-nous comment, le 23 juillet, en

revenant de Sainte-Anne, vous avez maltraité vos parents.

*R.* En arrivant à la maison, je demandai à souper, on n'a pas voulu m'en donner et ma mère est allée crier dans le village; je courus après elle et je lui dis : « Voulez-vous venir tranquillement? » Elle me dit qu'elle ne voulait pas revenir, et qu'elle allait chez un voisin; cela me fâcha et je lui dis qu'elle viendrait de gré ou de force; alors je l'emportai sur mon dos, mais je ne l'ai pas frappée, c'est elle qui a eu tort et qui ne voulait pas me donner de la soupe.

*D.* Étiez-vous ivre ce soir-là?

*R.* J'avais bu un coup, mais je ne me sentais pas dérangé; j'avais bu six chopines dans ma journée et une tasse de café à l'eau-de-vie : ce n'est pas assez pour déranger un homme, ou bien il faudra me donner quelqu'un pour me gouverner.

*D.* Puisque vous n'étiez pas ivre, qu'aviez-vous donc?

*R.* Je crois bien que ce jour-là j'étais ensorcelé, j'étais un peu excité par la boisson et je n'aime pas à être dans cet état.

Il se met alors à genoux et répète, dans cette position, qu'il croit bien qu'il était ensorcelé. Puis il se relève et ajoute : Il y a des jours où le cidre *mord* plus facilement sur la personne.

*D.* Alors vous reconnaissez que ce jour-là vous étiez excité par la boisson, que dans cet état vous avez battu votre mère.

*R.* Je ne l'ai pas battue, mais je l'ai portée sur mon dos, et puis, du reste, je ne veux plus entendre parler de femmes; j'en ai trop eu, je n'en veux plus.

Il prononce ces dernières paroles avec colère et va se placer au fond de la salle, en refusant de répondre aux questions qu'on veut encore lui adresser; puis, s'animant tout à coup, il s'écrie : « Je ne veux pas me marier, j'aimerais mieux me jeter à l'eau avec une roche au cou ». Le médecin qui l'a interrogé se disposait à quitter la salle.

B... s'approcha de lui avec la plus grande tranquillité, et lui dit : « Voulez-vous me permettre de descendre dans la cour?

16 *mars*. — *D*. On m'a dit que vous refusiez de travailler.

*R*. Je travaille, j'aime beaucoup le travail, ceux qui vous ont dit que je ne travaillais pas en ont menti.

*D*. Si c'est ainsi, je ne pourrai pas vous renvoyer.

*R*. Dame, comme on voudra; d'ailleurs, je savais que tôt ou tard j'aurais été arrêté, car j'avais rêvé deux ans avant que les gendarmes devaient m'arrêter, ils me poussaient dans l'eau, et mon rêve s'est accompli. Je n'ai jamais frappé mon père, aussi sûr que je mourrai et que je ne suis pas éternel.

En prononcant ces dernières paroles, sa figure prend une expression de profonde tristesse et il se met à sangloter et à verser des larmes.

*D*. Pourquoi pleurez-vous, il ne faut pas vous désoler ainsi.

*R*. Avec mes parents, j'étais bien et ils ne voulaient pas me laisser à la maison.

Après cette réponse il recommence à verser des larmes.

*D*. Pourquoi recommencez-vous à pleurer?

*R*. Parce qu'on me reproche d'avoir battu mes parents et que je ne leur ai jamais fait de mal.

*D*. Alors vos parents n'ont pas dit la vérité?

*R*. Je suis sûr comme il n'y a qu'un Dieu que je ne les ai pas battus. S'ils avaient envie de me jouer le tour, ils auraient mieux fait de me tirer un coup de fusil ; ils avaient envie de me faire f.... dedans.

Après quelques instants d'interruption, il reprend tout en continuant à pleurer : « Si mes parents m'ont fait mettre en prison, c'est que j'avais des torts; je crois n'avoir jamais été mauvais, et je ne sais comment ça s'est passé ce jour-là, et jamais je n'ai eu de paroles avec personne.

Il recommence à pleurer et ne répond plus à aucune question.

18 *mars*. — *D*. Pourquoi vous êtes-vous fâché l'autre jour?

*R*. La première fois je vous ai répondu ; comme c'est toujours la même répétition, je ne veux par revenir sur les bœufs de derrière ; et comme c'est passé, ça me fait perdre la tête quand on me parle de ça ; j'ai fait ma pénitence.

Tout en parlant ainsi, il s'anime peu à peu et à la fin il tourne le dos à la personne qui l'interroge.

*D*. Qu'est-ce que vous appelez votre pénitence?

Il se retourne brusquement.

*R*. J'ai fait sept mois de prison pour une chopine de chamillard qui m'a ensorcelé, c'est ma mère qui m'a fait faire sept mois de prison. — Il raconte alors, en s'animant de plus en plus, son retour de Sainte-Anne, puis l'œil intincelant, la figure très-rouge il ajoute : «Quand j'étais à Redon, mes parents m'ont laissé seul comme un chien. »

*D*. A combien de mois de prison avez-vous été condamné?

*R*. J'ai été condamné à deux mois de prison et, comme j'étais soldat, on a mis un mois de plus.

*D*. Pourquoi avez-vous fait appel?

*R*. Parce que le gardien chef m'a dit qu'il fallait rappeler et que je n'aurais alors que 8 ou 15 jours de prison.

*D*. Comment les choses se sont-elles passées?

*R*. Il est venu un écrivain, je lui ai dit que je rappelais et que j'espérais que ma peine serait diminuée, je croyais bien faire. Alors les gendarmes sont venus me chercher et m'ont conduit à Rennes.

*D*. Où vous a-t-on conduit à Rennes?

*R*. A la prison, et quelques jours après on m'a amené au tribunal et là les juges m'ont maintenu le jugement ; ils ont lu beaucoup de papiers auxquels je n'ai rien compris, et au lieu de me mettre en liberté, on m'a reconduit en prison.

*D.* Vous rappelez-vous le jour de votre arrestation ? était-ce longtemps après votre retour de Sainte-Anne?

*R.* C'était une quinzaine de jours après.

*D.* Vous n'avez pas cherché à vous cacher ? votre conscience ne vous reprochait rien?

*R.* J'étais bien tranquille à travailler dans les champs à la moisson.

*D.* Après avoir battu vos parents, vous deviez vous attendre à être puni.

*R.* Jamais je ne les ai battus, j'ai poussé ma mère, je vous ai déjà dit cela plusieurs fois; si ma mère avait eu de l'esprit, elle ne serait pas allée courir partout, et moi je ne voulais que la ramener chez nous pour manger. Si cela continue, je ne verrai plus mes parents ; je suis un homme bien sensé, et comme vous n'en avez pas dans votre maison. Tout le monde me disait que c'était moi qui avais battu et on venait m'insulter quand j'étais en prison ; on avait le droit de me rien dire puisque j'ai fait ma pénitence.

*D.* Cependant votre père et votre mère ont dit la vérité.

*R.* S'ils disent du mal de moi, c'est inutile de se défendre quand un homme est chargé comme moi, jamais je n'ai fait de mal à mes parents ; j'ai pesé sur moi, je me suis converti, je ne veux pas retourner chez eux, je me plais bien ici et j'y suis bien tranquille.

*D.* Votre père vous a reproché aussi d'avoir dépensé beaucoup d'argent.

*R.* Oui, il coupe bien épais avec son fils, je crois que mon père veut tenir tout devers lui ; mon père disait que je désirais sa mort, ce n'est pas vrai ; quand ma mère allait à la messe, je lui donnais de l'argent : elle m'aurait fait faire le tour de son petit doigt. Je vous le dis franchement, je ne veux plus voir mes parents, j'aimerais mieux aller aux galères et je préférerais que vous me fassiez tout le mal que vous voudrez.

*D.* Le médecin qui a soigné votre mère a cependant

constaté les traces des coups que vous lui avez portés.

Il dit alors en riant :

*R.* Ils se sont peut-être battus.

*D.* Désirez-vous retourner chez vous?

*R.* Je veux bien y retourner, mais je veux être tranquille, je ne veux pas que mes parents me tourmentent, je serai content de quitter d'ici.

*D.* Vos parents vous reprochent d'avoir vendu presque pour rien deux cochons que vous aviez emmenés malgré eux.

*R.* Au lieu de répondre à cette question, B... tourne le dos à la personne qui l'interroge et pleure.

*D.* Pourquoi ne voulez-vous pas répondre?

B..., s'adressant alors à la religieuse du service, dit avec beaucoup d'animation :

*R.* Répondez donc, vous, ma sœur, puisque je ne veux pas répondre et que je n'ai fait de mal à personne; je ne veux pas entendre mention des cochons, allez les vendre, si vous voulez.

Après ces paroles, il tourne de nouveau le dos au médecin qui l'interroge, et s'adressant à la religieuse qui lui fait des signes pour le calmer il ajoute:

« Laissez-moi tranquille à la fin. »

Ces dernières paroles sont prononcées sur un ton d'une telle violence et avec des gestes tellement menaçants, que la religieuse, effrayée, recula et que les infirmiers du service s'approchèrent aussitôt de lui pour le maintenir au besoin; B... continue avec la même violence en disant : « Oui! j'ai vendu les cochons de mon père, je les ai pris dans l'écurie, je les ai vendus en route à Plechulet; pourquoi Pichot m'a-t-il accablé de coups? il est resté une heure sur moi, j'étais dessous et je ne pouvais rien, il était plus fort; cinq comme moi, il les culbuterait.

Après cette scène violente, B... s'est calmé bien vite et, comme tous les jours, a demandé d'un ton plus calme à descendre dans la cour.

Mais toute ces réponses ne peuvent nous donner qu'une idée fort incomplète de l'état mental de B.....; il faut voir, lorsqu'on l'interroge, l'expression de sa physionomie, son attitude, ses allures : il bâille, s'assied, se lève, regarde le plafond, met les mains dans ses poches, les retire, quitte son chapeau, le remet sur sa tête ; si on veut le faire compter, il additionne assez bien les nombres simples, mais la plus légère complication le déroute ; il fait alors de vains efforts, en comptant sur ses doigts, mais n'arrive jamais à la solution désirée.

Il est évident que chez B... le sens moral est peu développé, le discernement obscurci ; ainsi il paraît reconnaître qu'il a commis une faute en maltraitant ses parents, mais il croit se justifier complétement en disant que sa mère lui a refusé de lui donner à souper ; de même, les sentiments affectifs paraissent se rattacher chez lui plutôt à l'instinct et à l'habitude qu'au développement normal de la sensibilité. Dans une visite faite par son père, on a pu le juger à ce point de vue : après avoir manifesté une grande satisfaction à voir son père, dès que celui-ci a voulu lui adresser avec beaucoup de douceur, quelques reproches, il s'est emporté, n'a plus voulu lui adresser la parole et s'est retiré, sans paraître ému.

L'insuffisance intellectuelle, en outre, se manifeste par un défaut de mémoire et d'attention, bien connu des infirmiers du service qui, malgré sa bonne volonté, ne peuvent utiliser ses services — il a à peine fait quelques pas dans la salle, qu'il a oublié le travail qu'on lui avait commandé — par la crédulité qu'il montre en prenant au sérieux les propos incohérents des aliénés qui vivent avec lui, par la mobilité de ses idées et de ses impressions qui lui permet presque instantanément de se montrer ému jusqu'aux larmes, de s'emporter violemment pour se calmer presque aussitôt.

Pour nous, B... a toujours présenté un développement in-

complet de l'intelligence, mais l'état de faiblesse mentale native a été aggravé par l'accès d'aliénation mentale dont il a été atteint à Paris sous l'influence des émotions du siége.

Il raconte lui-même qu'à chaque coup de fusil ou de canon qu'il entendait ses cheveux se hérissaient sur sa tête.

Ces troubles cérébraux aigus, qui ont nécessité son admission au Val-de-Grâce, se sont dissipés, en apparence, après quelques jours de traitement ; mais il en existait encore des traces assez évidentes à sa rentrée au corps, puisque d'après les dépositions des officiers de sa compagnie, on ne lui a pas laissé reprendre son service et qu'on l'a gardé à vue.

A son retour dans son pays, ses parents et les personnes avec lesquelles il vivait sont surprises de son changement d'humeur, des bizarreries de son caractère, etc.; lui-même se plaint de maux de tête fréquents, surtout pendant les chaleurs; il dit que, dans certains moments, il est tourmenté, il voudrait toujours marcher.

Dans ces conditions, une contrariété, l'excitation passagère produite par les boissons alcooliques ont déterminé chez B... un mouvement de violence, une sorte d'emportement brutal, aveugle, dont il n'a pas eu conscience — et ce n'est pas le seul, puisque, quelques jours après, le souvenir d'avoir été battu par Pichot, un de ses voisins, l'exaspère au point que, malgré son père, qui n'ose lui résister, il s'empare de deux porcs, qui étaient dans sa maison, et va les vendre presque pour rien. — « Je les aurais mangés vivants, dit-il, tellement j'étais en colère. »

La scène que nous avons rapportée plus haut, et dans laquelle B... se serait certainement porté à des violences sur la religieuse du service, s'il n'avait été retenu par l'attitude des infirmiers qui lui en ont imposé par leur nombre, témoigne également de cette disposition aveugle à la violence, se produisant sous l'influence de la plus légère contrariété.

Sans que nous insistions davantage, ce dernier fait nous permet d'expliquer les actes qu'on lui reproche, et de les rattacher à la maladie mentale dont il était atteint.

Son état, à cette époque comme aujourd'hui, pourrait être caractérisé de la manière suivante :

Au point de vue physique : tête petite, latéralement déprimée, front bas et étroit, expression d'hébétude de la physionomie ;

Au point de vue intellectuel et moral : idées fausses, mémoire affaiblie, discernement obscurci, jugement incorrect, sentiments affectifs peu développés, mouvements de violence provoqués par la plus légère contradiction.

*Conclusions.*

Dans ces conditions, B... nous paraît devoir être considéré comme irresponsable, et comme, en raison de ses dispositions à la violence, il serait dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes de le laisser en liberté, nous sommes d'avis qu'il y a lieu de le maintenir dans un asile d'aliénés.

DELACOUR, BRUTÉ, LAFFITTE, *rapporteur*.

Conformément à ces conclusions, la chambre des mises en accusation rendit un arrêt de non-lieu et B... mis à la disposition de l'autorité administrative, fut définitivement séquestré par arrêté préfectoral : depuis ce moment nous avons suivi très-attentivement le malade, et cet examen prolongé n'a fait que confirmer nos appréciations.

B... doit, en effet, être rangé dans cette catégorie d'imbéciles qui, sous l'influence de la plus légère contrariété, souvent même sans cause appréciable deviennent irritables, violents. Dans ces moments d'excitation, il se livre au travail avec une sorte d'emportement, de véritable rage, comme s'il avait besoin de dépenser un surcroît de forces.

Il n'y a rien, du reste, de régulier dans le retour de ces

périodes d'excitation. Nous avons toutefois remarqué que c'est surtout au printemps qu'elles sont le plus accentuées et qu'elles coïncident alors avec une animation singulière de la face, qui devient comme turgescente.

Comme il arrive également quelquefois chez ces malades crédules à l'excès, faciles à effrayer, il s'est produit à deux reprises différentes chez B...., à la suite d'un eczéma dont il avait été atteint, quelques idées hypocondriaques et même des conceptions délirantes de nature dépressive. C'est ainsi que, pendant plusieurs jours, il nous a affirmé qu'il avait un lièvre dans le ventre et que, se croyant perdu, il a demandé à se confesser.

B... reste d'ailleurs indifférent pour sa famille. Peu encouragés à le visiter par le mauvais accueil qu'ils recevaient, ses parents ne sont pas venus depuis longtemps; il ne paraît pas s'en préoccuper et ne demande jamais de leurs nouvelles.

## Société médico-psychologique.

*Séance du 26 février 1877.* — Présidence de M. Billod.

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

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Espiau de Lamaestre, nommé directeur de l'asile de Ville-Évrard, qui demande à changer son titre de membre correspondant en celui de membre titulaire.

Commission : MM. Dagron, Mesnet et Lunier, rapporteur.

2° Une lettre de M. le docteur Moreau (de Tours) fils, par laquelle il sollicite le titre de membre titulaire, avec envoi des travaux suivants à l'appui de sa candidature : *De la contagion du suicide à propos de l'épidémie actuelle ; des troubles intellectuels dus à l'intoxication lente par le gaz oxyde de carbone* :

Commission : MM. Jules Falret, Legrand du Saulle et Delasiauve, rapporteur.

3° Une lettre de M. le Dr Demetrio Cyriaco Tourinho, médecin directeur de l'asile des aliénés de Saint-Jean-de-Dieu, de Bahia (Brésil), par laquelle il sollicite le titre de membre étranger.

M. Tourinho envoie, à l'appui de sa candidature, les travaux suivants :

*Ceremonia da inauguraçao do asylo de alienados S. João de Deus*, 1874.

*Relatorio geral do serviço dos alienados no asylo S. João de Deus, en* 1875.

*Relatorio geral do serviço dos alienados no asylo de S. João de Deus, en* 1876.

Commission : MM. Berthier, Collineau et Bouchereau, rapporteur.

4° Un travail de M. le Dr GALLOPAIN, intitulé : *Des hémorrhagies cérébrales intra-ventriculaires.*

M. LE PRÉSIDENT annnonce la mort de M. Lélut qui, bien qu'il n'appartînt pas à la Société, a droit à un dernier hommage par ses nombreux travaux sur la physiologie et la pathologie mentales. Il suffit de rappeler ici *le Démon de Socrate*, *l'Amulette de Pascal* et surtout son ouvrage sur la *Physiologie de la pensée*, qui lui ouvrit les portes de l'Institut (Académie des sciences morales et politiques).

M. BAILLARGER rappelle que M. Lélut laisse en manuscrit un traité clinique de la folie. Cet ouvrage, riche répertoire d'observations qu'il a eu l'occasion de consulter, mériterait d'être déposé dans les archives de la Société ou de l'Académie de médecine. Il serait donc à désirer qu'on fît, à cet effet, quelques démarches auprès des héritiers.

M. LE PRÉSIDENT annonce ensuite à la Société que M Paul Janet, membre honoraire, a été nommé officier de la Légion d'honneur ; M. Lasègue, officier de l'instruction publique, et M. Luys, membre de l'Académie de médecine.

M. LE PRÉSIDENT : — Je crois devoir, maintenant, vous faire connaître la suite donnée à une affaire dont la Société s'est occupée, dans ses séances des 26 et 29 octobre 1874, et à laquelle elle s'est particulièrement intéressée, je veux parler de l'affaire des placements volontaires.

Vous vous rappelez que, sur les conclusions d'un très-remarquable rapport de M. le Dr Blanche, la Société a émis le vœu que les placements volontaires (article 8) des pensionnaires assimilés au régime commun, ainsi que ceux prévus par l'article 25 de la loi du 30 juin 1838, soient rétablis dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

L'expression de ce vœu ayant été transmise à l'Administration, celle-ci a mis aussitôt la question à l'étude et a soumis au Conseil général un projet de rétablissement des placements volontaires.

Je suis en mesure de vous faire savoir aujourd'hui que, sur les conclusions du rapport de notre éminent collègue, M. Charles Loiseau, à qui le service des aliénés est déjà si redevable, le Conseil général a pris, le 9 décembre dernier, une délibération qui satisfait au vœu de la Société, dans toute la mesure du possible.

Voici les principales dispositions de cette délibération :

« 330 places seront affectées dans les asiles publics de la Seine et les quartiers d'hospices de Paris, au traitement pendant l'année 1877, tant des aliénés payants que des aliénés indigents, savoir :

» 170 places pour les aliénés payants (placements en vertu de l'art. 8), et 160 places pour les aliénés indigents (placements en vertu du § 2 de l'art. 25 et des circulaires ministérielles), réparties ainsi qu'il suit :

| ASILES et quartiers d'hospices. | PLACES d'aliénés payants, | | | PLACES d'aliénés indigents. | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sexe masculin. | Sexe féminin | Totaux. | Sexe masculin. | Sexe féminin | Totaux. |
| Sainte-Anne... | 15 | 15 | 30 | 15 | 15 | 30 |
| Ville-Evrard... | 15 | 15 | 30 | 15 | 15 | 30 |
| Vaucluse : | | | | | | |
| Asile proprement dit.... | 15 | 15 | 30 | 15 | 15 | 30 |
| Colon. d'idiots | | | | | | |
| 1re classe.... | 25 | » | 50 | 40 | » | 40 |
| 2e classe.... | 25 | » | | | | |
| Bicêtre..... | 15 | » | 15 | 15 | » | 15 |
| Salpêtrière.... | » | 15 | 15 | » | 15 | 15 |
| Totaux... | 110 | 60 | 170 | 100 | 60 | 160 |

» Les admissions à ces places auront lieu dans les formes, dans les circonstances et aux conditions spécifiées par la loi du 30 juin 1838, titre II, sections 1 et 3.

» Aucun aliéné, s'il n'est en possession du domicile de secours dans le département de la Seine, ne sera admis dans un des asiles ou quartiers d'hospices de ce département, par voie de placement volontaire, soit à titre gratuit, soit moyennant pension. Il n'est fait exception que pour les admissions à la colonie d'idiots de Vaucluse.

» Le prix de séjour et de traitement dans les asiles d'aliénés et les quartiers d'hospices du département, pour les malades payants, et le régime auquel ils auront droit, sont fixés ainsi qu'il suit, par année et par mois :

| ASILES et quartiers d'aliénés. | PRIX DE PENSION | | | | RÉGIME. | INSTALLATION. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Par année. | | Par mois. | | | |
| | Sexe masculin. | Sexe féminin. | Sexe masculin | Sexe féminin. | | |
| Sainte-Anne... | 1 080 | 1.020 | 90 | 85 | Commun. | Commune. |
| Ville-Evrard... | 840 | 756 | 70 | 63 | Id. | Id. |
| Vaucluse : | | | | | | |
| Asile proprement dit.... | 830 | 756 | 70 | 63 | Id. | Id. |
| Colon. d'idiots 1re classe ... | 996 | » | 83 | » | Etat en partie spécial pour la literie et le régime alimentaire. | Distincte p. le dortoir et le réfectoire. |
| 2e classe .... | 780 | » | 65 | » | Commun. | Commune. |
| Bicêtre..... | 900 | » | 75 | » | Id. | Id. |
| Salpêtrière .... | » | 780 | » | 65 | Id. | Id. |

» Les prix de pension indiqués ci-dessus sont payables, dans tous les cas, d'avance. »

Sans doute, le nombre des places instituées par le document dont je viens de vous lire un extrait, pour les deux sortes de placements, est encore restreint; mais, dans l'état actuel de l'organisation du service, il ne pouvait être plus élevé. Il importe, en effet, de considérer que le service des placements d'office qui, lui, n'est pas susceptible de limitation, puisqu'il s'applique aux aliénés dangereux pour l'ordre public ou la sûreté des personnes, dont le nombre est lui-même illimité, doit être assuré avant tout, et que le nombre de places dont l'Administration dispose dans ses cinq établissements n'y suffit pas. Le Conseil général et l'administration ne pouvaient pas, pour le moment, faire mieux. Mais, telle qu'elle est, la solution intervenue a de quoi nous satisfaire. Elle tranche d'abord la question de principe dans un sens conforme aux désirs de la Société, et elle nous apparaît, de plus, comme n'ayant pas le caractère d'un dernier mot.

Tout donne lieu de penser, en effet, que quand le Conseil général aura, par la création de nouveaux quartiers, augmenté

le nombre des places affectées au service des aliénés de la Seine, il augmentera proportionnellement le nombre de celles qu'il consacre aujourd'hui aux placements volontaires.

D'après cette communication, je suis certain d'être l'interprète de vos sentiments, en vous proposant de voter des remerciements à notre éminent collègue M. Charles Loiseau.

M. Lasègue demande quelques renseignements sur la voie à suivre par une famille indigente pour obtenir le placement volontaire d'un de ses membres dans un asile.

M. Lunier répond que c'est au Préfet de la Seine seul qu'il faudra s'adresser pour les placements volontaires à titre d'indigents ; quant aux payants, la famille devra s'adresser aux directeurs des différents asiles.

*Rapports de candidatures.*

M. Legrand du Saulle donne lecture du rapport qui suit sur la candidature de M. le docteur Meuriot, directeur de l'établissement privé d'aliénés de Passy, au titre de membre titulaire :

Messieurs,

Nos rangs se sont éclaircis. La Société compte en ce moment dix vacances parmi les membres titulaires et elle a réellement grand besoin de s'adjoindre de nouveaux et jeunes collaborateurs. En faisant, il y a deux mois, le rapport sur la gestion financière de notre trésorier, j'avais déjà émis cette opinion et fait appel au zèle scientifique des médecins aliénistes qui jouissent de l'inappréciable bonheur de n'être arrivés encore qu'au printemps de la vie.

Cet appel semble avoir été entendu, et je viens, au nom d'une commission dont MM. Berthier, Blanche et Falret ont eu avec moi l'honneur de faire partie, vous présenter et recommander à vos suffrages un très-honorable candidat.

Le confrère qui s'adresse aujourd'hui à la Société est M. le docteur Meuriot, ancien interne-lauréat des hôpitaux de Paris, directeur de l'établissement particulier d'aliénés de Passy, auteur d'une étude très-importante ayant pour titre : *De la méthode physiologique en thérapeutique et de ses applications à l'étude de la Belladone*.

Je n'analyserai pas devant vous ce travail considérable, car il est un peu étranger aux sujets ordinaires de nos recherches et de nos discussions, mais j'attesterai qu'il émane évidemment

d'un excellent esprit et qu'il témoigne de rares qualités d'observation. Lorsque M. Meuriot sera des nôtres, son concours devra nous être souvent profitable et nécessaire.

Honoré depuis neuf ans de la confiance, de l'estime et de l'amitié de notre excellent collègue M. Blanche, M. Meuriot avait depuis longtemps sa place marquée parmi nous. Nous ne pouvons que regretter l'excès de modestie qui nous a privés de sa colloboration jusqu'à ce moment.

Votre commission, Messieurs, a l'honneur de vous proposer de procéder immédiatement à l'élection de M. le docteur Meuriot comme membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Les conclusions du rapport sont adoptées, et M. Meuriot est élu, à l'unanimité des voix, membre titulaire.

M. Motet donne lecture du rapport suivant sur la candidature de M. le docteur Goujon au titre de membre titulaire.

Messieurs,

Vous avez chargé une commission composée de MM. Dagron, Bouchereau et Motet de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Goujon au titre de membre résidant de la Société médico-psychologique. Nous avons l'honneur de vous soumettre nos conclusions.

M. le Dr Goujon est déjà bien connu par ses travaux de physiologie. Elève de M. le professeur Robin, il a, pendant plusieurs années, travaillé sous ses yeux, et les recherches auxquelles il s'est livré lui ont valu d'honorables et flatteuses distinctions de la part de la Faculté de médecine, qui a décerné à sa thèse inaugurale une médaille d'argent ; de la part de l'Académie des sciences, qui a couronné son mémoire « Sur l'irritation nerveuse et musculaire pendant la vie intra-utérine, et sur le développement des muscles et des nerfs. »

M. le Dr Goujon se présente donc à nous avec des titres scientifiques d'une valeur reconnue ; et, vous rappeler les hautes récompenses dont il a été honoré, c'est porter de lui le meilleur des témoignages. Il s'excuse presque de n'avoir pas encore publié de travaux sur la médecine mentale ; nous ne saurions lui en faire un reproche, et nous aimons mieux prendre acte de promesses qu'il est homme à bien remplir. Esprit attentif et travailleur sérieux, M. Goujon ne vient pas à nous les mains vides ; les recueils périodiques ont publié de lui des monographies intéressantes dont je vous résumerai briè-

vement les titres : ce sont : « Recherches sur le développement de la *Trichina spiralis* d'Owen, et sur la fréquence de ce parasite chez quelques animaux qui vivent en liberté (*Journal d'anatomie*). — De la Greffe de quelques tissus animaux pathologiques (in *Journal d'anatomie et mémoires de la Société de Biologie*). — Note sur l'action du venin de la vipère (*Académie des sciences*). — Observations de méningite céphalo-rachidienne chez les animaux après la section des filets servicaux du grand sympathique (*Société de Biologie*). — Note sur l'action du curare (*Journal d'anatomie*). — Description d'un monstre déradelphe (*Société de Biologie*). — Etudes sur l'action combinée de la morphine et du chloroforme comme agents anesthésiques, et sur l'hydrate de chloral, en collaboration avec M. le Dr Léon Labbé. — Recherches expérimentales sur le choléra, en collaboration avec Ch. Legros : travail couronné par l'Académie des sciences. J'en pourrais citer d'autres encore, s'il était nécessaire d'ajouter à cette nomenclature déjà longue, et qui vous fait pressentir, Messieurs, les qualités d'un savant pour lequel la physiologie a depuis longtemps été une étude de prédilection. Je n'ai qu'un mot à vous dire de l'homme, c'est que sa vie est d'une honorabilité parfaite qu'il s'est distingué au choléra de 1866-1867, et que le gouvernement lui a décerné une médaille d'or en récompense de son dévouement. Votre commission est unanime à vous proposer d'accueillir favorablement la demande de M. le Dr Goujon. La Société médico-psychologique, en lui décernant le diplôme de membre titulaire, s'adjoindra un collaborateur de mérite, dont le passé répond de l'avenir.

Les conclusions du rapport sont adoptées et M. Goujon est élu, à l'unanimité, membre titulaire.

M. Lunier fait un rapport verbal sur la candidature de M. Espiau de Lamaëstre, et la Société, adoptant les conclusions du rapporteur, nomme, à l'unanimité, M. Espiau de Lamaëstre membre titulaire.

M. Lasègue fait observer qu'il est d'usage dans toutes les sociétés savantes de ne faire acte de candidature qu'après avoir présenté devant elles quelque mémoire. Il serait donc désirable que cette habitude fût prise à la Société médico-psychologique et que les candidats voulussent bien se faire connaître par la lecture faite devant elle d'un mémoire quelconque ou d'observations recueillies dans leur pratique.

Cette motion est appuyée et adoptée.

*Prix Esquirol.*

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce qu'aucun mémoire n'a été envoyé, cette année, pour le prix Esquirol.

*Discussion sur l'aphasie (suite).*

M. MESNET. — *Observation d'hémiplégie gauche avec perte absolue de la parole. Guérison.*

Lorsque, dans une des dernières séances, j'ai demandé la parole, je n'avais d'autre but que de présenter à la Société une observation d'aphasie, étudiée dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine.

L'histoire du malade que j'avais sous les yeux, avait entre autres mérites celui de l'opportunité ; car il répondait catégoriquement à cette question qu'un de nos collègues venait de formuler : « Dans quelle mesure la perte de la parole est-elle » compatible avec la conservation des autres manifestations » extérieures de la pensée ? Et plus particulièrement jusqu'à » quel point *la parole et l'écriture* sont-elles solidaires l'une de » l'autre ? »

Il est certain que, dans le plus grand nombre des cas, l'aphasie qui a son point de départ dans une lésion cérébrale, entraîne à la fois la perte de la faculté de parler et d'écrire.

Des observations nombreuses en témoignent, et la réflexion conduit facilement à comprendre qu'il ne peut en être autrement chaque fois que l'amnésie verbale enlève au malade la mémoire des mots qui se rapportent aux idées qu'il veut exprimer. L'idée n'ayant plus sa représentation figurée, n'a plus alors d'autre mode d'expression que le geste, le signe, le langage mimique.

A côté de ces cas, assurément les plus nombreux, et que l'observation clinique nous présente avec de nombreuses variétés, il en est d'autres dans lesquels la perte de la parole survient tout à coup au milieu d'accidents cérébraux suivis d'hémiplégie persistante, sans que pour cela le malade perde en même temps la faculté d'écrire. L'aphasie se présente alors comme fait isolé.

Telle est l'observation, Messieurs, que je viens vous soumettre.

Le 2 juin 1866, je recevais dans mon service à l'hôpital St-Antoine, un homme de 56 ans qui, deux jours avant, était

subitement tombé sans connaissance, et avait perdu la parole. Cet homme, d'une robuste constitution, surpris brusquement par cet accident au milieu d'une santé parfaite, n'accusait dans ses antécédents que des vertiges et des étourdissements plus fréquents dans les derniers mois. Les personnes qui nous amènent le malade à l'hôpital, nous apprennent : que le 31 mai il était tout à coup tombé sans connaissance ; qu'une demi-heure après, quand on pénétra dans sa chambre, on l'avait trouvé étendu sur le sol, déjà revenu à lui ; dans l'impossibilité de dire un mot, de rendre compte de ce qui s'était passé, ce dont il témoignait un grand mécontentement.

Il était paralysé du *côté gauche* et avait perdu l'usage de la *parole*. Son état restant le même, il nous fût conduit à l'hôpital deux jours après. Examiné au moment de son entrée, il avait déjà retrouvé une partie des mouvements du bras et de la jambe ; *l'hémiplégie, bien que très-évidente, n'était plus qu'incomplète.*

Ce malade pouvait se tenir debout, pouvait marcher, mais la jambe était manifestement lourde et avait quelque peine à se détacher du sol.

La paralysie du bras était à peu près au même degré; le malade pouvait se servir de son bras et exécuter quelques mouvements ; mais si on lui demandait de vous serrer la main, on constatait une différence considérable dans la pression qu'il exerçait de l'un et de l'autre côté. L'hémiplégie n'était pas moins évidente à la face du côté gauche. L'expression n'était plus la même ; les traits étaient tirés à droite ; toute action sollicitant la contraction des muscles de la face, le rire, l'effort pour siffler ou souffler, donnaient à la paralysie plus de relief. La langue était moins mobile, la mastication plus lente, plus difficile ; et le malade était même dans la nécessité de retirer avec le doigt les aliments qui s'accumulaient sous la joue gauche.

L'hémiplégie se retrouvait également dans la sensibilité de tout le côté gauche. L'examen avec la pointe d'une épingle promenée sur le bras comme sur la jambe révélait dans toutes ces parties un abaissement notable de la sensibilité à la douleur. Les sensibilités de résistance, de température étaient pareillement affaiblies. Il en était de même à la face, pour la sensibilité des muqueuses de la bouche et du nez, et pour la sensibilité gustative.

En un mot *l'hémiplégie* survenue brusquement au moment

de l'attaque, persistait — *incomplète*, il est vrai — mais évidente pour tous, et occupait *le côté gauche du corps et de la face*.

Toutes les autres fonctions de l'économie étaient intactes. Le cœur sain.

Dans quelle mesure l'intelligence de cet homme avait-elle été atteinte par la lésion cérébrale, qui venait de le faire *hémiplégique à gauche* et *aphasique* tout à la fois ?

Il nous avait été, *à priori*, facile de constater l'éveil des facultés intellectuelles, par l'attention qu'il portait à l'examen que nous faisions de sa personne, et par les signes négatifs ou confirmatifs dont il accompagnait les renseignements qui nous étaient donnés sur son accident. A chaque instant nous le voyions faire effort pour parler. Sa physionomie traduisait son désir, mais sa bouche restait muette ; et chaque tentative infructueuse était suivie d'un mouvement d'impatience. Tout ce qu'il pouvait nous dire par le geste, par la mimique, il nous le disait ; il était évident que le fonctionnement nécessaire à la production de la pensée avait son plein exercice.

Il lui manquait la parole, et cependant il semblait avoir le langage intérieur, si je puis ainsi dire.

Il était intéressant de savoir jusqu'à quel point la pensée pouvait arriver à sa représentation figurée, c'est-à-dire se revêtir du mot qui lui donne un corps, une formule. Je lui demandai s'il savait écrire, et cette question fut pour lui, comme une révélation, dont il témoigna la plus grande joie, car il venait d'entrevoir un mode d'échange avec le dehors auquel il n'avait point songé. Séance tenante, il m'écrivit au courant de la plume, sans chercher les mots, mille détails sur sa maladie, répondant avec une grande précision, à toutes les questions que je lui adressais.

Il n'y avait donc plus aucun doute sur la conservation de la *mémoire*, et sur l'absence complète *d'amnésie verbale ;*

Il lui manquait la parole, et cependant nous pouvions dire qu'il en avait tous les éléments !

Le tableau que je viens de vous faire de ce malade resta ainsi durant plusieurs mois pendant lesquels il nous fut facile d'examiner tout à notre aise l'état de l'intelligence chez cet homme.

Presque chaque jour, il nous écrivait sur un bon, au moment de la visite, ce qu'il avait à nous dire, nous indiquant ce qu'il éprouvait, nous demandant ce qu'il voulait.

J'ai pris au hasard quelques feuilles détachées de son écriture

Les voici :

N° 1. — « J'ai des moments où je me trouve si drôle, que » moi-même je ne peux m'en rendre compte. Cela me fait un » effet dans la tête, seulement cela ne dure qu'un instant; et » après je me trouve très-bien; hier cela m'a pris deux fois, » aujourd'hui une.

» Le 16 juillet 1866. »

N° 2. — « Je me trouve beaucoup mieux de la tête, je n'ai » eu aucun bourdonnement depuis hier, et j'entends mieux » quand l'on me parle.

» Le 17 juillet. »

« Monsieur le Major,

N° 3. — » Depuis hier soir je souffre beaucoup de la tête et » des oreilles, jusqu'au point que je n'ai pas pu dormir.

» Le 18 juillet 1866. »

« Je demande à ce que vous attendiez un jour ou deux afin » que je ne souffre plus tant de mon mal de tête avant que de » me mettre le seitong. S'il vous plaît. »

Après un mois passé à l'hôpital l'ennui commença à venir, et il me remit, un matin en passant près de son lit, la communication suivante :

La voici :

« Monsieur le Major,

» Comme il m'est impossible de disposer d'autant de temps, » je suis décidé à m'en retourné dans ma famille. Je partirai » mardi, comme c'est votre jour de visite, et mercredi je par- » tirai au chemin de fer.

» Monsieur le major, je suis toujours en vous remerciant des » bontés que vous avez eu pour moi :

» Comme mon père ma apris à cultiver la terre, je recom- » mencerai. Au moins je serai à même de pouvoir seconder » mon enfant, ou je suis en peine.

» L'amélioration, que j'ai ce sont mes maux de tête disparu » j'en ai très peu maintenant. »

Je ne saurais laisser passer inaperçus les sentiments que fait valoir mon malade pour motiver sa sortie, ainsi que le but qui le guide. Il veut se remettre à l'ouvrage..... il a souci de son enfant..... il veut l'aider par son travail. C'est là le témoi-

gnage de la sensibilité morale; c'est le sentiment du devoir, et les obligations du père de famille qui le rappellent près de son enfant.

Mais L... a préjugé de ses forces physiques ; deux jours après sa sortie il me demande à rentrer, et m'écrit pour me rendre compte de sa tentative infructueuse :

« Monsieur le Major,

» J'ai voulu travaillé un peu avant que de partir dans mon » pays, mais au bout de 2 jours la tête ma tourné jusqu'au » point que je suis tombé, des maux de tête très forts un » Bourdonnement dans les oreilles qui me rend très sourd. Les » sangsues mon fait du bien.

» 22 juillet » (le lendemain de son entretien).

Dans les mois qui suivirent, je pus combattre l'ennui et le découragement par quelques occupations créées dans la salle, par des soins donnés à d'autres malades, et surtout par des lectures auxquelles mon malade s'intéressait beaucoup.

Nous arrivâmes ainsi au mois d'octobre. Quatre mois s'étaient écoulés depuis l'entrée de mon malade ; il était comme au premier jour, *hémiplégique* du côté gauche, *aphasique avec perte absolue de la parole*.

Le choléra venait de faire son entrée à Paris, les cas se succédaient rapidement ; mes salles avaient été affectées au service des cholériques à l'hôpital St-Antoine.

Chaque jour survenaient de nouveaux besoins ; tout était à organiser :

Le manque d'infirmiers nous créait les plus grands embarras. L... n'écoutant que son dévouement, et le désir de se rendre utile, écrivit aussitôt au directeur, lui demandant d'être compris au nombre des infirmiers de la salle.

Sur mon avis qu'il n'en aurait pas de meilleur, le directeur l'accepta ; et pendant la durée de l'épidémie, son zèle ne se démentit pas un instant. Aucun infirmier ne l'égala en dévouement, et ce fut lui qui, à la fin de l'épidémie, reçut de l'administration la prime d'honneur donnée aux meilleurs services.

Quelques temps après, L... nous demanda pour la première fois à sortir de l'hôpital, pour aller faire une promenade au dehors (c'était vers la mi-novembre).

Où alla-t-il ? Je l'ignore. Que fit-il? Je n'en sais rien. — Ce que je sais, c'est qu'il dut boire et beaucoup.

Rentré à l'hôpital un peu tard, et dans un équilibre fort instable, il eut, à la porte, quelques difficultés ; à ce moment quelqu'un, passant par là, l'interpella vivement, lui lançant le mot énergique..... applicable à la situation : notre homme, excité par l'ivresse, par la colère, riposta par un autre *mot* non moins énergique, bien que d'une tout autre consonnance.....

Le mot, il est vrai, n'avait que deux syllabes, mais il l'articula si bien, que personne ne se méprit sur sa signification.

Le lendemain L... m'aborda en me disant bonjour ; les jours d'après ajoutèrent successivement de nouveaux mots à son vocabulaire, et vers la fin de décembre, la parole était revenue presque suffisante pour tous les besoins de la conversation. *L'hémiplégie du côté gauche restait sensiblement la même.*

L... voulut, à cette époque, quitter l'hôpital. Il y avait séjourné *sept mois*, avait été aphasique complet pendant cinq mois et demi et avait, dans l'espace d'un mois et demi, recouvré peu à peu l'usage de la parole.

En 1872, six ans après, L... revint me voir à l'hôpital à l'occasion d'un léger malaise, d'un embarras gastrique, je crois. Il était le même. Il se plaignait, comme toujours, d'avoir conservé depuis sa maladie, des vertiges et même parfois de légers étourdissements ; *mais la parole, nous disait-il, ne lui avait jamais fait défaut.*

De temps en temps il éprouvait quelques embarras dans la langue, l'articulation des mots n'était pas toujours irréprochable, sans pour cela apporter un obstacle à la faculté du langage.

Son intelligence m'a paru avoir sensiblement baissé, il n'avait plus la même activité cérébrale, la même spontanéité. Son caractère s'était modifié, il était devenu intolérant, irascible. Il subissait évidemment les effets consécutifs, et à longue échéance, d'une lésion cérébrale, qui s'accusait chez lui d'une manière aussi évidente qu'au premier jour, *par une hémiplégie incomplète de tout le côté gauche.*

L'aphasique dont je viens de vous présenter l'observation est remarquable à plusieurs titres :

1° *Par la perte absolue de la parole; mutisme complet;*

2° *Par la conservation de l'écriture* avec conservation de l'intelligence et de la mémoire. Conservation de *la lecture mentale.* Conservation de la volonté de parler témoignée par les efforts

et l'impatience du malade, par la conscience de son infirmité.

Il est évident, que chez lui, tout ce qui appartient à l'élément intellectuel du langage est sain et sauf; que l'acte cérébral nécessaire à la production de la pensée est en plein exercice;

Que la pensée trouve la formule dans le mot qui lui correspond, qui lui donne son expression figurée;

Que la pensée et les mots se combinent, s'associent entre eux, pour former des phrases. En un mot nous pouvons dire que *le langage intérieur* existe; que ce malade *a la pensée parlée mentalement*.

Ses rapports avec le monde extérieur sont conservés; ses échanges n'ont perdu qu'un seul de leurs modes d'expression, *la parole*; car ils n'ont point cessé d'exister par *l'écriture*, *les signes*, *le geste*, *la mimique*.

Cette variété d'aphasie, si intéressante à étudier, établit nettement la rupture entre l'élément intellectuel et l'élément mécanique du langage; il semble (d'après une heureuse expression de mon ami Jules Falret) que le pont qui les uni à l'état normal se trouve brisé par la maladie.

*La parole ne peut plus être projetée au dehors*; *il y a suspension de la transmission verbale*.

Ce n'est point dans les organes extérieurs (larynx, pharynx, langue, bouche, lèvres), qui tous coopèrent à l'articulation des sons, qu'il faut aller chercher l'obstacle chez notre malade. La paralysie incomplète de la langue, des lèvres, des joues, du voile du palais, n'est-elle pas la loi commune des hémiplégiques, sans que pour cela ils perdent l'usage de la parole. Que trouvons-nous chez eux? une perturbation plus ou moins notable dans le mécanisme de la parole, de la gêne dans l'émission des sons, de l'embarras dans l'articulation des mots, mais *non* une suppression complète de la parole.

Le mutisme absolu chez les aphasiques de cette espèce, doit avoir une autre origine que je rapporterais plus volontiers à un des points du cerveau, où s'opère la transmission des incitations verbales à l'appareil locomoteur, région circonscrite dans laquelle l'infarctus cérébral a détruit la continuité des fibres nerveuses qui mettent en rapport les couches corticales, organes de l'idéation sous toutes les formes, avec les organes d'expression extérieure.

L'observation du malade que je viens de présenter à la Société n'a pas permis de constater *de visu* le siége de la lésion, et cependant personne ne peut le mettre en doute,

puisqu'elle s'accuse par une hémiplégie subite et persistante. Mais bien que nous ne puissions que préjuger de la détermination topographique, elle n'en appartient pas moins au type le mieux défini de l'aphasie. Ce serait acte téméraire que de tenter un essai de localisation en dehors du témoignage de la consécration anatomique ; néanmoins je serais disposé à croire que la lésion, chez mon malade, devait vraisemblablement exister dans la région circonscrite composée du corps strié, plus spécialement de son noyau extra-ventriculaire, de l'*insula* de Reil et de son rayonnement qui, d'après les derniers travaux sur la texture du cerveau, comprennent l'ensemble des fibres destinées à transmettre à l'appareil spécial les incitations motrices de l'appareil hémisphérique.

Qu'une lésion, qu'un obstacle surviennent sur le trajet de ces fibres nerveuses, aussitôt la manifestation est interrompue, et l'aphasie se montre dans une de ses formes les plus saillantes.

Permettez-moi de vous présenter une comparaison banale, mais juste, dont M. le professeur Jaccoud s'est servi dans ses leçons de clinique médicale, pour expliquer cette même idée :

« Supposez, dit-il, que les deux cadrans d'un télégraphe aient cessé d'être réunis l'un à l'autre par leur fil conducteur ; vainement le mécanisme de chacun des appareils sera parfait ; vainement le premier appareil, ou appareil formateur, multipliera les signaux ; il est clair que ceux-ci ne pourront parvenir au second, ou appareil récepteur. Rétablissez le fil conducteur : alors tous les signaux seront exprimés, et le récepteur, muet tout à l'heure, parlera fidèlement.

*Tel semble être le rôle de la transmission qui unit la formation verbale à l'expression verbale.*

Je passe à un ordre de faits, que je tiens essentiellement à mettre en relief, car il fait exception à la loi commune des aphasiques. — Je veux parler : de la *conservation complète des facultés intellectuelles et morales*.

Le malade que j'ai eu si longtemps sous les yeux, que j'ai pu étudier chaque jour pendant plus de six mois dans tous les détails de sa vie, n'a jamais eu un moment de défaillance (il n'avait, il est vrai, que la somme d'instruction et d'éducation qui appartient d'ordinaire à l'ouvrier). Privé absolument de la parole, il n'a cessé de témoigner, par l'écriture, de l'exercice régulier de son intelligence ; en toutes circonstances nous l'avons vu faire preuve de discernement, de jugement ; sa mé-

moire était fidèle, ses expressions justes ; il avait le sentiment de ses devoirs envers la famille, et aux temps difficiles, il est le premier au poste d'honneur !

Tel a été le malade pendant tout le temps que je l'ai eu près de moi. Presque chaque jour il m'a communiqué ses observations et ses pensées par l'*écriture*, jusqu'au moment où, dans les circonstances les plus imprévues, il a recouvré la *parole*.

Par quel mécanisme la parole s'est-elle rétablie ?

Est-ce par action supplémentaire ?

Est-ce par le rétablissement direct de l'influx nerveux à travers les fibres lésées, sous l'influence de l'excitation alcoolique, de l'émotion, de la colère, venant au même moment, agir comme agents perturbateurs ?

Je laisse la solution de ce problème à mieux informés que moi ; et peut-être notre collègue et ami Luys pourrait-il nous faire quelques communications intéressantes sur cette question, objet de ses recherches.

Un dernier fait non moins important à noter, c'est l'infraction apportée par notre malade à la loi de M. Broca sur l'*hémiplégie droite*, qu'il déclare être une condition absolue de l'*aphasie*.

L... a été et sera toujours *un hémiplégique gauche*.

Je termine ici cette communication déjà trop longue, bien que je me sois appliqué à la limiter à ce seul point de l'aphasie :

*Dans quelle mesure la parole et l'écriture sont-elles solidaires ?*

Et je crois être l'interprète de vos sentiments, en faisant appel à ceux de nos collègues qui ont plus particulièrement étudié la question si complexe de l'aphasie, entre autres à MM. Lasègue, Falret et Luys.

M. Lasègue fait observer d'abord que le malade, dont M. Mesnet vient de lire l'observation, présentait une forme d'affection rare, mais que, loin d'être un aphasique, c'était un muet. Entre ces deux troubles de la parole, il existe un espace immense. Ainsi une femme, traversant la rue, est renversée par un omnibus ; naturellement effrayée par cet accident, elle est prise d'une attaque de nerfs et quand le calme est revenu, on constate qu'elle est muette ; néanmoins cette dame peut écrire tout ce qu'elle ressent. C'est là une observation de mutité hystérique ; sous l'influence d'une forte commotion morale la parole a été paralysée ; mais, de même que pour

d'autres symptômes de l'hystérie, dans un moment de forte émotion, la parole se rétablira, et cela subitement. Voit-on les choses se passer ainsi pour l'aphasie ? Jamais ; aussi les faits analogues à celui de M. Mesnet ou à celui de la femme hystérique, cité tout à l'heure, ne doivent pas être intercalés dans l'histoire de l'aphasie. L'aphasie vraie, en effet, est toujours en rapport avec une hémiplégie droite. Ce principe doit être considéré comme absolu. On a, il est vrai, cité des faits d'aphasie avec hémiplégie gauche ; ainsi on peut en lire quelques-uns dans le travail de Jackson. M. Lasègue, lui-même, a cité deux malades aphasiques avec hémiplégie gauche incomplète ; aujourd'hui, plus expérimenté sur cette question, il n'hésite pas à dire que ce n'était pas là de véritables aphasiques. Outre ce caractère que nul n'est aphasique s'il n'est plus ou moins hémiplégique droit, il faut en ajouter un autre. Jamais on ne constate une transformation subite, brusque ; jamais un aphasique ne récupérera la parole par un substantif ; il exprimera d'abord des paroles incertaines, des jurons, tels que : Ah ! crénom , nom d'un chien ! etc. Chez un individu atteint d'hémiplégie droite, on constatera donc d'abord de la faiblesse, de l'engourdissement ; puis le malade arrive à tomber dans le coma, qui dure pendant un certain temps. Si alors on relève le malade, on remarquera qu'il lui est impossible de prononcer une parole. Quand l'intelligence sera rétablie et que le malade pourra de nouveau parler, ce ne sera que par interjections ; car l'aphasique absolu ne prononce pas de substantifs. Ces interjections consisteront dans les paroles suivantes : « Je ne sais pas, je ne veux pas. » Ou bien encore il dira oui, quand il voudrait dire non ; ou même il dira non pour tout ce qu'on lui demandera, etc. Cet état peut durer des années ; l'on voit même des malades ne plus prononcer, pendant leur vie entière, que des exclamations, les voyelles les plus simples, en être réduit, pour ainsi dire, au syllabaire. Ce sont là des cas incurables. Que devient en ce cas la paralysie ? Le trouble du langage est-il en rapport avec la paralysie ? Ces deux phénomènes sont-ils connexes ? Non, car souvent on ne constate qu'une hémiplégie légère chez des individus profondément aphasiques.

L'aphasie, a-t-il été dit plus haut, est toujours accompagnée d'une hémiplégie droite et est caractérisée surtout par la perte du substantif, c'est-à-dire de la substance du discours. D'où est permis de conclure que la guérison de l'aphasie n'est

complète que quand le malade a retrouvé la possibilité de prononcer les substantifs. Comme exemple, on peut citer l'histoire d'une femme, tombée à la porte Saint-Martin, qui paraissait par ses manières et sa mise avoir reçu une excellente éducation. Conduite à l'hôpital de la Pitié, elle y resta pendant six mois, sans qu'il fût possible de savoir ni qui elle était, ni d'où elle venait. Malgré les moyens les plus divers qui furent employés à cet effet, il fut impossible de lui faire dire ce qu'il était nécessaire qu'elle fît connaître. A toutes les questions qu'on lui posait : Où demeurez-vous ? Qui êtes-vous ? etc..., elle répondait invariablement : « Je ne sais pas. » Un jour, cependant, elle répondit par ces mots : Je ne sais pas où je demeure. Et tout cela, par hasard, par aventure et non pas sous l'influence d'une pression intelligente. Les internes du service, que ce cas intéressait beaucoup, essayèrent, en la faisant promener à travers Paris dans une voiture découverte, de lui faire trouver son domicile. Il crurent remarquer par quelques indices qu'elle avait dû habiter sur le boulevard. Toute la ligne des boulevards fut suivie ; mais rien ne semblait s'éveiller dans l'intelligence de la malade. Un autre jour, on fit les boulevards extérieurs ; mais tout fut parfaitement inutile. Néanmoins des progrès s'accomplissaient dans le langage ; les mots avançaient ; enfin un jour la malade accouche d'un substantif : on pouvait dire qu'elle était sauvée. Elle put alors nous apprendre qu'elle demeurait derrière les Invalides ; elle fut conduite en cet endroit ; elle eut d'abord de la peine à s'y reconnaître ; elle indiqua l'hôtel meublé où elle avait habité avant son accident. Là on apprit que cette dame était une Hollandaise, un peu originale et excentrique. Sa famille fut prévenue, et sa fille vint la chercher. Cette dame entre dans la catégorie des aphasiques demi-parlants, dont l'étude présente le plus grand intérêt. Il leur est impossible de coordonner des idées ; le moindre effort semble leur être à charge ; ils ne peuvent pas et ils ne veulent pas. Un beau jour cependant tout change et la faculté de parler semble pour ainsi dire *s'ouvrir*, on ne sait comment.

Nous pouvons maintenant nous demander comment procède le travail intellectuel de l'aphasique. On lui présente, je suppose, un objet usuel, en lui demandant : Comment appelles-tu cela ? Il répondra invariablement : Je ne sais pas. — Cherche, dites-vous en insistant. Il réfléchira pendant cinq minutes, puis fera un geste d'impatience. Vous revenez à la charge à

plusieurs reprises et vous constaterez que le temps de la réflexion diminuera de plus en plus, qu'il ne sera plus que de quatre, de trois, ou de deux minutes. En un mot l'effort intellectuel diminue. Le malade ne cherche plus et à la fin même sa physionomie exprimera clairement qu'il ne cherchera plus. Il se trouve dans la situation non-seulement de ne pas pouvoir mais aussi de ne pas vouloir. Il lui manque la volonté de trouver ; aussi faut-il considérer l'aphasique comme un être inférieur, parce qu'il ne cherche pas, comme tout homme qui ne peut pas parler, à obvier aux défectuosités du langage parlé par des gesticulations, par une mimique intelligente ou par tout autre moyen. Jamais, en effet, l'aphasique n'arrivera à faire un geste correct ; il ne fera que des gestes de mauvaise humeur. En un mot, il y a là une infériorité manifeste, une diminution sensible de la délibération intérieure, de la capacité de vouloir : le malade est impuissant à entrer en érection intellectuelle, il ne peut pas.

Il existe des malades qui réparent l'aphasie de la parole, mais qui jamais ne récupèrent la faculté de lire ou d'écrire ; il est néanmoins juste de dire que, dans ces cas même, il reste toujours quelque trouble dans la faculté de la parole. Comme exemple je citerai l'histoire d'un abbé, professeur d'un séminaire du Canada, qui, ayant été regardé comme fou, avait été envoyé à Paris pour consulter les médecins. C'était un homme de 65 ans ; il racontait son histoire sans difficulté ; mais dans son discours il était facile de remarquer que les noms et surtout les noms propres ne venaient pas ou venaient difficilement. Ce symptôme m'ayant donné l'éveil, je pris une feuille de papier et y écrivis un grand A. Le lui ayant présenté en lui demandant quelle était cette lettre, il me répondit : Je ne sais pas. Puis lui présentant un journal, le *Journal des Débats*, je lui demandai s'il le connaissait ; il me répondit : Oui. Mais quand je le priai de me lire le titre de ce journal, il me dit : Je ne sais pas. En outre il ne pouvait écrire son nom. C'est un cas de maladie subaphasique : il l'était peu de la parole, mais complétement de la lecture.— J'ai vu un autre cas analogue ; celui d'un conseiller à la Cour, qui fut atteint d'une aphasie parlée. Au bout de trois mois, la parole revint, mais l'aphasie de la lecture persista ; jamais ce magistrat ne parvint à lire un dossier ; il resta plus de deux ans sans pouvoir déchiffrer le nom de son cordonnier dont l'enseigne était placée sur la maison qui était en face de son logement.

De tout cela on peut conclure que la suppression de l'effort permet de laisser un doute sur la valeur intellectuelle de l'individu aphasique ; en outre il est incapable de substituer un des modes d'énonciation de la pensée à un autre. C'est donc un être inférieur. Il n'essaie même pas ; c'est donc un être inerte, indifférent.

Mais il y a plus ; comme chez tous les hémiplégiques, il s'est fait chez lui une transformation ; il a changé de caractère, il est devenu irritable. Je ne citerai comme preuve que l'histoire d'un aphasique qui, s'étant pris d'une grande passion pour une jeune fille, se mettait dans les colères les plus violentes, quand on voulait l'empêcher de se rendre aux rendez-vous qu'elle lui donnait. Un jour sa mère voulant s'opposer à sa sortie, il la prit par les cheveux et la renversa sur le sol.

En résumé l'aphasique est un être inférieur, infirme et souvent très-irritable ; de plus l'aphasie présente les variantes, les singularités les plus étranges, et comme preuve, je citerai encore, en terminant, l'histoire d'un musicien de régiment, aphasique complet, ne sachant dire que oui et non ; au bout de six mois, il ne put prononcer que quelques jurons. Je lui fis alors apporter de la musique et son instrument, un cornet à piston ; il en joua très-correctement. De toutes les formes du langage, il n'était resté à ce malade que la notation musicale.

M. MESNET fait quelques réserves sur les idées que vient d'émettre M. Lasègue, qui tranche *ex professo* la question de l'aphasie. Il attribue à cette affection trois caractères principaux : l'hémiplégie droite, la non-guérison subite et le trouble du langage naturel et artificiel. L'aphasie semble donc être pour lui une entité pathologique, quand jusqu'aujourd'hui nous ne pouvons l'envisager et l'étudier que comme un symptôme.

Plusieurs autres membres font des réserves sur les idées que vient de développer M. Lasègue, et M. LEGRAND DU SAULLE demande dans quelle catégorie il faut alors placer le malade de M. Mesnet.

La séance est levée à 6 heures.

Dr ANT. RITTI.

*Séance du 26 mars 1877.* — Présidence de M. Billod.

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

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

M. Falret présente de la part du Dr Rothé, médecin en chef des établissements d'aliénés à Varsovie, une série de huit brochures, en langue polonaise, sur différentes questions de médecin mentale. Le Dr Rothé envoie ces brochures à l'appui de sa candidature, accueillie par la Société il y a déjà quelque temps.

Commission : MM. Dagonet, Moreau (de Tours) et Motet, rapporteur.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre par laquelle M. Luys remercie la Société des félicitations qu'elle lui a adressées à l'occasion de son élection comme membre de l'Académie de médecine.

2° Des lettres de MM. Meuriot, Goujon et Espiau de Lamaestre, remerciant la Société de leur nomination comme membres titulaires.

*Rapports de candidatures.*

M. Delasiauve donne lecture du rapport qui suit sur la candidature de M. le docteur Paul Moreau (de Tours), au titre de membre titulaire :

Messieurs,

La mission dont vous nous avez chargés a été pour nous doublement satisfaisante. Celui dont nous avons dû examiner les titres n'est pas seulement un jeune savant qui ayant déjà donné de sérieux gages à la spécialité, promet de prendre une part active à nos travaux ; c'est le fils d'un de nos collègues les plus estimés et à côté duquel nous nous réjouissons, par avance, de le voir figurer au milieu de nous.

Vous connaissez les belles et nombreuses études dont le père a enrichi la science mentale. S'il en a puisé les éléments et les bases dans l'observation clinique, sa sagace méditation n'a pas craint de se mesurer avec les problèmes ardus, notamment dans son traité magistral du hachich, où, par une analyse comparative, rapprochant des symptômes produits par le chanvre indien les troubles de la folie, il assigne l'*excitement* pour principe commun aux diverses aliénations ; dans son

ouvrage, couronné par l'Académie de médecine, sur l'étiologie du mal caduc, où il s'applique à mettre en relief l'influence héréditaire ; enfin dans ses écrits plus récents sur les folies névropathique et hystérique, tendant puissamment à démontrer l'affinité qui règne entre les névroses convulsives et mentales.

De tels précédents obligent. M. Paul Moreau l'a compris. Guidé par notre collègue, s'étant édifié longtemps au contact de son expérience, dans ses visites quotidiennes à la Salpêtrière, il a pu, sur divers sujets, réunissant de précieux matériaux, les utiliser dans de premières publications dignes de leur source et sur lesquelles nous appellerons brièvement votre attention.

C'est d'abord une remarquable thèse inaugurale sur la *contagion du suicide*. L'idée de ce travail, qui ne contient pas moins de 77 pages, a surtout été suggérée à l'auteur par la fréquence des meurtres de soi-même qui, en 1874 et 1875, a semblé avoir acquis les proportions d'une épidémie. Cette fréquence a-t-elle cessé ? Est-on rentré dans les conditions normales ? A s'en rapporter aux journaux, on croirait le contraire. L'un de nous, si je ne me trompe, doit prochainement, à cet égard, nous communiquer le résultat de ses recherches.

Comment, en tous cas, s'expliquer la recrudescence de pareilles catastrophes ? Le suicide, il est vrai, engendre le suicide. Une personne se tue ou en immole une autre. Le bruit de cette perpétration suffit souvent pour susciter, chez certains individus prédisposés, l'appétit du suicide ou de l'homicide. Nul doute que, dans divers faits relevés, en 1874 et 1875, une large part doive être attribuée à cette influence. Mais est-elle exclusive ? Et n'y a-t-il pas quelques réserves à faire, spécialement quant aux conséquences relatives aux restrictions à imposer à la presse quotidienne ?

De graves autorités, Esquirol en tête, ont réclamé ou réclament cette interdiction. M. Paul Moreau abonde dans leur sens. Votre rapporteur avoue son hésitation à le suivre jusque-là. Mais cette dissidence sur le remède préventif n'ôte rien à la valeur des perspectives élevées qui dominent l'ensemble du travail. S'il me fallait les analyser toutes, ce serait long. Je me contenterai d'en esquisser les principaux traits.

Après s'être expliqué sur les caractères du *suicide épidémique* et avoir fait ressortir, au point de vue de la contagion, ses affinités avec les grandes névroses, il en examine dans une

seconde division les phases historiques et les éléments morbides. Le problème de la prédisposition est ensuite soigneusement approfondi, et enfin, insistant, entre autres causes déterminantes, sur l'influence désastreuse de la presse, il conclut, en terminant, à l'opportunité du silence : *causa sublatâ, tollitur effectus.*

A l'instar de son père et de Morel, cet ami si regretté, M. Paul Moreau attribue un rôle prédominant à l'*état névropathique*, véritable Protée, susceptible, suivant la nature du milieu et des stimulations, des anomalies convulsives et morales les plus variées. A l'appui de cette thèse, il invoque une foule d'exemples curieux et saillants empruntés aux auteurs ou recueillis à la clinique de la Salpêtrière : tics, aboiements, épilepsies, hystéries, extases, hallucinations, chorées. Tout cela, le suicide y compris, a souvent pour origine un ébranlement circonscrit, qui, s'il se répète, peut, s'étendant à d'autres portions du système nerveux, faire varier la physionomie des phénomènes, prévenir ou paralyser la résistance volontaire.

Naturellement, l'imitation occupe une place importante dans les développements de l'auteur. Son mécanisme est double. Elle agit primitivement par une sorte de spasme convulsif dont l'effet est plus ou moins immédiat, ou consécutivement par des réminiscences d'une intensité croissante. Nous avons dit ce que M. Paul Moreau pense des dispositions héréditaires. Il en est aussi d'acquises qu'il ne juge pas moins efficaces, partageant avec Ferrus, Prosper Lucas et Bourdin, nos collègues, l'opinion émise par Esquirol, qui déclare « n'avoir jamais vu un homme complet devenir fou ».

Le même Esquirol voulait qu'on défendît aux journaux d'enregistrer les suicides et aux auteurs de glorifier la mort volontaire dans leurs livres ou sur la scène. Parmi les partisans de ces mesures, l'auteur mentionne MM. Prosper Lucas, Morel, Lisle, Legrand du Saulle, et à ces noms il ajoute celui d'un médecin italien autorisé, le docteur Appiano Buonafede. Quant à nous, malgré la gravité de ce témoignage, il nous est difficile de ne pas nous ranger à l'avis, soit de Ferrier et Brierre de Boismont, soit d'éminents jurisconsultes, comme MM. Faustin Hélie et Desmaze, qui regardaient cette prohibition comme inutile, sinon dangereuse. Nous en avons déduit ailleurs les raisons. (*Progrès médical*, t. III, p. 474.)

Un mémoire, d'étendue à peu près égale, publié l'année dernière, vient grossir d'une variété nouvelle le contingent

des folies par intoxication. On connaît les asphyxies par le charbon, et les traités de médecine, comme ceux de toxicologie témoignent de leur fréquence. Mais, indépendamment de ces empoisonnements aigus, il est commun que des troubles nerveux plus lents résultent de l'habitude de vivre et de respirer dans une atmosphère chargée d'une certaine proportion d'oxyde de carbone. Sur 235 cas d'aliénation mentale relevés à la Salpêtrière, Esquirol cite en particulier 16 cuisinières. M. Moreau père aurait fait des constatations analogues au même asile et à Bicêtre. Quel est dans l'espèce le caractère du dérangement mental ? On s'explique peu que, vu les nombreuses circonstances où on l'observe, personne n'ait eu la pensée de l'étudier et de le décrire. C'est trop dire. Elle vint à notre éminent collègue, qui déjà avait imaginé, pour titre à son travail projeté, celui de *folie des cuisiniers*. Que de perspectives ainsi entrevues cèdent à d'autres perspectives !

Il était donné à M. P. Moreau de réaliser le rêve de son père. Les faits sur lesquels il s'est appuyé, au nombre de 27, ont été, sauf quelques-uns, empruntés aux auteurs, recueillis par lui dans la troisième section des aliénées de la Salpêtrière. Dans l'ensemble et dans les détails, l'auteur a été frappé de l'aspect uniforme des phénomènes, où se marient, sur un fond d'hébétude anxieuse, les vertiges, les éblouissements, les syncopes, les conceptions délirantes, les idées de persécution, etc.

Toutefois, il admet trois catégories, selon que l'affection se présente dans sa simplicité typique, qu'elle se mélange d'alcoolisme (le feu porte à boire) ou que les symptômes, moins accusés, ont besoin de rapprochement pour être convertis en signes.

Moins une, toutes les malades étaient cuisinières. On pressent l'évolution morbide. Une première phase se manifeste par des troubles surtout physiques : pesanteur de tête, céphalalgie, éblouissements, tintements d'oreille, inappétence, langueur digestive, vague de l'esprit, etc. Ce malaise disparaît au grand air.

Un peu plus tard, la situation se complique ou par le progrès insensible du mal, ou, quelquefois, sous l'influence d'une cause morale (chagrin, frayeur, émotion), ou physique (dysménorrhée, aménorrhée, alcoolisme, etc.) Au sein d'une confusion plus prononcée, naissent les craintes, les idées de persécution, les hallucinations. Celles-ci sont très-variées : étincelles, points lumineux, gerbes de feu, vue de Dieu, de la Vierge,

des anges, d'animaux divers. Dans la moitié des cas, la guérison se serait opérée assez rapidement. M. P. Moreau, contrairement à Esquirol, qui voyait la démence au bout des folies par le charbon, croit que ces folies, prises à temps, sont en général susceptibles d'une terminaison heureuse.

Bien que ne figurant pas nominalement dans le cadre de nos obtusions mentales, elles y sont implicitement comprises, et nous voyons qu'elles en réalisent toutes les conditions. La stupeur, l'hébétude, l'incertitude morale, en effet, et de l'aveu de l'auteur, dominent ici la scène, où se produisent, au hasard de l'action cérébrale, les phénomènes hallucinatoires et conceptifs. Par sa fréquence et son importance, la *folie des cuisiniers ou carbonique*, méritait une description particulière. M. P. Moreau aura eu la bonne chance de combler une vérirable lacune.

Nous pourrions, Messieurs, nous arrêter à ces deux titres. Les écrits dont nous venons de vous indiquer brièvement le caractère constituent presque des monographies, qui sont autant de pages inédites introduites dans la science. Il en est un dernier plus modeste que vous ne me pardonneriez pas d'omettre et qui, se composant de trois articles parus ces mois-ci dans l'*Abeille médicale*, vise encore un de ces problèmes difficiles controversés en médecine. M. Moreau père avait présumé que la phthisie héréditaire pouvait, au cours des générations, en raison du tempérament, du milieu, de l'éducation, des vicissitudes sociales, etc , se manifester par la folie. Il citait des exemples. M. P. Moreau, reprenant ce thème, a présenté en sa faveur de nouvelles considérations et de nouveaux faits. Dans cinq cas, notamment, il n'a pu trouver d'autre cause que l'hérédité de la phthisie qui lui permît d'expliquer le développement de l'aliénation mentale.

Après cette énumération, qui dénote les aptitudes et l'esprit élevé de notre jeune confrère, il ne reste plus à votre commission, Messieurs, que d'achever sa tâche facile, en proposant à la Société d'inscrire parmi ses membres titulaires M. Paul Moreau en qui, du reste, se reflètent, au point de vue moral, les bonnes et solides qualités de son père, notre très-affectionné collègue.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Paul Moreau (de Tours) est élu, à l'unanimité des voix, membre titulaire.

M. Legrand du Saulle, à propos du travail de M. Paul

Moreau (de Tours), sur la folie des cuisiniers, croit utile de rappeler que cet auteur a passé sous silence, ignorant sans doute son existence, un travail publié, en 1871, par M. Berthier, sur la névrose des cuisiniers. Ce mémoire, qui contient dix observations très-concluantes, a paru dans la *Tribune médicale*, dirigée à cette époque par Marchal (de Calvi).

M. Dally demande à faire quelques observations à propos du rapport de M. Delasiauve. Elles lui sont suggérées par les mesures prophylactiques contre le suicide. S'occupant depuis quelque temps d'un travail sur la criminalité dans ses rapports avec la pénalité, il a cru reconnaître que la recrudescence de la criminalité était due à la trop grande indulgence des jurés. Cette indulgence semble tenir à deux causes : 1° au trouble jeté dans les idées de pénalité par les utopies des socialistes et de tous les écrivains imbus d'une fausse philosophie de l'histoire ; 2° à l'intérêt qui s'attache aux criminels, au point que l'opinion publique trouve leurs faits et gestes plus intéressants que le malheur de leurs victimes. Il y a en outre une grande tendance à rendre tous les actes criminels irresponsables. N'y aurait-il pas lieu à ce propos de rechercher quelle est la part de ce qu'il y a de scientifique dans cette délicate question de l'irresponsabilité ? C'est là une de ces questions qu'il est du devoir des médecins aliénistes de contribuer à éclaircir.

M. Bouchereau donne lecture du rapport qui suit sur la candidature de M. le Dr Mordret, au titre de membre correspondant :

« Messieurs,

« Je viens au nom d'une commission composée de MM. Baillarger, Legrand du Saulle, Bouchereau, rappeler, à vos souvenirs quelques-uns des travaux de M. Mordret, qui sollicite le titre de membre correspondant de notre Société. M. Mordret est l'auteur de mémoires remplis d'intérêt, récompensés par l'Académie de médecine et diverses autres Sociétés savantes. Ses premières recherches ayant porté sur une branche des sciences médicales en dehors de nos discussions habituelles, je dois me borner à les indiquer. Un de ses ouvrages a pour titre : *De la mort subite dans l'état puerpéral* ; un autre aborde un des problèmes les plus ardus de la déontologie médicale, c'est-à-dire du choix à faire entre l'opération césarienne et le sacrifice de l'enfant dans les cas extrêmes de ré-

trécissement du bassin ; un troisième est consacré à examiner l'état actuel de la vaccine considérée au point de vue pratique et théorique et dans ses rapports avec les maladies et la longévité. C'est surtout par son traité pratique sur les affections nerveuses et chloro-anémiques, que M. Mordret est désigné à vos suffrages

» Dans ce livre, il s'est proposé d'établir la nature des affections nerveuses et chloro-anémiques, en s'appuyant sur l'anatomie et la physiologie des systèmes nerveux et sanguins : il a examiné quels rapports unissent ces deux systèmes, quels antagonismes les séparent, quelles influences réciproques ils exercent l'un sur l'autre. Ces premiers points éclaircis, le mode de l'innervation étant ainsi connu, la description des phénomènes qui constituent son mode anormal devenait facile : alors il a pu grouper dans un ordre logique un certain nombre de phénomènes pour reproduire le tableau particulier de chacune des maladies dites nerveuses ou névroses. Il s'est surtout attaché à distinguer un phénomène nerveux dynamique d'un phénomène organique matériel, cherchant à reconnaître quand ces deux ordres de phénomènes marchent côte à côte ou se combinent pour donner lieu à un effet mixte, appréciant l'action d'un sang appauvri, d'une maladie chloro-anémique sur l'excitabilité nerveuse, et celle de cette excitabilité sur la production de la chloro-anémie.

» Une semblable étude embrasse la généralité des maladies nerveuses, car il n'est pour ainsi dire pas une d'elles qui ne puisse compliquer la chloro-anémie, l'influencer ou être influencée par elle; il n'est presque pas d'affection chloro-anémique qui dure un certain temps sans donner lieu à des phénomènes nerveux, et la réciproque est à peu près également vraie.

» Notre Société a accordé une mention, sur un rapport de M. Falret, à un mémoire qui traite des troubles de la sensibilité générale, dans les affections mélancoliques et surtout dans le délire de persécution et le délire hypochondriaque ; ce rapport, lu dans une de nos séances solennelles, est si récent qu'il n'est pas nécessaire d'en rappeler les termes.

» Je crois avoir indiqué d'une manière suffisante, quoique brièvement, les idées de M. Mordret, sa méthode, le mérite de ses travaux, son aptitude à tirer des découvertes physiologiques consacrées toutes les conséquences utiles pour la clinique.

» M. Mordret, après avoir été durant plusieurs années médecin suppléant de l'asile des aliénés de la Sarthe, a été appelé aux fonctions de médecin en chef qu'il remplit avec beaucoup de distinction. Votre commission vous propose, Messieurs, de conférer à M. Mordret le titre de membre correspondant de notre Société pour l'associer à nos travaux. Vous accomplirez en même temps un acte de justice. »

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Mordret est nommé, à l'unanimité, membre correspondant de la Société.

*Discussion sur l'aphasie (suite).*

M. Billod communique un travail sur la question (*voir plus haut p.* 321).

M. Dally. — A la société d'anthropologie, il a été présenté plusieurs enfants sourds-muets présentant une déformation curieuse du crâne, consistant dans l'aplatissement de la bosse pariétale gauche et la saillie de la bosse pariétale droite. Cette forme curieuse du crâne a reçu le nom de plachyocéphalie. A ce propos M. Dally fait observer que l'étude du crâne chez les aliénés est trop abandonnée aujourd'hui par les médecins aliénistes et que cependant il y a là une mine féconde à explorer.

M. Lunier admet ces déformations du crâne chez les enfants, dont les sutures ne sont pas encore soudées ; mais il est difficile de les admettre au delà d'un certain âge chez les aliénés, après le développement complet des os du crâne.

*Du transport des aliénés dans les asiles publics de la Seine.*

M. Collineau. — La mesure recemment adoptée par le Conseil général de la Seine rencontre, vous avez pu déjà vous en convaincre, Messieurs, toutes les sympathies de l'opinion.

L'examen approfondi auquel, en 1874, la *Société médico-psychologique* s'est livrée, touchant les *divers modes de placement des aliénés dans les asiles* (voir *Annales médico-psycholog.*, *série* 5e, t. XIII, p. 99, 109 et 114), n'a pas été, assurément, sans peser d'un grand poids sur la décision qui vient d'être prise, décision en vertu de laquelle les *placements volontaires* dans les asiles publics de la Seine sont, en fait, rétablis. Notre Société ne saurait donc que s'applaudir de l'initiative que, dans la circonstance, elle a déployée. Elle a eu en vue d'écarter, autant que

possible, du traitement de la folie, toute formalité qui pût évoquer l'idée de coercition.

La latitude dont vont jouir désormais les familles, de placer directement leurs malades dans les asiles, sans être contraintes de les faire séjourner au dépôt de la préfecture de police est une application heureuse des principes qui se sont affirmés, les 26 et 30 octobre 1874, dans la discussion.

Il y aurait, ce me semble, à prendre une disposition complémentaire. Permettez-moi, Messieurs, d'appeler sur ce point votre attention.

De ce que les placements volontaires sont rétablis, il ne s'ensuit nullement que les *placements d'office* soient menacés de tomber en désuétude. Dans un centre de l'importance de Paris, ils resteront toujours une impérieuse nécessité. Un nombre considérable d'aliénés continueront, par conséquent, de passer par le dépôt avant d'être dirigés sur un des asiles publics du département. Or, c'est précisément le mode actuellement usité pour le transport de ces aliénés, de la préfecture de police à l'asile, que je crois opportun de vous signaler.

Ce transport s'effectue au moyen d'une voiture dont le modèle est fort peu approprié, à coup sûr, aux circonstances pourtant si délicates dans lesquelles elle est destinée à servir. C'est une voiture cellulaire du même type exactement, du même aspect que celles qui, chaque jour, à quatre reprises différentes, sillonnent Paris, allant de poste de police en poste de police, recueillir les égarés, les vagabonds, les filles publiques en contravention, les individus quelconques, en un mot, arrêtés sous l'inculpation d'un délit.

L'aliéné y est claquemuré dans un étroit compartiment, reçoit le jour par une lucarne grillée placée au-dessus de sa tête, entend se refermer sur lui un verrou et fait route sans pouvoir se rendre aucun compte, si confus soit-il, du trajet qu'il parcourt ni de la raison de son isolement.

Il échappe aux regards du public, c'est vrai, et il y a là un incontestable avantage ; mais c'est là, au demeurant, une considération qui le touche fort peu.

Sur les côtés de la voiture sont écrits les mots : *Service de santé* ; c'est encore vrai, mais l'aliéné n'a nulle conscience d'être malade, et le désordre psycho-cérébral auquel il est en proie ne lui permet ni de prendre lecture, ni de saisir le sens de ces trois mots. Il se peut, d'ailleurs, qu'il ne sache pas lire. Et puis, il est un autre service de

santé qui débute à la préfecture de police pour se poursuivre à la prison Saint-Lazare, dans des conditions dont l'ignominie n'a d'égale que la notoriété.

Bref, sous l'empire des conceptions morbides qui l'assaillent, au milieu des circonstances insolites qu'il traverse, pour peu que la notion des voitures cellulaires lui soit familière, l'aliéné qu'on y renferme ne saurait s'empêcher de se dire que c'est en malfaiteur qu'il est traité.

Est-il, ainsi que le cas s'observe si communément, obsédé de suggestions terrifiantes ; se croit-il en butte à quelque persécution ; s'accuse-t-il, surtout, dans le clair-obscur de son délire lypémaniaque, de méfaits imaginaires, alors les apparences acquièrent un caractère de gravité plus haut encore. Elles donnent raison à l'idée fausse, il n'y a pas à sortir de là. Elles lui donnent raison, et peuvent servir de base à d'indéracinables systématisations.

Le cas est plus fréquent qu'on ne serait, de prime abord, disposé à le croire ; et la déplorable impression gardée du trajet fait en voiture cellulaire, se répercute de longs mois dans le délire. Le souvenir en reste ; les malades l'évoquent, non sans amertume, comme un irréfragable argument.

Pour ma part, Messieurs, dans les visites réitérées que j'ai eu l'occasion de faire dans les services, j'ai été à même de constater le fait bien des fois.

Je pourrais mettre sous vos yeux une série notable d'observations qui le relatent, et viennent à l'appui de l'assertion que j'émets. Je craindrais — sans utilité aucune — d'abuser de vos instants. Je préfère m'en remettre à votre expérience de cliniciens.

Laissez-moi pourtant faire appel à la haute autorité, en pareille matière, de l'un d'entre nous, à celle de M. Dagron. « Par le fait de cette halte malheureuse au dépôt de la préfec-» ture de police ; *par suite de l'épouvante qu'a causée la voiture* » *cellulaire dans laquelle se fait le trajet de Sainte-Anne*, il nous » faut quelquefois six mois et plus, dit M. Dagron (*Des aliénés* » *et des asiles d'aliénés*, 1re partie, page 174), pour persuader à » nos malades qu'ils ne sont pas en prison et qu'on ne les » accuse d'aucun crime. L'influence du milieu dans lequel ils » ont été jetés à l'improviste, au début de leur mal, est parfois » telle qu'elle détermine pour longtemps la nature et le carac-» tère du délire qui suivra son cours. Sous l'empire de leur » préoccupation dominante, les malades ne voient plus dans

» les médecins que des magistrats instructeurs, dans les infir-
» miers que des geôliers ou des espions, et dans l'asile qu'une
» prison à laquelle ils se croient condamnés sans jugement,
» sans motif et sans espoir.

» Voilà où conduit le mode actuel d'arrestation des aliénés
» à Paris ; voilà comment il tend à peupler nos maisons d'in-
» curables. »

Une opinion analogue a été soutenue par M. G. de Cailleux.

En somme, le moment où, cédant à une inspiration des plus heureuses, l'autorité donne satisfaction au vœu que vous avez formulé, m'a paru propice pour la solliciter de mettre un terme à un *modus faciendi* qui n'est pas sans entraîner, vous le jugerez comme moi, j'espère, de sérieux inconvénients.

Un *omnibus* de forme ordinaire, du genre, par exemple, de ceux qui servent au transport des facteurs mais seulement muni : 1° de châssis de bois protecteurs des fenêtres, pouvant se relever et s'abaisser à volonté ; 2° de forts anneaux de fer dissimulés dans les parois et destinés à fixer, au besoin, les lanières d'une camisole de force ; 3° d'une porte se fermant de chute et dont les gardiens voyageant dans l'intérieur de la voiture auraient la clef, un tel omnibus ne répondrait-il pas dans la grande majorité des cas aux exigences spéciales du transport des aliénés ? L'élévation des fenêtres les soustrairait très-suffisamment aux curiosités de la foule ; et le véhicule dans lequel le trajet s'effectuerait n'aurait rien d'insolite à leurs yeux.

Arguera-t-on de l'insuffisance des moyens de contention, et de l'intimité des contacts entre malades pour redouter de nouveaux dangers ? — Je prierais, alors, simplement de remarquer que les choses se passent quotidiennement de la sorte, et même en l'absence d'autant de précautions sans qu'on ait à regretter aucun accident. Il n'est pas de jours, notamment, que l'on n'évacue de Sainte-Anne à la Salpêtrière des malades, même en état d'extrême agitation ; et l'on a recours pour cela à un omnibus du modèle usité par les Compagnies de chemins de fer.

Pourquoi se sert-on d'une voiture cellulaire ici, et d'un simple omnibus là ? — Par la seule et unique raison que l'administration de l'asile Sainte-Anne n'a pas de voiture cellulaire à sa disposition.

Ne conviendrait-il pas, dans une cité comme Paris, d'unifier le mode de transport des aliénés ?

Et n'appartiendrait-il pas à une société telle que la nôtre de prendre l'initiative d'une réforme à ce sujet ?

Quant à moi, Messieurs, je l'ai pensé, et j'ai l'honneur de vous soumettre la proposition suivante :

*Je propose à la Société médico-psychologique d'adresser à M. le Préfet de police une lettre demandant la suppression de la voiture cellulaire pour le transport des aliénés, et la substitution, à cette voiture, d'un véhicule dont les dispositions spéciales seraient à déterminer ultérieurement ; mais, en principe, ne différant en rien des véhicules qui, dans les conditions sociales ordinaires, sont le plus communément employés.*

M. Lunier. — Il y a trois faits distincts dans la communication de M. Collineau. Le premier a trait aux placements volontaires dans les hospices et asiles d'aliénés de la Seine. Cette question paraît résolue ; mais la mesure adoptée ne se rapportera qu'à un nombre restreint de malades.

Le second point est relatif au séjour des aliénés dans les cellules de la préfecture de police. M. Collineau croit que ce séjour peut imprimer un cachet spécial au délire des malades et être un grand danger au point de vue de la guérison. Il m'est difficile de souscrire à ces craintes ; je ne crois pas qu'un séjour de quelques heures dans ces cellules, — séjour qu'en principe d'ailleurs je n'approuve pas, — puisse diminuer chez un aliéné les chances de guérison.

Quant au troisième point de la communication de M. Collineau, c'est-à-dire le transport des aliénés dans les voitures cellulaires, je demanderai comment il serait possible de faire ces transfèrements sans qu'il en résulte quelques inconvénients. On conseille l'emploi d'un omnibus ordinaire ; mais évitera-t-on ainsi aux malades la vue de ce qui se passe dans la rue et surtout pourra-t-on les soustraire aux regards indiscrets des curieux ? Ne faut-il pas aussi penser aux évasions ? Certes j'admets que les voitures actuellement employées ne sont pas parfaites et qu'il y aurait à faire certaines modifications. Ainsi je crois que l'omnibus simple serait excellent pour le transport des chroniques ; mais il serait insuffisant pour les aigus ; pour ces derniers, en effet, une voiture à compartiments séparés me semble indispensable.

M. Dagonet. — Il y a certaines catégories de malades qui ne devraient pas être placés dans les voitures cellulaires ; tels sont les déments, les déments paralysés, les lypémaniaques, ceux qui sont atteints d'une faiblesse excessive. Ce moyen de trans-

port leur est surtout nuisible au moment des grandes chaleurs on a même dit que certains de ces malades étaient arrivés morts au lieu de destination. Sans accepter ces exagérations, il me semble néanmoins juste de dire que si le moyen de transport actuel des aliénés est bon pour les malades agités, qu'il est impossible de mêler à d'autres, c'est-à-dire pour ceux qui sont dangereux et ont besoin d'être placés dans des conditions exceptionnelles ; il n'en est pas de même pour les mélancoliques et en général pour tous les malades inertes, pour lesquels il serait facile de trouver un moyen de transport plus humain que la voiture cellulaire actuelle.

M. Baillarger est de l'avis de M. Collineau. Le transport d'un aliéné, d'un mélancolique, par exemple, dans une voiture cellulaire, est un mauvais préambule pour le traitement moral. Il y a donc là un progrès à réaliser; il doit y avoir quelque chose à trouver qui tienne le milieu entre la voiture cellulaire et la voiture ordinaire.

M. Constans trouve qu'il y a quelque chose de plus mauvais pour les malades que le transport par les voitures cellulaires, c'est leur conduite même à la préfecture de police.

M. Loiseau. — Un grand nombre de malades pourraient être directement conduits dans les asiles, sans passer par la préfecture de police. Le Conseil général de la Seine a accepté cette idée en principe et elle n'a pas été complétement repoussée par la préfecture de police. Il serait, en effet, facile de charger des médecins spéciaux de voir les malades chez eux et de les conduire, s'il y a lieu, directement à l'asile. Si la Société accepte cette idée émise par le Conseil général de la Seine, il serait utile que, par une décision prise dans son sein, elle ajoutât son autorité à celle du Conseil général. — Quant aux placements volontaires, il est probable qu'on y aura recours rarement ; aussi le Conseil général ne demandera-t-il l'augmentation des places que s'il en voit la nécessité.

Plusieurs membres demandent que la proposition de M. Collineau soit renvoyée à l'examen d'une commission. Sur les observations de M. le Président et de M. le Secrétaire général, on adopte le renvoi de la proposition à l'ancienne commission chargée d'étudier la question des placements volontaires, et sur une remarque de M. Legrand du Saulle, on adjoint à cette commission M. Lasègue.

Dr Ant. Ritti.

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

## JOURNAUX FRANÇAIS.

### SOCIÉTÉS SAVANTES (1873-1875).

#### Académie des sciences.

1° *Nouvelles recherches physiologiques sur la corde du tympan* ; par M. A. Vulpian (*séance du* 20 *janvier* 1873).

Il semble résulter des expériences de M. Vulpian : 1° que l'excitabilité motrice acquise par le nerf lingual, après la section du nerf hypoglosse du côté correspondant, réside non dans les fibres propres du nerf lingual, mais dans les fibres nerveuses anastomotiques qu'il reçoit de la corde du tympan; 2° que les fibres de la corde du tympan qui accompagnent le nerf lingual dans sa distribution à la langue, se rendent, en partie du moins, aux faisceaux musculaires de cet organe.

2° *Sur une question relative à la parole, à l'état normal et anormal*; note de M. le professeur Bouillaud (*séance du* 9 *juin* 1873).

« La parole, ou le langage articulé, en tant que faculté intellectuelle spéciale, est une de celles qui n'appartiennent qu'à l'homme, et qui constituent par conséquent ses attributs *caractéristiques*. Il est néanmoins un certain nombre d'hommes qui naissent privés pour toujours de cet admirable mode de langage ou d'expression. Je veux signaler ici les sourds-muets de naissance, lesquels ne peuvent parler, par cela même que, étant sourds, ils n'entendent nullement les paroles prononcées devant eux. On sait qu'ils n'en possèdent pas moins toutes les autres facultés spéciales de l'intelligence, et quelques-uns d'entre eux, à un degré supérieur.

» Eh bien, il est des maladies du cerveau qui, chez les hommes naturellement doués du libre exercice de la parole, portent exclusivement leur atteinte sur cette faculté, et les dérangent plus ou moins profondément. Lorsqu'elles en déterminent la perte complète (*aphasie*), elles métamorphosent pour ainsi dire les malades en une espèce nouvelle de muets

(*muta*). Je dis en une espèce nouvelle, car ceux-là ne sont pas, comme les précédents, privés de la parole, parce qu'ils n'entendent pas, ni parce que la voix leur manque. Ils ont, en effet, conservé la voix et l'ouïe.

» Quelle est donc, me demandera-t-on, la cause essentielle, la raison réelle de cette nouvelle et curieuse espèce de lésion de la parole ? Tel est précisément le problème que je me propose d'examiner dans l'une des prochaines séances de l'Académie, à laquelle il n'a pas, que je sache, encore été soumis.

» Si j'ai cru devoir demander aujourd'hui la parole sur ce grave sujet, c'est qu'il existe en ce moment, dans mon service clinique de l'hôpital de la Charité, un cas des plus remarquables de l'espèce de lésion du langage articulé, sur laquelle l'Académie voudra bien me permettre d'appeler sa plus sérieuse attention. Je me bornerai, quant à présent, au récit succinct du cas dont il s'agit.

» Le nommé Picarda (Jean), âgé de cinquante-sept ans, marié, charretier, demeurant à Maisons-Alfort (16, rue des Bretons), fut apporté, le 12 novembre 1872, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 19. Il venait de tomber tout à coup dans la rue, frappé d'une hémiplégie de tout le côté droit, et d'une telle perte de la parole qu'il ne put prononcer aucun mot, pas même son nom, ni dire son âge, sa demeure, son état civil. Quand je le vis le lendemain, il n'avait point repris l'usage de la parole, et ne répondait à aucune des questions que je lui adressais, bien qu'il les comprît (lui ayant dit qu'il ne pouvait, sans doute, répondre à ce que je lui demandais, il me fit de la tête un geste d'acquiescement). Il conservait les mouvements de la langue, de la lèvre et de la joue gauches, des yeux, avait conservé la voix et buvait facilement.

» Le 20 novembre, la perte de la parole persistait. Le malade comprenait à merveille, avait recouvré pleinement sa mémoire des mots, des choses et des personnes. Il se dépite de ne pouvoir répondre à mes questions autrement que par des gestes, des sons inarticulés, à part le mot *oui*, qu'il prononce parfois, mais très-imparfaitement.

» 9, 16, 20 décembre. — Le malade est parvenu à prononcer, non sans bredouiller, les mots *oui*, *non*, et, au dire de l'infirmier, quelques jurons ; il a le visage éveillé et fort intelligent ; il s'impatiente toujours de ne pouvoir répondre à ce qu'on lui demande et qu'il comprend très-bien.

» 15 janvier, 19, 21 et 28 février 1873. — Le côté droit de la

face a repris graduellement la liberté de ses mouvements, comme on le reconnaît surtout quand le malade s'anime et rit; le membre inférieur droit peut exécuter laborieusement quelques faibles mouvements. Le malade prononce, toujours très-difficilement, un plus grand nombre de mots simples mais sans pouvoir les assembler en phrases, malgré tous les efforts qu'il fait, surtout quand je vais le voir, ce qui lui cause une satisfaction qu'il me témoigne par des gestes très-vifs. Il continue à donner les preuves les plus manifestes de l'intégrité de son intelligence (de la faculté de compter en particulier). Un jour, je lui présente sa pancarte et le prie de m'en lire quelques mots. Il parvient avec effort, en s'y prenant à plusieurs fois et en épelant, à prononcer son nom : *Pi-car-da*, puis *Picarda*. Il n'a pu prononcer celui de *charretier* (sa profession), mais, au milieu de ses gestes et de ses cris d'impatience, il a proféré d'une manière distincte et sans s'arrêter ce juron : *nom de D...!*

» Comme il sait écrire, j'aurais bien voulu qu'il essayât *d'écrire* quelques mots, mais la paralysie de sa main droite ne le lui permettait pas (j'ai vu des personnes privées de la parole, sans nulle paralysie du membre supérieur droit, écrire avec plus ou moins de facilité). Le 28 février, Picarda prononce assez librement les chiffres : 1, 2, 3, 4, 5, etc., ainsi que les lettres de l'alphabet, épèle (toutefois certaines lettres, l'*r* en particulier et quelques syllabes, sont pour lui très-difficiles ou même impossibles à articuler).

» Tel est encore aujourd'hui (9 juin) l'état de notre malade, sous le point de vue de la parole ou du langage articulé. Il ne peut prononcer que des mots isolés, quelques bouts de phrases et est absolument incapable de tout discours suivi.

» A part la lésion dont il s'agit et qui paraît frapper principalement, peut-être même exclusivement, le pouvoir nerveux central nécessaire à l'exécution des mouvements si compliqués et *coordonnés* de la parole, notre malade, je ne saurais trop le répéter, possède dans toute leur plénitude les facultés intellectuelles affectives et morales dont il jouissait avant l'affection cérébrale dont il a été frappé.

» Dans une des prochaines séances de l'Académie, je m'efforcerai de démontrer que cette affection, dans les cas de ce genre, a constamment son siége dans cette partie du cerveau qu'on appelle les *lobes antérieurs*. »

3° *Nouvelles recherches cliniques sur la localisation dans les lobes cérébraux antérieurs, de l'action par laquelle le cerveau concourt à la faculté psycho-physiologique de la parole*; par M. Bouillaud (1) (*séance du 7 juillet* 1873).

I. Récit abrégé de quelques nouveaux cas de lésions de la faculté de parler, provenant d'une lésion du cerveau (2).

« A l'observation de perte complète de la parole que j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie, qu'il me soit permis d'en ajouter ici quelques autres, au moyen desquelles on pourra se faire une idée des autres formes principales des lésions que cette faculté, si compliquée, peut offrir.

» Parmi ces nouvelles observations, les unes seront relatives aux lésions *isolées* de la parole, les autres appartiendront à ces mêmes lésions, accompagnées de lésions d'une ou de plusieurs autres facultés spéciales de l'intelligence.

» Je commencerai par un cas dans lequel l'ouverture du corps fournit un exemple remarquable de l'une des lésions des lobes antérieurs du cerveau, capables de produire des lésions de la parole dont nous nous occupons.

» *Première observation.* — Un menuisier, âgé de trente et un ans, entre dans notre service clinique, le 16 juin 1840, un mois après avoir fait une chute du haut d'une échelle.

» La parole est embarrassée, bien que les mouvements de la langue et des lèvres soient parfaitement libres. Il ne peut donner aucun détail sur sa chute, dont il n'a cependant pas perdu le souvenir. A peine a-t-il dit quelques mots, qu'il s'arrête. Il conserve la liberté des mouvements de ses membres.

» 18 juin. Le malade bégaye et bredouille, mais prononce quelques mots intelligibles.

» 27, 28 juin. Il tire facilement la langue, la porte à volonté, dans tous les sens ; néanmoins, il ne peut répondre, et encore avec peine, que par les mots *oui* et *non*.

» 1er juillet. Lorsque le malade veut répondre à quelques

(1) Cette communication, commencée par M. Bouillaud dans la séance du 30 juin, n'avait pas été achevée, l'Académie ayant dû se former en comité secret.

(2) Je déclare ici, une fois pour toutes, que, dans tous les cas de l'espèce dont il sera question ici, toutes les conditions nécessaires à la parole, autres que celles dont nous nous occupons, sont supposées à l'état normal, c'est-à-dire bien conservées.

questions, on le voit agiter les lèvres, marmotter *quelques sons sans articuler distinctement aucune syllabe*. — Il succombe quelques jours après à une méningite généralisée, *sans avoir recouvré un seul instant la parole*.

» A l'ouverture du corps, on rencontra la lésion suivante des *lobules antérieurs* du cerveau. On ne put les séparer de la pie-mère, à laquelle ils adhéraient, sans déchirer la substance grise, qui était ramollie surtout à la partie la plus antérieure de la face inférieure du lobule droit. Les deux lobules, dégagés de la pie-mère, offraient, principalement à la *région inférieure*, un aspect chagriné, provenant, en partie du moins, de la déchirure indiquée, et l'on comptait 25 à 30 érosions plus ou moins profondes (quelques-unes de 2 à 5 et 6 lignes de profondeur). Elles étaient, ainsi que les foyers de ramollissement, plus nombreuses à droite qu'à gauche, et c'était particulièrement à la partie la plus antérieure et au plancher du lobule antérieur droit que la substance cérébrale était ramollie en pulpe ; de ce côté, les érosions et le ramollissement s'étendaient jusqu'à la scissure de Sylvius, mais la partie antérieure était d'une mollesse plus que diffluente...

» *Deuxième observation*. — Presque à la même place où est couché ce malade, nous avons eu sous nos yeux, pendant deux années au moins, un malade du nom de Bâscle qui lui ressemblait beaucoup sous le rapport de la parole, mais qui n'avait pas été, comme lui, frappé d'hémiplégie. Il était, lui aussi, fort intelligent, *parlait* en quelque sorte du *geste* ou *mimiquement*, et ne pouvait prononcer qu'un juron en quatre mots (*s. n. d. D.*), qui lui échappait comme automatiquement, et comme l'expression énergique de la contrariété, de l'impatience qu'il éprouvait de ne pouvoir répondre aux plus pressantes questions qu'on lui adressait et qu'il comprenait à merveille.

» *Troisième observation* . — J'ai vu, il y a déjà bien des années, la femme d'un juge de paix de l'un des cantons de mon département natal, très-intelligente, très-respectable, très-pieuse, qui ne pouvait prononcer que ces mots : *mon Dieu ! mon Dieu !*

» *Quatrième observation*. — « Un notaire, » raconte Pinel (*Traité de l'aliénation mentale*), « avait oublié son propre nom, ceux de sa femme, de ses enfants, de ses amis, quoique d'ailleurs sa langue jouît de toute sa mobilité. Il ne savait plus *ni lire, ni écrire*, et cependant il paraissait se *ressouvenir* des objets qui avaient fait autrefois impression sur ses sens et qui étaient

relatif à sa profession. On l'a vu désigner avec les doigts des dossiers qui renfermaient des actes qu'on ne pouvait retrouver, et indiquer par d'autres signes qu'il conservait l'ancienne chaîne de ses idées. »

» *Cinquième observation.* — Un soldat, dont parle Gall, et qui lui avait été envoyé par M. le baron Larrey, ressemblait beaucoup au notaire dont il vient d'être question. « Il est, dit M. Gall, dans l'impossibilité d'exprimer par le langage parlé ses sentiments et ses idées ; sa figure ne porte aucune trace d'un dérangement de l'intellect. Son esprit trouve la réponse aux questions qu'on lui adresse ; il fait tout ce qu'on le prie de faire. Je lui montrai un fauteuil et je lui demandai s'il savait ce que c'était; il me répondit en s'asseyant dans le fauteuil. Il est incapable d'articuler sur-le-champ un mot qu'on prononce pour le lui faire répéter : mais quelques instants après ce mot lui échappe *involontairement*. Dans son embarras, il montre du doigt la partie inférieure de sont front ; il témoigne de l'impatience et indique par des gestes que c'est de là que vient son impuissance de parler. Ce n'est point sa langue qui est embarrassée, car il la fait mouvoir avec une grande agilité, et il prononce très-bien un grand nombre de mots isolés. Ce n'est pas non plus sa mémoire qui est en défaut, car il me témoigne très-vivement qu'il est fâché de ne pouvoir pas s'exprimer sur beaucoup de choses qu'il eût voulu me raconter. *Il n'y a d'aboli chez lui que la faculté de parler.* Ce soldat, tout comme le malade de M. Pinel, n'est plus capable ni de lire ni d'écrire (1). »

» *Sixième observation.* — M. Ph..., âgé de cinquante ans, gendre d'un très-honorable et distingué médecin de Châtellerault (M. L...), convalescent d'un rhumatisme articulaire aigu, se couche gaiement le 2 avril 1865. Il s'éveille à 10 heures et s'aperçoit, en voulant parler à sa femme, que les mots lui faisaient défaut pour exprimer ses idées, qui d'ailleurs étaient parfaitement lucides. Il prenait les mots qu'il parvenait à prononcer les uns pour les autres, se frappait le front en signe d'impatience de ne pouvoir se faire comprendre.

» 10 avril. M. P... veut donner des ordres à ses domestiques, mais il ne peut s'en faire comprendre, parce qu'il lui

(1) Ainsi, chez ce soldat qui n'est plus capable ni de *lire* ni *d'écrire*, il n'y a, selon Gall, d'*aboli que la parole !* C'est comme s'il eût dit que chez ce même soldat, *incapable de parler*, il n'y *avait d'aboli que la faculté de lire et d'écrire.*

manque certains mots et que, parmi ceux qui lui restent, il en est qui sont prononcés pour d'autres et ne s'appliquent pas, par conséquent, aux choses qu'il veut indiquer.

» 30 mai. Si le malade prend le temps de chercher ses mots, il parvient, avec une pénible lenteur, à se rendre intelligible. Il reconnaît bien ce progrès, et en y songeant, la joie se peint sur son visage et dans son regard.

» 5 et 12 juin. On obtient les renseignements suivants touchant l'écriture, la lecture, le calcul, la musique, chez le malade :

» 1° Les lettres sont bien tracées, mais elles ne viennent que confusément, sans ordre convenable, ne forment point de mots, et ne peuvent exprimer une pensée quelconque. Il n'a pu écrire que son nom. Tous ses efforts pour en écrire d'autres n'ont eu pour résultat que des lettres bien formées, mais sans suite, sans ordre, sans arrangement qui pussent constituer des mots.

» Le malade lit *mentalement* des phrases entières qu'il conçoit bien, dont il se rend compte, mais qu'il ne peut rendre par la parole. Toutefois, avec un grand effort d'attention et de volonté, il a pu, lentement, lire haut et correctement deux à trois lignes seulement.

» 3° M. P..., qui avant sa maladie, avait une grande aptitude pour le calcul, a fait assez lestement une addition correcte de deux lignes de chiffres. Cependant il reste beaucoup à désirer sous ce nouveau rapport.

» 4° Mme P... ayant prié son mari, qui, dans l'état de santé, faisait sa principale occupation de la musique, d'essayer de composer et de noter quelque air, il prit un papier rayé et se mit à composer et à écrire, sans la moindre hésitation, quelques lignes que sa femme exécuta sur le piano, toute stupéfaite de l'exactitude de la composition, exempte de toute faute ou erreur musicale. Il se prit ensuite à moduler de sa voix (non *articulée*) l'air écrit, et accompagna, avec correction et harmonie, les sons du piano, ne laissant échapper, sans les relever, les moindres fautes ou négligences dans la modulation des sons.

» 5° La perte de la parole (aphasie) persiste. Le malade ne peut prononcer ce qu'il lit, et il parvient à montrer plus ou moins clairement qu'il comprend ce qu'il lit. Il ne peut écrire de lui-même, mais parvient à copier quelques mots.

» Passons à une seconde série d'observations. Chezcer-

tains individus, affectés de lésion partielle de la faculté de parler, cette lésion peut ne porter que sur certains noms, comme ceux des personnes, des choses, des lieux, des faits, des événements. Quelquefois aussi elle n'est relative qu'à certains genres de mots, tels que les verbes, les substantifs, etc. Citons-en quelques exemples :

» *Septième observation*. — Le célèbre Cuvier avait connu un homme qui avait perdu seulement la mémoire des noms substantifs, en sorte qu'il construisait régulièrement et complétement une phrase, à cela près des mots de cette espèce.

» *Huitième observation*. — Moi-même, il y a quelques années, j'ai vu plus d'une fois à Saint-Cloud, avec M. le Dr Tahère, un monsieur qui ne prononçait jamais aucun verbe. Il prononçait d'ailleurs avec une sorte de volubilité, et écrivait des phrases, même des discours, mais à peu près incompréhensibles, en raison de cette absence constante des verbes.

» *Neuvième observation*. — M. le baron Larrey conduisit chez M. Gall un de ses malades qui, à la suite d'un coup de fleuret, dont la pointe pénétra dans la région frontale du cerveau, à gauche, avait perdu complétement la mémoire des noms propres, entre autres celui de M. le baron Larrey qu'il désignait par celui de *Monsieur chose*. Il avait conservé la mémoire des images, des personnes, etc.

» Relativement aux personnes *aphasiques*, chez lesquelles la faculté d'écrire n'est pas abolie, M. Baillarger m'a raconté un cas qui mérite de trouver place ici. La personne *aphasique* qui en est le sujet était privée aussi de la faculté d'écrire d'elle-même un mot donné, celui de chapeau, par exemple ; mais elle pouvait aussitôt le copier, si on lui mettait sous les yeux ce mot écrit par une autre personne.

II. Résumé des doctrines de M. Flourens sur les localisations cérébrales.

» I. Dans les mois de mars et avril 1822, M. Flourens lut à l'Académie un Mémoire ayant pour titre : *Détermination des propriétés du système nerveux et du rôle que jouent les diverses parties de ce système dans les mouvements dits* volontaires *ou de locomotion et de préhension.*

» Il y a, dans le système nerveux, trois propriétés essentiellement distinctes, dit M. Flourens : l'une de vouloir et de percevoir : c'est la sensibilité ; l'autre d'exciter immédiatement la contraction musculaire : c'est l'excitabilité ; la troi-

sième de coordonner les mouvements : je l'appelle *coordination*.

» Dans les mouvements dits *volontaires* ou de locomotion et de préhension, le cervelet coordonne ces mouvements en mouvements réglés, marche, course, vol, station, préhension, etc. ; les lobes cérébraux veulent et pensent.

» Les animaux privés de lobes cérébraux ont réellement perdu toutes leurs sensations, tous leurs instincts, toutes leurs facultés intellectuelles ; toutes ces facultés, tous ces instincts, toutes ces sensations résident donc exclusivement dans ces lobes.

» Dès qu'une sensation est perdue, toutes le sont ; dès qu'une faculté disparaît, toutes disparaissent, et conséquemment toutes ces facultés, toutes ces sensations, tous ces instincts ne constituent qu'une faculté essentiellement une et résidant essentiellement dans un seul organe (1).

» II. Tout le monde connaît le beau rapport de M. Cuvier, alors secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, sur les expériences de M. Flourens. Voici ce que j'y remarque, en ce qui concerne les fonctions du cervelet et du cerveau.

» Ce que les expériences de M. Flourens paraissaient à M. Cuvier avoir de plus curieux et de plus nouveau, c'est ce qui concerne les fontions du cervelet. Après avoir exposé les phénomènes produits par ces expériences, il dit ne pas se souvenir qu'aucun physiologiste ait fait connaître rien qui ressemblât à ces *singuliers* phénomènes. Certainement, ajoute-t-il, personne ne s'était encore douté que le cervelet fût en quelque sorte le *balancier*, le régulateur des mouvements de translation de l'animal. Selon lui, cette découverte, si des expériences répétées, avec toutes les précautions convenables, en établissaient la généralité, ne pourrait que faire le plus grand honneur au jeune observateur dont il analysait le travail.

» Lorsque les lobes cérébraux sont enlevés, dit encore M. Cuvier, la volonté ne se manifeste plus par des actes spontanés. Cependant, quand on excite immédiatement l'animal, il exécute des mouvements de translation *réguliers*, comme s'il cherchait *instinctivement* à fuir la douleur et le malaise ;

---

(1) Dans un Mémoire que l'auteur de cette communication a lu devant l'Institut en 1827, il a rapporté de nombreuses et exactes expériences contradictoires à celles de M. Flourens, sous le rapport dont il s'agit ici.

mais ces mouvements ne le conduisent point à ce but, très-probablement parce que la mémoire, qui a disparu avec les lobes qui en étaient le siége, ne fournit plus de base ni d'éléments à ses jugements. Ces mouvements n'ont point de suite par la même raison, parce que l'impression qui les a causés ne laisse ni souvenir, ni volonté durable.

» III. A l'époque même (1822) où le système de localisation cérébrale proposé par M. Flourens devenait ainsi le sujet du mémorable Rapport de M. Cuvier, M. Gall publiait, dans un format in-8°, une nouvelle édition de son grand ouvrage in-folio, sur l'*Anatomie et la Physiologie du cerveau*.

» Selon M. Gall, ce que les expériences de M. Flourens paraissent offrir de plus hasardé, c'est précisément ce qui concerne les fonctions du cervelet. Je n'ai pas besoin de rappeler ici quelles étaient, dans la doctrine de Gall, les fonctions de cet organe, et que cette localisation particulière était une de celles auxquelles il tenait le plus, sa localisation *favorite*, si je puis ainsi dire. Mais on me permettra bien d'ajouter que, peu d'années après la publication de l'ouvrage de M. Flourens, je publiais, à mon tour, des expériences, et de plus des observations cliniques, qui portaient aussi à cette localisation favorite de Gall une atteinte des plus graves.

III. Premières recherches de l'auteur sur la localisation, dans les lobes antérieurs du cerveau, du principe coordinateur ou régulateur des mouvements nécessaires à la parole.

» C'est en 1822, étant interne à l'hôpital Cochin, que je recueillis les premières observations d'après lesquelles je conçus l'idée de la *localisation* cérébrale dont il s'agit en ce moment. Je m'empressai de rechercher dans les ouvrages de MM. Rostan et Lallemand, où se trouvaient un grand nombre d'observations de maladies du cerveau, des arguments favorables ou contraires à l'idée nouvelle. J'avouerai que j'éprouvai une vive satisfaction en constatant, de la manière la plus formelle, qu'elles témoignaient en faveur de la *localisation* proposée.

» Comme celles que je possédais de mon côté, les observations de MM. Lallemand et Rostan se partageaient en deux catégories : dans l'une, se plaçaient celles où les lésions de la parole provenaient, en effet, de ce que les mouvements nécessaires à l'articulation des sons vocaux ou à la prononciation des mots étaient plus ou moins lésés eux-mêmes. L'autre catégorie renfermait les observations dans lesquelles les mots

faisaient plus ou moins défaut, ou se trouvaient tellement dérangés de leur ordre normal, tellement *incoordonnés*, qu'il était impossible de les comprendre.

» C'est à cette dernière catégorie de cas que se rapportait la doctrine de Gall, et voilà comment je l'avais associée à celle qui m'était propre. Remarquons, disais-je, qu'il est de toute nécessité de distinguer, dans l'acte de la parole, d'une part, ce qui concerne les mots, et de l'autre, ce qui regarde leur articulation où leur prononciation. Il y a, pour ainsi dire, une parole *intérieure* et une parole *extérieure*, et celle-ci n'est que l'expression de la première (la seule dont M. Gall s'était occupé).

» Comme on le voit, par le titre même de cet article, notre problème consistait particulièrement à rechercher le rapport qui pouvait exister entre la lésion des mouvements nécessaires à la prononciation des mots et celle des lobes antérieurs du cerveau. Ce même titre annonce que, contrairement à M. Flourens, je faisais participer le cerveau à cette faculté de coordination des mouvements volontaires, dont, selon cet auteur, le cervelet était l'unique possesseur. Et non-seulement sous le rapport des mouvements *coordonnés* de la parole, mais encore sous celui d'un grand nombre d'autres mouvements *coordonnés*, soumis à l'empire de l'intelligence et de la volonté, c'était, selon moi, le cerveau et non le cervelet qu'il fallait considérer comme l'agent régulateur ou *coordinateur* de ces mouvements, sans contester, d'ailleurs, au cervelet le pouvoir de coordonner ceux relatifs à la marche, à la station et à tout ce qui concerne ces fonctions.

» Mais, après avoir ainsi posé le *principe* de la multiplicité ou de la pluralité des centres nerveux coordinateurs, je ne m'occupai, d'une manière spéciale, que de la démonstration de la localisation relative aux mouvements nécessaires à la parole.

### IV. État de la question, depuis 1825 jusqu'à l'époque actuelle (1873), et conclusions.

» I. La doctrine ci-dessus exposée rencontra, comme on le pense bien, des contradicteurs, soit dans les sociétés savantes, soit dans les livres, soit dans les journaux. Je réfutai, selon mes moyens, leurs diverses objections. Les faits nouveaux que, pour ma part, j'ai recueillis pendant ce long espace de temps, sont extrêmement nombreux, et je déclare, avec toute

la sincérité dont je suis capable, que le témoignage a dû me confirmer dans la doctrine primitivement établie.

» En 1838, 1848 et 1865, cette doctrine fut discutée à l'Académie de médecine ; aucun des faits qui lui furent opposés ne me parut pouvoir résister à une discussion approfondie. Dans le cours de la discussion dernière (1865), deux observateurs, d'une grande autorité, tous deux médecins aliénistes éminents, MM. Baillarger et Parchappe, se montrèrent favorables à la doctrine de la localisation de la parole, dans les termes fondamentaux où nous venons de la formuler ici.

» Cette doctrine fit une conquête non moins précieuse, dans la personne de M. le professeur Broca, qu'elle compta d'abord parmi ses incrédules, pour me servir de sa propre expression. Il importe de raconter ici les principales circonstances de cette heureuse conversion.

» Une communication de M. Gratiolet, à la Société anthropologique, y devint l'occasion d'un grave débat sur les localisations cérébrales. Dans cette discussion, M. le Dr Auburtin, qui s'honore d'être l'ami de M. Broca, se constitua le défenseur de la localisation spéciale qui concerne la parole.

» Peu de jours après avoir entendu l'argumentation de M. le Dr Auburtin, M. Broca, par une sorte de hasard providentiel, trouva dans son service de Bicêtre, dont il était alors chirurgien, un moribond qui, depuis vingt et un ans, avait perdu la faculté du langage articulé. Il recueillit, avec le plus grand soin, l'observation de ce malade, qui, dit-il, lui semblait venir tout exprès pour servir de pierre de touche à la théorie soutenue par son collègue à la Société anthropologique, M. Auburtin. Bien que la discussion devant cette Société eût, dit-il, laissé planer quelque doute dans son esprit, sur « la doctrine de » M. Bouillaud, il voulut, dans l'attente d'une autopsie pro» chaine, raisonner comme si cette doctrine était vraie. » M. Auburtin ayant déclaré qu'il y renoncerait, si on lui montrait un seul cas d'aphémie (mot proposé par M. Broca comme synonyme de celui de la perte de la parole), il l'invita à venir voir son malade, pour savoir, avant tout, quel serait son diagnostic, et si cette observation était une de celles dont il accepterait le résultat comme concluant. M. Auburtin affirma, sans hésitation, que la lésion devait exister dans les lobes antérieurs.

» Or, le malade étant mort, le 17 avril, l'autopsie qu'en fit M. Broca lui-même, avec un soin digne de servir de modèle,

confirma pleinement le diagnostic de M. Auburtin; aussi M. Broca déclara-t-il que son « observation venait confirmer l'opinion de M. Bouillaud. »

» Quelques mois après cette première observation, par une bonne fortune qu'il avait bien méritée, M. Broca en recueillit une nouvelle, qu'il publia sous ce titre: *Nouvelle observation d'aphémie produite par une lésion de la troisième circonvolution frontale.*

» Il ne cachera pas, dit-il, qu'il a éprouvé un étonnement voisin de la stupéfaction, lorsqu'il a trouvé que, sur son second malade aphémique, la lésion occupait rigoureusement le même siége que chez le premier, et précisément du même côté gauche. Mais, ajoute-t-il, il ne peut oublier que, dans plusieurs observations antérieurs aux siennes, on a vu l'*aphémie* succéder à des lésions qui occupaient principalement, sinon exclusivement, la moitié antérieure des lobes frontaux. Ces faits, selon lui, sont compatibles avec l'hypothèse, qu'il adopte, des localisations par circonvolution.

» Je termine cet article en ajoutant que, à l'époque de la dernière discussion de l'Académie de médecine (1865), j'avais rassemblé un nombre d'observations, dans lesquelles l'ouverture des corps avait confirmé la doctrine à laquelle M. le professeur Broca s'est rallié, qui s'élevait à plus de cent.

» II. Arrivons enfin à nos conclusions, et donnons-en les raisons.

» 1° Dans les lésions de la parole, causées ou produites par une affection cérébrale, c'est dans les lobes antérieurs ou frontaux du cerveau que cette affection a son siége.

» Or, dans une catégorie de ces cas, les lésions de la parole dépendent de ce que les mouvements coordonnés ou *coassociés*, nécessaires au langage dit articulé, c'est-à-dire à la *prononciation des mots*, ne peuvent plus s'exécuter. Donc il existe dans les lobes antérieurs un centre *coordinateur* ou *législateur* de cette espèce des *mouvements volontaires*, dits *coordonnés*, *coassociés*, *congénères*.

» Or, aussi, dans une autre catégorie des cas dont il s'agit, les lésions de la parole dépendent d'une lésion portant sur les *mots* eux-mêmes, et non sur l'acte de leur *prononciation*; donc il existe, dans les lobes indiqués, un autre centre, sans la coopération duquel la parole ne pourrait s'exercer.

» 2° Sous l'un des deux rapports indiqués ou sous tous les deux réunis, la faculté de la parole peut être lésée ou perdue,

les autres facultés intellectuelles *spéciales* étant conservées ou intactes, et réciproquement. »

### 4° *Observations sur la communication qui précède ;* par M. Chevreul (*même séance*).

» Le temps ne m'ayant pas permis de prendre la parole dans la dernière séance, après la communication du Dr Bouillaud, je ferai aujourd'hui, d'une manière aussi concise que possible, deux remarques que cette communication m'a suggérées.

» *Première remarque.* — Elle est relative à la *perte de la mémoire des noms substantifs*, mais non à la perte qui serait causée par un accident. Je ne discute donc pas s'il existe ou n'existe pas dans le cerveau des parties distinctes, correspondant à des mémoires spéciales, telles que celle des *noms substantifs*, comme Gall l'a prétendu ; je ne m'occupe que d'un *fait de conversation ordinaire*. Beaucoup de personnes, surtout en avançant en âge, dit-on, perdent la mémoire des *noms des substantifs propres* sans perdre celle des attributs relatifs à ces substantifs, de sorte que le *substantif propre* est une personne, le nom s'est effacé lorsque la pensée peut exprimer les qualités, les défauts de la personne, peindre ses attributs physiques, ses *tics*, son costume habituel même. Eh bien ! un autre fait, c'est que je n'ai jamais entendu faire la remarque qu'une personne avait oublié les attributs du substantif dont elle se rappelait le *nom*.

» Pour moi qui, frappé de la faiblesse de l'esprit humain dans l'individu, n'ai jamais eu la pensée de faire des *nomenclatures*, des *classifications* RATIONNELLES, comme on dit aujourd'hui, ni des *synthèses* qui, selon des critiques de nos jours, relèvent si haut le mérite de leurs auteurs, j'ai dirigé tous mes efforts à rechercher la cause des erreurs si fréquentes chez l'individu-homme, et permettez-moi d'ajouter, et dont des associations où l'action devient collective ne sont pas toujours exemptes. Je me suis, en définitive, proposé de rechercher la cause de l'erreur dans le raisonnement, pour les éviter, et avec l'espérance de les faire éviter aux autres.

» Une étude, qui m'a longtemps occupé, a été de savoir en quoi consiste essentiellement la connaissance réelle que nous avons des *substantifs propres*. La conclusion à laquelle je suis arrivé est que cette connaissance réside dans les *attributs* appar-

tenant au *substantif*, de sorte qu'en réalité le *nom* de ce substantif exprime l'ensemble des attributs que nous lui reconnaissons. Or chacun de ces attributs a fixé notre attention, et c'est ainsi que nous l'avons connu ; et ici notre intérêt personnel, tout aussi bien que l'amour de savoir, peuvent expliquer que, en beaucoup de cas, la pensée s'est livrée à une véritable étude. On voit encore comment l'étude d'un ensemble d'attributs dans un même substantif propre ainsi faite, est favorable à l'application du *principe de l'association des idées*, eu égard à la mémoire, quand il s'agit de conserver le souvenir du substantif propre ainsi envisagé. Je le demande, si la mémoire s'affaiblit, quelle qu'en soit la cause, n'est-il pas conséquent à ma manière de voir que les attributs dont chacun a fixé notre attention d'autant plus que nous le connaissons mieux restent gravés dans la mémoire, tandis que le *nom proprement dit*, qui n'a point été l'objet de la même attention, de la même étude, s'en efface ; aussi plus d'un maître de *mnémotechnie* a-t-il eu recours, à ma connaissance, aux prescriptions les plus étranges pour faire retenir les noms propres. En définitive, les *attributs* comprenant les qualités, les défauts, des propriétés, des rapports quelconques d'un substantif propre, sont donc à notre égard dans la pensée les éléments de ce substantif même.

» Je renvoie à des écrits prochains l'application générale du principe de l'association des idées à la pédagogie, parce que, à mon sens, elle a été trop négligée dans les écoles ; j'y renvoie également beaucoup de propositions qui se rattachent à un tel affaiblissement de nos facultés, qu'elles perdent l'harmonie à laquelle elles sont subordonnées à l'état normal.

» *Seconde remarque.* — Elle est relative à ce qu'a dit M. le Dr Bouillaud de l'opinion de Flourens concernant la *faculté du cervelet* de *coordonner les mouvements*.

» Flourens n'est pas le premier qui ait considéré le cerveau comme l'organe des facultés intellectuelles proprement dites, et le cervelet comme un organe dont l'influence concerne les mouvements ; car Willis, entre autres, en attribuant aux lobes cérébraux le siége des facultés intellectuelles, considérait le cervelet comme l'organe producteur des esprits qui servent aux mouvements naturels et involontaires.

» Mais il y a aujourd'hui quarante-deux ans et cinq mois que, en rendant compte des tomes VIII et IX des volumes de l'Académie des siences, je m'exprimais en ces termes dans l'examen auquel je me livrais de deux Mémoires de Flourens

intitulés : *Expériences sur les canaux semi-circulaires de l'oreille, dans les oiseaux et les mammifères*.

« Les canaux semi-circulaires, au nombre de trois, deux » verticaux et un horizontal, forment avec le vestibule et le » limaçon, le labyrinthe ou l'oreille interne. Les canaux semi- » circulaires sont très-petits, et cependant les expériences de » Flourens démontrent qu'ils ont une influence très-remar- » quable dans l'économie animale. En effet, si vous coupez » sur un pigeon le canal horizontal de l'oreille droite et de » l'oreille gauche, sur-le-champ l'animal est en proie à de » violents mouvements de tête dans le sens horizontal de » droite à gauche et de gauche à droite ; s'il veut marcher, il » il perd en partie son équilibre ; s'il veut courir ou voler, il » leperd tout à fait ; enfin, au repos, il se tient sur ses pieds » et sa tête reste immobile ; d'ailleurs il voit, il entend, il a » tous ses instincts, il boit, il mange, très-souvent il tourne » sur lui-même, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

» L'ablation des canaux verticaux inférieurs donne lieu à » des phénomènes analogues, sauf ces différences notables, » que les mouvements de la tête, au lieu d'être horizontaux de » droite à gauche, sont verticaux de bas en haut et de haut en » bas et que l'animal ne tourne point sur lui-même, mais » qu'il se renverse souvent, malgré lui, sur le dos.

» L'ablation des canaux verticaux supérieurs est suivie de » mouvements violents de la tête, de haut en bas et de bas en » haut, mais l'animal, au lieu de se renverser sur le dos, » comme celui auquel on a coupé les canaux verticaux infé- » rieurs, tombe sur la tête et fait la culbute en avant. »

» Je reproduis maintenant textuellement les lignes suivantes du Mémoire de Flourens :

« ... Il ne l'est pas moins, enfin, de voir chacune de ces » parties (les divers canaux semi-circulaires) *déterminer* un » ordre ou une direction de mouvements si parfaitement con- » formes à sa propre direction. Ainsi les canaux horizontaux » *déterminent* un mouvement horizontal, les canaux verticaux » un mouvement vertical ; de plus, l'un des deux canaux ver- » ticaux, l'inférieur, est dirigé d'avant en arrière ; il *détermine* » un mouvement d'avant en arrière, etc. »

» Voici une observation critique sur ces lignes :

» Le mot *déterminant* n'est pas exact, car c'est l'*absence* de ces » canaux et non leur *présence* qui est la cause des phéno- » mènes si singuliers décrits par M. Flourens; c'est donc

» hors d'eux qu'il faut chercher cette cause, et dès lors il faut » les considérer, non plus comme des organes qui produi- » sent les phénomènes en question, mais comme des organes » qui les empêchent, au contraire, de se manifester.

» Ces mêmes phénomènes me semblent encore devoir con- » duire M. Flourens à *revenir sur sa méthode*, et en particulier » sur le rôle qu'il attribue au cervelet dans la coordination » des mouvements de locomotion, rôle qu'il a conclu des » phénomènes qui apparaissent à la suite de l'ablation de cet » organe. En effet, si les conséquences qu'il a déduites de » l'ablation des lobes cérébraux paraissent justes, ce n'est pas » seulement parce que cette opération fait disparaître un » ensemble de facultés déterminées, mais c'est encore parce » que l'expérience a appris que l'ablation de toute autre partie » ne fait point disparaître ces mêmes facultés. *Il est donc évi- » dent que la méthode de M. Flourens de conclure le siége d'une » faculté dans une partie déterminée du corps d'un animal n'est » satisfaisante qu'autant qu'il est démontré que l'ablation de toute » autre partie n'entraîne pas la destruction de cette même fa- » culté*.

» Si nous appliquons le *contrôle* dont nous venons de parler » à la conclusion que l'auteur a tirée de ses expériences, au » sujet du rôle qu'il assigne au cervelet d'être le siége de la » faculté de coordonner les mouvements de la locomotion, » nous verrons que la *contre-épreuve* de cette conclusion n'a » point été faite, et ce qui en prouve la nécessité, ce sont les » phénomènes amenés par l'ablation des canaux semi-circu- » laires, phénomènes qui ont tant de ressemblance avec ceux » qui résultent de l'enlèvement du cervelet que, si *l'auteur eût » commencé ses expériences par faire l'ablation des canaux, il » aurait eu autant de raisons de placer dans ces organes le siége » de la faculté de coordonner les mouvements de locomotion, qu'il » en a eu de les placer dans le cervelet.* »

» *Conclusions.* — 1° J'ai profité de l'occasion pour justifier auprès de l'Académie l'importance que j'attache, au double point de vue de la grammaire et des sciences du domaine de la philosophie naturelle, à la définition *du substantif propre* et àcelle de ses attributs.

» 2° Je pense avoir montré, dès 1834, l'impossibilité d'ad- mettre l'opinion de Flourens relative au cervelet, démons- tration qui a été pour moi, dès cette époque, l'occasion de fixer l'attention sur ce que la méthode que j'avais appliquée

à la chimie s'appliquait incontestablement aux recherches physiologiques de vivisection.

» M. le Dr Bouillaud ne pensera certainement pas que j'ai pris la parole pour le combattre. »

5° *Mémoire sur les localisations cérébrales et sur les fonctions du cerveau* ; par M. le Dr Ed. Fournié (*séance du 4 août* 1873).

Après avoir, au moyen d'une figure schématique, décrit la méthode qu'il a suivie pour déterminer les localisations cérébrales, M. Fournié expose comme il suit sa manière de voir touchant les fonctions du cerveau.

« Les cellules de la couche corticale du cerveau représentent sous forme de modalités dynamiques *in posse* toutes les notions acquises, et c'est aux connexions anatomiques qui unissent ces cellules aux couches optiques qu'elles empruntent la possibilité de réveiller successivement le centre de perception pour donner naissance aux phénomènes de mémoire.

» Le rêve, qui présente tant d'analogies avec la mémoire, n'est autre chose que le réveil du centre de perception par l'activité des cellules de la couche corticale, alors que ce même centre est fermé aux influences extérieures.

» Toutes les cellules de la couche corticale sont unies entre elles par leurs prolongements: elles peuvent donc réveiller mutuellement leur propre activité. Il suffit, en effet, que l'une d'elles fonctionne pour que le fonctionnement des unes ou des autres s'ensuive.

» Quant à l'ordre admirable qui préside au classement de toutes nos connaissances, nous le devons à l'intelligence sublime qui a tout créé: le cerveau est une tapisserie merveilleuse dont le Créateur a fourni le canevas et dont nous remplissons tous les jours les mailles.

» Jusqu'ici nous n'avons exposé qu'une partie de la fonction cérébrale, l'*excitant fonctionnel* et la *matière fonctionnelle*: cela n'est pas suffisant.

» La fonction des organes, en effet, ne consiste pas seulement à rassembler des éléments déterminés: la fonction suppose un but à atteindre et ce but n'est pas dans l'organe lui-même, mais en dehors de lui. Il faut donc que, par des mouvements particuliers, l'organe projette au dehors les éléments de sa fonction. Ces sont ces mouvements que nous désignons sous le nom de *mouvements fonctionnels*.

» Le cerveau qui se bornerait à sentir et à se souvenir vivrait en lui-même d'une certaine façon, mais personne n'en saurait rien ; pour que sa fonction soit complète, il faut que chacune de ses manières de sentir et de se souvenir se reflète au dehors d'une manière sensible. C'est ce qui a lieu, en effet, et c'est par des mouvements que le cerveau extériorise sa manière d'être.

» La route que nous avons assignée tout à l'heure au mouvement impressionneur, des nerfs sensitifs aux couches optiques et de ces dernières aux cellules de la couche corticale, n'est pas la seule voie suivie par le mouvement. Les couches optiques sont unies par des fibres spéciales à un autre noyau de cellules, que l'on désigne sous le nom de *corps striés*. C'est dans ce noyau que viennent aboutir toutes les fibres des nerfs du mouvement, placés à la partie antéro-latérale de la moelle, et nous avons vu l'abolition de tout mouvement succéder, chez les chiens vivants, à la destruction de ces organes. Dès lors, il nous a paru possible d'expliquer le mécanisme fonctionnel de tous les mouvements, volontaires ou involontaires.

» Les mouvements sont involontaires lorsque la cause impressionnante, un danger par exemple, est assez vive pour réveiller directement l'activité des corps striés et provoquer aussitôt, par l'intermédiaire des nerfs moteurs, un mouvement déterminé.

» Les mouvements sont volontaires lorsque la cause impressionnante donne le temps à l'attention de soumettre l'impression sentie à la pierre de touche des connaissances acquises, de réveiller par conséquent l'activité des cellules de la couche corticale. Ce n'est qu'après cet examen que l'impression dominante, dans les couches optiques, provoque, dans les corps striés, la détermination du mouvement qui lui est corrélatif.

» Dans le cas des mouvements involontaires, le mouvement exécuté est ce qu'on appelle vulgairement un *premier mouvement*. Dans le cas des mouvements volontaires, l'examen préalable a fait prévaloir, dans les couches optiques, une impression dominante qui donne, par ce seul fait, au mouvement exécuté, les caractères d'un mouvement raisonné et voulu. Les mouvements de la parole rentrent dans ces derniers mouvements.

6° *Sur les éléments conjonctifs de la moelle épinière*; par M. E. Ranvier (*séance du 1er décembre 1873*).

Il résulte des expériences de M. Ranvier que le tissu conjonctif de la moelle est formé par des faisceaux de fibres connectives et des cellules plates. Ce tissu se montre avec les mêmes caractères dans tous les organes et en particulier dans les cordons nerveux périphériques; mais, dans les centres nerveux, le rapport des faisceaux des cellules est tel, que les figures qui en résultent en ont imposé aux histologistes pour des cellules ramifiées.

7° *Tous les nerfs vasculaires ont-ils leur foyer d'origine, leur centre vaso-moteur dans le bulbe rachidien ?* par M. A. Vulpian (*séance du 16 février 1874*).

Du rapprochement d'un certain nombre de données expérimentales et cliniques, M. Vulpian conclut : 1° qu'on n'est pas en droit d'admettre un centre vaso-moteur unique, siégeant dans le lobe rachidien ; 2° que les nerfs vaso-moteurs ont, comme les nerfs musculo-moteurs de la vie animale, des centres spéciaux d'origine et d'action réflexe, échelonnés dans la substance grise de la moelle épinière; que chacun de ces centres peut agir isolément sur les fibres vaso-motrices auxquelles il donne naissance, et qu'il peut subir séparément diverses influences modificatrices qui font varier le *tonus* vasculaire.

8° *Anesthésie produite chez l'homme par les injections de chloral dans les veines* ; par M. le Dr Oré (*séance du 2 mars 1874*).

L'auteur se croit en droit de conclure : 1° que les injections intra-veineuses du chloral sont inoffensives ; 2° que le chloral mis en contact immédiat avec le sang produit rapidement une insensibilité absolue de longue durée.

Nous attendrons de nouveaux faits pour nous prononcer sur cette méthode contre laquelle, il faut le dire, ont protesté la majeure partie des praticiens.

9° *Hallucinations psychiques compatibles avec la raison*; par M. G. Buonsenti (*séance du 8 juin 1874*).

Tel est le titre d'un ouvrage inédit que l'auteur soumet au jugement de l'Académie.

Cet ouvrage écrit sous l'influence de l'hallucination religieuse

dont l'auteur a été la proie pendant près de trois ans, et qu'il a combattue par la raison et la science, contient, dit-il, des aperçus intéressants. Pendant deux ans il s'est soumis aux plus dures privations qui ont altéré sa santé, sans qu'il se sentît alors incommodé. Il est facile de suivre la disparition progressive de l'hallucination par les nombreuses lettres qu'il a écrites pendant cette période et qui sont reproduites dans son ouvrage.

10° *Note sur un phénomène physiologique produit par excès d'imagination*. Lettre de M. P. Volpicelli à M. Chevreul (*séance du 31 août* 1874).

« Vous qui avez si bien combattu les illusions relatives au pendule, à la baguette divinatoire et aux tables tournantes, veuillez me permettre de vous communiquer deux expériences que j'ai faites à Rome pour combattre d'autres illusions analogues, mais d'un genre tout physiologique.

» Un médecin, jouissant à juste titre d'une excellente réputation, soutient que, si l'on approche un aimant d'un sujet nerveux, le magnétisme agit sur lui de manière à troubler de diverses façons et notablement son état de santé. Je ne crois pas, pour ma part, à la cause magnétique de tels troubles, dont je ne conteste d'ailleurs pas la réalité ; mais je pense que l'imagination du sujet nerveux en est la véritable cause. Je fus invité par le savant professeur de médecine à expérimenter sur un sujet nerveux, à l'hôpital du Saint-Esprit, à Rome : j'acceptai cette courtoise invitation ; mais au lieu d'un aimant j'apportai un morceau de fer, qui n'était aucunement aimanté. Le malade eut à peine vu ce morceau de fer, qu'il tomba immédiatement en convulsions ; son imagination fut tellement exaltée, que nous pûmes observer des troubles nerveux d'une grande intensité.

» Je fis une seconde expérience. On mit un aimant dans la main d'un individu ayant également une maladie nerveuse : au bout de quelques secondes, il était déjà tellement surexcité qu'on dut le lui retirer. J'avais toujours la conviction que les troubles nerveux avaient été produits par la vue de l'aimant, et non par une action magnétique ; je pus, quelques jours après, m'en assurer par le procédé suivant. Le même individu devait présider une réunion scientifique ; je l'entourai de très-forts aimants que j'introduisis dans sa chaise, dans le tiroir de sa table et jusque sous ses pieds, mais sans qu'il pût avoir le

moindre soupçon de ces préparatifs. Pendant la séance, qui dura plus de deux heures, il n'eut aucun trouble nerveux, et, la séance étant terminée, il déclara, sur ma demande, qu'il était dans un parfait état de santé; seulement, quand il sut qu'il avait été entouré de puissants aimants, il manifesta autant de surprise que de crainte, comme s'il n'était pas sûr d'être encore bien portant.

» Il me semble que ces deux expériences sont suffisantes pour montrer que le magnétisme n'a aucun effet sur le système nerveux, et que la cause des effets produits par la présence d'un aimant doit être attribuée seulement à un effet d'imagination. Je viens de montrer que, si l'on peut approcher des malades un ou plusieurs puissants aimants, sans qu'ils soient vus ni même soupçonnés par eux, il n'en résulte aucun trouble ni aucun effet appréciable.

» Ce qui me semble intéresser le plus vivement les physiologistes, dans ces expériences, c'est l'étude des effets divers que produit l'imagination sur les gens nerveux, quand ils voient ou soupçonnent la présence de l'aimant. La diversité de ces effets conduira peut-être à quelques vérités nouvelles. »

11° *Anesthésie par l'injection intra-veineuse du chloral*; par M. Oré (*séance du 2 novembre 1874*).

Le nombre des opérations faites par M. Oré et d'autres praticiens, est aujourd'hui de 14 et toutes ont été suivies de succès.

M. Oré se sert d'une solution de 10 gr. de chloral pour 30 grammes d'eau. La dose de chloral nécessaire pour produire l'anesthésie complète varie de 5 à 8 grammes. Il n'injecte qu'un gramme par minute.

Cette opération nous paraît trop dangereuse pour que nous soyons tenté d'y avoir recours chez les aliénés.

12° *Sur les perceptions binauriculaires*; par M. F. P. Leroux (*séance du 16 avril 1875*).

Observations très intéressantes desquelles il résulte que les sons perçus par une oreille augmentent d'intensité lorsqu'un bruit plus ou moins intense vient frapper l'autre oreille.

13° *Nouvelle méthode de traitement du rhumatisme cérébral par l'hydrate de chloral ;* par M. E. Bouchut (*séance du 31 mai 1875*).

L'auteur résume comme il suit le résultat de ses observations:

Le déplacement du rhumatisme articulaire aigu et son transport dans les membranes du cerveau, appelé *rhumathisme cérébral* ou *méningite rhumatismale*, est généralement fort grave.

L'anatomie pathologique, l'ophthalmoscopie prouvent que cette complication du rhumatisme articulaire aigu n'est qu'une des formes de la méningite. L'examen des membranes du cerveau révèle une stase veineuse considérable avec une infiltration opaline de la pie-mère causée par de nombreux leucocythes.

L'ophthalmoscope qui permet de suivre dans le fond de l'œil le développement des altérations de la substance cérébrale et des méninges, fait découvrir une infiltration séreuse de la papille et de la rétine avoisinante avec dilatation des veines rétiniennes qui représentent des altérations semblables de la pie-mère et du cerveau.

Le rhumatisme du cerveau s'annonce par un délire plus ou moins violent, se terminant par le coma et par une asphyxie, parfois très-rapide, pouvant entraîner la mort en quelques heures.

Dans trois cas de ce genre, la guérison a été obtenue à l'aide de l'hydrate de chloral pris par la bouche à la dose de 3 à 6 grammes en une ou deux fois, coup sur coup, de façon à obtenir un apaisement immédiat de l'agitation offerte par les malades.

14° *Des signes ophthalmoscopiques différentiels de la commotion et de la contusion du cerveau ;* par M. Bouchut (*séance du 12 juillet 1875*).

L'auteur résume comme il suit le résultat de ses observations :

« Toutes les fois qu'un sujet tombé sur la tête a perdu connaissance et semble paralysé, il y a toujours à se demander si ce n'est là qu'un étourdissement passager, dû à la commotion du cerveau, ou bien, au contraire, s'il y a contusion de la substance nerveuse ou compression de cette substance par un épanchement sanguin ou séreux.

» L'ophthalmoscope, que j'ai employé pour la première fois

en 1865, pour éclairer ce diagnostic, donne les résulats les plus importants.

» S'il n'y a que commotion du cerveau, le nerf optique conserve sa forme, sa netteté et ses couleurs habituelles, et les veines rétiniennes, ainsi que la rétine, ne présentent aucune modification.

» S'il y a contusion du cerveau, avec ou sans inflammation consécutive, ou bien s'il y a épanchement séreux ou sanguin avec ou sans fracture du crâne, le nerf optique et la rétine sont malades; le nerf optique est gonflé, paraît aplati, d'un rose uniforme, parfois plus vasculaire ; ses contours sont moins nets, et il est le siége d'une suffusion séreuse, partielle ou générale qui s'étend à la rétine voisine sous forme de teinte opaline transparente, qui voile plus ou moins le bord pupillaire.

» Les artères diminuent quelquefois de volume, si la suffusion a gagné la gaîne du nerf optique, et les veines rétiniennes plus ou moins dilatées indiquent par la gêne de leur circulation une gêne semblable dans la circulation du crâne. »

15° *Considérations cliniques et expérimentales sur le système nerveux sous le rapport de son rôle dans les actes régis par les facultés auditives, instinctives et intellectuelles, ainsi que dans les actes locomoteurs dits volontaires ;* par M. Bouillaud (*séance du 19 juillet* 1875).

Nous ne pouvons que reproduire les conclusions de l'éminent professeur :

1° Le cerveau et le cervelet constituent une double condition absolument nécessaire (mais purement physiologique et non phychologique) de tous les actes auxquels président les facultés diverses de l'esprit ou de l'intelligence.

2° Comme le cervelet est le siége du principe coordinateur des mouvements de la marche et de divers exercices qui s'y rattachent, ainsi le cerveau lui-même, sans préjudice de ses autres usages, est le siége des centres coordinateurs des mouvements nécessaires à l'exécution d'un grand nombre d'actes intellectuels et de l'acte de la parole en particulier.

L. Lunier.

# BIBLIOGRAPHIE

*Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie. Compte rendu des observations recueillies à la Salpétrière, de* 1872 *à* 1875, par Bourneville, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société de biologie et de la Société anatomique, rédacteur en chef du *Progrès médical*. 1 vol. in-8°, Paris, 1876. Ad. Delahaye et Cie, libraires-éditeurs.

Comme son titre l'indique, ce volume contient des travaux cliniques et des recherches thérapeutiques. Ces dernières ont de l'importance parce qu'elles nous font connaître la valeur de certains médicaments employés dans l'épilepsie et l'hystérie. Le sulfate de cuivre et le monobromure de camphre semblent n'avoir que peu ou point d'efficacité dans la première de ces affections ; la glace, en applications locales, réussirait dans certains cas d'épilepsie et d'hystéro-épilepsie; le nitrite d'amyle, en inhalations, aurait sur les accès d'épilepsie et les attaques d'hystérie et d'hystéro-épilepsie une action incontestable. Quant à l'oxyde de zinc, les observations de M. Bourneville confirment pleinement les recherches de Herpin (de Genève).

La partie clinique comprend deux études, l'une sur l'état de mal épileptique avec une observation très-détaillée, l'autre sur l'hystéro-épilepsie. Les deux faits empruntés au service de M. Charcot et qui ont fourni les éléments de ce dernier travail, sont d'une lecture attachante, nous dirions presque dramatique; mais ils ne sont pas susceptibles d'analyse. Les accidents qui, par leur enchaînement, composent l histoire de ces malades, ont en effet été très-multiples et ont présenté une grande variété. Tandis que la première nous offre des attaques d'une violence extrême, des contractures passagères revêtant une forme rare — celle du crucifiement, — la seconde présente des attaques, violentes il est vrai, mais très-éloignées, des contractures permanentes, des hémorrhagies fréquentes et un trouble très-curieux de la sécrétion urinaire l'ischurie hystérique.

## Revue des Thèses (1).

FACULTÉ DE MONTPELLIER. (Année 1876).

6. — *Étude sur l'othématome ou tumeur sanguine de l'oreille;* par A. Mary, ex-interne de l'asile de Bassens (Savoie).

Cette thèse résume assez fidèlement tous les travaux antérieurs publiés sur la question. Le chapitre consacré au traitement mérite particulièrement d'être consulté ; l'auteur a tracé un tableau exact de toutes les méthodes thérapeutiques employées dans l'hématome du pavillon de l'oreille.

25. — *Considérations sur un cas d'éclampsie puerpérale* ; par L. Harmand.

32. — *De l'illusion en général. Des sensations visuelles comme causes d'illusions*, par Albert Mairet, interne à l'hôpital général (asile des aliénés).

Voici comment M. Mairet définit ce symptôme morbide : « L'illusion est une idée figurative, résultat soit d'une sensation anormale, soit d'une sensation anormalement transmise, ou anormalement perçue, ou anormalement transformée, sensation que l'intelligence ne rectifie pas, ou que, entraînée par l'imagination ou dominée par une idée, elle interprète dans le sens de cette dernière. » Cette définition, très-complexe, suppose une théorie physiologique de la sensation, ou plutôt de la transformation de l'impression en idée, pour employer les termes de l'auteur ; car pour lui le mot sensation n'a qu'une signification très-restreinte, ce n'est que la transformation, la modification produite dans l'appareil sensoriel externe par une impression. Tout le premier chapitre est consacré à l'étude des différentes étapes que suit une impression quelconque, qui, après s'être transformée « dans la membrane où vient s'épanouir le nerf chargé de conduire la sensation aux centres nerveux », devient perception simple ou brute dans la protubérance annulaire ou dans les ganglions de la base du cerveau et enfin se métamorphose en perception vraie ou idée dans les cellules de la région corticale. Le deuxième chapitre traite de l'illusion en général. Après avoir exposé les différentes définitions de ce processus morbide données par les auteurs classiques, M. Mairet s'applique à démontrer qu'ils l'ont sou-

(1) On peut se procurer toutes ces thèses chez M. Coccoz, libraire, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, à Paris.

vent confondu avec l'hallucination, et cela parce qu'ils n'ont pas fait, dans ce dernier phénomène, la part de ce qu'il appelle les sensations subjectives. Il faudrait donc admettre deux sortes d'illusions, identiques au point de vue de leur manifestation, leur cause seule étant différente. En effet, « tandis que » dans les illusions objectives, c'est le monde extérieur qui » fournit la trame sur laquelle se brode la perversion senso- » rielle ; dans les illusions subjectives, ce sont nos propres » organes qui nous fournissent cette trame. Dans l'une et » dans l'autre de ces illusions, il y a d'abord impression sur » l'organe sentant, impression qui détermine une sensation, » sensation qui sera, dans les illusions subjectives, de même » nature que celle venant de l'extérieur... Cette sensation » suivra les mêmes voies de transmission, arrivera au même » centre perceptif, et aura, pour se transformer en idée, les » mêmes appareils et par conséquent pourra être le point de » départ des mêmes phénomènes psychiques. » La sensation subjective, point de départ de l'illusion subjective, a pour cause une altération des organes des sens que l'examen direct permet de constater. On voit, par ces citations, que M. Mairet élargit le cadre de l'illusion en y faisant entrer un grand nombre de faits d'hallucination. Comme application de sa théorie, il étudie, dans un troisième et dernier chapitre, les sensations visuelles comme causes d'illusions. Suivant le plan tracé dans l'avant-propos, ce travail devait contenir plusieurs autres parties consacrées à la description des illusions de chacun de nos sens, à leur étude clinique et enfin à l'anatomie et à la physiologie pathologiques. En traçant ce cadre, notre confrère s'est pour ainsi dire engagé vis-à-vis du public et nous espérons que, poursuivant ses études, il nous livrera bientôt l'œuvre telle qu'il l'a conçue et que l'exiguïté d'une thèse inaugurale ne lui permettait pas d'embrasser dans sa totalité.

33. — *De l'hystérie essentielle chez l'homme* ; par M. de Agussol.

Cette affection est, depuis quelques années, particulièrement étudiée ; elle a fait le sujet de plusieurs thèses à la faculté de Paris, et de nombreuses observations ont été publiées dans les recueils périodiques. M. Agussol a résumé avec soin tous ces travaux, en y ajoutant un fait inédit.

39. — *De la manie dans Cervantès* ; par E. Louveau.

« Mon ami, lisez *Don Quichotte*, » répondit un jour Sydenham un médecin qui lui demandait par l'étude de quels au-

teurs il devait se préparer à l'exercice de l'art. Boutade quand il s'agit de la médecine générale, cette répartie de l'Hippocrate anglais, appliquée à l'étude de l'aliénation mentale, ne manque pas d'une certaine finesse et de beaucoup de vraisemblance. L'illustre Cervantès, en effet, qui était un observateur profond et sagace, avait visité les manicômes de son pays et y avait acquis des connaissances assez étendues sur la folie, connaissances qu'il sut appliquer avec le succès que l'on sait, dans son immortel roman. La tâche que s'est imposée M. Louveau de faire connaître les titres de Cervantès comme manigraphe, l'a-t-il remplie? Il y avait deux manières de traiter le sujet : l'auteur a choisi la plus facile. Il n'a vu que le côté littéraire, oubliant trop la science et l'érudition; nous disons l'érudition, car l'auteur semble complétement ignorer les travaux antérieurs, publiés sur cette question, et en particulier les pages que lui a consacrées le médecin espagnol Morejon, et que M. Guardia a fait connaître au public français. (*Etude médico-psychologique sur Don Quichotte*. Paris 1858.)

45. — *Du délire apyrétique consécutif au rhumatisme articulaire aigu;* par Louis Wackenthaler.

Se basant sur cinq observations détaillées, dont l'une inédite, l'auteur a essayé de tracer un tableau aussi complet que possible de la folie consécutive au rhumatisme articulaire aigu. Les sujets observés sont tous des délirants à forme dépressive ; ainsi ils manifestent des craintes sur leur santé, sur leur honneur, sur leur fortune ou celle de leurs parents. Trois d'entre eux présentent même cette curieuse particularité qu'ils se croient morts et partent de cette idée pour repousser tous les soins, les aliments, etc. Avec cela, hallucinations de la vue et de l'ouïe. — La pathogénie de la folie rhumatismale a été, comme l'on sait, l'objet d'un grand nombre de travaux et de discussions dans les sociétés savantes. M. Wackenthaler, nous le regrettons, ne nous a donné de cette importante question qu'une esquisse bien incomplète. Nous sommes forcé d'en dire autant du pronostic et du traitement, qui forment le sujet du troisième et dernier chapitre.

56. — *De l'influence exercée par la consanguinité sur les qualités de la descendance;* par P. F. Py, ex-interne des hôpitaux de Toulouse.

M. Py, qui est anti-consanguiniste, cite en faveur de ses théories de nombreux faits empruntés à la pathologie humaine

et à la pathologie comparée ; mais il semble ignorer complétement les faits et les arguments de ses adversaires. Il conclut à la défense par la loi de tout mariage consanguin : « Je ne vois pas, dit-il, une atteinte à la liberté individuelle dans une prohibition absolue, qu'on ne saurait enfreindre pour aucun motif. Aujourd'hui que la loi du nombre fait tout, il me semble juste de l'invoquer plutôt pour cinq ou six enfants qui seront malheureux, que pour deux consanguins qui ont souvent des motifs moins nobles à faire valoir. » Ce dernier argument, qui termine la thèse, me semble porter à faux, surtout quand on s'est appliqué à prouver dans un long chapitre la stérilité des mariages consanguins.

66. — *Étude médico-légale sur un cas de folie épileptique ;* par E. Marandon de Montyel, interne de l'asile d'aliénés de Montauban.

C'est le cas d'un épileptique larvé qui, dans un de ses accès, a tenté de tuer sa femme, puis de se suicider, après avoir incendié sa maison. La discussion qui suit l'historique des faits, prouve de la part de l'auteur des connaissances sérieuses en pathologie mentale et en médecine légale ; aussi nous ne doutons pas — quoique M. de Montyel ait oublié de nous faire connaître la résolution prise par les magistrats — que ses conclusions aient été adoptées et le malade conservé d'office dans l'asile d'aliénés.

Dr Ant. Ritti.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Des hémorrhagies cérébrales intra-ventriculaires ; par M. le Dr Gallopain. Paris, 1877 ; br. in-8° de 40 p.

— Del criterio degli atti del folle da quelli del delinquente meritevole della punizione attenuata ; par M. le Dr Gennaro Marini. Naples, 1877 ; br. in-8°.

— Education and care of idiots, imbeciles, and harmless lunatics ; report of a special committee of the charity organisation Society. London, 1877, br. in-8° de 40 p.

— Uebersicht der Schweizerischen irren und Idioten Amstalten ; par M. le Dr Albrecht Erlenmeyer ; 4e édit. Neuwied, 1877 ; br. in-8° de 16 p.

— Twenty annual report of the trustees of the state lunatic hospital at Northampton. Boston, 1877.

— Report of the Pensylvania hospital for the insane ; for the year 1876. Philadelphia, 1877.

— Insanity in the middle States ; par le Dr Edward C. Mann ; 1875 ; br. in-8°.

— Rendiconto delle ricerche sperimentali eseguite nel cabinetto di fisiologia della universita di Siena ; par le Dr Pietro Albertoni ; br. in-8° de 75 p.

— Annual report of the royal Edinburgh Asylum for the insane, for the year 1876 ; Morningside, 1877 ; br. in-8°.

— The West Riding lunatic asylum medical report ; par MM. Crichton Browne et Herbert major ; London, 1876, vol. in-8°, t. VI.

Les principaux articles contenus dans ce 6e volume sont les suivants :

1° Histologie de l'insula de Reil ;
2° Le poids du cerveau chez les aliénés.
3° Classification et nomenclature des maladies nerveuses.
4° Observation sur l'influence des différents alcaloïdes sur la production de la chaleur animale.
5° De l'hyoscyamine dans le traitement de quelques-unes des maladies des aliénés.
6° Des périodes critiques (climateric period) dans leurs rapports avec la folie.
7° Considérations sur certains cas d'aliénation mentale mal déterminés (Borderland of insanity).
8° De la conformation du crâne des aliénés et des criminels.
9° Notes sur la pathologie de la paralysie générale.
10° Note sur la thérapeutique de quelques maladies du système nerveux.
11° Sur les épilepsies et les effets consécutifs des convulsions épileptiques.

THÈSES DE PARIS (année 1876, suite et fin).

377. Pivion. Etudes sur les troubles de l'intelligence, des penchants, de la sensibilité et de la mobilité chez les épileptiques.

380. Bentéjac. Des lésions trophiques des nerfs et des muscles dans la paralysie saturnine.

386. Regard. Considérations critiques sur l'équilibre des liquides dans la cavité crânienne ; application au sommeil naturel.

419. Picqué. Essai de géographie médicale ; contribution et étude de l'alcoolisme considéré sous le rapport de sa répartition sur les différents points du globe.

432. Martin. Considérations sur la nature et le traitement de l'éclampsie puerpérale.

448. Devilliers. Des agents anesthésiques au point de vue du diagnostic de certaines affections et notamment des affections simulées.

452. Cartier. Quelques considérations sur la symptomatologie et la nature de la chorée.

468. Bréchot. Considérations sur les accidents cérébraux, à forme délirante et comateuse qui surviennent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.

512. Calvet. Essai sur le morphinisme aigu et chronique.

## Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

*Assemblée générale du 30 avril 1877.*

Présidence de M. Baillarger.

L'assemblée s'est tenue, comme les années précédentes, au domicile du président, rue de l'Université, 8.

M. Billod fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier, qu'il avait été chargé d'examiner conjointement avec M. Labitte et déclare qu'après examen, il a trouvé les comptes exacts et les pièces à l'appui régulièrement établies.

M. le Président donne communication de deux lettres par lesquelles on lui annonce : 1° que le Ministre de l'intérieur confirme à l'Association la subvention de 1,500 fr ; 2° que le département de la Seine continue également à la Société une allocation de 1,000 francs.

L'assemblée décide à l'unanimité que des remerciements seront adressés à M. le Ministre de l'intérieur et à M. le Préfet de la Seine.

M. le Président donne la parole à M. le Dr Mitivié, secrétaire, pour la lecture du rapport annuel.

Messieurs,

Comme les années précédentes, en commençant ce court rapport sur la situation morale et financière de notre Association, je m'acquitterai du douloureux devoir de vous faire connaître les noms des membres que la mort nous a enlevés, et auxquels nous rendrons un dernier hommage. Ces pertes s'élèvent au nombre de quatre.

1° Le Dr Planque, médecin en chef de l'asile privé de Lommelet (Nord), membre sociétaire de notre Association, décédé le 1er juin 1876, à l'âge de 38 ans.

2° Le Dr Louis Evrat, directeur-médecin honoraire de l'asile de Saint-Robert, dont il fut le véritable créateur et à la tête duquel il resta de 1844 à 1864, lui consacrant tout ce qu'il avait de forces, d'intelligence et de dévouement. Il était membre correspondant de la Société médico-psychologique, président honoraire de la Société de médecine de Grenoble, chevalier de la Légion d'honneur, membre sociétaire de notre Association ; il est décédé le 22 novembre 1876, à l'âge de 81 ans.

3° Le Dr Constant Védie, membre sociétaire, décédé le 3 décembre 1876, à l'âge de 61 ans, après avoir été successivement attaché aux asiles de Rouen, de Lafond près la Rochelle, de Blois, d'Evreux et enfin d'Alençon, témoin de ses derniers travaux.

4° Le Dr Bourgarel, membre sociétaire, décédé en 1876, médecin de l'asile de Bourg.

Les divers établissements témoins des labeurs de ces infatigables serviteurs du malheur conservent le souvenir des services qu'ils ont rendus et comme médecins et comme administrateurs.

Telles sont, Messieurs, les pertes que nous avons à déplorer. La mémoire de ces dignes confrères restera honorée parmi nous, et nous joindrons nos regrets à ceux déjà exprimés sur leur tombe. Leurs noms iront grossir la déjà trop longue liste nécrologique de notre Association: douloureux relevé conservé dans nos archives, mais aussi glorieux souvenir et glorieux parchemin de la famille aliéniste qui peut regarder l'avenir la tête haute et fière si elle sait s'inspirer des grands exemples laissés à divers titres par ses devanciers. A cela elle ne faillira pas.

A ces pertes nous ajouterons une retraite volontaire. Le vénéré M. Trélat nous a envoyé sa démission de membre fondateur. Si, devançant pour nous les décrets de la Providence, il ferme notre bouche à l'éloge, il nous permettra de lui dire que son concours nous honorait et que son immuable décision nous inspire à tous d'unanimes regrets.

Ces pertes et cette démission laisseraient à 116 le nombre de membres de l'Association si nous n'avions pas à souhaiter la bienvenue à deux nouveaux sociétaires:

M. le Dr Doutrebente, médecin de l'asile de Montdevergues;

Et M. le Dr Lacuire, médecin de l'asile de Bourg.

Notre effectif se monte donc à 118 membres se décomposant ainsi:

| | |
|---|---|
| Membres fondateurs. . . . . | 55 |
| Membres sociétaires . . . . . | 60 |
| Membres honoraires . . . . . | 3 |
| Total. . . . . | 118 |

A nous, Messieurs, à faire de nouvelles recrues. Assurément, notre Association ne peut s'accroître indéfiniment, cependant

une vingtaine de médecins aliénistes se tiennent encore à l'écart; nous serions heureux de les voir entrer dans nos rangs, et je vous demande de suppléer à l'insuffisance de ma parole pour leur faire comprendre les bienfaits de notre œuvre.

Les recettes ont atteint en 1876 la somme de 8295 fr. 50 c. ainsi réparties.

| | fr. | c. |
|---|---|---|
| Cotisations | 3040 | » |
| Subvention ministérielle | 1500 | » |
| Allocation du département de la Seine | 1000 | » |
| Souscriptions d'asiles | 900 | » |
| Intérêts de capitaux | 1835 | 50 |
| Total | 8295 | 50 |

Ces chiffres, Messieurs, vous montrent que le Ministère de l'intérieur et le département de la Seine nous continuent leur bienveillant appui; nous les en remercions, et voudrions voir cet exemple suivi par les autres départements. Nous ne pouvons que recommander notre œuvre aux médecins directeurs d'asile; à eux de prendre en main notre cause auprès des administrations départementales et des conseils généraux. En le faisant ils plaideront une cause juste qui ne sera satisfaite que lorsqu'il n'y aura plus un seul vieux médecin d'asile en souffrance, une seule veuve à soulager, une seule orpheline à élever.

Nous savons qu'un certain nombre d'asiles en dehors de nous contribuent au même but: à ceux-là nous ne demandons rien; mais les autres, nous les convions à suivre l'heureuse initiative de M. Billod et à imiter les asiles dont les noms suivent, et qui restent au nombre de onze, puisque nous n'avons pas de nouvelle souscription à enregistrer.

Ces asiles sont :

| | fr. | c. |
|---|---|---|
| Asile de Dôle | 100 | » |
| de Montdevergues | 100 | » |
| d'Aix | 50 | » |
| Saint-Dizier | 50 | » |
| Quatre-Mars | 100 | » |
| Saint-Yon | 100 | » |
| La Roche Gandon | 100 | » |
| Saint-Lizier | 50 | » |
| Auxerre | 100 | » |
| Prémontré | 100 | » |
| Armentières | 100 | » |
| 11 asiles produisant un total de | 950 | |

Les dépenses et achats de valeurs de l'exercice 1876 se montent à la somme de 8128 fr. 55 c.

Se décomposant ainsi :

| | fr. | c. |
|---|---|---|
| Secours à deux veuves de fonctionnaires ayant appartenu au service des aliénés. . . . . | 1.000 | » |
| Secours à un médecin directeur honoraire et membre fondateur. . . . . | 600 | » |
| Secours à un ancien interne de Charenton. . . | 100 | » |
| — à un ancien interne d'asile. . . . . | 50 | » |
| Secours à cinq veuves de médecins d'asiles, membres fondateurs ou sociétaires. . . . . | 2.950 | » |
| Frais d'administration. . . . . | 63 | 50 |
| Placement de fonds : achat d'un titre de rente 5 0/0 de 160 francs . . . . . | 3.365 | » |
| Total. . . . . | 8.128 | 55 |

Ce nouveau placement de fonds porte le capital placé au chiffre total de 38.898 fr. 20 c. calculé au prix d'achat savoir :

| | fr. | c. |
|---|---|---|
| 1 titre de rente 5 0/0 de 810. . . . . | 20.870 | 20 |
| 2 titres de rente 3 0/0 de 160. . . . . | 3.243 | 55 |
| 43 obligations du Midi. . . . . | 13.465 | 80 |
| 4 obligations Lyon. . . . . | 1.318 | 65 |
| Total. . . . . | 38.892 | 80 |

A cette somme il faut ajouter au 31 octobre 1876 :

| | fr. | c. |
|---|---|---|
| Sommes à recouvrer pour 1875. . . . . | 90 | » |
| — — pour 1876. . . . . | 330 | » |
| Total. . . . . | 420 | » |

Inutile d'ajouter, que depuis la clôture de l'exercice, la presque totalité de cette somme de 420 fr. a été recouvrée.

Depuis notre fondation nous avons donc pu distribuer en secours la somme totale 25.900 fr. et préparer l'avenir par un capital acquis de 38.898 francs.

*Récapitulation des recettes de 1865 à 1877.*

| ANNÉES. | COTISATIONS. | SOUSCRIPTIONS des asiles, allocations ministér. et départem. | DONS plus-value et valeurs rembour-sés. | INTÉRÊTS des capitaux, rachat de cotisation. | TOTAUX. |
|---|---|---|---|---|---|
| 1865 et 1866.. | 5.800 | » | » | 58 40 | 5.858 40 |
| 1867 . . . . . | 3.630 | 100 | 1.375 | 243 55 | 5.348 55 |
| 1868 . . . . . | 3 590 | 875 | » | 377 30 | 4.842 30 |
| 1869 . . . . . | 3.600 | 650 | » | 530 15 | 4.780 15 |
| 1870 . . . . . | 3.664 | 725 | » | 638 65 | 5.027 6 |
| 1871 . . . . . | 3.405 | 650 | » | 723 60 | 4.778 60 |
| 1872 . . . . . | 3.370 | 1.200 | » | 784 75 | 5.354 75 |
| 1873 . . . . . | 3.380 | 2.150 | » | 1.001 45 | 6.571 45 |
| 1874 . . . . . | 3.335 | 2.250 | 1.404 75 | 1 486 » | 8.475 75 |
| 1875 . . . . . | *3.235 | 2.450 | » | 1.772 » | 7.457 » |
| 1876 . . . . . | *3.310 | 3.450 | » | 1.865 50 | 8.625 50 |
| Total . . . | 40.349 | 14.500 | 2.779 75 | 9.451 35 | 67.120 10 |

* Y compris les restes à recouvrer.

*Récapitulation des dépenses de 1865 à 1877.*

| ANNÉES | SECOURS | FRAIS d'administration. | TOTAUX. |
|---|---|---|---|
| 1865 et 1866 | 650 | 146 50 | 796 50 |
| 1867 | 1.550 | 64 45 | 1.614 45 |
| 1868 | 1.950 | 144 40 | 2.094 40 |
| 1869 | 1.500 | 51 70 | 1.551 70 |
| 1870 | 1.300 | 51 40 | 1.351 40 |
| 1871 | 1.800 | 66 60 | 1.866 60 |
| 1872 | 2.200 | 78 65 | 2.278 65 |
| 1873 | 3.200 | 147 30 | 3.347 30 |
| 1874 | 3.250 | 74 65 | 3.324 65 |
| 1875 | 3.800 | 51 90 | 3.851 90 |
| 1876 | 4.700 | 63 55 | 4.763 55 |
| | 25.900 | 940 80 | 26.840 80 |

Les recettes de l'année courante peuvent s'évaluer approximativement et au minimum à 8.550 fr. savoir :

| | fr. |
|---|---|
| Cotisations. . . . . | 3.100 » |
| Souscriptions d'asiles. . . . . | 950 » |
| Allocation ministérielle. . . . . | 1.500 » |
| Allocation du département de la Seine. . . . . | 1.000 » |
| Intérêts de capitaux. . . . . | 1.900 » |
| | 8.450 » |

Sur cette somme, conformément à l'article 16 des statuts, nous pouvons distribuer en secours 5.600 francs.

Le conseil s'est régulièrement assemblé et dans ses dernières séances a alloué sur l'exercice 1877 les secours suivants :

| | |
|---|---|
| A un médecin directeur honoraire et membre fondateur. . . . . | 600 » |
| A cinq veuves d'anciens médecins d'asiles membres fondateurs ou sociétaires. . . . . | 2.000 » |
| | 2.600 » |

Ces secours donnés laissent une somme disponible de 3,000 fr. sur laquelle le conseil a décidé de vous proposer :

1° La continuation des secours de 600 et 200 fr. que vous avez accordés depuis notre fondation à deux veuves de fonctionnaires du service des aliénés, qui ne faisaient pas partie de l'Association.

2° La faculté d'augmenter de 200 fr., le premier des secours, si dans le courant de l'année le conseil le juge nécessaire.

3° L'allocation du secours de 100 fr. à un ancien interne de Charenton.

Ces différents secours versés laisseront une somme de 1.900 fr. pour pourvoir aux nouveaux besoins qui peuvent surgir dans l'année et auxquels votre conseil s'empresse de répondre après sérieux examen.

Ces propositions sont votées à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT : Par application de l'article 9 des statuts, nous devons procéder au renouvellement partiel du conseil.

Les membres sortants et réelligibles sont :

MM. Baillarger, Brierre de Boismont, Constans, Lunier, Mitivié.

Ces membres sont réélus à l'unanimité.

La séance est levée à 4 heures.

# VARIÉTÉS

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du 15 décembre 1875* (omission). M. le Dr DELAPORTE, médecin en chef de la section des femmes à l'asile de Maréville, a été nommé directeur-médecin de l'asile de Fains (Meuse), en remplacement de M. de BROUILLY, directeur, admis à faire valoir ses droits à la retraite, et M. SIZARET, nommé médecin en chef de la section des femmes de l'asile de Maréville.

— *Arrêté du 15 avril 1876* (omission). M. le Dr DELAPORTE, directeur-médecin de l'asile de Fains, est promu à la 2e classe de son grade (5,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er janvier.

— *Arrêté du 30 janvier 1877* (régularisation). M. le Dr FABRE, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse (Seine), est promu à la 2e classe de son grade (3,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er janvier 1874.

— Par arrêté de M. le Préfet des Côtes-du-Nord, en date du 9 avril 1877, M. le Dr Adrien FÈVRE, ancien médecin adjoint des asiles de Toulouse et d'Armentières, a été nommé médecin en chef de l'asile privé de Dinan (Côtes-du-Nord), en remplacement de M. le Dr Richard, décédé. Le traitement de M. Fèvre a été fixé à 3,500 francs.

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Depuis que nous avons publié dans les *Annales* (numéro de janvier) la liste des membres de la Société médico-psychologique, elle a élu successivement :

1° Dans la séance du 26 février : comme membres titulaires, MM. les Drs MEURIOT, GOUJON et ESPIAU DE LAMAESTRE.

2° Dans la séance du 26 mars : comme membre titulaire, M. le Dr Paul MOREAU (de Tours), et comme membre correspondant, M. le Dr MORDRET, médecin en chef de l'asile du Mans.

3° Dans la séance du 30 avril : comme membre associé étranger, M. le Dr Rothé, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Varsovie.

4° Dans la séance du 28 mai : comme membre correspondant, M. le Dr Prosper DESPINE, de Marseille.

Nous dirons à cette occasion que c'est par erreur que M. le Dr Laussedat, député, a été inscrit sur la liste des membres de la Société comme associé étranger ; M. Laussedat est membre correspondant.

## PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

*Mémoires reçus pour les prix de 1877.*

*Prix Civrieux* : Deux mémoires portant pour épigraphes : N° 1 : « Guérir est le but de la médecine. »

N° 2 : « Appliquons-nous à la recherche des moyens par lesquels l'art peut seconder la nature et partager avec elle l'honneur de la guérison. » (Bouillaud).

*Prix Saint-Lager.* Néant.

### LA CHAIRE DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A LA FACULTÉ DE PARIS.

On lit dans le *Journal officiel* du 24 avril 1877 :

— Par décret en date du 18 avril 1877, il est créé à la Faculté de médecine de Paris une chaire clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.

— Par décret en date du 18 avril 1877, M. Ball, docteur en médecine, agrégé, est nommé professeur de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris.

— Si la création d'une chaire de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris s'est fait attendre si longtemps, il faut l'attribuer surtout, croyons-nous, aux hésitations de la Faculté et du Ministre en ce qui concerne le mode de nomination du nouveau professeur et plus tard le choix du praticien qu'il convenait d'appeler à occuper la chaire dont la création avait été si difficile à obtenir (1).

Les inspecteurs généraux du service des aliénés, officiellement consultés à ce sujet, avaient demandé que la nouvelle chaire fût mise au concours, et ils étaient d'accord en cela avec l'immense majorité des médecins.

Cette manière de voir n'a pas prévalu et la Faculté invitée à dresser une liste de candidats, a présenté :

En première ligne : M. Ball, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

En seconde ligne : M. Magnan, médecin de l'asile Ste-Anne.

En troisième ligne : M. Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière.

En quatrième ligne : M. Ach. Foville, directeur médecin de l'asile de Quatre-Mares.

L'administration n'a pas encore pris de décision au sujet du service qui sera mis à la disposition du nouveau professeur ; la question est à l'étude.

### COURS ET CLINIQUES DES MALADIES MENTALES A LA FACULTÉ DE NANCY.

M. le Dr Christian, médecin en chef de la division des femmes à l'asile de Maréville, près Nancy, a été autorisé par M. le Ministre de l'instruction publique à ouvrir un cours sur les maladies mentales à la Faculté de Nancy. Ce cours a été ouvert le 25 avril dernier au milieu d'un concours nombreux d'étudiants.

---

(1) Est-ce à ces hésitations qu'il faut attribuer la rédaction quelque peu incorrecte et contradictoire des deux décrets que nous venons de reproduire?

L'enseignement théorique du Dr Christian sera prochainement complété par des leçons de clinique à l'asile de Maréville.

(*La Revue médicale de l'Est* du 15 mai 1877.)

L'ENSEIGNEMENT OFFICIEL DES MALADIES MENTALES A LYON.

Par décret en date du 24 avril 1877, M. le Dr Arlbaud, directeur de l'asile des aliénés de Bron (Rhône), a été nommé *chargé de cours* dans la chaire de clinique mentale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Par le même décret, MM. les Drs Carrier et Cobrat, médecins des hôpitaux de Lyon, ont été nommés agrégés pour les maladies mentales près la même faculté.

(*Journal officiel* du 27 avril 1877.)

SERVICE DES ALIÉNÉS DE LA SEINE. — RELEVÉ DES PLACEMENTS D'OFFICE EN 1876.

Le nombre total des malades envoyés à l'infirmerie spéciale près la Préfecture de police a été, en 1876, de 2.809, dont 1.677 hommes et 1.132 femmes.

644 hommes et 672 femmes avaient été amenés sur la demande de la famille, des amis ou des voisins ; 450 hommes et 239 femmes, soit 694, ont été arrêtés sur la voie publique ayant commis des délits insignifiants ou s'étant livrés à des actes de folie. 683, dont 406 hommes et 197 femmes avaient été traduits devant la justice qui les avait soumis, avant d'entamer les poursuites, à un examen médical. 92 hommes et 24 femmes étaient condamnés à des peines diverses.

Sur ce nombre, 2.009 ont été dirigés sur l'asile Sainte-Anne pour de là être répartis dans les divers établissements départementaux ; 26 ont été placés soit à Charenton, soit dans des maisons de santé privées, à la demande des parents ; 33 ont dû être transférés dans les hôpitaux comme atteints de maladies où le délire n'était qu'une expression symptômatique secondaire ; 651, dont 462 hommes et 189 femmes, ont été remis en liberté, n'ayant pas été reconnus aliénés. L'alcoolisme est représenté, dans le total de 2.809 par 633 hommes et 143 femmes, ensemble 776, ou plus d'un tiers.

(*Archives générales de médecine*, février 1877.)

ALIÉNÉS ET ÉPILEPTIQUES APPARTENANT A LA POPULATION RÉGLEMENTAIRE DES MAISONS CENTRALES.

Paris, 6 février 1877.

M. le Préfet, j'avais adressé, le 8 juin dernier, à plusieurs de vos collègues, une circulaire relative au placement, dans le quartier spécial de la maison centrale de Gaillon, des aliénés et épileptiques appartenant à la population réglementaire des maisons centrales

A l'époque de la création de ce quartier, on n'avait pas d'éléments pour évaluer, même approximativement, le nombre des condamnés des deux catégories sus-mentionnées qui pour-

raient y être transférés. Aussi avais-je cru devoir me borner, provisoirement, à en recruter la population dans les départements les plus rapprochés de Gaillon.

Aujourd'hui, il y a lieu de présumer que le quartier spécial suffira pour tous les aliénés et épileptiques, si l'on a soin, comme on l'a fait jusqu'à présent, de n'y admettre ni les condamnés simplement atteints de démence sénile, ni les aliénés et épileptiques parvenus à un âge trop avancé ou dont la situation ne semblerait pas offrir de chances de guérison, ni ceux enfin dont le maintien dans les maisons centrales ne présente pas de danger pour l'ordre et la discipline. Je vous adresse, en conséquence, ainsi qu'aux directeurs des établissements pénitentiaires situés dans votre département, un exemplaire de la circulaire du 8 juin, et je vous prie d'assurer l'exécution des dispositions qu'elle renferme (Voy. *Annales médico-psychologiques*, 1876, t. XVI, p. 456).

Recevez, etc.

Le président du conseil, ministre de l'intérieur,
Jules Simon.

DU TRANSFÈREMENT AU QUARTIER SPÉCIAL DE LA MAISON DE GAILLON DES DÉTENUS ALIÉNÉS ET ÉPILEPTIQUES.

Paris, le 25 avril 1877.

Monsieur le directeur, les certificats délivrés par les médecins des maisons centrales et autres établissements pénitentiaires, à l'appui des demandes à fin de transfèrement de condamnés aliénés ou épileptiques au quartier spécial annexé à la maison centrale de Gaillon, sont quelquefois très-incomplets et donnent rarement des renseignements sur le début et la marche de la maladie. Ces certificats notamment ne font pas le plus souvent connaître, en ce qui concerne les épileptiques, si les médecins ont assisté aux accès et ont pris toutes les précautions recommandées par la science pour s'assurer qu'ils n'avaient pas devant eux des simulateurs.

Plusieurs condamnés transférés au quartier spécial de Gaillon comme épileptiques, ont renoncé à simuler plus longtemps, quand ils se sont vus attentivement surveillés. J'ai dû les faire réintégrer dans les établissements d'où ils avaient été extraits.

Ces faits regrettables ne se seraient pas produits, si les demandes d'envoi au quartier spécial de Gaillon avaient été précédées d'un examen plus attentif des condamnés qui en faisaient l'objet.

Je vous prie d'inviter les médecins à apporter tous leurs soins à la rédaction des certificats de maladie, ainsi qu'à celle des renseignements qui doivent remplir le cadre annexé à la circulaire d'ensemble du 20 mars 1869.

Recevez, monsieur le directeur, l'assurance de ma considération très-distinguée.

*Pour le président du conseil, ministre de l'intérieur et par délégation :*

Le directeur de l'administration pénitentiaire,
Choppin.

### LE TEMPS PASSÉ DANS UN ASILE PAR UN CONDAMNÉ DEVENU ALIÉNÉ DOIT ÊTRE COMPTÉ POUR L'ACCOMPLISSEMENT DE SA PEINE.

Bien que des jurisconsultes des plus éminents, notamment Chauveau, Faustin-Hélie et Sellyer, prétendent que l'aliéné est dans l'impossibilité d'exécuter sa peine et que par suite le temps passé dans un asile ne doit pas lui être compté pour l'accomplissement de cette peine, aucun texte de loi ne donne à l'administration le droit de retenir le condamné qui a passé dans un asile ou un hôpital un temps suffisant pour qu'il ait subi sa peine, et il y a fort longtemps que l'administration impute sur le temps de la peine celui qu'il a passé dans un asile ou un hôpital.

La question a été portée récemment à la tribune de la Chambre des députés (séance du 24 mars 1877) par M. Lelièvre, député, à l'occasion d'un individu qui avait été transféré de la prison de Lons-le-Saulnier à l'asile de Dôle.

Le sous-secrétaire d'Etat, M. Méline, tout en faisant des réserves en ce qui concerne la question de droit, a répondu, au nom du Garde des sceaux et en son nom personnel, qu'il lui paraissait juste d'imputer sur le temps de la peine celui qu'un aliéné a passé dans une maison de santé.

### DES MALADIES MENTALES A SAINT-PÉTERSBOURG.

Bien qu'ils laissent à désirer sous le rapport de la précision, nous croyons devoir emprunter au *Messager du département médical* de Saint-Pétersbourg, les renseignements statistiques suivants relatifs aux aliénés traités dans cette capitale pendant la période de 1866 à 1875.

Pendant la première moitié de cette période le nombre des aliénés admis dans les maisons de santé ne dépassait pas 200 par an. Le chiffre le plus bas a été constaté en 1867, 134 aliénés; le plus élevé en 1866, 195 malades. En 1870, ce chiffre est monté à 262 et, progressant d'année en année, il a atteint 382 en 1874. Cet accroissement peut être attribué en partie à des causes accidentelles, par exemple à l'agrandissement de quelques-unes de nos maisons de santé, ce qui permet d'y traiter un plus grand nombre de malades; mais on ne saurait mettre en doute que la raison principale de ce phénomène doit être recherchée dans une augmentation effective des maladies mentales; cette supposition se confirme par le fait de l'accroissement du nombre des suicides constatés à Pétersbourg pendant les dernières années :

Sur le nombre total des malades traités (2.549), 640 (24.5 p. 100) ont été guéris; 725 (28.7 p. 100) ont été rendus à leurs familles sans que leur état se fût amélioré; 320 (12.6 p. 100) l'ont été dans un état qui laissait espérer une guérison prochaine; 523 malades enfin, soit 20.5 p. 100, sont morts dans les maisons de santé.

Parmi les aliénés recueillis dans ces maisons de 1866 à 1876, 1.412, soit 55.4 p. 100 du nombre total, appartenaient au sexe masculin et 1.137 (42.6 p. 100) au sexe féminin. Les guérisons

ont été plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes ; la proportion est de 25.9 p. 100 pour les premiers et de 34.5 p. 100 pour les secondes.

Par rapport à l'âge des aliénés le *Messager* nous apprend qu'à l'âge de 20 à 30 ans la disposition à l'aliénation s'accroît rapidement. Parmi les malades entrés dans les maisons de santé durant la période décennale à laquelle se rapportent nos données, il y en avait 131 âgés de 15 à 20 ans, 365 de 20 à 25 ans, 425 de 25 à 30 ans. De 30 à 40 ans le nombre des cas d'aliénation reste stationnaire et diminue ensuite rapidement.

### UNE FÊTE A L'ASILE DE MONTDEVERGUES.

Dernièrement Montdevergues était en fête, chacun se réjouissait, car il y avait représentation théâtrale. Le programme suivant circulait de main en main, excitant la curiosité générale :

*Soirée du 12 février 1877. — Première partie.*

1° Le Carnaval à Montdevergues, ouverture (piano et violon) ; 2° les Jurons de Cardilhac (comédie de P. Berton) ; 3° Soldat du Roi (romance) ; 4° l'Echo (id.) ; 5° Chanson auvergnate ; 6° air de la Favorite (duo pour baryton et soprano) ; 7° les Regrets de Cocassier (scène com.) ; 8° les Baisers (romance) ; 9° le Charlatan (ch.) ; 10° Une minute trop tard (comédie-vaudeville). Intermèdes, morceaux divers pour piano et violon.

*Deuxième partie.*

1° Chœur des chasseurs (J. Maria) : 2° Chanson béarnaise ; 3° air varié sur le Pont d'Avignon (pour piston et piano) ; 4° un Ténor sans engagement (duo com. pour baryton et ténor) ; 5° la Sœur des Rossignols (romance pour sopr.) ; 6° l'Auvergnat patriote (scène comiq.) ; 7° grand air de Lucie de Lamermoor (pour baryton) ; 8° la Clef des Champs (duo pour contralto et soprano) ; 9° les Muletiers de Castilles (duo pour alto et ténor) ; 10° Brouillés depuis Wagram (comédie-vaudeville).

Ce programme, un peu long, a été exécuté fidèlement et avec entrain, les spectateurs ravis et enchantés applaudissaient souvent et riaient largement, sans contrainte, quand il le fallait et sans troubler en rien le jeu des acteurs. N'ayant point assisté aux représentations antérieures, nous ne saurions dire si les artistes ont fait des progrès ; mais nous avons constaté, cette année, un ensemble d'exécution des plus remarquables, une grande sûreté de mémoire, en un mot, des rôles étudiés, travaillés et exécutés avec beaucoup de méthode.

A la fin de la soirée un souper réunissait les artistes, quelques pensionnaires et les membres du service administratif et médical ; ce souper, plein d'entrain, se prolongea jusqu'à une heure avancée de la nuit, au milieu des chants joyeux de nos infatigables acteurs.

Mais nous n'avons pas tout dit ; car mardi matin, quelle ne fut pas notre stupéfaction de voir la promenade du *bœuf gras* à l'intérieur de l'asile ; le boucher avait eu l'heureuse idée

d'accoupler deux bœufs enguirlandés de fleurs, de feuillage et de rubans tricolores. Le cortége se composait des artistes du théâtre dont une partie chevauchaient gaillardement avec leurs costumes de la veille.

Impossible de décrire la joie que tous ces plaisirs ont procurée aux malades; tous, ou presque tous, oubliant leurs idées tristes, semblaient heureux d'assister et de participer à l'éclat de ces fêtes trop courtes, et qui, pour eux, se reproduisent à intervalles trop éloignés : beaucoup se sont déridés, ont cessé leurs cris plaintifs, oublié leurs chagrins imaginaires, pour prêter une oreille attentive aux chants joyeux, ou aux propos comiques.

Le carnaval se termina par un bal où couturières, lingères, blanchisseuses, artistes, musiciens, chanteurs, administrateurs et pensionnaires, mélangés et unis, comme les membres d'une grande famille, dansèrent avec tout l'élan dont sont capables des gens qui ne dansent qu'une fois l'an.

En terminant ce récit des fêtes de Montdevergues, je ne puis m'empêcher (dussé-je être accusé d'indiscrétion) de féliciter M. le médecin adjoint qui a bien voulu se charger de la direction du théâtre et des autres divertissements. Son dévouement a été récompensé par le succès le plus complet; donc nos compliments bien sincères à M. le docteur Doutrebente. (*Le Républicain de Vaucluse* du 4 mars).

### CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

La 5e section du Congrès périodique international des sciences médicales se tiendra à Genève du 9 au 15 septembre 1877.

Toutes les communications relatives au congrès doivent être adressées au Secrétaire général, M. le docteur Prévost, 8, rue Eynard, à Genève.

Voici, parmi les travaux dont la lecture est annoncée, ceux qui intéressent plus particulièrement les médecins d'aliénés.

1° Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales ; par M. le Dr Magnan, médecin de l'asile Sainte-Anne.

2° Influence des adultérations des liqueurs alcooliques sur la santé de ceux qui les fabriquent et les consomment ; par M. le Dr Guillaume, de Neuchâtel (Suisse).

3° Localisations cérébrales; par M. le Dr Broadbent, médecin de l'hôpital Saint-Mary, de Londres.

4° De la cause du sommeil ; par M. le docteur Preyer, professeur à la Faculté d'Iéna.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Dr LUYS a repris ses leçons sur la structure du cerveau et la pathologie mentale, le dimanche 13 mai, à 9 h. 1/2, salle des consultations, à l'infirmerie générale, et les continuera tous les dimanches à la même heure.

*Pour les articles non signés :* L. LUNIER.

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XVIIe VOLUME DE LA CINQUIÈME SÉRIE.

## PREMIÈRE PARTIE.

### MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

### I. Pathologie.


PAGES.

Des relations entre les troubles de la motilité dans la paralysie générale et les lésions de la couche corticale des circonvolutions fronto-pariétales; par M. le Dr Ach. Foville, fils. . . . . 5

Folie morale et folie intellectuelle; considérations générales et classifications; par M. le Dr E. Dagonet. . . . . 31

La maladie des Scythes; par M. Marandon de Montyel. . . . . 161

Note relative à l'emploi de la sonde œsophagienne dans l'alimentation des aliénés; par M. Sizaret. . . . . 175

Observation de catalepsie chez un hypochondriaque persécuté; par M. Cullerre. . . . . 177

Contribution à l'étude de l'aphasie; par M. le Dr Billod. . . . . 324

Du suicide dans l'hystérie; par M. le Dr Taguet . . . . . 346

Observations sur les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille; par M. Biaute. . . . . 360

Observation de nigritie chez un aliéné; par M. le Dr Fèvre. . . . 375


### II. Médecine légale.


Etude médico-légale sur un cas de folie simulée; affaire Delbès; par M. le Dr Marandon de Montyel. . . . . 52

Sodomie et assassinat. Rapport médico-légal sur l'état mental de Jean Martin; par MM. Reignier, Lagardelle et Legrand du Saulle. . . . . 191

Rapport sur l'état mental du nommé B... (Joseph), prévenu de coups et blessures à ses père et mère; imbécillité; excitation intermittente; arrêt de non-lieu; par MM. Delacour, Bruté et Laffitte. . . . . 384

# DEUXIÈME PARTIE.

## REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

### I. Société médico-psychologique.

PAGES.

*Séance du* 30 *octobre* 1876. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Michéa, Legrand du Saulle, Fournet. — Rapport sur un projet de loi sur les aliénés en Turquie : M. Motet. — Enquête sur les condamnés qui ont été l'objet d'un examen médico-légal : MM. Delasiauve, Billod. — Local pour les séances et la bibliothèque. — De la mélancolie alcoolique : MM. Falret, Pouzin, Foville, Motet, Delasiauve. . . . . 86

*Séance du* 27 *novembre*. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Broca, Dunant, Tamburini, Falret, Billod. — Contribution à l'étude des suppléances cérébrales : MM. Luys, Falret, Dally, Dagonet, Magnan, Lunier, Lasègue. — Communication d'un cas de folie morale avec autopsie : MM. Lasègue, Luys, Legrand du Saulle, Falret, Dagonet, Lunier, Aug. Voisin. — Epidémie de tétanie à Gentilly : M. Magnan. . . . . 91

*Séance du* 18 *décembre* 1876. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. J. Falret, Durand (de Gros), Voisin. — Renouvellement du bureau. — Rapport de la Commission des finances : M. Legrand du Saulle. — Choix d'un local pour les séances : MM. Lunier, Voisin. — De l'aphasie dans ses rapports avec les lésions cérébrales : MM. Falret, Bourdin, Dumesnil, Dagonet, Lunier, Mesnet, Delasiauve, Brochin. . . . . 225

*Séance du* 27 *janvier* 1877. — A l'occasion du procès-verbal : MM. Lunier et Legrand du Saulle. — Installation du bureau ; allocution de M. Billod. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Meuriot, Goujon, Delasiauve, Lunier, Falret. — Discussion sur l'aphasie : MM. Luys, Baillarger, Bouchereau, Lunier. — L'affaire Martin : sodomie et assassinat : MM. Legrand du Saulle, Baillarger, Lunier, Delasiauve. . . . . 232

*Séance du* 26 *février* 1877. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Espiau de Lamaestre, Moreau (de Tours), Tourinho, Gallopain. — Des placements volontaires dans les asiles de la Seine : MM. Billod, Lasègue, Lunier, Baillarger. — Rapports de candidatures : MM. Legrand du Saulle, Motet, Lunier, Lasègue. — Prix Esquirol. — Discussion sur l'aphasie : MM. Mesnet, Lasègue. . . . . 400

PAGES.

*Séance du 26 mars 1877.* — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Falret, Luys, Meuriot, Goujon, Espiau de Lamaestre. — Rapport de candidature : M. Delasiauve. — Discussion sur l'aphasie : MM. Billod, Dally, Lunier. — Du transport des aliénés dans les asiles publics de la Seine : MM. Collineau, Lunier, Dagonet, Baillarger, Constans, Loiseau. . . . . 421

## II. Revue des journaux de médecine.

### SOCIÉTÉ SAVANTES (1873-1875).

Analyse par M. le docteur Lunier.

Recherches sur la corde du tympan. . . . . 433
Sur une question relative à la parole. . . . . 433
Localisation de la faculté de la parole. . . . . 436
Sur les localisations cérébrales et les fonctions du cerveau. . . . . 450
Sur les éléments conjonctifs de la moelle. . . . . 452
Origine des nerfs vasculaires. . . . . 452
Anesthésie par les injections intraveineuses de chloral. . . 452 et 454
Hallucinations psychiques compatibles avec la raison. . . . . 452
Sur un phénomène produit par un excès d'imagination . . . . . 453
Sur les perceptions binauriculaires. . . . . 454
Du chloral dans le rhumatisme cérébral . . . . . 454
Diagnostic différentiel de la commotion et de la contusion du cerveau. . . . . 454
Sur les fonctions du cerveau et du cervelet. . . . . 455

### JOURNAUX ANGLAIS (1873).

Analyse par M. le docteur Dumesnil.

Discours sur l'idiotie. . . . . 105
De la digitale dans l'excitation maniaque. . . . . 109
Conscience et cerveau inconscient. . . . . 113
La psychologie morbide des criminels. . . . . 117
Sir James Hannen ; ses idées sur la faculté de tester. . . . . 120
Eugène Aram ; étude psychologique. . . . . 123
Folie de Rousseau. . . . . 125
Le déclin des facultés morales dans la vieillesse. . . . . 126
Alimentation forcée. . . . . 126
Renseignements sur les antécédents des aliénés. . . . . 128
Sur l'emploi des moyens de contrainte. . . . . 128
Des aliénés criminels dans les asiles. . . . . 129
Guérison tardive. . . . . 120
Sur un cas d'athétosis. . . . . 121

PAGES.
La folie est-elle une maladie du corps ?. . . . . 131
Administration des asiles en Angleterre . . . . . 131
Poursuites à l'occasion de la mort d'un aliéné dans un bain. . . . 132
Considérations statistiques sur la folie. . . . . 244
Leçons sur la folie. . . . . 249
Traitement de la folie par l'électricité. . . . . 252
Cinq cas d'idiotie avec nécropsie. . . . . 255
Fonctions du cerveau et du muscle dans leurs rapports avec l'épilepsie. . . . . 262
Antiques fragments concernant la folie. . . . . 266
Psychologie morbide des criminels. . . . . 267
Sur le chloral. . . . . 271
Sur le restraint. . . . . 271
Influence des grèves sur la folie. . . . . 271
Critique des workhouses. . . . . 272
Criminels aliénés dans les asiles. . . . . 272
Des sorties à titre d'essai. . . . . 272
Sorties des aliénés chroniques. . . . . 272
Des criminels aliénés dans les asiles. . . . . 273

## JOURNAUX ALLEMANDS (1874-1875).

Analyse par M. le docteur Chatelain.

Des injections de morphine chez les aliénés. . . . . 133
Etat phrénopathique de l'homme dans la rage. . . . . 135
Sur le nitrate d'amyle. . . . . 135
Folie consécutive à l'onanisme. . . . . 136
Empoisonnement par le bromure de potassium. . . . . 137
Action du chloral à haute dose. . . . . 138
Du bromure de potassium chez les fous épileptiques. . . . . 139
Les psychoses du jeune âge. . . . . 140
Le suicide à l'asile de Leubus. . . . . 140
Lois sur les aliénés; la loi française. . . . . 142
Bromure de potassium dans l'épilepsie. . . . . 274
Du système familial en Ecosse. . . . . 276
Du nitrite d'amyle dans la mélancolie. . . . . 277
De la folie épileptique. . . . . 280
Folie des femmes enceintes et des nouvelles accouchées. . . . . 284

## III. Bibliographie.

La psychologie anglaise contemporaine; par M. Th. Ribot (analyse par M. le docteur Ritti). . . . . 144
De la folie au point de vue philosophique ou plus spécialement psychologique étudiée chez le malade et chez l'homme en santé; par M. le Dr Prosper Despine (anal. par M. Ritti). . . . . 287

PAGES.

Sur la situation morale et légale et le placement des aliénés criminels et dangereux; par M. le Dr Semal (anal. par M. Ritti). 292

Thèses de Nancy; année 1876; analyse par M. le Dr Ritti. — Sur le chloroforme. — De la pachyméningite. — Ménopause et folie. — Sur la stupidité. — Alimentation forcée chez les aliénés. . . . . 293

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie et l'hystérie; par M. Bourneville (anal. par M. Ritti). . . . . 457

Thèses de Montpellier, année 1876 (anal. par M. Ritti). — Othématome. — Sur l'éclampsie puerpérale. — Sur l'illusion en général. — De l'hystérie essentielle chez l'homme. — De la manie dans Cervantès. — Délire apyrétique consécutif au rhumatisme articulaire aigu. — Influence de la consanguinité sur la descendance. — Etude médico-légale sur un cas de folie épileptique. 458

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. . . . . 149, 295 et 463

ASSOCIATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES. . . . . 464

## IV. Variétés.

Bureau et membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions : MM. Pinot, Cortyl, Reverchon, Dauby, Espiau de Lamaestre, Dagron, Lagardelle, Homery, Poret, Albert Giraud, Lemenant des Chesnais, Laprèe, Peybernès, Marandon de Montyel. — Nécrologie : Lestiboudois, Védie, Evrat. — Prix Aubanel. — Prix de l'Académie royale de Belgique. — Leçons cliniques sur les maladies mentales. . . . . 151

Nominations et promotions: MM. Henri Védie et Luys. — Nécrologie : Lélut, Richard, Chabert. — Prix de l'Académie de médecine. — Prix et récompenses de la Société de tempérance. — Leçons cliniques sur les maladies mentales. —Des suicides en France en 1874. — Les pénitenciers indigènes et la rareté du suicide en Algérie. — Emprunt contracté par le Jura pour la reconstruction de son asile. — Du service des aliénés en Angleterre, en Ecosse et en Irlande en 1875. — Loi sur les aliénées dans l'empire ottoman. — L'affaire Covarel. . . . . 296

Nominations et promotions : MM. Delaporte, Fabre, Fèvre, Meuriot, Goujon, de Lamaestre, Paul Moreau (de Tours), Mordret, Rothé, Despine, Laussedat. — Prix de l'Académie de médecine. — Enseignement clinique des maladies mentales dans les Facultés de Paris, de Lyon et de Nancy. — Service des aliénés de la Seine. — Circulaires relatives aux condamnés aliénés et épileptiques. — Le condamné transféré dans un asile accomplit sa peine. — Des maladies mentales à Saint-Pétersbourg. — Congrès de Genève. — Une fête à Montdevergues. . . . . 469

Paris. — Imprimerie de E. DONNAUD, rue Cassette, 9.

# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

## JOURNAL

DE

# L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

## LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

# ANNALES

# MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

## L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

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

ET

LUNIER

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

—

CINQUIÈME SÉRIE. — TOME DIX-HUITIÈME

TRENTE-CINQUIÈME ANNÉE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

10, rue Hautefeuille (*installation provisoire*).

1877

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

# PATHOLOGIE

## DE

# L'HÉRÉDITÉ DANS L'ALCOOLISME

**Par M. le Dr H. TAGUET**

Médecin adjoint de l'asile de Ville-Évrard

La puissance d'une nation, a dit Montesquieu, dépend du nombre d'hommes valides qu'elle peut appeler sous les drapeaux lorsqu'elle est menacée. L'incomparable catastrophe dont la France a été victime dans ces dernières années a rendu cette vérité plus saisissante encore et a démontré que, malgré le courage et les armes savantes, la victoire restait aux gros bataillons. Aussi la nécessité d'arrêter, ou de paralyser tout au moins, ce qui peut détruire l'espèce et l'abâtardir s'impose-t-elle pressante et impérieuse par ce temps de décadence physique et morale. Comparée à 1872, l'année 1873 a présenté un excédant de 54,523 sur le chiffre total de la mortalité et une diminution de 19,636 sur celui des naissances. Le dernier recensement a établi, en outre, qu'il y avait dans notre

pays 39,593 idiots ou crétins qui deviennent, ainsi que l'a fait remarquer Morel, incapables de former dans l'humanité la chaîne de transmissibilité d'un progrès et le plus grand obstacle à ce progrès par leur contact avec la partie saine de la population.

Parmi les causes de cette dépopulation il nous faut ranger en première ligne l'abus des spiritueux et leur funeste retentissement sur l'espèce. Si l'ivrogne était seul à souffrir de son intempérance, si en descendant dans la tombe, son venin disparaissait avec lui, nous nous en consolerions facilement, nous ne sommes pas philanthrope au point de nous apitoyer sur un simple incident. Malheureusement il n'en est pas ainsi. « L'alcoolisme, dit Lancereaux, n'est pas seulement une maladie de l'individu, il est encore une maladie de famille et projette son action malfaisante jusque sur la race. » A son tour, M. Roussel s'écrie : « Absorbé avec un goût qui se transforme vite en un besoin irrésistible, on voit l'alcool imprégner fortement l'organisme, en altérer les forces radicales, détruire peu à peu l'individu physique en dégradant de plus en plus l'homme moral. On le voit ensuite atteindre l'individu, sa progéniture et léguer ainsi à sa famille par une hérédité fatale la débilité, l'épilepsie, la surdité, une foule de désordres nerveux ; et au moral, l'imbécillité, l'idiotisme, l'aliénation mentale, la paresse et les instincts violents et pervers. » Enfin, le professeur Bouchardat nous fait assister au spectable des peuples adonnés à l'ivrognerie, condamnés à disparaître pour faire place à des peuples relativement vierges d'alcoolisme. Qui pourra nous dire, en effet, dans quelles contrées ont été refoulés les Indiens d'Amérique? N'ayant pu les soumettre par le fer, le feu et la famine, les vainqueurs les ont empoisonnés et en sont venus, comme les Romains, à appeler faire la paix partout où ils font la solitude.

La connaissance des accidents physiques et nerveux que

l'abus de l'alcool entraîne après lui, n'est pas chose neuve. La mythologie nous apprend que Vulcain boiteux a été conçu par Jupiter enivré de nectar. « Jeune homme, dit Diogène, à un enfant stupide, ton père était ivre lorsque ta mère t'a mis au monde. » La législation de Lycurgue favorisait l'ivrognerie chez les tributaires et les vaincus pour étouffer en eux les saines aspirations et développer les instincts et les appétits qui devaient les conduire fatalement à n'être plus qu'un peuple d'esclaves.

Dans l'alcoolisme, comme dans toutes les affections qui se transmettent des ascendants aux descendants, il y a hérédité de similitude ou bien hérédité par métamorphose. « La maladie des parents, dit M. Bouchut, se transforme et la folie du père et de la mère, les paralysies nerveuses ou les convulsions dont ils étaient affectés se traduisent souvent chez les enfants par une irritabilité physique et morale dont le résultat est une maladie nerveuse protéiforme. »

L'hérédité de similitude se présente sous deux aspects : à l'état latent ou de sommeil et demande pour se produire l'exemple ou l'imitation, ou bien elle éclate d'une manière brusque et tout à fait inattendue, sans qu'il soit possible de saisir aucune relation de cause à effet. Certaines personnes viennent au monde ivrognes, comme d'autres naissent criminelles. Après cela est-il permis de dire, comme Flourens, que l'âme est la même dans tous les hommes, que notre fond d'idées et que notre fond de sentiments sont les mêmes? M. Drouyn de Lhuys rapporte, d'après M. Dugdale (Académie des sciences morales et politiques, séance du 10 mai 1877), l'exemple d'une famille du nom de Juke dont on a pu suivre l'histoire depuis le milieu du siècle dernier. « On voit, dit-il, figurer dans ces sinistres annales cinq sœurs nées de 1720 à 1770 d'une mère qui devait leur avoir légué de bien mauvais instincts. De ces cinq sœurs, aussi peu estimables les unes que les autres, sont

issues six générations auxquelles appartiennent 834 individus, dont 206 furent à la charge de l'Etat de New-York à titre de pauvres assistés pendant une durée totale de 830 ans, 76 furent condamnés pour 115 crimes de vol ou d'incendie et vécurent en prison 116 ans, 128 furent des prostituées. »

Mais revenons à l'hérédité qui fait plus particulièrement l'objet de notre étude. Esquirol rapporte l'observation d'une famille russe dont le père et le grand-père avaient péri tous deux prématurément par suite de leurs penchants pour les liqueurs fortes; le petit-fils manifestait dès l'âge de cinq ans le goût le plus décidé pour les mêmes liqueurs. J'ai connu moi-même une personne que des excès de cassis ont conduite jeune au tombeau, laissant un enfant encore en nourrice qui a présenté de bonne heure un penchant bien évident pour l'intempérance. Ses jours de sortie au collége étaient marqués par des écarts de régime. Aujourd'hui il boit son bien, et, chose extraordinaire, la boisson favorite de son père est devenue la sienne. Fusch parle d'un buveur dissolu qui, après avoir plongé sa famille dans la plus profonde misère, avait fini par se pendre. Deux de ses fils, à peine adolescents, présentaient le même vice; un troisième resta relativement sobre jusqu'à trente ans; à partir de cette époque le besoin de boire éclata chez lui d'une manière si violente et tellement particulière qu'il appela l'attention générale.

A propos du suicide dans l'ivrognerie, nous ferons remarquer qu'il est souvent héréditaire. Nous trouvons dans la *Gazette des tribunaux* du 13 avril 1865, un exemple remarquable de cette hérédité. « La famille Dufay, y lisons-nous, est une bien malheureuse famille, ils étaient quatre frères, tous les quatre adonnés à l'ivrognerie la plus effrénée. L'aîné de la famille s'est jeté à l'eau et y a trouvé la mort, le second s'est pendu, le troisième s'est coupé la gorge avec un rasoir, le quatrième s'est jeté d'un troisième étage.

M. Lucas, enfin, nous représente le père, le fils et le petit-fils composant une famille emportés à la fleur de l'âge par l'ivrognerie la plus éhontée et une passion sans frein pour les femmes.

L'ivrognerie est un état complexe qui s'accompagne généralement de troubles physiques ou nerveux avec lesquels elle marche de front ou se confond, comme cela se rencontre dans les observations suivantes.

1re *observation.*

Le chef de la famille était tout à fait un ivrogne et un débauché, ne connaissait d'autre Dieu que Bacchus, d'autres sentiments que l'amour le plus déréglé. Par contre, sa femme est d'une sobriété remarquable, bien que fille d'un ivrogne et sœur de deux jeunes gens qui ont hérité des vices du père. De ce mariage sont nés trois garçons et deux filles. Voici quelle a été pour chacun d'eux l'influence que l'abus des spiritueux a déterminée sur leur existence.

1° L'aîné est au moral ce qu'était le père ; il offre, en plus, une lésion organique du cœur. Sa femme ne présente rien de particulier à signaler. Ils ont trois enfants, deux filles et un garçon. La plus âgée a manifesté de bonne heure une passion violente pour les plaisirs vénériens et a donné le jour à un enfant hydrocéphale. Qu'était le père? Il serait difficile de le dire parmi tant d'individus qui peuvent, à juste titre, revendiquer la paternité. Sa sœur, jeune encore, est de mœurs non moins dissolues. Le fils est tout à la fois imbécile, épileptique et ivrogne.

2° Le cadet a été traité, à deux reprises, dans un asile d'aliénés pour délire aigu et idées d'homicide.

3° Le troisième, après une existence toute de débauches et de plaisirs, est mort à vingt-sept ans emporté par une phthisie galopante, affection inconnue jusqu'alors dans la famille.

4° L'aînée des filles a vécu maritalement pendant douze ans avec un homme sobre et intelligent. Sur six enfants l'hérédité n'en a frappé qu'un; il est ivrogne, débauché et voleur.

5° La plus jeune a perdu tout sens moral. Après une jeunesse orageuse elle était parvenue à se marier d'une manière avantageuse; fatiguée d'un bonheur calme et tranquille, elle n'a pas tardé à quitter le domicile conjugal pour courir de nouveau les aventures galantes.

De cette observation découlent deux considérations intéressantes que nous allons faire connaître.

1° L'explosion des désirs sexuels se montre hâtivement chez les enfants des ivrognes, en même temps que se déclare chez eux la perte de tout sens moral. C'est là un fait connu depuis longtemps. La masturbation à laquelle ils se livrent avec frénésie est, selon le Dr Anstié (*Annales médico-psychologiques*, juillet 1876), le fait d'une impulsion intime et non du mauvais exemple.

2° La phthisie, en dehors de toute hérédité, a pu être déterminée par l'abus des spiritueux. C'est là une thèse déjà soutenue par Magnus Huss et M. Launay, qui en rapportent de nombreux exemples. On connaît les ravages que cette affection exerce dans le nord de l'Europe et de l'Asie, où ils seraient dus, d'après le Dr Schnurrer, à l'abus de l'alcool.

### 2e *observation.*

Le père est mort d'un ramollissement cérébral déterminé par l'usage habituel de l'alcool, la mère a succombé au progrès d'un ascite dont la nature nous est inconnue; ils ont laissé un garçon et une fille indemnes de toute tache originelle apparente.

La fille est mariée à un homme qui ne présente, à notre connaissance, aucune hérédité morbide. Ils ont six enfants.

Le premier est idiot et aveugle-né.

Le second appartient à cette classe de dégénérés qui peuvent encore saisir les choses les plus vulgaires de la vie et les plier à leur service, mais dont toute l'intelligence se borne là.

Le troisième n'est pas mieux partagé sous le rapport intellectuel.

Le quatrième est aveugle-né et peu intelligent.

Le cinquième semble bien doué au physique comme au moral.

Le sixième est aveugle-né et trop jeune encore pour que nous puissions dire ce qu'il sera un jour.

Ici l'hérédité épargne les enfants directs pour aller frapper la génération suivante, où elle fait un choix. Non-seulement elle se transforme, mais encore elle revêt une gravité bien plus grande en changeant de milieu. Ce n'est plus comme au début une simple lésion anatomique du cerveau ou du foie relativement compatible avec la vie, ou bien un trouble intellectuel, plus ou moins profond. C'est la perte complète d'un sens, celui de la vision ; c'est une modification profonde apportée dans la composition des centres nerveux, d'où l'idiotie congénitale.

Qu'on nous permette d'ouvrir ici une parenthèse. Les aveugles-nés ne sont pas nécessairement atteints de débilité mentale ; il en est, au contraire, un certain nombre, qui jouissent d'une intelligence très-vive et très-précoce. Si la plupart tombent par la suite dans l'imbécillité ou l'idiotie, cela tient à ce que leur éducation a été négligée par suite du sentiment tout naturel de répulsion qu'ils inspirent à ceux qui les approchent. Cela est si vrai que depuis que la charité a recueilli ces déshérités de la nature, l'idiotisme est de plus en plus rare chez eux.

3me *observation.*

Le grand-père était un ivrogne, c'est tout ce que nous savons de lui. Sa femme est morte d'une cirrhose de nature spécifique. Un fils unique d'un caractère étrange, bizarre, violent, mort d'alcoolisme dans un asile d'aliénés, en laissant un garçon encore en bas âge. Celui-ci est d'une nature impressionnable à l'extrême: il ne peut voir un couteau, ou des ciseaux sans être pris aussitôt de frayeur ; dans la rue il évite soigneusement de passer devant la boutique d'un armurier, il tremble devant un soldat, la moindre émotion le jette dans des crises nerveuses. Cette appréhension va si loin que le soir de son mariage, ayant aperçu des ciseaux sur un meuble de sa chambre, il a prié sa jeune femme de les cacher, dans la crainte d'un accident. Il y a quelques mois ce malheureux jeune homme a été atteint d'un accès de manie aiguë, pendant lequel il a fait une tentative de suicide. Il a eu trois enfants : l'aîné est mort dans les premiers jours qui ont suivi sa naissance ; le second n'offre, jusqu'à présent, rien de particulier, il n'a pas encore deux ans; le troisième est venu au monde hydrocéphale et n'a pas tardé à mourir emporté par des convulsions.

L'enfant échappera d'autant moins à l'hérédité que ses parents auront été atteints l'un et l'autre d'une affection névropathique similaire ou différente, sans qu'il soit besoin pour cela du concours des deux. Toutes choses égales, d'ailleurs, la transmission, à quelque ordre qu'elle appartienne, se fera plus sûrement par la mère que par le père. Cette hérédité de la mère se peint, d'après Esquirol, sur la physionomie, sur les formes extérieures, les habitudes, les penchants des personnes qui doivent en être les victimes. Guislain, MM. Baillarger et Dagonet veulent également que les aptitudes comme les affections dont elle a été atteinte se retrouvent plus facilement chez les enfants que celles provenant du

fait du père. « La mère, dit Gintrac (*Mém. de l'Acad. de méd.* t. III), exerce une double action, l'une qu'elle partage avec le père lors de la conception, l'autre qui lui est propre et dépend des rapports établis pendant la vie intra-utérine entre elle et le produit de la conception. »

Si les conséquences de cette hérédité ont été moins étudiées chez la femme que chez l'homme, cela a tenu à ce que l'alcoolisme était jusqu'à ce jour relativement rare chez elle. Nous n'en sommes plus à constater cette différence et pour peu que cela dure, nous n'aurons rien à envier à la Pologne, à la Suède et à l'Angleterre, où les ivrognes des deux sexes se disputent le premier rang.

L'intempérance chez la femme ne fût-elle que passagère, aura, dans tous les cas, une gravité exceptionnelle. Outre que l'abus des spiritueux dégénère rapidement chez elle en une violente passion, son système nerveux est de beaucoup plus impressionnable que celui de l'homme, d'où une intoxication plus facile et plus certaine. Cela est si vrai que les convulsions sont relativement rares chez ce dernier dans l'ivresse simple, car on ne peut appeler de ce nom le mouvement spasmodique des lèvres et des mains commun à tous les buveurs, alors que chez la première comme chez l'enfant, le moindre excès détermine une véritable attaque convulsive. Nous avons été appelé, tout récemment, à soigner une jeune dame qui venait de faire une tentative de suicide. Cet acte de désespoir fut un mystère pour tout le monde : rien dans la vie de la malade ne le justifiait et chacun se perdait en conjectures. Ce ne fut que plus tard que cette malheureuse femme nous avoua qu'elle avait l'habitude de boire chaque matin, à jeun, un verre à bordeaux d'eau-de-vie. Il n'en a pas fallu davantage pour déterminer une intoxication. Ce n'est pas seulement avec le vin et l'absinthe que les femmes prennent des habitudes d'ivresse, c'est encore par l'abus de toutes les essences et préparations diverses qui entrent dans leur toilette, l'eau

de Botot, la teinture de Benjoin, ou de quinquina, ou bien encore par l'usage quotidien de l'eau de mélisse des Carmes, qui joue un rôle si important dans la thérapeutique de la parisienne.

Les enfants des ivrognes, s'ils échappent aux influences morbides qui compromettent leur existence dès le sein de leur mère, ou à leur entrée dans la vie, sont le plus souvent, avons-nous dit, idiots, imbéciles, aliénés ou épileptiques. Ces diverses affections sont la conséquence des congestions cérébrales, des hémorrhagies des méninges et de la pulpe nerveuse, des encéphalites, des ramollissements chroniques déterminés par l'abus que les parents ont fait des spiritueux.

De toutes les manifestations de l'hérédité alcoolique, l'épilepsie nous a semblé être la plus grave et la plus commune.

Sur 95 épileptiques soumis à son examen, M. Auguste Voisin en a compté 12 qui avaient des antécédents scrofuleux et tuberculeux francs, 12 avaient des ascendants morts d'alcoolisme chronique, ou sujets avant leur mariage à des habitudes alcooliques invétérées. « J'ai pu m'assurer, ajoute-t-il (*Nouveau dictionnaire de méd. et de chirurg.*), que la conception avait eu lieu en état d'ivresse. » Marcé rapporte qu'un ivrogne qui avait eu 16 enfants, en a perdu quinze ; le seul survivant était épileptique.

Il semble que, dans certains cas, l'épilepsie chez l'enfant ait pu être déterminée par un accès d'ivresse passager, ainsi que l'établit le fait suivant : après avoir fait dans sa jeunesse quelques excès de boissons, le nommé G... s'était corrigé de ses mauvaises habitudes. Le jour de son mariage et ceux qui suivirent furent pour lui une occasion de boire dont il profita largement. C'est pendant cette période que fut procréée une petite fille. Dès sa plus tendre enfance, cette pauvre enfant a présenté des convulsions qui, avec le temps, se sont changées en véritables attaques d'épilepsie.

Faisons remarquer, en passant, que les convulsions de l'enfance ne sont le plus souvent qu'une manifestation incomplète de l'épilepsie et de l'éclampsie et qu'elles prédisposent singulièrement à l'aliénation mentale; aussi Van-Swieten a-t-il pu dire avec raison qu'il n'y avait peut-être pas un aliéné qui n'eût présenté des convulsions dans son enfance.

Une autre conséquence de l'ivresse accidentelle est de diminuer les éléments de vitalité de l'enfant: celui-ci viendra au monde, mais avec une demi-existence, si je puis m'exprimer ainsi; le moindre souffle qui passera sur sa tête l'emportera. Il faut admettre que l'alcool apporte dans la composition de la matière fécondante des modifications qui nous sont encore inconnues.

M. R... est un buveur d'absinthe chez qui on n'a jamais constaté d'intoxication manifeste malgré de nombreuses et copieuses libations. Il est père de deux enfants, également bien doués au physique et au moral. Pour ne pas affaiblir leur patrimoine et s'éviter à lui-même la charge d'une famille nombreuse, il en est arrivé à frauder. Malgré toutes les précautions prises, R... n'en a pas moins été le père d'un troisième et d'un quatrième enfant qui, contrairement à leurs aînés, sont venus au monde débiles et souffreteux et l'ont quitté quelques jours après y être entrés. Le père nous a avoué que, s'étant enivré, il avait oublié sa prudence habituelle et qu'il avait remarqué que son oubli avait été suivi chaque fois, chez sa femme, de la suppression des règles.

Signalons, enfin, comme devant se rattacher à l'ivresse simple ou à l'alcoolisme, l'hydrocéphalie. Nous en avons déjà rapporté deux exemples dus à l'intempérance, l'un du père, l'autre du grand-père. Déjà en 1869, le professeur Velpeau appelait l'attention de l'Académie de médecine sur l'arrêt du développement de l'encéphale survenu chez un enfant qui avait été conçu par un père ivre. Magnus Huss a constaté que les races scandinaves, jadis si vigoureuses et

si fortes, offraient, depuis que l'usage de l'alcool s'était répandu chez elles, des exemples nombreux de monstruosités congéniales.

Les enfants des ivrognes ne meurent pas tous et tous ne sont pas nécessairement idiots, aliénés ou épileptiques, mais il en est bien peu qui ne présentent quelque chose d'anormal. Chez un certain nombre le germe morbide qu'ils apportent en naissant n'éclate que fort tard. Il n'est pas rare de rencontrer chez quelques-uns une excitation cérébrale précoce qui se traduit le plus généralement par une mémoire très-heureuse : ils apprennent à la manière des perroquets et deviennent, comme eux, facilement polyglottes, ou bien ils offrent une aptitude remarquable pour une branche spéciale des lettres, des sciences ou des arts. Ces enfants précoces font la joie des familles et l'orgueil des maîtres, mais au fur et à mesure que le raisonnement devient indispensable à l'étude, on voit pâlir ces météores d'un jour et ne plus donner qu'une clarté douteuse. L'intelligence a produit chez eux, en quelques années, tout ce qu'elle était capable de produire. Qui n'a connu ces favorisés du moment ? Que sont-ils aujourd'hui ? des êtres inutiles joignant à leur inutilité un orgueil qui n'a d'égal que leur ignorance, se croyant aptes à tout et n'étant capables de rien. Un certain nombre finissent par la police correctionnelle ou les assises. Etonné d'une dépravation si précoce, on cherche, on interroge, et le plus souvent on arrive à saisir l'hérédité alcoolique. D'autres appartiennent à cette catégorie d'individus que le bon sens public a flétris du nom de crevés ou de gommeux. C'est la grande classe des imbéciles à prétentions, excentriques dans leur tenue, comme dans leurs actes.

Il semble que la nature ait horreur des anomalies, des monstruosités de toutes sortes que l'alcoolisme entraîne chez les descendants des ivrognes, à un tel point qu'elle soit conduite à les rejeter de son sein. Selon Darwin les familles des

ivrognes s'éteignent à la 4e génération après avoir gravi toute l'échelle de la dégradation physique et intellectuelle. La race disparaît soit que les organes génitaux soient mal conformés, comme cela se rencontre dans l'imbécillité ou l'idiotisme, conséquence de l'alcoolisme; soit qu'il y ait absence de désirs vénériens, ou bien stérilité. Voici d'après Morel la marche la plus habituelle des transformations successives que subissent les familles des ivrognes.

A la première génération : dépravation, excès alcooliques, abrutissement moral.

A la seconde : ivrognerie, accès maniaques, paralysie générale.

A la troisième : tendances hypochondriaques, lypémanie, idées de suicide, tendances homicides.

A la quatrième : intelligence peu développée, stupidité, idiotisme et, en définitive, extinction probable de la race.

Indépendamment des affections héréditaires que nous venons de faire connaître, le fils de l'alcoolique présente une disposition toute particulière à contracter les maladies épidémiques de toute nature qui offrent toujours chez lui une gravité exceptionnelle. Un exemple entre mille que nous allons emprunter à une conférence du pasteur Junod, et qui nous servira à démontrer en même temps, à quel degré d'abrutissement arrivent les ivrognes : « Il y a douze ans, dit-il, qu'une épidémie sévissait dans l'une de nos communes, elle atteignait principalement le premier âge; elle emportait surtout les enfants des ivrognes. Une famille dégradée par ce vice en enterra cinq coup sur coup. En rentrant du cimetière pour fermer les yeux à une nouvelle victime, le pasteur arrive près d'eux pour les consoler, il trouve le père et la mère peu affligés, insensibles, stupides, l'usage de l'alcool qui leur avait enlevé leurs enfants leur ôtait à eux-mêmes la faculté de souffrir de leur deuil. »

# OBSERVATIONS STATISTIQUES

SUR

# LES ALIÉNÉS DU NORD

TRAITÉS A L'ASILE PUBLIC D'ARMENTIÈRES

**Par le Dr BOUTEILLE.**

Directeur-Médecin,

Membre correspondant de la société médico-psychologique de Paris.

« L'ivrognerie, en altérant le cerveau, » dégrade peu à peu l'intelligence, affaiblit » les organes du mouvement, conduit à la » folie, au *delirium tremens*, à la paralysie » qui tue un grand nombre d'aliénés. »

(Esquirol.)

## I. — Mouvement de la population.

L'asile d'Armentières ne reçoit que des hommes.

Les malades existants, au 31 décembre 1873, étaient au nombre de 574, répartis comme suit :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1° | Au compte | des familles (pension).. | 33 |
| 2° | — | du département du Nord | 436 |
| 3° | — | de la Seine . . . . . | 94 |
| 4° | — | d'autres départements. . | 4 |
| 5° | — | de la guerre. . . . . | 3 |
| 6° | — | de l'État. . . . . | 4 |
| | | Total. . . | 574 |

Les aliénés existants, au 31 décembre 1874, étaient au nombre de 593 classés dans les catégories ci-dessous :

| | | |
|---|---|---|
| 1° | Au compte des familles . . . . . | 34 |
| 2° | — du département du Nord | 461 |
| 3° | — de la Seine . . . . . | 87 |
| 4° | — d'autres départements.. | 3 |
| 5° | — de la guerre. . . . . | 4 |
| 6° | — de l'État . . . . . | 4 |
| | Total. . . | 593 |

| | |
|---|---|
| En 1873, la moyenne de la population a été de . . . . . | 564,5 |
| En 1874, elle a été de . . . . . | 588,7 |
| Soit, entre ces deux années, une différence en plus de 24,2 pour 1874, ci | 24,2 |

Bien que le chiffre des aliénés du Nord se soit accru de 25 en une seule année, nous ne croyons pas être autorisé à conclure que la folie y a fait des progrès. On ne peut tirer de conclusions sérieuses que si l'on compare entre elles un certain nombre d'années.

Or cette comparaison nous donne les résultats suivants :

La population moyenne pendant les dix dernières années a été :

| | | | |
|---|---|---|---|
| En 1863 | de 598 | En 1868 | de 594 |
| 1864 | 596 | 1869 | 574 |
| 1865 | 619 | 1870 | 569 |
| 1866 | 625 | 1871 | 574 |
| 1867 | 597 | 1872 | 557 |

Soit, pour les 10 années, une moyenne de 590,3.

La population moyenne de 1874 est donc restée et au-dessous de celle des années précédentes prises dans leur ensemble (1).

(1) Cette comparaison aurait plus de valeur si l'auteur avait déduit du calcul, comme il l'a fait plus loin, les aliénés étrangers au département du Nord. (*Note de la rédaction.*)

Il est ordinaire du reste de rencontrer des écarts d'une année à l'autre ; ils proviennent du nombre des entrées qui est plus ou moins considérable, des guérisons et des décès dont le chiffre est, on le sait, toujours très-variable. Nous en trouverons la preuve lorsque nous nous occuperons des décès.

Si en l'état on compte dans l'asile plus de malades qu'autrefois, cela tient, croyons-nous, à ce que l'assistance publique est maintenant plus largement départie aux malheureux qui en réclament les secours. Il faut reconnaître aussi que la loi de 1838 est mieux interprétée. Les idiots, les imbéciles et les épileptiques, qui vivaient en liberté et devenaient la risée d'un public peu intelligent et surtout peu charitable, sont aujourd'hui placés dans les établissements d'aliénés. Ils s'y montrent en général inoffensifs; car ils trouvent dans les asiles la protection et les soins bienveillants auxquels leur infortune leur donne droit.

Ce fait est vrai non-seulement en France, ainsi que l'a constaté M. l'inspecteur général Lunier, mais encore à l'étranger. En Belgique, par exemple, nous en trouvons la preuve dans les savantes recherches statistiques publiées en 1867 par M. le docteur Ingels, médecin en chef de l'hospice Guislain.

« Lorsque, dit-il, j'aurai fait observer encore que cette augmentation de la population porte aussi bien sur les malades venant de la campagne que sur ceux de la ville, je me croirai en droit de conclure de tous ces faits que l'accroissement du chiffre des patients traités à l'hospice Guislain n'implique nullement que les cas d'aliénation mentale deviennent plus fréquents à notre époque et spécialement dans la ville de Gand, mais qu'il doit être attribué en grande partie à ce que l'attention du public a été attirée sur cette maladie dans ces derniers temps beaucoup plus qu'à une période antérieure, par la sollicitude éclairée dont on entoure ceux qui en sont atteints. »

Cette manière de voir à l'époque où elle a été émise, était d'autant plus juste et fondée que les résultats des nouvelles recherches statistiques publiées par M. le docteur Ingels dans le Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique l'ont confirmée en tous points. « Le mouvement ascensionnel que nous constations à cette époque a cessé, parce que tous ceux qui pouvaient réclamer les secours de l'asile sous prétexte de folie y ont été admis et qu'ainsi tous les aliénés gardés auparavant dans les familles ont été placés. Depuis lors les chiffres expriment de plus en plus la proportion réelle des aliénés à la population générale de la ville. »

De son côté, M. le docteur Foville, étudiant le mouvement de la population de l'asile de Quatre-Mares, a émis l'opinion suivante :

« En résumé les éléments normaux et constants de la population de l'asile, c'est-à-dire le nombre des indigents de la Seine-Inférieure et celui des pensionnaires n'ont cessé de progresser depuis l'ouverture de l'établissement jusqu'à ce jour, sauf un temps d'arrêt à l'époque de la guerre de 1870 ; mais cette progression, qui était très-rapide pendant les premières années, s'est réduite à très-peu de chose pendant les dernières. On peut donc considérer que la population moyenne se rapproche, de plus en plus, d'un équilibre stable et qu'elle ne subira plus de très-grandes variations. » (*Rapport administratif de* 1873.)

Nous partageons entièrement les opinions émises pas nos honorables et distingués confrères et sommes persuadé que la folie ne progresse point comme on a pu le craindre.

Il pourra bien arriver plus tard, l'asile d'Armentières étant reconstruit, que nous constations une augmentation dans la population, mais elle ne sera que passagère et due précisément aux conditions de bien-être matériel et moral que rencontreront les familles dans le nouvel établissement. Nous l'avons du reste observé ailleurs et nous verrons

ici, comme nous l'avons déjà constaté, que l'équilibre se rétablira quelques années après, eu égard, bien entendu, à la population du département du Nord.

Pour nous rendre compte de l'exactitude de nos prévisions nous avons relevé dans le tableau suivant le chiffre des aliénés du Nord pendant une période de 10 années, de 1863 à 1872. Nous n'avons pas cru devoir nous occuper des aliénés de la Seine, dont le nombre diminue chaque année, et qui ne modifierait pas d'une manière sensible les résultats que nous avons constatés. Ils compenseraient, au surplus les aliénés pensionnaires du département du Nord, qui sont conduits à l'asile privé de Lommelet.

| Années. | Population au 1er janvier. | Années. | Population au 1er janvier. |
|---|---|---|---|
| 1863 | 363 | 1869 | 407 |
| 1864 | 344 | 1870 | 372 |
| 1865 | 356 | 1871 | 376 |
| 1866 | 374 | 1872 | 390 |
| 1867 | 371 | 1873 | 402 |
| 1868 | 389 | | |

L'augmentation n'a donc été en dix ans que de 39, soit 3,9 par année.

Si d'autre part, nous rapprochons la moyenne des admissions et celle des sorties et des décès pour la même période, nous obtenons la même différence, 3,9, la moyenne des admissions étant de 127,0 et celle des sorties, de 123,1.

Les 593 aliénés existants au 31 décembre 1874 étaient classés de la manière suivante :

| | |
|---|---|
| Manie aiguë . . . . . | 41 |
| — chronique . . . . . | 73 |
| — intermittente. . . . . | 1 |
| — mégalomanie. . . . . | 33 |
| *A reporter*. . . | 148 |

| | |
|---|---|
| *Report*. . . | 448 |
| Manie dipsomanie . . . . . | 1 |
| Lypémanie aiguë . . . . . | 58 |
| — avec idées de suicide. . . . . | 3 |
| — avec délire des persécutions. . | 44 |
| — avec stupeur . . . . . | 1 |
| Folie épileptique . . . . . | 69 |
| Démence simple . . . . . | 120 |
| — sénile . . . . . | 9 |
| — avec ramollissement du cerveau. | 1 |
| — avec paralysie générale . . . . | 29 |
| Idiotie . . . . . | 85 |
| Imbécillité . . . . . | 25 |
| Total. . . | 593 |

On voit d'après les chiffres qui précèdent que le nombre des affections chroniques est malheureusement très-élevé. Si on voulait en découvrir les causes on les rechercherait tout d'abord dans le retard que l'on apporte à placer les malades dans l'asile. La plupart, en effet, n'entrent dans l'établissement qu'après avoir fait déjà un séjour prolongé dans les hôpitaux, et les familles, de leur côté, hésitent beaucoup trop longtemps à demander le placement des leurs. Il en résulte que lorsque le malade nous est conduit, son affection est relativement déjà ancienne et qu'elle offre par conséquent des chances de guérison moins favorables, ce qui est regrettable à tous les points de vue.

D'autre part, il faut remarquer que la folie revêt un caractère plus grave dans les régions du Nord, où les habitudes d'intempérance sont généralement très-répandues. Il faut aussi observer que les malades atteints de démence avec paralysie générale sont relativement très-nombreux ainsi que les épileptiques et les idiots, lesquels contribuent largement à accroître le chiffre des aliénés incurables. On est, en effet, étonné de rencontrer en si grande proportion les aliénés de ces trois catégories. Bien que dans le Midi ces affections soient encore beaucoup trop fréquentes, nous

sommes porté à croire qu'elles le sont moins que dans le Nord.

Pendant notre internat à l'asile d'Aix, nous avons observé les aliénés arabes et nous n'avons pas noté la démence avec paralysie générale ; mais par contre les colons étaient fréquemment atteints de cette affection. C'est que les Arabes ont des habitudes de sobriété et de tempérance qu'ils conservent avec la plus stricte rigueur ; tandis que les colons, sous prétexte de combattre les effets débilitants et énervants du climat d'Afrique font en général un grand abus de liqueurs spiritueuses et surtout de l'absinthe.

Il est certain que c'est à l'habitude funeste de la fréquentation des cabarets et à l'usage immodéré des boissons alcooliques, dont les populations du Nord surtout, font un si grand abus, qu'il faut attribuer le nombre si élevé d'incurables qu'on rencontre ici.

« C'est l'habitude de plus en plus générale pour les hommes de toutes les conditions, et trop souvent aussi pour certaines classes de femmes, d'aller, dans l'intervalle des repas, s'installer dans des établissements publics, cabarets, débits de liqueurs et cafés et d'y boire sans besoin. En un mot, l'ennemi véritable, ce n'est pas le vin, c'est le cabaret, c'est le café. » (M. Foville.)

L'ivresse, a dit M. le professeur Tardieu, n'est pas la folie, mais elle y conduit d'une manière presque certaine lorsqu'elle dégénère en habitude par des voies différentes, il est vrai, sous des formes diverses qu'il importe au médecin légiste de ne pas confondre.

« C'est au cabaret que les ouvriers vont en si grand nombre le matin boire avant de travailler et que souvent ils restent même quand l'heure du travail est arrivée ; c'est là que, s'ils ont un moment de libre ils retournent dans la journée ; c'est là qu'ils passent leurs soirées et parfois leurs nuits. Le cabaret est le véritable fléau des classes ouvrières. » (Foville, *Moyens pratiques de combattre l'ivrognerie.*)

Les mœurs des ouvriers sont généralement différentes de celles des autres classes de la société, chez lesquelles cependant nous constatons malheureusement l'habitude de fréquenter le cercle ou le café. Les uns et les autres passent leur temps à boire et à jouer et l'on peut dire à cet égard, sans crainte d'être taxé de sévérité, que les conséquences de cette manière de vivre sont préjudiciables à la santé de tous et à la société. Les ouvriers sont généralement, en dehors de leurs heures de liberté, occupés dans de grands établissements industriels où, malgré toutes les précautions prises, ils ont souvent à souffrir des conditions hygiéniques défavorables dans lesquelles ils sont placés. Ils commencent et finissent généralement leur journée par boire plusieurs verres de liqueurs telles que le genièvre par exemple, qui dans le Nord est leur boisson de prédilection. En outre, la bière, dont ils abusent, quoique de qualité inférieure, n'en est pas moins pour cela encore très-alcoolique. Ils absorbent ainsi de l'alcool dans une proportion très-élevée d'une façon à peu près continue. Habitués à des libations copieuses, ils se font entre eux un point d'amour-propre de supporter de grandes quantités de liquide et ne rentrent à leur domicile qu'à des heures avancées de la nuit, privés le plus souvent de leur raison. Les jours fériés sont passés à l'estaminet et même bon nombre d'entre eux, n'allant pas au travail dans la semaine, consacrent des journées aux plaisirs et aux libations. Aussi, dans les villes industrielles, on est exposé à rencontrer fréquemment sur ses pas des individus ivres, et l'on est quelquefois le témoin de scènes scandaleuses. Les rixes et les disputes ont presque toujours lieu dans les cabarets et se terminent plus d'une fois par des coups de couteau.

Il en résulte pour la plupart de ces hommes adonnés à la boisson une excitation cérébrale qui, ainsi renouvelée, les conduit à la folie. Combien d'assassinats ne se commettent-ils pas sous l'excitation de l'alcool !

« L'ivresse, a dit M. Legrand du Saulle, est la véritable enfance de la folie. » Mais avant d'en arriver à la période ultime de l'alcoolisme, combien sont nombreux ceux qui ont à subir les conséquences de leurs désordres. Les voies digestives sont les premières atteintes, l'alimentation est insuffisante et la nutrition ne se fait plus dans des conditions normales. Les buveurs mangent en général fort peu, la plupart sont anémiques. Tous les organes subissent du reste des altérations graves par suite de la présence de l'alcool dans l'organisme. On observe chez les ivrognes des hallucinations, des illusions, des mouvements nerveux des membres. Ils se livrent aux actes les plus désordonnés, quelquefois même les plus violents. Leurs facultés intellectuelles sont obtuses, le sens moral s'émousse, la sensibilité physique est modifiée, elle est diminuée ou abolie, ou bien encore quelquefois augmentée.

Bien que les opinions soient très-partagées sur l'action que l'alcool exerce sur le système nerveux, il n'en est pas moins reconnu qu'il agit sur la constitution et donne naissance à des affections le plus souvent incurables. « Quoi qu'il en soit, l'alcool versé dans la circulation générale imprègne les tissus, les organes, les parenchymes; l'analyse chimique l'y découvre facilement, quelquefois même l'odorat suffit à l'y révéler. » (Dagonet.)

Nous n'avons point l'intention de passer en revue les affections qui sont causées par l'abus de l'alcool, ni même de décrire les funestes effets produits par les liqueurs spiritueuses. Cela nous entraînerait trop loin et au delà des bornes que nous imposent des notes statistiques.

Nous mentionnerons toutefois que l'alcool s'accumulant dans les centres nerveux, y produit les désordres les plus graves et donne souvent naissance aux affections mentales et principalement à la démence avec paralysie générale, à l'épilepsie, à l'idiotie.

Les perturbations morales et physiques causées par l'abus

de l'alcool sont nombreuses et graves, car non-seulement elles altèrent l'être au moral et au physique, mais encore elles entraînent l'hérédité des vices et des maladies pour les descendants.

Bayle attribue à l'abus des boissons alcooliques le tiers des malades qui ont été soumis à son observation. En Allemagne l'abus de l'eau-de-vie produit à peu près le tiers des aliénés. Parchappe et Deboutteville ont estimé à 28 p. 100 les folies dues à l'excès des boissons. Morel, sur 1,000 malades en a trouvé 200 chez qui la maladie avait été déterminée par cette cause. M. Dumesnil, inspecteur général, a constaté à Quatre-Mares que sur 500 malades hommes il y en avait plus de 100 atteints de démence avec paralysie générale.

Nous pourrions citer beaucoup d'auteurs qui ont fourni des proportions très-élevées de cas d'aliénation mentale causés par l'alcool ; mais ce fait étant aujourd'hui admis, nous n'y insisterons pas.

Les funestes effets de l'alcool ne se bornent malheureusement pas aux buveurs, mais ils se transmettent par l'hérédité aux descendants ; la transmission atteindrait jusqu'à la troisième génération. Les enfants issus de parents ivrognes, a dit M. Dumesnil, sont en Amérique dix fois plus exposés que d'autres au crime, à l'emprisonnement, et à l'échafaud ; nous ajouterons et à la folie. Morel, de son côté s'est exprimé ainsi : « Quoi qu'il en soit du mode d'action de l'alcool, il n'en est pas moins constant pour nous que la dégénérescence physique et morale est le résultat des excès que font les buveurs et que sous l'influence de cet agent pernicieux l'intelligence se détruit et les sentiments se dépravent. »

Que peuvent donc transmettre à leurs descendants ces êtres dégradés chez lesquels l'hébétude a remplacé l'intelligence, l'égoïsme a étouffé les sentiments du cœur, et pour lesquels il ne reste plus que les instincts de la brute ? Ils

n'ont plus d'autre objectif dans la vie que celui de satisfaire leur insatiable et honteuse passion. Ils sont sourds aux prières de la famille qui manque de pain ; ils sont sans ressources pour les leurs, mais, par contre, ils en ont toujours pour le cabaret. Après avoir réduit à la misère ceux qu'ils étaient chargés d'élever, d'instruire, de protéger, dont ils devaient assurer l'avenir, ils leur lèguent infailliblement le triste héritage d'une dégénérescence qui se manifestera sous des formes mentales différentes. M. Demeaux a communiqué à l'Académie des faits établissant que l'être conçu sous l'influence de l'ivresse alcoolique devient souvent épileptique et idiot. « L'individu qui hérite de l'alcoolisme est en général marqué du sceau d'une dégénérescence qui se manifeste tout particulièrement par des troubles des fonctions nerveuses. Enfant, il est emporté par des convulsions ou d'autres désordres nerveux ; il reste idiot ou imbécile. Adulte, il a un cachet spécial, sa tête est petite, sa physionomie hébétée, son regard sans expression ou stupide. »

« Parmi les enfants des individus livrés à des habitudes invétérées d'ivrognerie on en voit un certain nombre qui meurent très-jeunes à la suite de convulsions ; d'autres sont idiots, imbéciles, microcéphales, ou bien, lorsqu'ils grandissent, ils sont eux-mêmes enclins à l'ivrognerie, à la folie ; un grand nombre d'entre eux enfin commettent des crimes. » (Griesinger.)

Nous ne devons plus être étonné de voir dans les établissements d'aliénés, notamment dans l'asile d'Armentières, un si grand nombre d'idiots, d'épileptiques et de déments avec paralysie générale. Il faudrait cependant qu'on pût mettre un frein à ces désordres et enrayer le mal une fois pour toutes. On ne saurait se montrer trop sévère envers les ivrognes et on ne peut aussi qu'approuver l'application des lois sur l'ivrognerie ; il serait à désirer qu'elles fussent plus rigoureuses encore et que les peines

fussent plus élevées. Les autorités devraient accorder avec moins de facilité les autorisations d'ouvrir des cabarets, des débits de boissons et des cercles. Le nombre devrait en être très-limité; les débits de tabac ne pourraient en aucun cas avoir le droit de vendre des liqueurs.

Partout aujourd'hui, dans les villes comme dans les campagnes, ces sortes d'établissements pullulent; partout les clients qui les fréquentent sont en grand nombre et de tous les âges. Dans Armentières, par exemple, on ne compte pas moins de 251 estaminets, soit pour 1000 habitants 13, 1 estaminets et 76 habitants pour un estaminet. Dans les grandes villes la proportion est certainement plus élevée. Quoi d'étonnant que l'ivrognerie soit si commune dans ces pays?

Pour mettre un terme à ce suicide volontaire de tous les jours, il serait d'une absolue nécessité, qu'en dehors de l'autorité, des hommes connus et dévoués donnassent l'élan de l'organisation des sociétés de tempérance et qu'il s'en établît partout.

M. Foville fils a proposé, et l'on ne peut qu'approuver sa manière de voir, « de provoquer et de favoriser la formation de cercles où l'on ne boirait aucune liqueur, et qui réunirait tous les éléments désirables de distraction honnête et dont la fréquentation remplacerait avantageusement sous le double rapport du profit social et intellectuel et de l'économie pécuniaire, les lieux actuels de réunion. » L'Angleterre, quoi qu'on ait pu en dire, a obtenu des résultats excellents, et c'est grâce aux sociétés de tempérance que l'ivrognerie y a considérablement diminuée. Pourquoi en France ne pourrait-on espérer atteindre le même résultat qu'en Angleterre? Déjà toutefois Paris a donné le signal en fondant une société de tempérance qui compte parmi ses membres les hommes les plus distingués; elle affirme chaque année sa vitalité, et les bons résultats qu'elle donne ne sont pas au-dessous des espé-

rances que l'on pouvait concevoir malgré sa création récente.

Espérons que le jour où la province suivra les exemples de l'Angleterre et de Paris, l'influence de ces associations se manifestera sur toutes les classes de la société et que bientôt nous verrons diminuer dans une très-grande proportion le nombre des ivrognes et que par suite aussi les cas de folie dus à cette cause deviendront plus rares.

Voici à titre de renseignement les quantités d'alcool consommées de 1863 à 1872 dans les départements du Nord et la ville d'Armentières.

*Quantités d'alcool consommé dans le département du Nord, de 1863 à 1872 inclusivement:*

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1863 | 46.927 h. 46 l. | 1868 | 60.341 h. 36 l. |
| 1864 | 49.152 47 | 1869 | 63.331 21 |
| 1865 | 51 518 02 | 1870 | 59.823 41 |
| 1866 | 62.342 18 | 1871 | 64.404 90 |
| 1867 | 58.102 70 | 1872 | 52.809 98 |

Soit en moyenne 56,875 hectol. 37 litres par an, et 3 litres 8 par habitant.

*Quantités d'alcool consommé dans la ville d'Armentières de 1863 à 1872 inclusivement.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1863 | 437 h. 28 l. | 1868 | 734 h. 82 l. |
| 1864 | 514 96 | 1869 | 795 10 |
| 1865 | 596 83 | 1870 | 765 91 |
| 1866 | 746 12 | 1871 | 748 33 |
| 1867 | 808 47 | 1872 | 669 27 |

Soit une moyenne de 981 hectolitres 71 litres par an, et 7 litres 7 par habitant.

## II. — Admissions.

Le nombre des admissions est ici, comme partout, très-variable, mais toutefois moins élevé qu'on ne pourrait le

penser eu égard à la population du département du Nord, où l'on rencontre des centres très-populeux, où l'industrie et le commerce ont acquis un développement des plus considérables, lequel tend toujours à s'accroître. Les causes susceptibles d'engendrer la folie y sont dès lors multiples : l'ivrognerie, le libertinage, la vie de fabrique, la misère, l'ambition, l'alimentation insuffisante, la syphilis, le tabac (dont on abuse dans le Nord), etc., etc., ont une influence très-marquée dans le développement de la folie.

En 1873, il a été admis . . . 151 malades.
En 1874, les placements volontaires et d'office ont atteint le chiffre de . . . . . 176 —
Soit une différence en plus, en 1874, de 25

Bien qu'en 1874 le chiffre des entrées soit supérieur de 25 à celui de 1873, nous ne pensons pas qu'il soit une preuve en faveur d'un développement plus considérable de cas de folie. Le nombre des admissions se compense d'une année à l'autre, si bien que nous ne constatons en moyenne pour une période de 10 années que 127 entrées par an.

En 1870 et 1871 le chiffre des admissions avait diminué d'une manière très-sensible; on pouvait croire que les progrès du mal étaient en décroissance; mais les années suivantes, les entrées ont été malheureusement beaucoup plus nombreuses. Aujourd'hui elles sont à peu près en nombre égal à celui des années antérieures à 1870 et 1871. La moyenne des admissions s'abaisserait certainement encore si les administrations hospitalières n'étaient pas si empressées de se débarrasser de malades qui les gênent, sous prétexte qu'ils sont excentriques. Si toutefois le nombre des aliénés augmente, c'est que la plupart y sont amenés beaucoup trop tard, alors que leur affection a déjà revêtu la forme chronique.

En 1874, il a été admis 140 malades pour la première fois; 26 par suite de rechute; 10 par transfèrement d'un autre asile, ayant leur domicile dans le département du Nord.

Parmi les 26 aliénés admis pour cause de rechute en 1874, 16 l'étaient pour la deuxième fois; 7 pour la troisième; 2 pour la quatrième; et 1 pour plus de 4 fois.

On ne saurait s'étonner de ce nombre de rechutes, car les individus qui ont déjà eu un accès de folie sont souvent exposés à redevenir malades. Ils se trouvent fréquemment après leur sortie de l'asile, en face des mêmes causes qui avaient déterminé la première explosion de la folie.

*Causes auxquelles ont été attribuées les rechutes:*

| | |
|---|---|
| Alcoolisme | 8 |
| Congestion cérébrale | 2 |
| Epilepsie | 4 |
| Effets de l'âge | 2 |
| Exaltation religieuse | 2 |
| Revers de fortune | 2 |
| Chagrins domestiques | 1 |
| Ambition déçue | 1 |
| Faiblesse intellectuelle | 1 |
| Inconnues | 3 |

De ces 26 aliénés :
10 étaient maniaques;
5 lypémaniaques;
4 épileptiques;
1 idiot;
3 déments;
1 dipsomane;
2 paralysés généraux (1).

(1) Nous n'aurions pas dû considérer comme des rechutes les malades incurables qui suivent : 4 épileptiques, 1 idiot, 3 déments, 2 paralytiques généraux. On pourrait les porter tout au plus comme améliorés; mais les ayant trouvés classés dans les rechutes, nous avons dû les porter comme tels.

Les 476 (y compris les 26 rechutes) aliénés admis étaient atteints de :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Manie. . . . . | 58 | Mégalomanie. . | 8 |
| Lypémanie . . | 38 | Épilepsie . . . | 13 |
| Délire des persécutions . . | 4 | Idiotie . . . . | 11 |
| Démence . . . | 19 | Alcoolisme . . | 7 |
| | | Paralysie gén. | 18 |

La manie et la lypémanie sont toujours les plus fréquentes. Ce sont aussi les affections qui offrent le plus de chances de guérison.

Le chiffre des malades incurables est par contre très-élevé; il n'y en a pas moins de 115, et dans ce nombre nous notons 18 paralysies générales, 19 démences, 13 épileptiques et 11 idioties.

### III. — Influence de l'âge.

*Age des aliénés au moment de l'admission :*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Au-dessous de 10 ans. . . . . | | | 2 |
| De 10 ans à 20 ans . . . . . | | | 12 |
| 20 | 30 | . . . . . | 33 |
| 30 | 40 | . . . . . | 43 |
| 40 | 50 | . . . . . | 34 |
| 50 | 60 | . . . . . | 32 |
| 60 | 70 | . . . . . | 10 |
| 70 | 80 | . . . . . | 7 |
| 80 | 90 | . . . . . | » |
| Age inconnu . . . . . | | | 3 |

En examinant l'âge des individus atteints de folie, nous voyons que cette maladie se manifeste de 30 à 50 ans, mais qu'elle est plus fréquente de 30 à 40. C'est, en effet, pendant cette période de l'existence que les fonctions cérébrales et l'activité physique sont exercées avec une plus grande énergie, que les passions sont plus vives et plus développées. L'homme, à cette époque de la vie, est généralement

dévoré d'ambition; il travaille avec ardeur pour la satisfaire en même temps qu'il cherche à se procurer la plus grande somme de jouissances. Il veut s'assurer pour l'avenir une existence calme et exempte de préoccupations ; aussi il est plus entreprenant et plus audacieux, et souvent même téméraire dans ses entreprises. Mais tous malheureusement ne peuvent pas traverser indemnes ce moment critique ; pour quelques-uns les illusions et les espérances s'évanouissant, ils se trouvent en face de la triste réalité qui les effraye. Bien souvent alors la folie fait explosion tout-à-coup.

« De 10 à 20 ans on remarque des cas isolés; de 20 à 30 les cadres se remplissent; tout d'un coup, de 30 à 40, il y a affluence, *il y a foule*; de 40 à 50 le chiffre décroît, mais il rappelle celui de 20 à 30. » (Morel).

## IV. — État civil.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Mariés . . . . . | 56 | Célibataires. . . | 14 |
| Veufs. . . . . | 88 | État civ. inconnu | 18 |

Nous réunissons ensemble le chiffre des célibataires et des veufs, car ils sont placés dans les mêmes conditions. Il est généralement reconnu que le célibat favorise le développement de la folie. « On sait que le célibataire se livre plus que l'homme marié à l'usage des boissons alcooliques, à la débauche et au libertinage; on sait que, ne trouvant pas chez lui les consolations de la famille propres à satisfaire son cœur, il s'abandonne, sans retenue « à la fougue de ses passions et à des entreprises hasardeuses. » (Aubanel.)

On a peut-être attribué au célibat une influence trop directe dans la folie et on n'a peut-être aussi pas assez insisté sur celle que l'état du mariage exerce dans la même maladie. On ne saurait oublier que l'homme marié, père de famille, trouve également dans sa situation des causes diffé-

rentes mais aussi nombreuses et aussi sérieuses, de nature à altérer l'intégrité de sa raison. Nous pensons du reste que M. le docteur Ingels, de Gand, tout en mentionnant que le célibat a fourni à son observation le plus grand nombre de malades, a eu raison de formuler des réserves auxquelles nous nous associons entièrement. « Je ferai observer de nouveau cependant que beaucoup d'aliénés sont célibataires parce que leur maladie les a empêchés de s'engager dans le mariage. Cependant le chiffre des célibataires serait probablement encore supérieur à celui des aliénés mariés; toutefois cette différence serait en réalité assez minime. » Plus loin le même auteur ajoute : « il y a une diminution sur le nombre des célibataires admis dans cette période décennale (1863 et 1872). »

### V. — Instruction.

| | |
|---|---|
| Sachant lire et écrire . . . . . | 62 |
| Sachant lire seulement . . . . . | 6 |
| Instruction plus élevée . . . . . | 8 |
| Sans instruction . . . . . | 49 |
| Sans renseignements . . . . . | 54 |

Les premiers éléments d'instruction sont assez répandus dans le département du Nord ; mais il reste certainement encore beaucoup à faire de ce côté attendu qu'on ne saurait considérer comme suffisamment instruit un homme sachant lire et écrire. Nous craignons que cette instruction élémentaire n'exerce une influence plutôt nuisible qu'utile sur l'esprit de celui qui la possède. Nous ne voudrions pas néanmoins que l'on pût croire que nous préférerions que ces individus fussent totalement ignorants, il n'en est rien; mais nous souhaiterions que l'on ne se contentât point d'apprendre à lire et à écrire et que l'on prît des mesures pour permettre à l'ouvrier, en dehors de ses heures de travail, d'acquérir une instruction moyenne. Tant qu'il n'en sera pas ainsi, il ne peut que fausser son jugement et son esprit

par des lectures qu'il ne comprend qu'imparfaitement ou mal et auxquelles il ne peut donner que des interprétations erronées. Il ne peut non plus triompher des préjugés et des erreurs qui sont malheureusement très-accrédités dans les classes inférieures. Ces lectures faites lorsque l'instruction est tout à fait rudimentaire n'ont souvent d'autres conséquences que de surexciter le cerveau de ceux qui s'y livrent.

Il y a dans l'établissement un malade sachant lire et écrire qui a lu dans son catéchisme et dans des livres de piété, que l'homme était fait à l'image de Dieu. Frappé par cette idée il en a conclu qu'il était Dieu et que dès lors il possédait toutes ses vertus, toutes ses qualités et toute sa puissance. Nous pourrions citer dans cet ordre d'idées, bien des exemples qui confirmeraient notre manière de voir à ce sujet. Il faudrait donc pour éviter les inconvénients qui résultent d'une éducation trop élémentaire que l'on pût donner à chacun une instruction assez élevée, qui le mettrait à même de se prémunir contre les mauvaises théories si répandues de nos jours.

### VI. — Domicile.

Villes : 82. — Campagnes : 55. — Inconnu : 39.

Comme toujours ce sont les villes qui dans les départements industriels et où le commerce est très-développé fournissent le plus grand contingent de malades. Il ne saurait en être autrement, car de nos jours les travaux des champs sont généralement abandonnés. L'homme de la campagne est attiré dans les villes parce qu'il y trouve un travail moins pénible, des salaires beaucoup plus rémunérateurs. Il est aussi attiré par ce besoin immodéré du plaisir et des jouissances matérielles qui a pénétré partout et dont il se montre de nos jours plus avide qu'autrefois.

Le chiffre des aliénés des campagnes est aussi important. C'est certainement dans les habitudes d'ivrognerie

qui ont pénétré dans les campagnes qu'il faut en rechercher la cause.

VII. — DURÉE DE LA MALADIE AVANT L'ADMISSION :

| | |
|---|---|
| 1 mois et au-dessous | 49 |
| 1 mois à 3 mois | 14 |
| 3 mois à 6 mois | 10 |
| 6 mois à 1 an | 7 |
| 1 an à 2 ans | 25 |
| 2 ans et au-dessus | 31 |
| Depuis la naissance | 12 |
| Époque indéterminée | 28 |

Le tableau ci-dessus nous paraît expliquer déjà comment il se fait que les sorties par guérison et par amélioration soient généralement peu nombreuses.

La plupart des aliénés placés à l'asile sont déjà malades depuis longtemps; nous relevons que chez les malades entrés en 1874, 73 seulement étaient aliénés de 1 mois à 6 mois, tandis que 96 l'étaient d'un an à une époque indéterminée. La plupart de ces derniers vont contribuer largement à accroître la population de l'asile et à diminuer le nombre des sorties. Il est en effet reconnu depuis longtemps que plus on tarde à soigner les aliénés, plus les chances de guérisons s'éloignent. Nous ne saurions trop insister sur la nécessité d'effectuer les placements dans le plus bref délai et demander surtout que les malades ne soient pas placés d'abord dans les hôpitaux où ils font un séjour beaucoup trop long. Il serait à désirer dans l'intérêt du malade et de la maladie que cette transition toujours nuisible, fût supprimée.

Les administrations hospitalières d'ailleurs ne demanderaient pas mieux que d'être dispensées de cette obligation que leur a imposée la loi de 1838.

VIII. — CAUSES AUXQUELLES LA FOLIE EST ATTRIBUÉE (1):

| | | | |
|---|---|---|---|
| Alcoolisme . . . . | 22 | Jalousie. . . . . | 2 |
| Ambition déçue . . | 6 | Insolation. . . . . | 1 |
| Chute sur la tête. . | 4 | Lecture de romans. | 1 |
| Chagrins domestiq. | 9 | Misère . . . . . | 5 |
| Épilepsie . . . . . | 17 | Onanisme. . . . . | 1 |
| Fièvre typhoïde . . | 3 | Politique . . . . . | 1 |
| Congestion cérébr. | 2 | Perte de fortune . . | 6 |
| Vice congénital . . | 10 | Ramolliss. cérébral. | 5 |
| Fanatisme religieux | 2 | Effets de l'âge. . . | 6 |
| Frayeur. . . . . | 5 | Causes inconnues.. | 68 |

*Hérédité.*

| | |
|---|---|
| Du côté du père et de la mère. . . . . | 7 |
| — du père. . . . . | 10 |
| — de la mère. . . . . | 6 |
| Inconnue. . . . . | 85 |
| Absence d'hérédité . . . . . | 68 |

On ignore le plus souvent les causes susceptibles d'engendrer la folie, quelles que soient les recherches minutieuses auxquelles on se livre à cet égard. Parmi celles auxquelles on attribue la maladie, l'alcoolisme et l'épilepsie ont été les plus fréquentes. Nous n'en sommes point surpris, ce relevé vient à l'appui de ce qui a été dit précédemment. Mais il arrive néanmoins bien souvent que les parents font remonter l'explosion de la folie à des causes qui n'ont aucun rapport avec cette affection. Aussi considérons-nous le chapitre: *causes prédisposantes et déterminantes*, comme ne répondant que très-imparfaitement au but qu'on se propose d'atteindre. Ainsi, par exemple, parmi les causes prédisposantes, l'hérédité est une des plus importantes et des plus intéressantes à

(1) Il eût fallu tout au moins séparer les idiots des aliénés. (*Note de la rédaction*).

connaître au point de vue du pronostic; c'est pourtant une de celles sur lesquelles on est le moins éclairé. Il répugne à beaucoup de familles d'avouer qu'il y a eu des aliénés dans les ascendants, quelques-unes l'ignorent, et d'autres n'attachent pas d'importance aux affections nerveuses dont les ancêtres ont pu être atteints.

Sur 176 malades admis, l'hérédité n'a été signalée que dans 23 cas. Si les classes aisées nous laissent volontairement dans l'ignorance quant à l'hérédité, les classes inférieures ne s'en préoccupent point.

Il serait pourtant très-utile que l'on pût être fixé aussi exactement que possible sur les causes de la folie, car le médecin trouverait sans doute dans les renseignements qui seraient fournis des indications précieuses pour instituer un traitement.

On ne saurait du reste attribuer la folie plus spécialement à telle ou telle cause, car elle est généralement la conséquence de plusieurs facteurs prédisposants et déterminants qui ont passé inaperçus.

Si, comme nous sommes porté à le croire, la folie n'a pas progressé dans le Nord il n'en serait pas de même en ce qui concerne la paralysie générale progressive. D'après les relevés de ces dernières années nous constatons que cette affection est non-seulement très-fréquente, mais encore que cette forme mentale est en voie de progression. M. le docteur Dumesnil, inspecteur général, a constaté que l'asile de Quatre-Mares renfermait plus de 100 paralysies générales sur 500 malades, soit un cinquième. Cette augmentation de paralytiques est due en grande partie à l'abus des liqueurs.

« On voit aujourd'hui positivement que le nombre des aliénés paralysés est infiniment plus considérable chez les hommes que chez les femmes, qu'il est certaines professions qui en fournissent plus que d'autres, que cette maladie

spéciale, quoi qu'on ait dit, à tous les pays, sévit avec plus d'intensité dans les centres de population et dans les milieux où la vie industrielle et commerciale est plus active et où il se consomme le plus de liqueurs fermentées. » Morel.)

Le nombre des paralytiques appartenant au département du Nord admis à l'asile d'Armentières a suivi depuis dix ans la progression suivante :

| Années. | Aliénés paralytiques. | Années. | Aliénés paralytiques. |
|---|---|---|---|
| 1863 | 14 | 1868 | 11 |
| 1864 | 23 | 1869 | 17 |
| 1865 | 9 | 1870 | 31 |
| 1866 | 19 | 1871 | 34 |
| 1867 | 25 | 1872 | 37 |
| | 90 | | 130 |
| | Total . . . | | 220 |

Sur une moyenne de 127 admissions.

Cette proportion augmentera certainement encore, si la consommation de l'alcool continue à s'accroître, ainsi qu'on l'a observé jusqu'à ce jour.

Si l'on compare les 5 premières années (1863 à 1867) avec les 5 dernières (1868 à 1872), on voit que le nombre des paralysies générales progressives a été pour les 5 premières de 90 et pour les 5 dernières de 130. « Tout en admettant que la folie, prise dans son acception la plus absolue n'augmente pas d'une manière alarmante ainsi que le craignent les administrations de diverses contrées européennes, n'est-on pas en droit de soutenir que la paralysie compliquée d'aliénation (périencephalite, folie paralytique, paralysie progressive, comme on voudra l'appeler) est une variété d'aliénation qui de nos jours se montre dans des proportions plus considérables ? Je suis tenté de croire que cette maladie est en progrès. » (Morel.)

M. le docteur Lunier, inspecteur général des asiles d'aliénés, pense que l'augmentation du nombre des cas de paralysie générale est due à l'abus des boissons alcooliques.

« Cependant il faut le reconnaître l'encombrement des asiles ne tient pas à cette unique cause. Une forme nouvelle de folie, la folie dite paralytique coïncidant avec le ramollissement des centres nerveux est devenue beaucoup plus fréquente de notre temps qu'il y a 30 ans. » (Dr Giraud, *Observations statistiques sur les aliénés.*)

## IX. — Sorties.

Le chiffre des aliénés sortis, a été de 58 en 1873 et sur ce chiffre, on ne compte que 27 guérisons et 11 améliorations.

En 1874 il a été constaté 69 sorties de toutes natures sur lesquelles il y a eu 36 sorties par guérison et 12 par amélioration.

L'augmentation sur les sorties par guérison a été de 9 et celle sur les améliorations de 3, soit sur l'ensemble une différence de 12 en faveur de 1874. On arriverait incontestablement à de meilleurs résultats si les familles se montraient disposées à recevoir auprès d'elles les aliénés non dangereux dont l'état mental s'est amélioré. Mais le plus souvent on est obligé d'hésiter avant de confier le malade à sa famille, car il ne rencontre pas auprès des siens l'affection, les soins et les conseils que son état exige impérieusement pour arriver à une guérison définitive.

Les malades sortis par guérison en 1874 doivent être classés, par rapport aux admissions, de la manière suivante :

| | | |
|---|---|---|
| 1° | Admis pour la première fois . . . | 25 |
| 2° | — par suite de rechute . . . | 11 |

Ces 36 aliénés, au moment de leur admission, étaient atteints de :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Alcoolisme. . . | 6 | Épilepsie. . . . | 1 |
| Manie . . . . . | 12 | Délire des persécutions . . . | 3 |
| Imbécillité. . . | 1 | Mégalomanie. . | 2 |
| Lypémanie. . . | 10 | | |

*Durée de la maladie avant le placement des aliénés guéris.*

| | |
|---|---|
| 1 mois et au-dessous . . . . . | 8 |
| De 1 mois à 3 mois. . . . . | 8 |
| 3 6 . . . . . | 3 |
| 1 an à 2 ans. . . . . | 2 |
| 2 ans et au-dessus. . . . . | 4 |
| Époque indéterminée. . . . . | 11 |

| | Guéris. | Améliorés. |
|---|---|---|
| Malades admis en 1874 et sortis la même année. . . . | 25 | 7 |
| Malades admis antérieurement à 1874 et sortis en 1874 . . . . . | 11 | 7 |

*Durée de la maladie des aliénés sortis par guérison et par amélioration en 1874, et qui étaient entrés dans l'établissement en 1874.*

| | Guéris. | Améliorés. |
|---|---|---|
| 1 mois et au-dessous . . . | 10 | 2 |
| De 1 mois à 3 mois. . . . | 5 | 1 |
| 3 6 . . . . | » | 1 |
| 6 1 an. . . . . | 2 | » |
| 1 an à 2 ans. . . . . | 1 | 1 |
| 2 ans et au-dessus. . . | 4 | » |
| Durée inconnue. . . . . | 3 | 2 |

*Durée de la maladie avant l'admission des aliénés sortis en 1874 et admis antérieurement.*

| | Guéris. | Améliorés. |
|---|---|---|
| 1 mois et au-dessous . . . | 3 | 1 |
| De 1 mois à 3 mois. . . . | 1 | » |
| 3 6 . . . . | 1 | » |
| 6 1 an. . . . . | 1 | » |
| 1 an à 2 ans. . . . . | » | » |
| 2 ans et au-dessus . . . | » | 1 |
| Inconnue . . . . . | 5 | 5 |

Les relevés ci-dessus nous paraissent de nature à établir ce que nous avons déjà avancé, à savoir que les guérisons s'effectuent plutôt lorsque l'affection est de date récente. Nous voyons figurer, en effet, parmi les guérisons et les améliorations 32 malades admis en 1874, tandis que pour ceux admis antérieurement, il y en a 18 seulement. Soit une différence de 14 malades en plus qui ont recouvré la raison l'année même de leur entrée à l'asile. Si, d'un autre côté, on examine la durée de la maladie avant l'admission, les résultats répondent encore à la nécessité que nous signalions d'effectuer le placement des aliénés aussi promptement que possible. Dix malades au moment de leur entrée n'étaient aliénés que depuis un mois, deux améliorés étaient dans les mêmes conditions. On voit brusquement s'abaisser de moitié le nombre de ceux dont l'affection remonte déjà à plus d'un mois. Plus on s'éloigne de l'époque de la manifestation de la maladie, moins les résultats sont favorables. Il en est de même des aliénés qui étaient dans l'établissement antérieurement à 1874; c'est encore parmi ceux dont l'affection était récente au moment de leur admission que les guérisons obtenues ont été les plus nombreuses.

*Age des aliénés au moment de leur sortie par guérison et par amélioration.*

| | | |
|---|---|---|
| De 10 ans à | 20 ans | 2 |
| 20 | 30 | 7 |
| 30 | 40 | 7 |
| 40 | 50 | 7 |
| 50 | 60 | 5 |
| 60 | 70 | 6 |
| 70 | 80 | 2 |

*Causes ayant déterminé la folie des aliénés sortis guéris.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Alcoolisme . . . | 9 | Effets de l'âge. . | 2 |
| Chagrins . . . . | 3 | Revers de fortune | 1 |
| Épilepsie . . . . | 2 | Ambition . . . . | 3 |
| Lecture de mauvais livres. . . | 1 | Jalousie. . . . . | 1 |
| Amour contrarié. | 1 | Inconnues. . . . | 11 |

## X. — Décès.

**Les décès, en 1873, ont atteint le chiffre de 65. En 1874, il y en a eu 88.**

| | |
|---|---|
| La moyenne des décès en 1873 par rapport à la population moyenne a été de. | 11,5 0/0 |
| Celle de 1874, calculée de la même manière est de. . . . . | 14,9 0/0 |
| Soit, entre ces deux années, une différence en plus de . . . . . | 3,4 0/0 |

Parmi les 88 décès constatés en 1874 nous devons remarquer que les malades atteints de paralysie générale sont au nombre de 21.

Les aliénés décédés étaient atteints à leur entrée des affections ci-dessous :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Épilepsie et folie. | 8 | Lypémanie . . . | 13 |
| Démence . . . . | 9 | Manie. . . . . | 19 |
| Faiblesse intellectuelle. . . . . | 9 | Paralysie générale | 24 |
| | | Idiotie . . . . . | 6 |

*Mois des décès.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Janvier . . . . | 12 | Juillet . . . . | 4 |
| Février . . . . | 4 | Août . . . . . | 8 |
| Mars . . . . . | 6 | Septembre . . | 12 |
| Avril . . . . . | 5 | Octobre. . . . | 6 |
| Mai. . . . . | 8 | Novembre. . . | 5 |
| Juin . . . . . | 5 | Décembre. . . | 13 |

En groupant les décès par saisons, ce qui nous paraît de nature à nous permettre de mieux montrer l'influence que les saisons exercent sur la mortalité, nous arrivons aux résultats suivants :

| | | |
|---|---|---|
| *Hiver*. . . | janvier, février, décembre. . | 29 |
| *Printemps*. | mars, avril, mai. . . . . | 19 |
| *Été*. . . . | juin, juillet, août . . . . . | 17 |
| *Automne*. . | Septembre, octobre, novem. | 23 |

Les saisons froides l'emportent de beaucoup sur les autres. En hiver et en automne il y a 52 décès, tandis que dans le printemps et l'été nous n'en relevons que 36, soit une différence de 16 entre les saisons froides et les saisons chaudes.

Il n'y a donc pas de doutes à avoir sur l'influence fâcheuse que le froid exerce sur la mortalité et elle se fait d'autant plus sentir que chez les aliénés la sensibilité physique est altérée. S'ils ressentent moins que d'autres l'action que le froid exerce sur l'organisme, ils n'en sont que plus exposés aux affections qu'engendrent les températures rigoureuses. Aussi doit-on entourer ces malheureux de tous les soins possibles et veiller d'une manière toute spéciale à ce qu'ils soient confortablement vêtus et bien chauffés.

*Age des aliénés décédés.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| De 10 ans | à 20 ans | . . . . . | 2 |
| 20 | 30 | . . . . . | 8 |
| 30 | 40 | . . . . . | 19 |
| 40 | 50 | . . . . . | 18 |
| 50 | 60 | . . . . . | 16 |
| 60 | 70 | . . . . . | 18 |
| 70 | 80 | . . . . . | 5 |
| 80 | 90 | . . . . . | 2 |

C'est ordinairement de 30 à 50 ans que les décès sont les plus fréquents. Toutefois nous devons remarquer que

les aliénés décédés à un âge avancé ont été en plus grand nombre en 1874 que les années précédentes. Cela tient surtout à l'hiver qui a été très-rigoureux; dans les mois de janvier et de décembre il n'y a pas eu moins de 25 décès. Enfin il y a lieu encore d'observer que parmi les 88 décès, 24 aliénés étaient atteints de paralysie générale progressive.

*Durée du traitement à l'asile des aliénés décédés.*

| | |
|---|---|
| 1 mois et au-dessous. . . . . | 20 |
| De 1 mois à 2 mois . . . . . | 7 |
| 2 3 . . . . . | 3 |
| 3 4 . . . . . | 2 |
| 4 5 . . . . . | 2 |
| 5 6 . . . . . | 3 |
| 6 1 an . . . . . | 7 |
| 1 an à 2 ans . . . . . | 8 |
| Au-dessus de 2 ans.. . . . . | 36 |

Il ressort de ce tableau que les décès surviennent en plus grand nombre parmi les malades dont l'entrée est récente. Il faut en chercher la cause dans l'intensité de l'affection, qui est plus grande dès le début, et dans l'état de santé des malades, qui est ordinairement des plus mauvais au moment de leur arrivée.

Quant aux autres, il n'est pas étonnant qu'après avoir fait un long séjour à l'asile pendant lequel ils ont été en proie à toutes les phases du délire, ils paient un large tribut à la mort.

La mortalité chez les femmes aliénées est généralement moins élevée que chez les hommes. Cela tient à ce que ces derniers se sont ordinairement livrés aux excès de tous genres; aussi, lorsque la folie éclate, leur santé est déjà altérée, soit par la débauche, soit par un travail souvent accompli dans des conditions hygiéniques mauvaises et exigeant un développement de forces intellectuelles et physiques

que la constitution humaine ne peut fournir longtemps sans en être ébranlée.

*Décès constatés chez les aliénés du Nord pendant* 10 *années* (1863 *à* 1872).

| Années. | Décès. | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1863. . . | 59 | sur lesquels | 5 | paralytiques. |
| 1864. . . | 57 | — | 11 | — |
| 1865. . . | 66 | — | 12 | — |
| 1866. . . | 84 | — | 15 | — |
| 1867. . . | 67 | — | 12 | — |
| 1868. . . | 57 | — | 22 | — |
| 1869. . . | 58 | — | 17 | — |
| 1870. . . | 45 | — | 10 | — |
| 1871. . . | 62 | — | 22 | — |
| 1872. . . | 48 | — | 20 | — |

Soit une moyenne de 60,3 décès par an, sur lesquels 14,6 décès de paralytiques.

Ajoutons encore qu'en 1873, dans le chiffre des décès étaient compris 23 aliénés du Nord paralytiques et 1 appartenant aux autres départements. En 1874, on ne compte pas moins de 24 paralytiques dont 23 pour le Nord et 1 pour les autres départements.

Il n'y a donc plus lieu de s'étonner si les décès sont aussi fréquents à l'asile d'Armentières, qui est d'ailleurs placé dans les conditions hygiéniques les plus défavorables. On peut même prévoir qu'ils augmenteront si la paralysie générale continue à progresser dans une aussi grande proportion, ainsi qu'on l'observe depuis quelques années.

# DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS

## TUMEUR CARCINOMATEUSE, CHEZ UN MALADE ATTEINT DE CE DÉLIRE; ÉTUDE HISTOLOGIQUE DE LA TUMEUR

**Par M. Charles DUTERQUE**
Interne en médecine de l'asile d'Auxerre (1).

Le malade qui fait le sujet de ce travail est un de ceux dont l'observation partielle a déjà paru dans les *Annales médico-psychologiques* (5e série, t. XIII, mai 1875. Alcoolisme et délire des persécutions, par M. Cullerre, médecin adjoint de l'asile d'Auxerre).

Nous passerons le plus brièvement possible sur les antécédents du malade, sur les événements qui ont motivé sa séquestration, sur son séjour même à l'asile pour arriver au cœur de la question qui nous occupe, et qui nous a paru, au point de vue mental et au point de vue histologique, d'un double intérêt.

M... âgé de 45 ans, d'un tempérament nervoso-bilieux, est grand, maigre. On ne sait s'il existe parmi ses ascendants quelque maladie cérébrale et nerveuse, il a reçu l'instruction qu'on donne à l'école primaire ; — l'éducation est nulle, l'intelligence bornée ; les plus vulgaires notions de la morale lui font défaut. Il y a quelques années,

(1) Service de Mr Rousseau, Médecin-Directeur de l'Asile.

une fièvre typhoïde grave paraît avoir notablement ébranlé sa raison — l'alcool et le vin ont fait le reste, dit sa femme.

Depuis que M..., dont la nature est essentiellement indépendante et vaniteuse, a pu secouer le joug de la domesticité et s'établir, il s'est fait entrepreneur de travaux publics sur les chemins vicinaux. Là, toujours en route pour ses affaires, vivant sur les chemins, il a contracté l'habitude de boire du vin et de l'eau-de-vie pour réparer ses forces, et celles de ses ouvriers, ou même des passants. Il ne s'enivrait pas tout à fait, mais buvait outre mesure, et était toujours, comme dit le proverbe, entre deux vins.

D'alcoolique, M... devient persécuté : ses amis le trahissent, sa femme le trompe ; les voisins le regardent d'une certaine façon qui signifie beaucoup.

Le voilà jaloux, soupçonneux, accusant bien à tort sa femme d'entretenir des relations adultères avec un nommé C..., son ami. Il profère des menaces de mort contre celui-ci, fait l'emplette d'un revolver et de cartouches pour être prêt à tout événement ; car C... veut se débarrasser de lui, tout le village en parle, du reste le *juge de paix l'a prévenu*.

Bientôt M... n'a plus d'appétit, ses inquiétudes et ses chimères augmentent, il néglige ses travaux ; ce qui lui attire des reproches, et lui fait quitter ses pratiques. Le voilà aigri de plus en plus, il oublie tout en buvant davantage.

Un soir enfin où les libations avaient été plus copieuses, et sous l'influence d'un trouble hallucinatoire de la vue, M... entre chez un nommé B..., qui, croit-il, s'entend avec C..., son ennemi mortel. Il le trouve seul, complétement seul (l'enquête l'a établi) au coin de son feu, et après quelques paroles échangées, il lui tire à bout portant plusieurs coups de revolver ! La victime, grièvement blessée, mourut quelque temps après.

M... sort de la maison, recharge son revolver, rentre chez lui, se couche, dort d'un sommeil tranquille, et répond le lendemain au magistrat qui l'interroge, qu'il est

tombé dans un infâme guet-apens. « Je me défendais, » voilà tout, dit-il. — Vous vous défendiez ! mais il n'y » avait personne dans la maison que votre victime ! — Il » n'y avait personne, reprend M... avec ironie ! Ecoutez, » que je vous raconte, Monsieur le juge. B... m'a entraîné » dans sa maison; aussitôt sa femme s'est esquivée, ce qui » m'a paru louche. Dans la salle se trouvaient B... qui me » saisit le bras droit, G... le bras gauche, et un troisième » qui me tenait par derrière, et que je n'ai pu reconnaître; » mais je crois bien tout de même que c'était ce brigand de » C..., le même qui m'en veut tant, et que j'ai surpris un » jour dans une cabane faisant des *indécences* avec ma » femme. Bref, voyant qu'ils refusaient de me lâcher et » que ça tournait mal pour moi, je les ai prévenus. Puis, » comme ils n'en tenaient pas compte et qu'ils me pous- » saient vers le fond, j'ai fait un effort surhumain, j'ai » dégagé rapidement mon bras, j'ai saisi mon revolver » sous ma blouse, et j'ai tiré sur celui qui était le plus à » ma portée. »

L'hallucination est tellement vivace, tellement persistante, qu'elle entraîne une conviction profonde dans l'esprit de M..., à tel point que celui-ci refuse de se dérober sous l'excuse d'ivresse que le magistrat instructeur envoie à son secours.

Je n'avais pas bu ce jour-là, dit-il ; — je me rappelle parfaitement tout ce qui est arrivé ; — je me suis légitimement défendu contre trois gredins qui en voulaient à ma peau ; s'il y en a un de mort, tant pis; mais je suis prêt à recommencer.

M... a donc rapidement franchi l'espace qui sépare l'alcoolique du persécuté ; plus rapidement encore le persécuté devient assassin.

En prison, le malade manifeste quelques hallucinations, de l'insomnie ; il présente du tremblement musculaire de la langue et des mains, mais par suite du régime auquel il

est soumis, en l'absence de toute boisson spiritueuse, l'appareil hallucinatoire toxique disparaît; il ne reste plus que le persécuté; et le délire des persécutions persiste toujours aussi violent, aussi logique dans ses manifestations. « Je » suis, dit-il, la victime d'un complot — si c'était moi qui » le premier étais allé à la gendarmerie, ce n'est pas moi » qui serais sous les verrous; ce serait C..., G... et ma » p..... de femme. »

Bref, l'autorité prescrit un examen médico-légal du prévenu M..., suivi bientôt d'une ordonnance de non-lieu, et celui-ci entre à l'Asile d'Auxerre le 10 juin 1874.

Pendant les premiers mois de son séjour dans l'établissement, M... se montre raisonnable, actif, laborieux; il s'occupe aux travaux d'intérieur dans le quartier. L'état mental est assez satisfaisant; il n'y a que lorsqu'on lui parle des événements qui l'ont amené à l'Asile qu'il s'échauffe, s'anime, parle de sa victime et de ses prétendus agresseurs avec haine, manifestant l'attente prochaine de sa délivrance avec anxiété. — « Le jour où il sera rendu à la liberté sera un beau jour pour la justice de son pays : elle aura commis un acte méritoire, surtout si relaxant l'innocent et le réhabilitant, elle met la main sur les vrais coupables et leur rive les chaînes qu'ils avaient forgées pour lui. »

Tel est, en résumé, le cliché ordinaire de ses déclamations.

M... commence aussi à inonder le département de ses productions, de ses réclamations; tout le monde reçoit de ses lettres; toutes les autorités civiles, administratives et judiciaires, depuis le sommet de l'échelle hiérarchique jusqu'au bas, compétentes ou incompétentes, en sont assaillies.

Dix fois le Parquet est saisi de son affaire; il demande qu'on l'écoute, qu'on le juge; il est innocent; il invoque des raisons de famille, ses petits enfants à élever, l'honneur de son nom et le respect à la considération publique, ses

affaires qui doivent péricliter pendant son absence, des travaux en chantier auxquels il n'a pas été donné suite.

Le 28 septembre, il écrit au Directeur pour lui demander sa sortie le plus promptement possible ; car il pense que les adjudications vont se faire prochainement, et que cette époque passée, ce serait une deuxième année de perdue pour lui et pour sa famille. N'est-il pas dans la force de l'âge? n'est-il pas un parfait honnête homme, le modèle des citoyens? n'a-t-il pas de nombreux certificats où sa moralité et sa bonne conduite sont inscrites en lettres d'or?

On le voit, le malade n'a nulle conscience de son état, le délire des persécutions n'a rien perdu de sa vigueur.

A la date du 4 octobre, le procureur de la République, vivement pressé de ses lettres et de ses réclamations, demande au Directeur de lui faire connaître l'état actuel du malade, et son avis sur la possibilité de la mise en liberté.

M. Rousseau envoie, en réponse à cette demande, un certificat, d'où il résulte que l'état mental de M*** est ce qu'il était au jour de l'entrée, c'est-à-dire que le fond du délire persiste avec acharnement ; qu'aucun raisonnement, si solide et si victorieux qu'il soit, basé sur les faits bien et dûment constatés, ne peut convaincre le malade de l'inanité de ses prétentions ; en un mot, que l'hallucination de la vue, qui a été la cause déterminante de l'assassinat commis par lui, est le produit effectif et réel du délire des persécutions ; que ce délire est toujours aussi bien assis qu'au premier jour ; qu'il s'affermit encore par les objections de toute sorte, et par suite des mesures de contrainte employées ; que, dans l'esprit du malade, l'administration de l'asile, l'administration préfectorale, l'administration de la justice désertent la vraie et bonne cause, pour prêter leur appui aux dénonciateurs, aux coupe-jarrets, auteurs du guet-apens dont il est victime ; qu'en résumé, il serait

dangereux, à tous égards, de mettre M*** en liberté; car il y aurait à craindre qu'il usât de représailles vis-à-vis de ceux qu'il croit toujours ses ennemis mortels, et dont il n'a pu se débarrasser entièrement une première fois.

Le 26 mai, à la visite du matin, M*** se promène fiévreusement dans le préau, et quand on lui demande pourquoi lui, d'ordinaire si tranquille, déroge ainsi à ses habitudes, il répond, le visage allumé par la colère, les poings tendus, qu'il faut que ça finisse, et qu'il va s'évader. Dans l'après-midi, revenu au calme et à la modération, il adresse au directeur une lettre dont je citerai quelques passages, en leur conservant la forme et l'orthographe nives.

« Asille départementale, 26 mai 1875.

» Monsieur le directeur,

» Ge vous ait écrit pour vous rapeler de ce que ge vous ait » dit ce matin à la visite. Ge vous ait parler de m'évadé. » Vous devez pansé que ce la est pas mon afaire puisque » ceux-là qui me tient dans cette position je désirrais de » savoir où ennait la chosse. Ge vous pris de me dire si » c'ait utille que gécrive à nouveau à Monsieur le procu- » reur..... Ayez la bonté de me le dire, car la pasiance » me quite..... Je vous répète comme je lui ai dit qui si » la police voulais venir à mon aide qu'ils serait bientôt » pris avec la vérité — il y as que moi si gétais sorti qui » peut les faire prandre avec la police — ge ne veux pas » mansauver de la police — moi, ge tiens à ce que les in- » dividus soit punis, etc..... il faut que ge soit bien forcer » pour réclamé ou pour vous demander quelque chosse, » car ce la mait pénible de demander. Monsieur ayez la » bonté de maitre de l'importance à ce que je vous écrit. » Ge vous serais très-reconaisant.

» J'ai l'honeur de vous salué avec tout respect. Votre » très-humble serviteur.

» M***. »

La solution à la question, c'est-à-dire la mise en liberté, la sortie si impatiemment attendue n'arrivant pas assez vite au gré de ses désirs, M*** juge mieux de se soustraire à cette formalité. Il profite de la nuit, du départ de son surveillant pour une ronde, brise un carreau, et s'évade par une ouverture rectangulaire de vingt centimètres de largeur sur trente centimètres de longueur. Toutefois, avant de partir, il laisse en évidence sur son lit un morceau de papier sur lequel il a tracé au crayon ce qu'il pense être la justification de son évasion.

« Auxerre, 9 juin 1875,

» Vous ne devez pas être surpris si ge me suis évadé, » — car vous aviez vus toutes mes lettres — gai pansé » qu'ils fallait ce moyen pour savoir des renseignements » sur mes afaires, puisque gai écris partout et point de ré- » ponce. Après 13 mois edemis de passé je crois qu'il est » bien temps de rendre raison à un homme dont l'yno- » cence est clair comme le jour. Ge ne peut pas voir le » pourquoi que c'est Messieurs me tienne dans cette posi- » tion semblable. Ge ne peux pas croire autrement qu'il y » a entendement pour me tenir en captivité. C'est de ne » pas recevoir de lettre de Monsieur le Procureur de la » République qui ma exsitér à m'évadé. Cait inutille d'aller » prévenir la pollice. — Ge veux le bien, pas le mall, et » si l'on a l'airr de me faire de la misèrre, je ne me lais- » serais pas prandre que par sur prisse et par la force. » Les conseilliés municipaux de mon pays y sont des ânes » — ils ont laissér mes gredins tranquilles et moi, on

» m'emfermais, je demande l'égalité et la justisse et la » fraternité avec tout le monde, et la liberté que l'on doit » avoire sous tous les gouvernements ; il faut le vote uni- » verselle, c'est mieux que la forse brutal et que le châti- » ment malle appliqué par la force brutal.

» Monsieur le Directeur, ge vous le gure que quand je » me suis vut forsé de m'évader, cela ma fait de la peine » pour vous — pour moi ge ne pouvais plus durer plus » longtemps — le chagrin me faisait mourir à petits feux. » Vous voyez que je suis franc. — Ge vous pris bien de » faire votre pozible auprait de ces Messieurs pour que je » ne revienne pas dans cette maison. Je vous serais très- » reconaissant.

» J'ai l'honneur....., etc.

» Asile départementale d'Auxerre.

» Signé : M***. »

Le malade est réintégré dès le lendemain soir. Il ne cherche plus à faire de nouvelles tentatives d'évasion. Du reste, il passe ses nuits au quartier cellulaire.

19 *janvier* 1876. — Etat mental stationnaire ; angine couenneuse ; l'amygdale gauche est énormément tuméfiée et présente une vaste ulcération recouverte d'une épaisse membrane diphtéritique.

14 *février*. — Guéri de son affection intercurrente.

Le parquet continuant à s'occuper de notre malade, qui sollicite sans cesse, M. Rousseau lui adresse le certificat suivant :

« La situation du nommé M*** est restée complétement stationnaire. — Il est atteint de lypémanie caractérisée par un délire et des idées de persécutions de toute nature. Les convictions erronées persistent avec la même intensité ; — il est continuellement obsédé par des craintes ima-

ginaires, et se croyant en état de légitime défense, il est toujours prêt à tirer une vengeance éclatante de ceux qu'il regarde comme les auteurs de ses maux. — Le malade doit être considéré comme éminemment dangereux, et tout légitime sa maintenue dans l'établissement. »

On le voit, l'état mental ne change pas.

Au mois de juillet, comme nous l'interrogions à la contre-visite, et que nous exprimions notre étonnement au sujet de ses nombreux ennemis, il dit qu'il en avait encore plus que nous ne nous le figurions, que tous ses ennemis s'étaient révélés à peu près à la même époque à la suite de l'événement suivant :

« Il y a quelques années, dit-il, je revenais d'une foire des environs, et m'arrêtai au village de X... pour manger et me reposer. A table, je me trouvai avec de joyeux compagnons buvant sec, mangeant bien. Ma physionomie plut sans doute à l'un d'eux, car il me proposa de trinquer avec la société, ce que je fis. Après le dîner, on résolut d'aller voir danser; mais je pris prétexte de mes affaires, devant faire toute diligence pour regagner le logis où ma femme et mes enfants m'attendaient. Vers la fin des danses, à onze heures environ, après une longue conversation, dont la politique du gouvernement, le sort des ouvriers, les associations avaient fait tous les frais, l'un d'eux me dit à voix basse : — « Si vous voulez faire partie de notre société, venez avec moi, vous verrez quelque chose de beau. »

» Je ne sais pas comme cela se fit, mais j'avais à peine fait quelques pas que je me trouvai dans la plus complète obscurité. Puis, devant moi apparut une lueur que je reconnus être celle d'une torche. Me frottant les yeux, et les écarquillant le plus possible, je finis par distinguer sur des siéges six individus, le visage masqué. Celui qui était le plus au milieu et qui paraissait le chef, leva la main, imposa silence aux autres, et d'une voix dont le timbre grave résonne encore à mes oreilles, me dit : « M***, voulez-vous

être franc-juge comme nous? Voulez-vous jurer de frapper quiconque vous sera désigné par nous, fût-il votre propre père?..... » Je voulais parler — mais ma langue était comme paralysée; la sueur me perlait sur tout le corps; enfin, je finis par balbutier que j'avais femme et enfants et que ce serment-là m'effrayait pour eux. Alors on me poussa, et sans qu'on eût ouvert de portes, sans que je fisse un pas, je me trouvai au dehors. Le froid qui me saisit me rendit la présence d'esprit.

» Bientôt j'entends chuchoter autour de moi : il faut le tuer, disait l'un ; oui, disait l'autre, car c'est un lâche, il nous trahira. En entendant toutes ces voix menaçantes, je perdis la tête, et courus droit devant moi, franchissant les murs, les haies, les obstacles. — Je me rappelle même que je tombai dans une mare ou dans un ruisseau. Toute réflexion faite, ça devait être un ruisseau, car l'eau était glacée. Je courus ainsi une demi-heure, me sentant traqué, poursuivi par des hommes à cheval, à pied, par des chiens. Je me cachai même dans une luzerne pour laisser passer cette trombe enragée à mes trousses.

» Au bout de deux heures de cette course fantastique, j'arrivai exténué de fatigue à la maison. Ma femme inquiète attendait, et me regardant, elle me trouva la figure comme celle d'un homme qui a fait un mauvais coup. Cependant, elle ne souffla mot, me fit coucher, et le lendemain je lui fis le récit que je vous fais en ce moment; elle me répondit : « Vois-tu, M***, tu bois trop, tu t'es enivré, et tu crois avoir vu et entendu tout ce que tu racontes. C'est le vin, tout ça !!!

» Oh bien ! oui, le vin !!! justement moi qui revenais de la foire, ma ceinture pleine de pièces d'or et d'argent, il n'y avait pas de danger que je me grise pour être volé, dépouillé..... »

Je demandai au malade s'il pouvait me laisser la relation écrite de cette aventure qui faisait tant d'honneur à

son imagination en général, et si peu à l'intégrité de ses fonctions cérébrales en particulier. Il promit d'accéder à ma demande, mais jamais je ne vis rien à ce sujet, soit dans les lettres qu'il écrivit depuis à l'extérieur, soit dans son dossier.

Rien de particulier dans l'état mental et physique de M*** jusqu'au 29 septembre, jour où se développe l'affection qui devait l'emporter.

Depuis la veille, le malade a eu de petits frissons; pendant la nuit un peu de sub-agitation.

29 *septembre* 1876. — Il accuse une sensation de brûlure ou d'écorchement dans l'intérieur du pharynx; le langage est nasonnant, guttural. A la sensation de brûlure et à l'enrouement se joint une toux violente; les crachats sont rares, pleins des cellules détachées de l'épithélium vibratile; la déglutition est douloureuse. Fièvre — le fond de la gorge ardoisé.

Gargarisme alumineux 6 grammes, tisane d'orge miellée.

1er *octobre*. — Même état — la fièvre a un peu diminué.

Alun, 6 grammes. — Décoction de quinquina.

5 *octobre*. — Un mieux sensible s'est fait dans l'état du malade; les aliments solides peuvent être pris avec facilité; le pilier gauche du pharynx un peu plus congestionné que le droit.

Gargarisme alumineux, 4 gr. — Décoction de quinquina.

7 *octobre*. — Réapparition des symptômes fébriles. Application d'alun en poudre sur le fond de la gorge.

*Du* 9 *au* 23 *octobre*. — Même état local; cautérisations successives avec la solution de nitrate d'argent au 1/10e; et le 23 et le 24 avec le bâton de potasse caustique, cautérisations très-légères, pratiquées rapidement, après lesquelles il est fait des applications émollientes.

26 *octobre*. — En examinant l'état de la gorge, on trouve

une petite tumeur de la grosseur d'une noix, sur l'emplacement même de l'amygdale détruite par l'inflammation ; tumeur qui provoque la saillie en dehors des muscles et de la muqueuse rétro-pharyngienne.

31 *octobre*. — Accroissement intus et extra : la tumeur apparaît nettement dans le fond de la bouche, déjetant la luette sur sa droite. On interroge le malade sur ses antécédents ? a-t-il eu des blennorrhagies et surtout des chancres ?

M... répond négativement ; mais il fait entendre que ses ennemis ne sont pas étrangers à sa nouvelle maladie.

A la partie externe, on recouvre la tumeur de pommade au proto-iodure de mercure.

Du 1er novembre au 20, le malade s'inquiète beaucoup de son nouvel état ; les nuits sont agitées ; il a du délire, de l'insomnie ; il présente de la fièvre dans l'après-midi pendant deux heures environ ; la tumeur progresse, mais lentement ; quelques ganglions sous-maxillaires hypertrophiés. Il y a 5 jours que le malade est constipé ; malgré des tranchées abdominales assez fortes, il n'a rien dit.

4 pilules calomel et aloës.

*Régime approprié.*

*Du 20 novembre au 12 décembre :* — continuation des précédents symptômes ; la déglutition recommence à être difficile ; la voix du malade est nasonnée, la tumeur déterminant l'occlusion de l'ouverture postérieure des fosses nasales ; un peu d'oblitération de la trompe d'Eustache, et comme conséquence demi-surdité. Actuellement, la tumeur occupe le fond de la bouche et la partie gauche de la voûte palatine, en dépassant un peu la ligne médiane. La muqueuse est soulevée et lui forme revêtement.

12 *décembre*. — Langue saburrale ; nausées à chaque instant, surtout dans le décubitus dorsal ; constipation ; ipéca, 2 grammes.

14 *décembre*. — Application de pommade iodurée ; le

malade ne peut plus mastiquer; lui, qui jusqu'ici avait fumé sa pipe, sa seule consolation, disait-il, s'abstient. Nuits agitées.

16 *décembre*. — La tumeur s'ulcère dans l'intérieur de la cavité buccale — le malade rend des crachats épais, striés de sang et de pus, de débris de tissu cellulaire.

17 *décembre*. — Par le travail d'élimination qui est survenu, la cavité buccale est un peu dégagée. Les douleurs ne se montrent plus par accès; le malade, se sentant mieux, demande de la viande, qu'on lui donne sous forme de hachis.

*Du* 18 *au* 20 *décembre*. — Même état; un peu plus de facilité dans la déglutition; les crachats persistent à se présenter sous forme de matières anguinolente d'une odeur fétide.

21 *décembre*. — Au dehors la tumeur continue à se développer. — Saignée locale — 8 sangsues.

22 *décembre*. — Le malade prétend être un peu dégagé par la saignée locale. Quelques-uns des points de la peau où les sangsues ont été appliquées s'entourent d'une aréole inflammatoire.

23 *et* 24 *décembre*. — Cependant la tumeur ne diminue pas au dehors. Le malade a de la fièvre; la soif est intense et la déglutition pénible. La mastication du hachis et du pain n'est plus possible, car, à la fonte éliminatrice signalée plus haut a succédé une nouvelle poussée de tumeur, qui offre un aspect sanieux, grisâtre, des bords déchiquetés, et dont l'ensemble exhale une odeur infecte.

*Du* 25 *au* 28. — Même état. Le teint du malade est terreux, jaune paille. La constitution générale s'altère, s'affaiblit. Devant ces altérations physiques graves, le délire des persécutions n'a pas non plus perdu ses droits.

M...accuse ses persécuteurs des maux de toute sorte qu'il supporte depuis longtemps. — « Il y a trop de temps que ça dure, dit-il; il faut absolument frapper un grand coup!!! Comment! ils me font enfermer; puis, non contents de ça,

ils disent que je suis malade ! Et pour avoir plus de raisons, ils me travaillent la gorge. Toutes les nuits, je sens des douleurs atroces dans tout ça, ça me picote comme des aiguilles, puis les picotements augmentent, et se changent en coups; c'est comme si, avec des tenailles, on me brisait la peau. Mais c'est assez : — il faut en finir avec ça d'une façon ou d'une autre; ils y resteront, eux ou moi ».

Devant ces menaces d'évasion ou de vengeance, on juge prudent de mettre le malade dans le quartier de sûreté, mais, en l'entourant de tous les soins que comporte son état.

Le temps étant exceptionnnellement beau, le malade sort pendant l'après-midi dans les jardins accompagné d'un surveillant, et la promenade semble avoir une influence heureuse, au moins sur son organisation morale.

29 *décembre*. — Aujourd'hui, la tumeur est remarquablement dure dans la région sous-maxillaire. La peau conserve à son niveau sa coloration normale. La tuméfaction s'étend à toute la région sous-maxillaire et à la région sus-hyoïdienne, en haut, jusqu'à la glande parotide. — Le plancher buccal est fortement soulevé; la mastication et la parole sont devenues très-difficiles et très-douloureuses. — Les mouvements de la langue sont presque abolis, et le malade peut à peine ouvrir la bouche parce que les muscles qui agissent dans ce cas sont entourés d'un tissu cellulaire infiltré ou qu'ils sont eux-mêmes envahis par l'inflammation. — La fièvre est violente ; l'état général gravement atteint.

Nous nous décidons à pratiquer quelques injections dans la tumeur. — Le malade se soumet à la première faite avec la seringue de Pravaz (le liquide injecté est une solution de 1 gramme d'iodure de potassium dans 5 grammes d'eau) à l'intérieur, on administre l'extrait de ciguë en pilules à la dose de 0 gr. 05.

*Du* 29 *au* 4 *janvier* 1877. — Le malade a refusé toute tentative d'injection hypodermique; — nouvelle fonte gan-

gréneuse; — un liquide ichoreux, fétide et de mauvais aspect, mêlé de lambeaux de tissu, s'échappe de l'intérieur de la bouche, laissant à découvert la tumeur ulcérée et déchiquetée.

M... a chanté pendant la nuit du 2 au 3, — a tenu conversation avec des êtres imaginaires. — Le matin, quand on le lui dit, il n'en a pas souvenance. — Outre l'extrait de ciguë qui est continué à l'intérieur, on applique à la partie externe un vésicatoire.

*Du* 5 *au* 10. — Aggravation de l'état local et général; — la mastication est devenue impossible.

Extrait de ciguë, 0 gr. 05; le malade ne peut prendre que des vermicelles au lait.

*Du* 10 *au* 16. — Anesthésie et illusions de la sensibilité gustative; — le malade ne distingue plus, quand on lui ferme les yeux, le vin de l'eau, et l'eau sucrée de l'eau pure, l'eau du lait et du bouillon. On lui donne des bouillons et un demi-litre de vin.

18 *janvier*. — Progrès de la tumeur : — la bouche n'offre plus qu'un vaste aggrégat d'ulcérations; M... refuse tout médicament; le soir vers 7 heures le malade est pris d'étouffements, on vient nous chercher. A notre arrivée, l'étouffement a disparu.

*Du* 19 *janv. au* 1er *février*. — Aggravation de l'état général et local, émaciation profonde, fièvre violente pendant la nuit. Délire, agitation, chants.

*Du* 3 *au* 11 *février*. — L'inflammation de la bouche est moins douloureuse; extérieurement, la tumeur grossit toujours, des ganglions s'indurent du côté droit. Sur la demande du malade, on joint à ses tapiocas du jus de viande, on lui donne du café noir. Les nuits sont mauvaises, insomnie, délire.

21 *février*. — Développement continu de la tumeur intus et extra, le malade réclame des médicaments, on lui prescrit le chlorate de potasse en potion à la dose de 0g.40.

*Du* 22 *au* 25. — Le chlorate de potasse administré pendant 5 jours a exercé une action salutaire sur l'intérieur de la bouche; il a permis au malade de s'alimenter mieux et plus souvent.

*Du* 25 *février au* 3 *mars*. — La tumeur augmente progressivement; le malade a maigri considérablement; son aspect devient pâle, cachectique à un haut degré; la dyspnée augmente et devient très-pénible; la fièvre est continue. M... demande à quitter l'asile. « Ils sont arrivés à leurs fins, dit-il; ils veulent me faire mourir ici, je demande à aller mourir dans mon pays. »

Comme nourriture, il n'y a plus que les aliments liquides qui peuvent être avalés.

Jusqu'ici M... a donné l'exemple d'une énergie et d'un courage à toute épreuve. Malgré la fièvre qui le mine, malgré l'impossibilité presque absolue de s'alimenter d'une façon régulière, M... se tient debout. Il se lève le matin comme les autres, refuse de se coucher quand on lui fait observer qu'il souffrirait moins au lit dans sa situation. Mais ses forces sont à bout, il ne résiste plus, et c'est lui-même qui, à la visite du matin, demande à être transporté à l'infirmerie, ce qui s'exécute dans la journée.

4 *mars*. — Les douleurs dans la bouche sont atroces; fétidité extrême de l'haleine; suintement dans la cavité buccale d'un liquide sanieux abondant. Le malade réclame du poulet, dont il a pu seulement suçer le jus.

*Du* 5 *mars au* 23. — Depuis quelques jours, les selles sont rares, l'altération de la face a fait aussi d'effrayants progrès. On voit les traits s'effiler d'un jour à l'autre, les joues se creuser, la peau se modeler sur les plus petites insertions musculaires, et sur les os. La coloration générale est en rapport avec celle de la face, mais elle est moins prononcée; sa maigreur devient squelettique.

Le pouls, qui jusqu'ici était resté normal, devient remarquable par sa lenteur, 45 à 50 pulsations. Il y a un abais-

sement de température surtout aux extrémités. L'anéantissement du jour fait place au délire et aux insomnies de la nuit. La mort est imminente.

*Du 24 mars au 8 avril.* — Il y a eu comme une détente dans tous les symptômes précédents, ou, pour parler d'une façon plus précise, un temps d'arrêt ; la tumeur n'a pas augmenté sensiblement, l'état général s'est légèrement amélioré. M...a reçu la visite de sa femme, il s'est entretenu avec elle de ses projets d'avenir, il a causé de ses affaires avec liberté d'esprit; la déglutition elle-même est devenue moins difficile, c'est avec bonheur que le malade prend ce qui lui est prescrit. Il demande des journaux, fume sa pipe, chose qu'il n'avait pas faite depuis longtemps.

L'examen microscopique d'une goutte de sang fait découvrir une augmentation énorme des globules blancs du sang. Certains d'entre eux plus volumineux renferment des granulations très-petites, sphériques, jaunâtres, groupées autour du noyau. La proportion de ces leucocytes est considérable. Sous le même grossissement, on trouve dans une goutte de sang normal 7 fois moins de globules blancs que chez notre malade.

*Du 9 au 12 avril.* — L'affection a repris sa marche rapide en avant, la difficulté de la respiration est plus grande, la tumeur fait d'énormes saillies. Le pouls devient faible, petit, quelquefois insensible.

Vers 6 heures du soir, le 12, le malade nous fait appeler. « Il n'y tenait plus, dit-il, il a cru mourir étouffé. » Voici ce qui s'était passé : « Quelques instants après avoir bu mon bouillon, ce qui a bien duré une 1/2 heure, j'ai senti comme un frémissement, puis comme un craquement dans la grosseur que j'ai là sous le cou, cette grosseur s'est alors brusquement augmentée. Je croyais qu'elle allait éclater, puis le souffle de la respiration m'a manqué, les yeux se voilaient, j'ai rassemblé alors tout ce qui me res-

tait de voix, et j'ai appelé au secours, en vous faisant demander au plus vite. »

Je constate l'anxiété du malade ; la tumeur n'a pas augmenté de volume, comme il le prétend, mais l'état général du malade est grave, le pouls filiforme ; l'air expiré traverse évidemment une ouverture très-rétrécie, et s'échappe par sifflements.

On promène des sinapismes sur les jambes et les cuisses du malade; on prescrit une potion cordiale, et la nuit s'achève sans encombre.

13 *avril*. — Aujourd'hui, le malade reproduit sa déclaration de la veille au soir; la journée n'est pas trop mauvaise.

14 *avril*. — Vers onze heures du matin, mêmes phénomènes que le 12; mêmes accès paroxystiques se renouvelant à trois reprises, caractérisés par le sifflement de l'air franchissant la glotte; pouls presque insensible; le malade ne se nourrit plus, à proprement parler; il lui faut 40 à 50 minutes de tentatives pour faire pénétrer dans l'œsophage trois ou quatre cuillerées de bouillon et de café.

18 *avril*. — Les forces tombent tout à fait ; la langueur, le dépérissement augmentent, le pouls est plus fréquemment encore ralenti ; les extrémités se refroidissent. L'alimentation a été presque nulle.

19 *avril*. — Aggravation toujours croissante; le marasme est porté rapidement au plus haut degré ; la respiration devient de plus en plus difficile.

20 *avril*. — A la visite du matin, M... vit encore. Il demande à boire, et veut du sirop de grenadine. A dix heures un quart, il parlait encore à l'infirmier, puis l'intelligence se perd, le pouls devient filiforme et le malade succombe à 11 heures du matin.

*Autopsie 27 heures après la mort.*

| | Poids. |
|---|---|
| Hémisphère gauche . . . . . | 650 gr. |
| Hémisphère droit . . . . . | 645 |
| Isthme, bulbe, cervelet, etc . . | 170 |
| Total. . . . | 1.465 |

Membranes épaissies, fortement vascularisées. — Un peu d'adhérence de la dure-mère avec les méninges sous-jacentes, au niveau de la grande scissure. — Vaisseaux sains.

*Cerveau.* — Piqueté abondant à la coupe dans les deux hémisphères. Circonvolutions bien conformées et riches en substance grise. L'examen microscopique ne révèle rien d'anormal dans les cellules cérébrales, et dans le cervelet.

*Région cervicale.* — Deux incisions parallèles sont faites de chaque côté, depuis le bord supérieur de la clavicule jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur dont la section est pratiquée. De cette opération il résulte un lambeau rectangulaire, qui, rabattu sur le thorax, met à découvert une tumeur de la grosseur d'un énorme poing.

Tumeur blanche d'aspect, non bosselée, très-résistante, ayant son point de départ dans l'excavation amygdalienne gauche, occupant en haut l'extrémité postérieure de l'ouverture nasale gauche, l'isthme du gosier, l'ouverture supérieure du larynx, le repli glosso-épiglottique avec lequel elle fait corps, en avant la voûte palatine jusqu'au bord alvéolaire de l'os maxillaire; puis descendant le long du muscle sternocleïdo-mastoïdien sous forme d'ovoïde allongé, englobant dans son parcours, et dans le sens de son grand diamètre, l'artère faciale gauche, les glandes sub-linguale et sous maxillaire, l'artère carotide interne, la carotide primitive, et se terminant enfin à un centimètre environ de la clavicule dont elle est séparée par les troncs veineux.

De plus, onze à douze ganglions de la grosseur d'une noisette à celle d'une grosse noix, disséminés sur la trachée artère; les supérieurs s'adossant au tissu interstitiel qui recouvre le cartilage cricoïde, et les deux lobes du corps thyroïde; les terminaux ne dépassant pas la première division de la trachée en bronches.

Nous avons inutilement cherché dans le mésentère des traces de ganglions hypertrophiés, il n'y en avait pas.

*Rate.* — Notre attention avait été appelée sur la rate après la constatation d'une quantité anormale de globules blancs dans le sang. Il n'y avait cependant ni hypertrophie, ni épaississement du tissu réticulé et de ses trabécules.

Le *cœur*, le *poumon*, le *foie*, les *reins*, sont d'apparence saine.

*Examen histologique de la tumeur. Grossissement de* 200 *et* 300 *diamètres.*

Plusieurs préparations de tissu sont faites, en dehors du tissu frais examiné. Dans les deux cas, nous arrivons au même résultat. Dans le suc, obtenu soit par raclage soit par pression de la tumeur, nous trouvons : 1° un liquide, et dans celui-ci une quantité considérable d'éléments cellulaires. Ces cellules offrent des changements et une variété de formes infinis. Il y en a de toute dimension, depuis la simple vésicule sphérique anucléolaire, jusqu'à la cellule polygonale ayant plusieurs noyaux et nucléoles, et dont les contours affectent les formes les plus disparates : vésicules de toute grandeur, collections de vésicules faisant ressembler l'ensemble à du tissu granulo-graisseux, cellules fusiformes renflées au centre, avec noyau et nucléole, et se terminant en s'effilant, cellules cylindriques à noyaux ovalaires ou sphériques, cellules polygonales multinucléolaires, cellules en forme de croissant, cellules en raquette, tout s'y trouve; c'est le polymorphisme le plus riche, le

plus complet dans tous les types qu'on puisse trouver. 2° Pour la tumeur elle-même nous procédons par coupes les plus fines possibles, coupes pratiquées dans les parties les plus diverses du tissu, et nous nous trouvons alors en présence d'un stroma épais en certains endroits, plus lâche dans d'autres, mais dont toutes les aréoles sont parfaitement continues. Une goutte d'acide acétique sur la préparation, rend le dessin plus clair, les contours plus déliés, plus nets. L'aspect général est celui d'un feutrage formé de cloisons alvéolaires ovales pour la plupart, dont les points de tangence et de connexion sont occupés par des cellules plasmatiques.

Nous regrettons de n'avoir pu examiner au microscope les ganglions lymphatiques hypertrophiés, mais la précipitation avec laquelle il a été procédé à l'inhumation, a mis empêchement à un examen plus complet.

Quoi qu'il en soit, et en présence du développement rapide de la tumeur, du retentissement ganglionnaire éloigné, de l'ensemble des conditions cliniques et des troubles profonds de l'état général, de l'examen microscopique qui nous a montré : d'une part dans les éléments cellulaires du suc cancéreux, et de l'autre, un stroma fibreux constitué par des aréoles bien définies, nous croyons devoir écarter le diagnostic trop bénin de lymphadénôme, et avec les anatomo-pathologistes, nous nous croyons en droit d'affirmer que la tumeur à laquelle nous avons eu affaire, était d'origine carcinomateuse.

# Médecine légale

## RAPPORTS MÉDICO-LÉGAUX

**Par le Dr V. COMBES**
Directeur-médecin en chef de l'asile public d'aliénés
de Sainte-Gemmes-sur-Loire.

## RAPPORT

SUR

## L'ÉTAT MENTAL DU NOMMÉ VINÇ..

INCULPÉ DE DESTRUCTION DE TOMBES, INCENDIES,
DÉRAILLEMENTS SUR LE CHEMIN DE FER, ASSASSINATS, ETC.
FAIBLESSE MENTALE, MANIE.—ORDONNANCE DE NON-LIEU

Je soussigné V. Combes, docteur en médecine de la Faculté de Paris, directeur médecin de l'Asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loir, invité par M. le juge d'instruction d'Angers à donner mon avis sur l'état mental du nommé Vinç.., Julien, ai, serment préalablement prêté, et après examen de l'inculpé et de son dossier judiciaire, rédigé le rapport suivant :

### I. — FAITS IMPUTÉS.

Vinç.., Julien, est inculpé d'avoir :

1° en janvier 1871, mis le feu dans une ferme de Montreuil-sur-Loir (probablement pour se venger du fermier alors en procès avec son maître, à lui Vinç..,);

2° En mars 1871, détruit et souillé des tombes dans le cimetière de Montreuil (probablement pour se venger du garde qui l'avait frappé);

3° En mai 1872, commis les mêmes faits dans le cimetière de Saint-Martin du Fouilloux ;

4° En novembre 1872, volontairement mis le feu dans une ferme de Beauconzé ;

5° En juin 1873, volontairement allumé un incendie dans un tas de fagots à Saint-Martin du Fouilloux et probablement par dépit d'avoir perdu au jeu de boules;

6° En septembre 1873, placé de gros morceaux de bois sur les rails du chemin de fer (à Bouchemaine) afin d'occasionner le déraillement des trains ;

7°, 8°, 9°, 10° et 11°, en octobre 1873, détruit et souillé les croix et tombes des cimetières de Pruniers et de Bouchemaine; mutilé une statue de la Vierge à Épiré-Savennière; à deux reprises (dont une devant témoin) souillé avec de la fiente la croix du château situé devant la maison de son maître;

12° Dans le même mois, mis le feu chez son ancien maître à Saint-Martin du Fouilloux;

13° Dans le même mois, à nuit close, sur la route de Pruniers, tenté d'assassiner un nommé Ham... en lui portant sept coups de hache (cet homme lui était, d'ailleurs, inconnu.)

## II. — EXAMEN DU DOSSIER JUDICIAIRE ET DE QUELQUES AUTRES RENSEIGNEMENTS.

Vinç.., né à Saint-Georges-sur-Loire et élevé à Saint-Martin du Fouilloux, est âgé de vingt-huit ans, célibataire, domestique de ferme; n'a été à l'école que vers l'âge de vingt ans (dit-il), époque à laquelle il a un peu appris à lire. Depuis l'âge de quinze à seize ans, il a habité successivement Saint-Georges, un an; Saint-Martin, sept ans; le

Louroux, un mois ; Montreuil-sur-Loir, un an et demi ; Savennières, vingt mois ; Saint-Martin à deux reprises et Saint-Augustin, ensemble un an ; Beauconzé, un an ; enfin il était venu à Bouchemaine à la Saint-Jean de 1873.

Son père est mort d'une fluxion de poitrine il y a seize ans; et sa mère d'une hydropisie, il y a deux ans. Son frère aîné est atteint de hernie et une sœur, plus jeune que lui, est, dit-on, épileptique ; lui-même aurait eu, vers l'âge de quatre ou cinq ans, une fièvre grave dont on n'a pu me spécifier la nature. D'après le dire de sa famille, il n'aurait jamais été intelligent.

A l'époque de la conscription, il aurait été exempté du service militaire pour défaut de taille ; mais en 1870, s'il n'a point été mobilisé, c'est à cause de son peu d'intelligence.

Sa famille ajoute que c'est il y a sept ans environ, qu'il a commencé à donner des signes de folie ; et ce serait dans l'abus de l'eau-de-vie qu'il faut en chercher la cause.

Vinç... passait pour être un assez bon travailleur ; mais il était habituellement sombre, taciturne ; le dimanche il restait au lit ou bien allait se cacher dans les greniers à foin ; il paraissait peu aimer la compagnie des personnes avec lesquelles il demeurait, et quelquefois pendant les veillées, il passait une soirée entière sans dire une parole. Très-susceptible, très-irascible même, il se mettait en colère pour des motifs insignifiants, et quelquefois même sans aucun motif apparent; toutes les personnes qui connaissent Vinç... sont unanimes sur ce dernier point. Non-seulement il jurait, blasphémait, injuriait; mais encore il menaçait de frapper, d'incendier, de ruiner ses maîtres ou de coucher avec leur femme. Il s'emportait aussi contre les *vagabonds*, les *mauvais gars*, qui profanaient les croix et dévastaient les cimetières pour le faire mépriser, huer et tourmenter; il menaçait de les poursuivre avec une hache bien affilée, ou de les attendre sur la route pour leur donner des

coups de couteau. D'autres fois, au contraire, il se vantait d'être l'auteur de ces dévastations et disait être prêt à recommencer. Dans diverses circonstances ses colères devenaient de véritables accès de folie furieuse.

Je signalerai encore les particularités suivantes :

Arrivant un jour (en avril 1869) chez une de ses tantes, il était très-effaré et très-agité : « Cachez-moi, sauvez-moi, disait-il, les gendarmes sont après moi. » Puis il s'enfuit et fut une dizaine de jours sans qu'on ait jamais pu savoir où il avait été. Il revint chez sa mère, mais se montra si violent à l'égard de sa sœur, qu'on dût le faire repartir. Chez un parent, au Louroux-Béconnais, où il ne resta que quelques semaines, on avait peur de lui, on craignait de recevoir de lui un mauvais coup. Vers cette même époque il brisa un jour sa montre, disant qu'elle était empoisonnée, et que, d'ailleurs, *c'était trop faraud.*

Il aurait eu aussi des hallucinations diverses, au moins du sens de l'ouie; il aurait dit à un témoin qu'il ne demandait qu'à être condamné, parce qu'il était las de s'entendre crier sur le dos par les oiseaux ; devant un autre, je l'ai déjà dit, il menaçait les vagabons et les mauvais gars qui le tourmentaient; dans l'interrogatoire, il dit : « *Ils* jetaient des cris sur moi à tout faire trembler, je *leur* ai souvent demandé pourquoi, *ils* n'ont jamais voulu me répondre. » Et ailleurs : « La plus forte partie du monde me crache à la figure, c'est dans la basse classe. » Enfin un témoin dit qu'en 1871 il quitta son maître qui, assurait-il, lui avait craché à la figure parce qu'il ne buvait pas. Dans plusieurs de ces circonstances les témoins ont pu constater que Vinç.. n'était pas ivre.

Les faits qu'on lui reproche tirent un caractère maladif de l'insignifiance ou de l'absurdité des mobiles auxquels on les attribue ; ces dévastations de cimetières et ces profanations de statues et de croix, on ne peut les rapporter ni au désir de rapine, ni à l'irréligion ; mais à une sorte de

vengeance qui ne pouvait atteindre qu'indirectement les personnes dont il croyait avoir à se plaindre. Pour la tentative de déraillement, le mobile échappe, à moins que ce ne soit simplement le plaisir de faire le mal ; et quant à la tentative d'assassinat, elle ne peut être attribuée qu'à un individu ne sachant ce qu'il faisait, frappant en aveugle et à tort et à travers. « Si c'est Vinç..., dit un témoin, qui a frappé Ham..., il a dû le faire sous l'empire d'un accès de folie, sans le connaître et comme il eût frappé tout autre individu venant à passer auprès de lui.» Et l'arme était maniée d'une manière qu'on explique difficilement, car bien qu'elle fût bien affilée, les 7 coups donnés ne produisirent aucune blessure grave.

L'instruction a été conduite à imputer à Vinç... plusieurs des faits signalés, bien qu'il n'y ait pas de preuve suffisante, non-seulement par des menaces faites par lui de se venger par des moyens semblables, mais encore par la constatation, chez lui, d'impulsions à mal faire parfois irrésistibles. Rencontrait-il des objets servant au culte? il les mutilait et les souillait de fiente. Voyait-il des fils télégraphiques ? il lançait des pierres dessus. Un jour qu'il faisait une barge de paille chez son maître : « Si j'y f... le feu ! » dit-il tout d'un coup.

Les habitudes d'ivrognerie ont été bien constatées ; non-seulement il allait au cabaret, mais encore il buvait de l'eau-de-vie chez lui. Quant au libertinage, il n'en est presque pas fait mention dans le dossier judiciaire; et même Vinç . en repousse énergiquement l'accusation dans son interrogatoire. J'y reviendrai plus loin.

Il résulte de tous ces faits que Vinç... avait toujours passé pour être peu intelligent; qu'antérieurement à la date du premier chef d'accusation (janvier 1874), il aurait donné des signes manifestes de folie, c'est-à-dire en avril 1869; que depuis il en aurait fréquemment présenté d'autres et

que cette aggravation dans son état mental devrait être attribuée à l'abus des boissons alcooliques.

Je termine cette partie du rapport par la déposition de M. L..., maire de Montreuil : « Vinç... a été refusé pour le service militaire en raison de son peu d'intelligence... J'ai toujours pensé que ce qu'on disait de son peu d'intelligence était fondé... et je puis affirmer que souvent il n'a pas conscience de ce qu'il fait.»

Si j'ai insisté un peu longuement sur ce commémoratif, c'est parce que nous n'avons point remarqué à l'asile de faits aussi caractéristiques que ceux qui ont été signalés. J'ai, il est vrai, à regretter qu'il se soit écoulé un assez long laps de temps, quatre mois, entre l'arrestation de l'inculpé et son entrée à l'asile.

### III. — EXAMEN DE L'INCULPÉ.

Arrêté le 20 novembre par le garde champêtre, puis remis presque aussitôt en liberté, comme aliéné, Vinç... par suite de nouvelles charges élevées contre lui fut arrêté de nouveau, le 28 novembre 1873, et déposé à la maison d'arrêt d'Angers. Il n'a été amené à l'asile que le 22 mars 1874. Il est petit, trapu, a la face large, le nez busqué, la mâchoire inférieure haute et proéminente; les yeux très-mobiles, le teint habituellement coloré et le crâne relativement petit.

L'expression de sa figure est tantôt niaise, tantôt soupçonneuse, tantôt dure. Quand on l'interroge, son regard devient très-mobile et il regarde son interlocuteur le plus souvent obliquement. Il mange bien, dort de même, ne se réveille que rarement la nuit ; toutes ses fonctions physiques s'exécutent normalement.

On a trouvé dans sa chemise et ses draps de lit des taches de sperme ; proviennent-elles de pollutions involontaires ou provoquées ? les premières sont possibles, mais les dernière-

res sont plus probables. Vinç... suit régulièrement les exercices de la maison, il est docile ; il ne travaille que très-peu, mais demande quelquefois à retourner faire son service chez son maître. Il essaie parfois de déchiffrer un journal ; il est peu communicatif, souvent seul et ne joue point.

Interrogé sur les faits qui ont motivé son arrestation, il nie presque tout, et si, dit-il, il a avoué autrefois pour certaines choses, c'est parce que le brigadier lui affirmait que c'était le seul moyen de sortir de prison, ou pour qu'on le laissât tranquille, ou parce que cela lui faisait plaisir de *blaguer*.

Voici quelques-unes de ses réponses à diverses questions faites par le surveillant : « J'ai beaucoup d'esprit; — j'ai la tête très-forte — j'ai fait toutes mes classes ; — les personnes qui jettent des cris sur moi, ne sont pas pour moi ; — si je ne fais pas mes pâques, je suis perdu ; — j'ai pleuré toute la journée; non, je n'ai pas pleuré, je ne peux plus pleurer; j'ai la tête trop faible; il y a deux couleurs, le blanc pour Dieu et le rouge pour le diable ; j'aimerais mieux faire cinq ans de travaux forcés que de rester ici ; — tout ce dont on m'accuse mériterait les travaux forcés à perpétuité.

Souvent ses idées ne se tiennent par aucun lieu apparent, tandis que la faiblesse de l'intelligence et du sens moral apparaissent à chaque instant. Son oncle et son frère étant venus le voir, il leur a parlé avec assez de suite et leur a demandé instamment de le faire sortir, ne paraissant point avoir conscience de la gravité des charges qui pèsent sur lui ; la même inconscience se révèle dans deux lettres qu'il a dictées. Dans la première il informe M. le maire de St-Martin du Fouilloux qu'il a quitté la prison pour entrer à l'Asile et le prie de le faire sortir. La deuxième, datée du 30 mai, est adressée à son maître; en voici la teneur : « M. E... Je suis prêt à aller domestique chez vous, si je suis à Ste-Gemmes, c'est pour avoir cassé la croix et chanté des chansons malhonnêtes ; pour être domestique chez vous, je ne

vous demande pas beaucoup d'argent, je suis en bonne santé pour le moment; si je peux rentrer chez nous je resterai tranquille ; il y en a d'autres qui ont été arrêtés avant moi, un mois auparavant. Je vous salue. »

Ici, jusqu'à ces derniers temps, son humeur a toujours été égale, et il ne s'est fait remarquer par rien de répréhensible. Nous n'avons assisté à aucun accès de colère semblable à ceux qui ont été signalés, et rien n'a pu nous faire supposer qu'il ait eu, ici du moins, des hallucinations.

Je pourrais cependant dire, dès maintenant, que Vinç... est un imbécile qui, par l'abus des boissons alcooliques, a encore abaissé le degré de son intelligence et que les manifestations perverses qui lui sont imputées ont été vraisemblablement provoquées par de nouveaux excès et principalement par l'abus de l'eau-de-vie. Etant donnée une faiblesse native accompagnée d'une susceptibilité maladive qu'on rencontre fréquemment dans cette catégorie d'aliénés, des excitants comme les alcooliques devaient amener rapidement chez Vinç... de l'agitation, des hallucinations, des conceptions délirantes, des idées de persécutions par exemple, puis des emportements et de véritables accès de manie, séparés par des périodes de taciturnité. »

Le degré de la responsabilité de l'inculpé pour des actes commis dans de pareilles conditions se trouvait déjà considérablement atténué, en supposant encore que les habitudes d'ivrognerie ne pussent être considérées elles-mêmes comme une conséquence de l'abaissement intellectuel et moral.

Mais dans ces derniers temps Vinç.., qui avait été jusque-là assez réservé dans ses réponses, repoussant les accusations portées contre lui et niant en partie son intempérance et absolument toute habitude de libertinage, est devenu brusquement plus causeur, plus loquace et quelque peu effronté. Il a commencé par demander à la visite et devant tout le monde que je lui donne une femme, ajoutant qu'il saurait bien s'en servir. Puis, comme je lui faisais remarquer que

sa demande était peu en rapport avec ce passage de son interrogatoire où il dit qu'il ne voudrait pas coucher avec une femme avec laquelle il ne serait pas marié, et qu'il avait toujours refusé d'aller dans de mauvaises sociétés. « J'ai menti au juge, a-t-il répondu; j'ai bien fait la noce, » et il y a quelques années tant plus que je m'amusais » avec des filles, tant plus j'étais content. » Et une autre fois : « J'ai été souvent dans de mauvaises maisons, j'ai » couché avec bien des filles, des grisettes, des femmes » publiques, des domestiques avec qui j'étais en service » et même une maîtresse; il y en a une qui a passé pour » avoir eu un enfant avec moi. » Vinç... énonce tout cela avec une certaine jactance; il est plus verbeux, plus rouge, ses yeux brillent, il est manifestement excité.

Il parle également avec facilité de son penchant pour la boisson. Et revenant sur quelques-uns des faits imputés : « J'ai jeté de la fiente sur la croix, c'était par curiosité; je » voulais voir ce qu'on dirait de moi ; ils croyaient que j'é- » tais le bon Dieu et j'ai voulu leur faire voir que j'étais plus » diable que bon Dieu; j'ai détruit des croix dans les cime- » tières, c'est encore par curiosité; ils étaient toujours après » moi ; ç'à me faisait tort pour m'établir; c'était pour les » avertir que j'étais scélérat. » Je lui reproche d'avoir, par ses emportements, rendu sa sœur malade : « Je n'en sais » rien, répond-il, je ne le crois pas, à moins toutefois » qu'elle ne soit comme les autres ; elle veut peut-être vivre » sans travailler et elle s'en prend à moi ; c'est comme les » maîtres qui veulent toujours tout gagner et ne rien payer. »

Enfin un dernier fait tout récent : Vinç..., croyant qu'il n'était vu par personne, a été surpris frottant son pénis sur le dos d'un chat couché sur un meuble. Il y avait évidemment chez lui, ces jours derniers, une excitation spontanée; elle a été enrayée par un bain prolongé suivi d'une douche.

Nous avons déjà vu dans le dossier que plusieurs fois l'in-

culpé avait paru hors de lui, sans que rien ait pu faire supposer qu'il avait bu.

### IV. — CONCLUSIONS.

En résumé Vinç... est atteint de faiblesse mentale dont le début remonte à son enfance, et qui est compliquée depuis six ou sept années d'une vésanie caractérisée par des alternatives de taciturnité avec quelques idées de persécutions et d'accès maniaques avec impulsions irrésistibles et hallucinations, pendant lesquels il peut se porter à des actes regrettables contre les personnes et les choses. Son libre arbitre, qui n'est jamais intact, peut, pendant ces accès, être complétement annulé et il en doit résulter pour lui l'irresponsabilité des actes commis dans ces circonstances. Les faits imputés à Vinç..., rentrent dans cette catégorie, et on doit, à mon avis, le considérer, non comme coupable, mais comme aliéné dangereux et le traiter comme tel.

En foi de quoi j'ai dressé le présent rapport, que je certifie conforme à ma conviction.

Ste-Gemmes sur Loire, 8 juin 1874.

Dr V. COMBES.

— Une ordonnance de non-lieu a été rendue et Vinç... a été maintenu à l'Asile. — En novembre 1874, on a constaté chez lui des impulsions à la violence ; il a eu aussi des hallucinations de la vue et de l'ouïe.— En 1875 — même état mental; reste oisif. — En septembre: dysenterie. — En octobre : amélioration physique. — En 1876 : même état mental absolument; apathie, oisiveté. Vinç... est incurable.

Mai 1877 : Vinç., depuis plusieurs mois, s'est mis à travailler à des terrassements, mais mollement; son état mental n'a, d'ailleurs, point varié.

V. C.

# RAPPORT

SUR

# L'ÉTAT MENTAL

## DU NOMMÉ G...

**Inculpé d'attentat aux mœurs.—Imbécillité.**

ORDONNANCE DE NON-LIEU

---

Je soussigné, V. Combes, docteur en médecine de la Faculté de Paris, directeur médecin de l'Asile public des aliénés de Maine-et-Loire, invité par M. le juge d'instruction d'Angers à examiner l'état mental du sieur G. Ern., inculpé d'attentats aux mœurs, et à faire connaître si cet individu peut être considéré comme responsable de ses actes, ai, après le serment d'usage, observé ledit G... Ern., pris communication de divers renseignements contenus dans son dossier judiciaire et rédigé le rapport suivant :

G... Ern., originaire de M..., aura bientôt 34 ans. Son père est mort volontairement à la suite de chagrins occasionnés tant par des revers de fortune que par l'incapacité ou l'inconduite de ses enfants. Sa mère, qui était très-nerveuse, est morte, jeune encore, d'une maladie dépendant du système nerveux. Son frère, après avoir commencé à étudier la médecine, s'est engagé comme soldat, a gaspillé beau-

coup d'argent en orgies et est mort en Afrique d'une maladie cérébrale. Enfin une cousine germaine, morte jeune, avait été atteinte d'hystéromanie.

Dès son enfance, l'inculpé a été reconnu comme arriéré d'abord et comme imbécile ensuite. Il a parlé très-tard et a toujours, aujourd'hui même encore, parlé très-mal. Cette infirmité, provenant surtout d'un vice cérébral, est aggravée encore par une mauvaise conformation de la mâchoire inférieure. On signale à ce sujet que la mère de G..., pendant sa grossesse, aurait eu fréquemment auprès d'elle une femme de service qui ne *parlait que très-difficilement*.

On dit aussi que l'inculpé lui-même aurait eu jusque vers l'âge de 7 ou 8 ans, des *convulsions très-fréquentes* et très-sérieuses (2 ou 3 par jour).

Il aurait reçu chez ses parents une bonne éducation morale, mais dont il n'a jamais profité.

Ses sentiments affectifs peu développés, d'abord, se détériorèrent plus tard ; il était carressant ou rancuneux suivant ce qu'il pouvait attendre des personnes de son entourage ou même de sa famille ; paresseux, menteur, filou, malpropre, gourmand, il devint encore libidineux et porté à la boisson.

Envoyé à l'école à 6 ou 7 ans, il passa une dizaine d'années dans diverses institutions, à Montj... à deux reprises, à Angers, à Beaupréau et à Maulévrier. Je n'ai pu savoir si l'on avait été content ou mécontent de lui dans les premières de ces maisons ; mais il aurait été, paraît-il, chassé de la dernière pour avoir passé par-dessus les murs et être allé *s'amuser* (sic) avec une fille d'auberge ou de cabaret. Les sacrifices faits pour son instruction n'avaient servi à presque rien et ses parents en avaient conçu un vif chagrin. G... sait très-peu lire et très-peu écrire ; il connaît mal l'orthographe et plus mal le calcul. Quant aux autres branches de l'enseignement primaire, il n'en sait plus un mot. La lettre suivante peut donner une idée de son savoir-faire :

« Le 11 janvier 1875. — Monsieur Directeur je vous écris » quelque mot pour vous dire que je vous demande la per- » mission de changer de pavillon pour aller aux pansionat » je suis (*rayé dans l'original*) l'autre jour j'ai été à votre » bureau j'ai oublie une chosse que j'ai été em prison a » Vainne et Rrainne (Vannes et Rennes) pour pas avoir de » papier. Je rester Vainne huit jour de prison et aussi » Rainne huit de prison. Le procureur la ecris à mon parent » de venir me chercher. et aussi je vous demande du tabat. » Je suis votre affecsion nai E. G .. »

L'écriture en est très-mauvaise. Quant au calcul il en sait encore moins. Dans son interrogatoire de 1862 (pour un conseil judiciaire), il se montra déjà incapable de faire une addition des plus simples ; et à l'asile, voici quelques-unes de ses réponses : 1000 fr. et 100 fr. font 3,000 fr. ; dans une année il ne sait pas combien il y a de mois ; il y a huit jours dans une semaine ; il m'a dit qu'il avait 16 ans quand son père est mort et il n'a jamais pu calculer combien il s'était écoulé d'années depuis; il dit d'abord 12 ans, puis 9 ans ; enfin il affirme que 16 et 17 font 16.

Il aurait cependant, paraît-il, pu savoir assez son catéchisme pour pouvoir faire ses communions.

Lors de sa majorité un jugement du tribunal d'Angers vint le pourvoir d'un conseil judiciaire ; cette mesure avait été requise à cause de sa faiblesse d'esprit : « faiblesse d'es- » prit et incapacité telles qu'il lui était impossible d'admi- » nistrer ses affaires et qu'il était exposé au contraire à céder » à tous les entraînements de son âge et à compromettre et » dissiper sa fortune. »

Vers la même époque, il voulut apprendre un état manuel, celui de menuisier ; mais il ne put réussir et, après trois années, quitta son patron. Il n'a jamais pu faire quoi que ce soit d'utile, autant par paresse que par maladresse et ignorance. Vagabond, il se fit mettre deux fois en prison à Vannes et à Rennes, quand dans ses pérégrinations il n'a-

vait plus d'argent. Libertin, il fréquentait les maisons de tolérance et se livrait à la masturbation et aux plus dégoûtantes pratiques de pédérastie, tantôt avec un ouvrier compatriote qui lui payait quelquefois à boire, tantôt avec des vauriens auxquels il donnait « cinq sous. »

Il paraît que depuis plusieurs années il ne recherchait plus les femmes ; surtout depuis qu'il a été gravé par la petite vérole. Quand on lui demande s'il a quelquefois songé à se marier, il répond affirmativement, mais ajoute que sa famille n'a pas voulu ; si on lui demande encore pourquoi il a été pourvu d'un conseil judiciaire, il dit que c'est parce qu'il avait mangé trop d'argent ; mais que son frère en avait mangé plus que lui. Il n'a qu'une connaissance imparfaite de ce qui lui appartient et de ses revenus.

Avant d'être majeur, G... a, paraît-il, été séquestré à l'asile de Saint-Jacques de Nantes, et il y serait resté plus de deux années. Je regrette de n'avoir sur cette circonstance aucun renseignement authentique ; mais il est très-présumable que l'état d'imbécillité et aussi peut-être la lubricité auront été les motifs déterminants de cet internement. Je ne sais, non plus, pour quelle cause on l'a remis en liberté. Dans ces derniers temps G... fut également placé à la maison de santé de Saint-Martin d'Angers ; il fut obligé d'en sortir parce que, dit-il, on apprit qu'il avait une mauvaise conduite.

A l'asile, en dehors des réponses que nous avons consignées, G... n'a rien dit ni rien fait qui mérite d'être signalé. Il a paru cependant se rapprocher davantage de deux autres aliénés, mais on n'a rien remarqué de répréhensible ; il joue, il cause indifféremment avec les uns et les autres, sa conversation est insignifiante. Quand je l'ai interrogé il m'a parlé de ses pratiques de pédérastie et des faits qui ont amené son arrestation, avec une certaine aisance et comme de choses très-naturelles. A la fin cependant et après une question de moi, il a convenu que peut-être il avait mal

agi, mais il ne pensait pas qu'il serait condamné *à grand chose*.

Il s'acquitte normalement des actes ordinaires de la vie; il se montre doux et habituellement serviable; je dois mentionner cependant qu'on l'a vu à différentes reprises rire seul et tirer la langue, et qu'il bave souvent. Questionné sur le premier et sur le dernier point, il a nié, et sur le deuxième point il a dit que comme il avait souvent de l'amertume dans la bouche, il avait voulu voir la couleur de sa langue.

Il résulte de tous ces renseignements :

Que E. G... peut être considéré comme ayant été héréditairement prédisposé à des anomalies dans le système cérébral; que dès son enfance il a été signalé comme arriéré mentalement, atteint d'une névrose convulsive assez sérieuse et présentant une disposition vicieuse de la mâchoire inférieure qu'on rencontre assez souvent chez les idiots, les imbéciles et les dégénérés;

Que plus tard, l'arrêt de développement dans les facultés intellectuelles s'est accusé davantage; le langage est resté difficile, incorrect et incomplet; les idées lentes, communes, terre à terre d'abord, ont subi ensuite l'influence vicieuse des instincts dépravés; la mémoire s'est montrée rebelle et infidèle; la volonté instable, faible et sans force contre les entraînements passionnels; les sentiments affectifs également affaiblis; et enfin les instincts d'abord mal dirigés, se sont complétement déviés et pervertis;

Que, après huit ou dix années d'études dans diverses institutions, G... est resté aussi peu avancé qu'un enfant de sept à huit ans pour la lecture, l'écriture, le calcul, et qu'ayant voulu apprendre un état manuel, celui de menuisier, après trois années d'apprentissage on l'a retrouvé aussi maladroit qu'il était resté ignorant après ses autres études;

Que cet arrêt de développement, cette faiblesse intellectuelle et morale, ces entraînements faciles au mal, signalés dans l'état de G..., ont été reconnus, constatés même longtemps avant les faits plus ou moins récents qui l'ont amené devant la justice, puisque son internement à l'Asile d'aliénés de St-Jacques de Nantes remonte à deux années environ avant sa majorité et que la nomination de son conseil judiciaire a suivi d'une année à peu près cette même majorité.

J'ajouterai que tous ces faits, toutes ces circonstances se rapportent parfaitement à un type mental anormal et morbide connu, moins absolu que l'idiotie, mais plus prononcé que la faiblesse mentale (ou simplicité ou encore pesanteur) et que l'on nomme imbécillité; que cet état est incurable ou du moins qu'il n'est susceptible que d'une éducabilité très-relative (pendant l'enfance et la première jeunesse) et qu'il est continu; enfin qu'en raison de la faiblesse de sa volonté, de l'imperfection de son discernement et au contraire de la force de ses entraînements instinctifs, il ne peut y avoir pour l'imbécile de fonctionnement sain et régulier du libre arbitre; conséquemment et en règle générale qu'on ne peut lui infliger la responsabilité de ses actes : — la responsabilité absolue, du moins; et même quant à la responsabilité partielle, si la théorie en est à la rigueur possible, la pratique est hérissée de difficultés qui commandent toujours une réserve extrême et souvent l'abstention.

En résumé E. G... est, par suite d'un vice congénital, atteint d'imbécillité avec mauvais instincts et particulièrement tendances libidineuses; les actes qui lui sont imputés étant les conséquences, ou mieux une des manifestations d'un état morbide qui le prive de son libre arbitre, j'estime qu'on ne peut l'en rendre responsable; mais qu'il doit être considéré comme aliéné, et traité comme tel.

En foi de quoi j'ai signé le présent rapport, que j'affirme conforme à ma conviction.

Ste-Gemmes sur Loire, 18 janvier 1875,

Dr V. Combes.

Adoptant ces conclusions, le tribunal a rendu une ordonnance de non-lieu et, E. G... laissé à la disposition de l'autorité administrative a été maintenu à l'Asile. — Depuis lors, si grâce à une surveillance continue, G... n'a pu s'abandonner à ses mauvais instincts, rien non plus n'est venu contredire l'opportunité de la mesure dont il est l'objet (mars 1876).

V. C.

## Société médico-psychologique.

*Séance du* 30 *avril* 1877. — Présidence de M. Billod.

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

M. Paul Moreau (de Tours), nommé à la dernière séance membre titulaire, et M. Parant, de Toulouse, membre correspondant, assistent à la séance.

*Présentation d'ouvrages.*

M. Legrand du Saulle présente, au nom de M. le Dr Fournié, un ouvrage intitulé : *Essai de psychologie : La Bête et l'Homme.* L'auteur de ce volume pose de nouveau sa candidature au titre de membre titulaire de la société. Cette candidature avait déjà été agréée une première fois, il y a quelques années, et la mort seule de M. Cerise, qui s'était chargé du rapport, a retardé l'admission de M. Fournié.

Une nouvelle commission est nommée, composée de MM. Bourdin, Legrand du Saulle et Fournet, rapporteur.

*Rapports de candidature.*

M. Legrand du Saulle exprime son étonnement du retard que met la commission à déposer son rapport sur la candidature de M. Prosper Despine au titre de membre correspondant.

Sur cette observation, M. le Président charge M. Lunier de faire un rapport verbal.

M. Lunier énumère en quelques mots les titres de M. Prosper Despine ; il fait ressortir la valeur théorique et pratique des travaux de ce savant confrère, que la Société doit s'honorer de compter au nombre de ses membres.

Les conclusions du rapport de M. Lunier sont adoptées, et M. Prosper Despine est nommé à l'unanimité membre correspondant.

M. le Secrétaire général lit le rapport suivant sur la candidature de M. Rothe au titre de membre associé étranger :

Messieurs, vous avez chargé une commission composée de

MM. Moreau (de Tours), J. Falret et Motet, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Rothe.

Ces travaux, écrits en langue polonaise, nous ont longtemps arrêtés ; il nous était difficile de les faire traduire. M. le Dr Frièse, médecin adjoint de la maison de Clermont (Oise), a bien voulu prendre ce soin et nous aider dans notre tâche.

M. le Dr Rothe, médecin en chef des asiles d'aliénés de Varsovie, membre des sociétés de psychiâtrie d'Allemagne, de Vienne, etc., etc., sollicite son admission comme membre *associé étranger* de la Société médico-psychologique de Paris.

Il envoie dans ce but une série de brochures, comprenant :

Des travaux originaux ;

Des traductions d'ouvrages français avec études critiques ;

Et enfin, des comptes rendus annuels de la gestion médicale des asiles d'aliénés, dont il est le médecin en chef.

Tout ce qui se rapporte aux asiles de Pologne est particulièrement intéressant. Pour une population de près de 6 millions d'habitants, il n'y a véritablement que trois asiles d'aliénés en Pologne, deux à Varsovie, le troisième à Lublin, et encore ce dernier n'est-il qu'un quartier détaché de l'hôpital civil et ne comprend-il qu'une cinquantaine de lits.

Ceux de Varsovie, *l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, pour les hommes, et pour les femmes un quartier de l'*hôpital de l'Enfant-Jésus*, comprennent chacun environ 200 lits ; ils sont au centre de la ville, dans des quartiers voisins.

Les aliénés sont, en Pologne, aussi nombreux proportionnellement que partout ailleurs ; les asiles qui existent sont donc insuffisants pour les recevoir tous, puisqu'il n'y a que 450 lits qui leur soient affectés spécialement ; pour les autres, on consacre dans les hôpitaux de province, suivant les circonstances et les nécessités, des quartiers qu'on isole.

C'est, du reste, ce que M. le Dr Frièse a constaté lui-même l'an dernier à Kalisz, où on lui a montré, dans un hôpital ordinaire, un certain nombre d'aliénés indigents et même d'aliénés pensionnaires ; — car il n'y a pas d'asiles privés en Pologne : c'est la coutume générale, dans les familles aisées, de confier les aliénés à des maisons de santé de l'étranger ; quelques-uns sont placés en France ; mais c'est surtout à Vienne et en Suisse qu'on les envoie. Il est probable que c'est cette dissémination des aliénés dans les hôpitaux ordinaires qui a pu faire croire qu'il n'y avait pas d'asiles en Pologne.

M. Rothe, médecin des asiles de Varsovie, dans lesquels il y a plus de 300 malades, a fait paraître, dans un journal allemand, une *description de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu*, très-minutieuse, qui montre les aliénés de la Pologne bénéficiant de tout le bien-être et de l'assistance médicale que nous accordons à nos malades en France. Je crois même que pour un si petit nombre d'aliénés (160), nous n'avons jamais déployé un aussi grand luxe de personnel. Ainsi je vois :

4 médecins ;
3 aides-chirurgiens ;
2 Infirmiers-chefs ;
2 aides-infirmiers en chef ;
39 infirmiers ordinaires ;

Sans compter une vingtaine d'autres employés.

Le service des aliénés ressort de l'assistance publique, mais il est sous la dépendance d'une commission spéciale qui l'administre et se réunit tous les quinze jours.

Du reste, la loi qui régit les aliénés est exactement la loi française de 1838.

M. Rothe, dès qu'il fut nommé médecin en chef des asiles de Varsovie, s'est empressé de chercher à les agrandir ; mais comme ils sont enclavés dans la ville et ne peuvent s'étendre, ce n'est pas en élevant des bâtiments nouveaux au milieu des cours et des jardins, déjà trop restreints, qu'il pensait arriver à son but ; mais en créant un établissement entièrement nouveau sur un terrain qui lui permettrait, suivant les besoins, de se développer encore.

Il sut intéresser la commission administrative des aliénés à son idée et obtint d'elle la promesse d'une réforme, après que des études sérieuses auraient été faites sur cette question.

M. Rothe s'est mis à l'œuvre ; il a parcouru toute l'Europe, visitant les principaux établissements consacrés aux aliénés, les étudiant dans leurs moindres détails, ne négligeant rien, cherchant d'abord à créer par l'imagination l'établissement qui conviendrait le mieux aux aliénés de son pays ; prenant une idée d'un côté, en rejetant d'autres, car les mêmes conditions ne peuvent s'adapter à tous les peuples et à toutes les contrées ; de combien de différences, en effet, ne faut-il pas tenir compte ?

Revenu à Varsovie, son opinion était faite ; il publia sous le titre : *Assistance à donner aux aliénés et création pour eux d'un asile*, un travail, qui est bien l'analyse et la critique des établis-

sements qu'il avait visités dans son voyage, mais dans lequel on voit que son parti est irrévocablement pris d'avance. Aussi, au milieu d'appréciations justes, on rencontre des jugements peut-être trop absolus ; il trouve facilement mauvais ce qui le serait peut-être dans son pays, mais qui ne l'est pas nécessairement dans d'autres; exaltant d'un autre côté, tout ce qui peut servir à sa cause.

Ce travail est rempli de détails intéressants ; il conclut à la création d'un grand asile fermé avec une petite ferme annexée, seulement pour occuper les malades aux travaux agricoles. « C'est une erreur, dit-il, de penser que le travail des aliénés, peut couvrir les frais de leur entretien. » Depuis, la commission des asiles a acquiescé à ce vœu et un asile pour 400 malades est en construction à quelques pas de Varsovie. M. Rothe a publié une description très-détaillée sur ce nouvel asile, qui promet d'être installé avec tous les perfectionnements souhaitables ; il n'a pas oublié d'y adjoindre un pensionnat dans lequel il espère retenir les aliénés riches qu'on envoie à l'étranger, habituellement.

M. Rothe ne s'est pas seulement intéressé à l'amélioration du sort des aliénés et à leur installation dans des conditions convenables ; il s'est aussi beaucoup préoccupé de vulgariser l'étude de l'aliénation mentale; il est entouré de spécialistes qui le secondent dans son service ; il a non-seulement des internes qui se destinent à la carrière de médecin-aliéniste, mais de nombreux élèves de l'école de médecine viennent suivre ses visites quotidiennes.

Dans chacun de ses rapports il se plaint du mélange trop intime des aliénés curables et incurables ; il voudrait un quartier d'observation qui deviendrait l'asile clinique.

En attendant une chaire, il professe l'aliénation mentale dans les Gazettes médicales de Varsovie ; les brochures qu'il envoie sont presque toutes extraites de ces journaux ; elles témoignent d'un travail ardent et continu.

Déjà, il cite fréquemment les auteurs français, dont il a traduit et publié de nombreux articles ; il n'est pas douteux que, très-honoré d'obtenir de la Société médico-psychologique de Paris le titre de membre associé étranger, qu'il ambitionne, il ne devienne, en Pologne, un des plus fervents vulgarisateurs de la médecine mentale française.

Les conclusions du rapport de M. le Secrétaire général sont

adoptées et M. Rothe est élu, à l'unanimité des voix, membre associé étranger.

*Discussion sur l'aphasie.* (Suite.)

M. Falret, après les divers orateurs qui ont pris la parole dans cette importante discussion sur l'aphasie, croit qu'il y a encore certaines questions à élucider. Et d'abord, quelle extension faut-il donner à ce mot d'aphasie ? Doit-il être compris dans son sens le plus général, ou dans un sens tout à fait restreint ? Dans le premier cas, il signifierait toute perte de la parole, quelle qu'en soit la cause ; il s'appliquerait à tous les cas de mutisme ou de surdi-mutité, même aux faits de mutisme volontaire des aliénés. Employé dans le sens restreint, que M. Broca a attaché au terme *aphémie*, il ne comprendrait plus que les faits de perte du langage articulé. M. Jaccoud a cherché à réagir contre cette tendance exclusive de M. Broca. Se servant, après J. Franck, du terme *alalie*, il a compris sous ce mot cinq formes diverses de trouble de la parole, que nous allons essayer de décrire rapidement. Dans le premier groupe se trouvent les faits d'alalie par trouble de la motilité de la langue ; au pôle opposé, c'est-à-dire dans la cinquième classe, se groupent tous les cas d'alalie par hébétude ou par lésion de l'intelligence. M. Broca et son école excluent ces deux ordres de faits du cadre de l'aphasie et ne les considèrent pas comme appartenant à l'aphasie vraie. Des cinq formes d'alalie de M. Jaccoud, il ne nous en reste donc plus que trois que nous allons étudier. Nous avons d'abord l'aphasie par défaut de coordination dans le centre moteur : c'est l'aphasie ataxique, due à une lésion du bulbe. Cliniquement, elle est caractérisée par l'ataxie des mouvements qui produisent la parole. Le malade ne peut pas prononcer le mot qu'il veut articuler et en prononce le plus souvent un autre ; il y a là une altération du centre de coordination des mouvements de la parole. Cette forme, comme les deux précédentes, doit encore être exclue du cadre de l'aphasie.

Dans la quatrième classe, M. Jaccoud fait entrer les malades qui conçoivent l'idée sans pouvoir l'exprimer ; ils ont la pensée et la volonté ; mais l'ordre d'expression n'est pas transmis aux organes coordinateurs ; il y a là une interruption de la transmission volontaire. Dans la dernière classe enfin, dans

laquelle rentre la majorité des cas de M. Broca, il y a suppression des diverses manifestations de la pensée.

Pour notre part, nous n'admettons pas ces cinq variétés d'aphasie, parce que les lésions de la parole dues à un trouble général de l'intelligence, et celles qui dépendent d'une altération des organes de la phonation, ne doivent pas figurer dans l'aphasie vraie. Sous le terme aphasie, nous faisons donc entrer deux catégories de faits : les uns sont caractérisés par des lésions de transmission : il y a rupture entre le monde extérieur et le monde intérieur, entre l'élément intellectuel et l'élément mécanique du langage ; le pont qui les relie à l'état normal se trouve brisé par la maladie. Les autres consistent dans ce que l'on a appelé l'amnésie verbale, ou plutôt dans la suppression du rapport naturel qui existe entre la pensée et son signe représentatif, le mot.

Le sens et la définition du mot aphasie étant ainsi bien délimités, nous devons maintenant faire remarquer que ce symptôme ne se présente pas sous des formes cliniques identiques. On voit en effet des aphasies temporaires ou durables ; des aphasies curables ou incurables ; les unes sont dues à l'hystérie, d'autres sont produites par des lésions cérébrales diverses, dont la plus fréquente est celle de l'insula de Reil, où aboutissent les ramifications de l'artère sylvienne. La lésion peut encore se trouver dans les lobes postérieurs ou dans d'autres parties du cerveau. M. Batemann a même insisté sur l'existence de faits démontrant qu'il y a des exemples d'aphasie avec hémiplégie gauche ; l'auteur anglais se trouve ainsi en contradiction avec M. Lasègue, qui donne pour caractéristique de l'aphasie, l'existence d'une hémiplégie droite.

Un second point à étudier, c'est la lésion des divers modes d'expression de la pensée. L'aphasie, en effet, n'est pas seulement constituée par la suppression du langage articulé ; les autres formes de la manifestation de la pensée peuvent aussi être atteintes par la maladie. Ainsi, on voit certains aphasiques de la parole qui ont conservé l'écriture ; comme exemple on peut citer l'histoire de ce facteur des halles de Paris que Trousseau raconte dans sa *Clinique médicale*, d'autres faits cités par M. Jaccoud et enfin le malade de l'observation de M. Mesnet. Cependant, il est à remarquer que, dans la plupart des cas, à l'aphasie est associée l'agraphie. Dès 1856, Marcé, dans son mémoire intitulé : *De l'existence d'un principe coordinateur de l'écriture,* avait déjà étudié ces deux catégories

de faits, c'est-à-dire les cas d'aphasie sans agraphie et ceux d'aphasie avec agraphie.

Il y a encore d'autres manifestations de la pensée qui peuvent être lésées ; ainsi, il y a des malades qui ont perdu la faculté de lire à haute voix, mais qui ont conservé celle de lire mentalement. En effet si on leur écrit le mot *chapeau*, ils montrent leur chapeau. On cite aussi des malades qui sont encore capables de dessiner, quand ils possédaient ce talent avant leur maladie ; d'autres, au contraire, qui, sous l'influence de l'aphasie, perdent cette aptitude et ne peuvent plus tracer avec un crayon que des figures informes ou des lignes sans signification.— Certains aphasiques conservent la mémoire musicale ; le fait cité par M. Lasègue en est un curieux exemple. — Enfin il y a des malades qui ne peuvent pas écrire spontanément, mais qui peuvent encore copier, comme il y en a d'autres qui, ne pouvant plus parler spontanément, arrivent néanmoins à répéter les mots prononcés devant eux. Tel est le cas d'une malade de M. Auguste Voisin, qui répétait tous les mots qu'on prononçait devant elle.

L'aphasie n'étant pas seulement la perte de la parole, mais, à des degrés divers, celle des différentes manifestations de la pensée, il reste à étudier encore le geste, cette manifestation élémentaire de la pensée. Dans la plupart des cas d'aphasie, le geste est conservé, ainsi que les expressions de la physionomie. Par là les malades peuvent montrer qu'ils ont conservé réellement leur intelligence. C'est principalement le geste qui est le moyen de manifestation de la pensée chez l'aphasique. Comme le sauvage, il a conservé, non-seulement le geste, mais encore l'interjection, le cri. Ce cri, cette interjection, ce sont tantôt un simple juron, ou bien les mots *oui* et *non*, ou encore un cri, — ta, ta, tam, tam. Ce cri déguisé, c'est l'explosion d'un sentiment ; c'est le langage naturel, celui de l'enfant ou du sauvage ; il se rapproche du geste. Les mots de la langue ayant disparu, il n'est plus resté que le geste et le cri guttural.

Il nous reste maintenant à étudier les applications médico-légales de l'aphasie. Et d'abord se présente à nous la question de l'état mental des aphasiques. Ont-ils conservé l'intégrité de leur intelligence, ou n'en ont-ils conservé qu'une portion ? Pour résoudre cette question, il faut assimiler les aphasiques aux apoplectiques. Chez ces derniers, en effet, on en rencontre quelques-uns dont l'intelligence est conservée et d'autres, au contraire, chez lesquels les facultés ont manifestement baissé. Il

est vrai qu'il est plus facile de constater l'affaiblissement intellectuel de l'apoplectique, en recherchant quelles sont les manifestations de l'intelligence qui lui manquent; tandis que chez l'aphasique, cette recherche est plus difficile et plus délicate, à cause de l'absence de la parole. Cependant, étant donnés les modes divers d'altérations des manifestations de la pensée indiquées plus haut, on possède déjà quelques éléments qui peuvent guider dans les recherches. Ainsi, un aphasique peut-il écrire, ses écrits permettront de constater son état intellectuel. S'il a fait un testament et si ce testament est bien rédigé, on peut accepter qu'il est valable. Mais si le malade est à la fois aphasique et agraphique, comme c'est le cas le plus fréquent, on constatera l'état de son intelligence en observant ses gestes, ce qui n'est possible que lorsqu'on peut suivre le malade, vivre avec lui, l'observer pour ainsi dire à tous les instants de la journée.

Si l'on est appelé à juger un cas rétrospectivement, c'est-à-dire après la mort du malade, il faut se livrer avec soin à des enquêtes, à des contre-enquêtes, et tenir compte de toutes les variétés de l'aphasie. Mais il faut avouer que, dans ces cas, la situation du médecin légiste est difficile et délicate. Il ne faut pas oublier qu'il existe des aphasiques copistes, qu'il en est d'autres qui n'ont à leur service qu'un mot avec gestes, que ce mot est ou *oui*, ou *non*, et que, dans tous ces cas, la situation est très-douteuse; car on peut se demander s'ils ont voulu dire *oui* ou *non*. Malgré la difficulté de l'interprétation de ces cas, il est cependant possible d'arriver à la conviction : ainsi **M.** Baumes, de Quimper, au sujet d'un testament d'aphasique, a démontré qu'il était valable en faisant ressortir, par l'étude des diverses manifestations de la pensée de ce malade, qu'il avait conservé l'intégrité de son intelligence. **M.** Falret a communiqué un autre fait semblable à la société de médecine légale.

Ce que l'on a dit, au point de vue médico-légal, des apoplectiques, doit donc s'appliquer aux aphasiques. On ne considère pas en général les apoplectiques comme incapables; il en devra être de même des aphasiques. Il y a là à établir plusieurs catégories de faits. Dans la première, nous rangerons les aphasiques dont l'intelligence est manifestement conservée; ceux-ci peuvent naturellement faire des testaments valables. Dans une seconde catégorie trouveront place ceux dont l'état intellectuel peut être contesté, ceux qui ont perdu la mémoire, dont

les facultés intellectuelles ont baissé, qui ont une émotivité exagérée, la volonté affaiblie. Malgré ces altérations, ces malades ne sont cependant pas en démence ; ils ne sont privés ni de leur liberté morale, ni de leur capacité légale. Ils peuvent donc faire un testament ; seulement il sera bon d'étudier avec soin chaque cas particulier. Dans une dernière catégorie enfin, nous ferons entrer les malades atteints de démence : pour ceux-là, il n'y a aucun doute : ils sont irresponsables et incapables.

La communication de M. Falret comprend donc les trois points suivants :

1° Délimitation scientifique du terme aphasie ; le sens de ce mot ne doit être ni trop étendu ni trop restreint ;

2° Etude des divers modes de manifestations de la pensée et de leur lésion isolée ou simultanée ;

3° Enfin, conséquences médico-légales de l'étude de l'aphasie.

M. Legrand du Saulle. — Dans le discours que nous venons d'entendre, j'ai noté entre autres choses cette opinion extrêmement juste, à savoir que l'aphasie pouvait se montrer fertile en difficultés médico-légales. J'ai, pour ma part, étudié l'aphasie au point de vue de la faculté de tester. Si cette question intéresse la Société, je prie le bureau de vouloir bien me réserver la parole pour une séance ultérieure.

Je désire simplement aujourd'hui utiliser les quelques minutes qui nous restent pour porter à votre connaissance un fait criminel étrange, resté mystérieux, et sur lequel la lumière n'a pas pu être projetée.

Vers la fin du mois de mars 1875, on me présenta un jour au dépôt de la préfecture de police un détenu, écroué seulement depuis une heure, sous l'inculpation d'assassinat. Il se nommait Delaye, paraissait âgé de soixante ans environ, était grossièrement vêtu, avait été compagnon charpentier, habitait seul avec sa femme le château de Montreuil-sous-Bois, et passait pour être aussi riche qu'avare ; on le disait millionnaire. Je l'interrogeai et il ne me répondit que par quelques monosyllables dissociés et à peine intelligibles : *oui... non... sacr... oh !... sacr... non*. Sa face était colorée, expressive ; son œil vif, quoique voilé par des larmes ; son attitude générale lourde et accablée. Je le fis marcher, et je reconnus qu'il avait de l'hémiplégie droite incomplète. Je voulus le faire écrire, mais il n'y parvint pas, s'impatienta et ne put rien exprimer par l'écriture. Je plaçai sous ses yeux une ardoise sur laquelle je

venais de tracer ces mots à la craie : « Qui est-ce donc qui a tué votre femme ? » et il protesta aussitôt avec indignation, se livrant à une mimique énergique, violente, désespérée, voulant dire évidemment que sa femme avait été frappée, mais non par lui. Je ne crus pas un seul instant à la simulation et je déclarai que Delaye était un apoplectique et un aphasique.

Mais que s'était-il passé ? Delaye vivait très-isolé, n'avait point de domestiques, n'entretenait aucune relation avec ses voisins et se rendait seulement, le samedi, du château de Montreuil à la grande rue de Montreuil, pour y toucher ses loyers hebdomadaires, comme propriétaire d'une vaste cité ouvrière. Quelquefois il allait à Paris, mais alors il était le plus souvent accompagné par sa femme. Or, le matin du jour où je l'interrogeai, il avait été rencontré errant près d'une carrière, à deux cents pas de chez lui, venant de quérir un médecin auquel il avait fait comprendre par son trouble et par ses gestes qu'un très-grave événement était survenu au château de Montreuil. On le suivit. Dans une cuisine, Mme Delaye gisait inanimée, couverte de blessures et de sang. Aucun détournement, aucune tentative de vol n'avaient eu lieu. On chercha l'instrument qui avait servi au meurtre et l'on ne trouva rien. C'est alors que Delaye avait été arrêté.

Les journaux s'emparèrent aussitôt de ce fait et le commentèrent de mille façons différentes. Seulement ils furent tous à peu près d'accord pour représenter Delaye comme étant « un faux muet. » Le magistrat instructeur, qui avait déjà confié l'autopsie de la victime à M. le docteur G. Bergeron, pria ensuite le même médecin de se rendre à Mazas et d'y constater judiciairement l'état mental de Delaye. Notre honorable confrère fut d'avis que Delaye était atteint d'aliénation mentale, qu'il n'avait point conscience de ses actes, et que, malgré son âge et sa débilité physique et mentale, « il pouvait être l'auteur de l'assassinat. »

Le malheureux vieillard passa de Mazas à l'infirmerie spéciale près le dépôt de la préfecture et j'eus encore l'occasion de l'examiner. Je le dirigeai sur l'asile Sainte-Anne et je signalai dans mon certificat l'état apoplectique, l'aphasie, la mort violente et mystérieuse de la femme du malade, l'imputation d'assassinat et l'ordonnance de non-lieu. M. le docteur Bouchereau reconnut aussitôt Delaye comme étant venu, quelque temps auparavant, à la consultation publique de l'asile, et comme s'étant fait délivrer gratuitement des médicaments.

Delaye fut envoyé à Bicêtre et il entra dans mon service. Je le plaçai dans le quartier de la *sûreté* et je m'évertuai à saisir le sens des protestations, des gestes, des jeux de physionomie, des larmes et des désespoirs si honnêtes en apparence de cet homme, mais je ne pus rien découvrir. Toutefois, je l'ai toujours supposé innocent.

De graves complications d'affaires survinrent. Les époux Delaye s'étaient mariés sans contrat, n'avaient point eu d'enfants, mais s'étaient réciproquement tout donné, *au dernier survivant* ! M. Jules Favre, qui avait pris en mains les intérêts d'un neveu de Mme Delaye, m'écrivit et me demanda mon opinion sur l'état mental de Delaye et sur l'avenir réservé à ce malade. Je répondis à l'éminent avocat que je ne devais compte de mon opinion qu'à M. le préfet de police et à M. le procureur de la République, et je le priai de vouloir bien excuser mon silence. M. Jules Favre abandonna personnellement l'affaire et la confia à son gendre, Me Maritain.

A la fin du mois de juin 1875, Delaye parut un jour un peu affaissé et somnolent. Il mangea comme de coutume. De quatre à six heures du soir, éclata sur Paris un orage d'une violence absolument insolite. A sept heures, Delaye vomit et à huit heures et demie il était mort, malgré tous les secours qui lui furent prodigués par l'interne du service.

Le surlendemain matin, je fis l'autopsie et je priai M. J. Falret de vouloir bien y assister. Nous constatâmes tous les signes d'une congestion cérébrale grave et une altération manifeste de la troisième circonvolution frontale du lobe antérieur de l'hémisphère cérébral gauche.

Delaye était donc bien un aphasique. Mais qui donc avait tué sa femme ? Il a fallu renoncer à le savoir.

M. Lunier. — Cet homme était-il aphasique avant l'accident? ou ne l'était-il que d'une façon incomplète, et le crime n'a-t-il fait qu'augmenter son aphasie ? Si l'on n'a pu avoir sur ces questions de renseignements par le malade lui-même, ou par son entourage, peut-être eût-on pu en avoir par les médecins?

M. Legrand du Saulle. — Jamais médecin n'a pénétré dans le domicile de ce ménage, qui n'avait même pas de domestique.

M. Bourdin a connu un individu aphasique qui paraissait avoir conservé une notable partie de son intelligence. Comme il désirait faire son testament et léguer une partie de sa fortune à son neveu, on appela un notaire. Celui-ci fait au testateur

les questions d'usage : Voulez-vous donner à votre neveu une certaine partie de votre fortune? — Oui, lui répondit le malade par le geste et la parole. Mais comme il ne pouvait entrer dans le détail de son legs, le notaire refusa son office en alléguant qu'en qualité de notaire il avait besoin que l'individu lui dictât sa pensée. Trois ou quatre jours après, l'aphasique est mort sans testament.

La séance est levée à six heures.

Dr ANT. RITTI.

---

*Séance du 28 mai 1877.* — Présidence de M. BILLOD.

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

*Correspondance.*

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la séance.

M. LE PRÉSIDENT prie M. Ch. Loiseau, qui vient de faire un voyage en Angleterre, de vouloir bien communiquer à la Société le résultat de ses observations sur l'assistance pubilque des aliénés dans ce pays.

M. Ch. LOISEAU, que cette invitation prend au dépourvu, promet, pour la prochaine séance, de recueillir ses souvenirs et de réunir ses notes afin de pouvoir donner à la Société les renseignements qui lui sont demandés.

*Rapport de candidature.*

M. FOURNET donne lecture de son rapport sur la candidature de M. Fournié, au titre de membre titulaire :

MESSIEURS,

Vous avez chargé une commission composée de MM. Legrand du Saulle, Bourdin, et Fournet rapporteur, d'examiner l'ouvrage intitulé *Essai de psychologie*, sur lequel M. le docteur Edouard Fournié, médecin de l'institution des sourds-muets, appuie sa candidature.

Le même auteur a fait d'autres ouvrages sur lesquels notre regretté collègue Cerise vous avait déjà présenté un rapport favorable.

L'essai de psychologie, paru tout récemment, vaudra certainement, à son auteur, les suffrages de la très-grande majorité de la Société, et par la conformité des doctrines, et par le talent qu'on y remarque. Aussi, nous permettons-nous de voir dans notre confrère un récipiendaire plutôt qu'un candidat. Notre futur collègue prendra assurément une part active à vos travaux. Il vous sera donc utile et agréable de bien connaître d'avance le point de vue duquel il abordera nos discussions scientifiques.

Mais nous ne pouvions vous préparer cette clarté, et remplir notre mission de justice vis-à-vis notre confrère, que par un examen sérieux de son ouvrage. La commission n'a pas reculé devant ce travail ; cependant, par respect pour votre temps, elle ne vous présentera ici que les traits principaux, que la synthèse de ce que M. Fournié appelle une psychologie, et quand elle mettra cette psychologie en face d'une doctrine contraire, ce sera seulement pour les éclairer l'une par l'autre.

On pourrait s'étonner peut-être que l'auteur, en faisant acte de candidature auprès de la Société médico-psychologique, et en faisant preuve de beaucoup de lecture, n'ait tenu compte, ni des doctrines psychologiques, ni des travaux de psychologie et de pathologie cellulaires publiés par la Société ; il aurait cependant trouvé dans ces doctrines et dans ces travaux, tantôt matière à réflexion sur sa propre doctrine, tantôt des points d'appui à sa théorie cellulaire. Mais c'est nous-mêmes qui aurons le plaisir d'initier notre collègue à nos recherches et à nos idées; en attendant voyons les siennes.

### 1° *Doctrine de l'auteur.*

L'auteur prépare l'exposé de sa doctrine dans un « aperçu sur la physiologie et la psychologie actuelle », ainsi résumé : « le malentendu entre les psychologues et les physiologistes provient de ce que les uns et les autres n'ont pas encore trouvé le terrain sur lequel ils seront amenés à s'entendre » (p. 7). Ce terrain commun, ce sol solide de la science à la fois physiologique et psychologique, a précisément été défini dans le sein de la Société médico-psychologique, en 1863, sous le nom de *Loi des deux substances*, et en 1867 dans la *Doctrine organo-psychique* (1) ; et ce terrain se trouve assez solide pour supporter

(1) par le Dr J. Fournet.

toute la médecine aliéniste. La psychologie avait donc déjà « greffé ses ailes » sur la physiologie. Mais l'âme qu'on y professe n'est aucunement l'âme « mi-partie matérielle, mi-partie spirituelle » que notre confrère croit être « le dogme fondamental de la psychologie » (pp. 7 et 8).

Ce cumul de deux caractères opposés est bien plutôt l'attribut de *l'âme physiologique* de notre confrère ; vous allez en juger par sa propre définition de l'âme, et par l'antithèse qu'il établit entre sa conception de l'âme et celle des psychologues :

« Un principe unique, le principe vital, anime la machine corporelle ; dans ses rapports avec le cerveau, ce principe s'appelle intelligence. L'âme est l'ensemble des possibilités du principe de vie » (p. 17). Cherchant maintenant à préciser, l'auteur dit (pp. 41-43) : « Le quelque chose qui perçoit l'impression parvenue au cerveau, qu'est-ce ? Ce n'est certainement pas l'âme séparée du corps, c'est-à-dire un esprit pur placé dans le cerveau au point ou viennent aboutir les fibres sensitives. C'est l'âme intimement liée à la matière», en deux mots: « l'âme physiologique, qui seule peut s'affirmer ; c'est elle qui communique aux cellules la faculté de percevoir. »

C'est là, Messieurs, que se précise le point de séparation entre les deux doctrines qui s'opposent: dans l'une, c'est l'âme, *l'âme psychologique* qui *perçoit* et qui *connaît* ; dans l'autre, ce sont des cellules. L'auteur explique même (p. 38) « par quel *mécanisme* la perception simple dans les couches optiques, se transforme en perception avec connaissance dans les cellules de la couche corticale du cerveau», et c'est ainsi qu'il légitime son expression de la page 24 : « le *mécanisme* de la pensée. »

Vous vous rappelez, messieurs, que la loi des deux substances et la doctrine organo-psychique vous disaient : tout homme porte en soi le principe et la logique de la nature humaine : à l'état d'incarnation dans le corps, à l'état de personnification dans l'âme. Le premier état est l'animalité avec ses instincts et ses impulsions ; le second est l'être moral qui connaît sa loi et la suit volontairement. La vie complète et normale se constitue de leur concours, mais de leur concours hiérarchique. Leur fond est le même, et *c'est là le terrain commun de la physiologie et de la psychologie* ; mais la nature réfléchie et spiritualisée de l'un, le prédestine au gouvernement de la nature charnelle et impulsive de l'autre, et voilà le moi conscient, l'homme véritable par-dessus l'animal.

Je crains bien que notre confrère, malgré le nom d'âme,

d'âme physiologique, dont il décore son « principe vital unique », n'ait conservé de ces deux termes de l'unité humaine que l'incarnation, que l'animalité humaine. Je crains bien qu'en attribuant l'intelligence et même la raison à cette âme de chair, et en substituant ainsi le valet au maître, il n'ait pas beaucoup avancé et encore moins élevé le gouvernement de la vie.

Il a beau donner à son livre le titre de psychologie, se déclarer animiste, spiritualiste, et parler noblement des rapports de l'homme avec ses semblables et avec Dieu, il n'en est pas moins vrai que sa psychologie n'est que de la physiologie cérébrale; que son âme n'est que « le principe vital » qui préside à la vie du corps; que son spiritualisme n'est point encore *libéré* de la matière, puisque son âme « intimement liée à la matière corporelle est, par là, soumise aux conditions physiologiques » p. 115), au lieu de leur être supérieure; il n'en est pas moins vrai que son déisme, ainsi préparé par une âme *chose* au lieu de l'être par une âme *personne*, n'est qu'un panthéisme continué de l'univers à l'homme; c'est le spinosisme en psychologie. La personnalité humaine et la personnalité divine, toutes deux spirituelles, sont deux termes solidaires qui se prédestinent l'un l'autre; supprimer l'un, c'est supprimer l'autre, non pas en réalité, Dieu merci, mais dans les conceptions humaines, par conséquent dans le gouvernement de la vie. « Tout le développement des phénomènes admirables de la vie de l'âme, dites-vous (p. 528), est contenu dans ce mot : la perception de la cellule. » Ah ! vous n'avez pas mesuré la grandeur des destinées de l'homme pour l'enfermer ainsi dans l'aire d'une cellule ! Vous semblez vous-même, un moment, avoir été saisi par ce contraste quand vous avouez (p. 528), qu'il vous serait très-difficile, sinon impossible, de décrire les caractères propres des mouvements qui se manifestent (vous avez voulu dire qui s'accomplissent) dans un corpuscule de dix millièmes de millimètre de diamètre.

La cellule vous paraît également suffisante à expliquer la grandeur de l'âme humaine et l'unité du *moi* humain ! « l'unité du moi percevant et du moi pensant, dites-vous (p. 396), n'est pas le fait d'un principe conscient et indépendant de la matière, mais bien la résultante de diverses activités organiques. ..... La conscience et le moi ne sont que le principe vital uni aux éléments histologiques du cerveau. »

Mais si l'unité, l'identité du moi et les prédestinations de l'âme humaine sont inséparablement attachées à la matière de

notre corps, toutes les espérances d'outre-tombe se dissolvent avec notre chair !

Les différences, radicales, entre l'âme physiologique et l'âme psychologique, se poursuivent logiquement entre les facultés de ces deux âmes : dans la doctrine vraiment spiritualiste, les facultés surgissent du sein de l'âme, de la personnalité humaine dont elles sont les modes d'être, et non de la matière cérébrale qui n'est que leur moyen d'information et d'expression. Chacune des facultés de l'âme physiologique, au contraire, est incarnée à tel ou tel ordre de cellules, comme l'âme à tout l'organisme : la faculté sensible et la mémoire, aux cellules de la couche optique ; la faculté d'intelligence et de raison, aux cellules de la couche corticale, et la faculté motrice, aux cellules des corps striés. «La volonté correspond à un nouveau progrès de la matière cérébro-motrice, à ce progrès d'où est née l'invention de la sensation signe, c'est-à-dire du langage humain» (p. 400).

On sait combien ces attributions de telles facultés à telles cellules, sont instables, contradictoires chez les partisans eux-mêmes d'une systématisation cellullaire. Aussi, ne m'y arrêté-je, messieurs, que pour vous faire saisir au passage l'arbitraire de l'une de ses conséquences doctrinales : « La volonté réduite à l'impuissance, c'est le néant ; la volonté suppose toujours la réalisation possible de son but», dit notre confrère (pages 401, 403). Cette confusion, dans l'indivisibilité, de l'idéal et de sa réalisation, de la conception et de l'action, est conséquente, il est vrai, à la doctrine de l'indivisibilité de l'âme et de la matière ; mais l'expérience incessante de la vie, d'accord avec le bon sens, ne nous dit-elle pas : il y a là deux choses distinctes : une puissance morale, dont chacun a conscience, et la puissance organique chargée de l'exprimer. De ces deux puissances, l'une incarnée, l'autre personnifiée, l'une peut conserver toute son activité et l'autre défaillir; l'aphasie, la paralysie en sont la preuve clinique. Quelle est la législation humaine qui ne distingue soigneusement l'intention du fait ? quelle est la religion qui ne distingue entre la bonne volonté et les impuissances pratiques ? N'est-ce pas la préoccupation incessante de la médecine légale, de distinguer chez les fous conscients, comme chez les malheureux en proie à la rage, la survivance du sens moral aux entraînements d'une idée ou d'un instinct pervers? La danse de Saint-Guy, et tous les tics divers dont la pauvre humanité est affligée, ne sont-ils pas

la séparation évidente des deux foyers de vie, que notre confrère s'efforce vainement de ramener à un seul ? Comment ! la volonté serait *néant* partout où elle ne peut s'accomplir ! le fond ne subsisterait qu'à la faveur de la forme ? mais ce serait là le néant du monde moral ! M. Vacherot l'a dit et bien dit : « La psychologie, appuyée sur la conscience ou sentiment intime du moi, ne permettra jamais à la physiologie de confondre l'organe et *l'être* lui-même. » ( E. Vacherot, *La science et la conscience*, page 36.)

L'antithèse de l'âme physiologique et de l'âme vraiment psychologique se résume dans une double image : la première nous rappelle le Centaure de la fable, sorte de fusion de l'homme et de la bête dans une unité indivisible, dénuée de caractère moral ; la seconde, *l'âme personne*, nous apparaît sous les traits d'un écuyer intelligent, raisonnable, rempli de soins pour le bel animal qu'il a dompté, dressé et qu'il mène à son but. Laquelle de ces deux images est fabuleuse ? laquelle est la vraie et la plus digne de l'homme ?

Suivons dans l'histoire, les évolutions de l'art antique, de l'art symbolique: nous trouvons, à tous les degrés de cette évolution, la loi de l'antithèse entre l'âme et le corps ; quand les hommes et les dieux s'abaissaient, on les représentait avec une tête d'animal sur un corps humain ; telle est la Junon à la tête de vache. Quand le caractère moral reparaissait dans l'humanité et dans l'Olympe, l'art rétablissait la tête humaine sur un corps d'animal,et il élevait ou abaissait le type de l'une et le type de l'autre, selon les vertus ou les passions dominantes; tel est le Jupiter à corps de taureau. L'art chrétien, lui, a divinisé la tête humaine dans l'auréole de sainteté.

### 2° *Applications de la doctrine de l'auteur*.

Suivons, maintenant, Messieurs, notre confrère dans les applications qu'il fait de sa doctrine aux grands problèmes de la vie ; je ne prendrai que les principaux :

Le langage humain n'est pour lui que le *produit direct d'une matière cérébrale perfectionnée* ( p. 400). Assurément le cerveau de l'homme est un organe plus élevé sur l'échelle de la vie que celui des animaux, comme il faut un valet mieux stylé à un vrai grand seigneur. La fonction de ce valet bien approprié à une vie supérieure, est de rapporter des images plus justes et plus précises du monde extérieur, et de les présenter en idée

plus claires au maître qu'il informe ; et c'est, de ces idées claires, s'organisant dans la matière verbale, que ce maître, c'est-à-dire l'esprit humain, fait sortir, au lieu des sons inarticulés de l'animal, la parole articulée, premier levier de toutes les choses humaines. Cette parole articulée, inspirée par l'esprit, par le maître, c'est encore le cerveau et ses annexes, le serviteur et ses servants, qui l'exécutent, mais sous une inspiration et une direction supérieures, que notre confrère ne reconnaît pas.

Les grands phénomènes de la conscience, de la pensée, de la connaissance, de la vie intérieure ou réfléchie, des progrès de l'esprit humain, etc, sont, pour nous psychologues, le principe d'humanité personnifié se voyant, se reconnaissant parce qu'il est libéré désormais des éclipses que lui faisait la matière, s'accroissant des idées nouvelles qu'il abstrait de la sensation et qu'il s'assimile. Que sont ces phénomènes pour notre confrère? pour lui, la vie psychique est un courant nerveux qui va des cellules optiques aux cellules corticales, et des cellules corticales aux cellules striées ; écoutons-le : « Entre cette entrée par les cellules sensitives et cette sortie par les cellules motrices, que s'est-il passé ? est-ce la transformation de l'image en esprit, c'est-à-dire en idées ? non ; entre cette entrée et cette sortie, il y a *la vie en acte* et rien autre chose. Les cellules cérébrales ont vécu de leur vie particulière, et tous les phénomènes admirables de la vie de l'âme sont là » (p. 528). Tout se passe, comme on le voit, entre deux ordres de cellules, entre deux éléments organiques, au lieu de se passer entre ces deux termes de l'unité humaine : la personne et son système nerveux : c'est le caractère *réfléchi* abaissé, animalisé, dans le caractère *réflexe* ; c'est notre télégraphie électrique, moins la *personne* qui envoie et la personne qui reçoit la pensée cachée sous la parole. Il y a, cependant, comme un aveu implicite de cette personnalité humaine, dans quelques mots de notre confrère, qu'on croirait sortis de l'âme d'un stoïcien ; après avoir tracé le circuit nerveux et tout organique qu'il impose à la vie réfléchie, il ajoute : « Pour rester impassible et sans mouvement devant la douleur physique la plus vive, il suffit d'arrêter le courant nerveux dans l'élément sensitif et de lui dire : tu resteras là ; je veux avoir le temps de te juger et de t'apprécier à ta juste valeur » (p. 397). Mais il n'y a qu'une puissance supérieure par sa nature, c'est-à-dire ici, par sa spiritualité, qui puisse ainsi

parler et commander souverainement ; c'est précisément le droit et le pouvoir de la personne par-dessus la chair, de l'esprit personnifié par-dessus la logique incarnée.

C'est encore la vraie psychologie qui, à son insu, souffle à notre confrère cette belle maxime de la page 405 : « L'homme vraiment libre est celui qui sait subordonner l'exercice de ses droits à l'exercice de ses devoirs. » Mais ce n'est pas du sein de notre chair que peut surgir la puissance morale qui dompte, soumet et gouverne la chair ; sa source est nécessairement plus haut ; elle est dans le principe constitutif de l'âme véritable.

Mais cette aperçevance et cet aveu implicite sont bien vite éclipsés, effacés par le flot toujours envahissant de la doctrine, et l'on écrit à la page 398, que *la vie réfléchie, la vie morale, particulière à l'homme, n'est qu'une vie instinctive perfectionnée*. C'est ainsi que l'enfant passe insensiblement du caractère instinctif au caractère réfléchi ou moral, « en modifiant la mécanique animale, en perfectionnant ses mouvements » (p. 399).

La raison en puissance est, pour nous spiritualistes, une personnification élevée des lois divines de la vie, toutes comprises dans la logique de la nature humaine ; et la raison en acte, qui s'appuie sur l'organisme humain, est la pratique réfléchie de ces lois, l'accomplissement volontaire des destinées humaines.

Pour une âme physiologique, la raison n'est et ne peut être qu'un des effets directs de l'organisme, qu'un mode de la vie cellulaire.

Mais l'homme ne s'étant pas fait lui-même, ne pouvant changer l'organisation qu'il a reçue de la naissance, encore moins la constitution qu'il a reçue de la nature, sa vie n'en est-elle pas une conséquence fatale ? Et que devient alors la responsabilité sur laquelle reposent les législations, les religions et avec elles tout l'ordre social ?

Cela nous conduit à la solution doctrinale, par notre confrère, de la question fondamentale du libre arbitre : « De tout ce qui précède nous dit il (p. 402), il résulte que, sans exception, l'homme *obéit*, dans ses déterminations à des perceptions intelligentes (émanées des cellules corticales), de la même façon que l'animal obéit à des perceptions simples, (émanées des cellules optiques) » (p. 402). Vous ne vous êtes donc pas rappelé cette parole d'Ovide, je crois : « *Video meliora proboque ; deteriora sequor.* » La perception était ce

pendant ici plus qu'*intelligente*, puisqu'elle était raisonnée, démontrée: « *proboque* »; et il n'y a pas été *obéi*, malgré votre « sans exception ».

La seule différence entre les déterminations de l'animal et celles de l'homme, consiste donc pour notre confrère dans la nature de leurs mobiles, de leurs perceptions, de leurs notions, et non dans un principe, libre de ses déterminations. Dès lors, la volonté est une résultante au lieu d'être un principe, elle est une obéissance au lieu d'être un commandement; la liberté n'est qu'une fatalité. Et n'allez pas croire, Messieurs, que ce soit là une conséquence que je tire et qui dépasse les vues de l'auteur. Non; dans sa loyauté, toujours compagne de l'inflexible logique de sa doctrine, il nous dit lui-même: « le principe de l'acte volontaire est toujours dans l'impression sentie et *élue non par choix*, mais parce qu'elle est la plus forte » (p. 410). Nous sommes, dans le sein même de l'homme, en plein règne du fameux axiome: la force prime le droit; ou plutôt encore, il y a des forces, il n'y a pas de droit. Mais si tel est l'axiome de la vie intérieure, pourquoi pas de la vie extérieure? Notre confrère n'entend pas, dans sa franchise comme dans sa conviction, qu'aucun doute reste suspendu dans l'esprit de ses lecteurs, et il pose lui-même, en leur nom, cette question (p. 408): « Mais, que devient la volonté libre au milieu de ces sensibilités et de leurs réactions motrices? » et il répond, en son propre nom: « évidemment elle est absente, et c'est bien ce que nous voulions constater. »

Que l'homme sage soit obligé de mesurer ses volontés et de subordonner ses espérances aux capacités de son organisme corporel, et aux conditions favorables ou défavorables de son milieu, cela est évident pour tout le monde. Mais cette nécessité de notre double nature, n'affecte l'âme que dans ses manifestations et non dans sa liberté et sa puissance intimes. Le vol du poëte ou de l'ambitieux n'est-il pas toujours plus haut que les possibilités d'ici-bas? la libre détermination et la ferme volonté du croyant ne visent-elles pas plus loin que notre vie corporelle; la distinction entre le principe pensant et la matière organisée qui lui est adjointe comme moyen, n'est-elle pas évidente dans toutes les conceptions idéales, qui se désintéressent de la réalisation? Appliquons à l'âme du penseur qui cherche Dieu par-delà les mondes, ce que le poëte disait de César: « *Anhelat infelix angusto in limite mundi* »: l'âme est-elle donc *infelix* par la pensée libre et

sublime qui la transporte de joie? Evidemment non, elle ne l'est que par les pesanteurs de son corps qui attardent son vol, et les impuissances d'action qui neutralisent la pensée.

Il me semble, Messieurs, que le parallèle que je n'ai cessé de poursuivre, éclaire d'une lumière plus vive la doctrine de notre confrère, que si je vous l'eusse présentée seule et en elle-même. J'espère que cette lumière suffit à vous faire connaître avec précision le caractère de l'*Essai de psychologie*. Dans tout le cours de cet examen, je n'ai voulu que faire mieux saisir la doctrine en question par un contraste, et la mettre en relief sous vos yeux. La vérité finale ressort du choc des doctrines; la contradiction est son épreuve probatoire à elle. Nos discussions scientifiques ne sont que cette mise à l'épreuve.

*Conclusions.* — M. Fournié distribue avec art, dans son livre, ses matériaux de science et d'érudition; il expose ses idées avec talent; son style est simple, clair, quelquefois élevé quand l'auteur prête sa voile au souffle des grands objets qu'il évoque, quand c'est lui qui pense et qui parle plutôt que sa doctrine, quand il s'affranchit de son « âme physiologique », à la voix de Psyché.

Nous aurons donc en lui un joûteur habile et puissant dans nos joûtes de science, et, nous l'espérons, un bon collègue.

La commission vous propose de le recevoir à l'unanimité.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et M. le Dr Fournié est nommé membre titulaire, par 16 voix sur 17 votants.

### *Anatomie pathologique de la paralysie générale.*

M. Luys présente à la Société une série de préparations photographiques destinées à donner une idée des lésions intimes qui constituent la paralysie générale progressive.

Ces images sont la reproduction de pièces naturelles vues à différents degrés d'amplification. Ces grossissements varient entre 15 et 600 diamètres. M. Luys montre ainsi quelles sont les différentes phases suivies par le processus morbide, et il arrive à faire voir, d'accord en cela avec les recherches précédentes des savants français et étrangers, que la paralysie générale, au point de vue nosologique, peut être considérée, dès maintenant, comme une véritable *sclérose interstitielle diffuse de la névroglie des centres nerveux.*

Sur une série de préparations, M. Luys fait voir que le processus hyperplasique répartit inégalement son action. Sur certains sujets, ainsi que M. Baillarger l'a observé déjà, c'est la substance blanche qui subit tout d'abord ses premières atteintes, et alors on constate que les fibrilles de la névroglie, que les corpuscules qui leur font suite, sont très-notablement augmentés; ces derniers sont gonflés, leurs prolongements radiés sont très-épaissis et augmentés de nombre; de là un tissu nouveau, véritable feutrage, qui se développe en silence, détruisant par son action envahissante les fibres nerveuses au milieu desquelles il est réparti, et produisant ainsi un tissu scléreux ayant çà et là l'apparence aréolaire et qui s'est complétement substitué à l'élément nerveux. M. Luys présente une pièce dans laquelle cette disposition est des plus manifestes, et l'on voit sur la limite de la substance grise et de la substance blanche la matière cérébrale percée à jour par une série d'orifices à l'emporte-pièce présentant l'apparence d'un canevas ou d'un tulle grossier formé par du tissu scléreux. Dans l'intimité de la substance corticale, la façon dont se comporte le tissu pathologique est tout à fait analogue. M. Luys rappelle à la Société que les régions superficielles de l'écorce présentent, en quelque sorte, un véritable épiderme constitué par un tissu délicat finement fibrillaire dont les mailles sont entre-croisées de mille façons, et qui constitue un coussinet névralgique interposé entre les méninges et les couches superficielles de l'écorce cérébrale.

Cette zone de tissu conjonctif, qui à l'état normal est constituée pareillement par des corpuscules de névroglie et par des prolongements fibroïdes qui émanent des gaînes vasculaires, devient sous l'influence de l'irritation le siége d'une véritable prolifération néoplasique qui double son épaisseur et multiplie à l'infini le nombre de ses éléments. C'est ainsi que l'on voit sur des pièces relatives à des sujets qui ont succombé au début de la maladie le processus morbide faisant ses premières apparitions; dans ce cas, on constate le gonflement et la multiplication des corpuscules de tissu conjonctif. Ils se comportent ici comme ils se sont comportés dans la substance blanche : leurs prolongements épaissis forment des tractus trabéculaires, des irradiations de toutes sortes, coupés par des intersections, et constituant, ainsi qu'on peut le voir sur la pièce en question, un véritable treillis de nouvelle formation, condensé et ayant une marche envahissante.

En effet, si à l'aide de coupes fines on suit la continuité du tissu sclérosique, dont nous venons de parler, dans ses rapports avec les diverses zones sous-jacentes de l'écorce, on constate que le même travail s'accomplit et que des poussées envahissantes de stroma conjonctif se faufilent entre les cellules et les tubes nerveux, et arrivent ainsi d'une façon inégale à détruire ces mêmes éléments.

Sur deux préparations dans lesquelles M. Luys fait voir en même temps l'état normal des cellules et l'état pathologique sous l'influence du processus sclérosique dont il décrit l'évolution, il montre qu'entre les lacis sclérosiques de la substance blanche et les lacis sclérosiques de la région sous-méningée de l'écorce, et enfin dans les différentes zones de l'écorce, il y a une continuité complète du même processus sclérosique, qui se généralise partout de la même manière et obéit aux mêmes lois évolutives. Ainsi il montre combien dans la substance grise, les corpuscules de tissu conjonctif deviennent abondants eu égard à leurs proportions à l'état normal, et combien les éléments nerveux sont plus ou moins cerclés et investis par ce tissu de nouvelle formation qui les enserre de toute part, et amène à la longue leur nécrobiose et leur résorption progressive. C'est ainsi qu'on peut constater sur une des planches, toutes choses étant égales d'ailleurs, combien les éléments nerveux sont diminués, et combien les cellules deviennent à un moment rares.

Sur une dernière préparation que M. Luys présente, il fait constater *de visu* combien l'influence envahissante du tissu scléreux est mortelle pour les cellules nerveuses. Celles-ci, en effet, ne sont plus, à une période avancée de la maladie, que sous forme de magma blanchâtre, de forme vaguement pyramidale, disposées en séries dépourvues de tout caractère morphologique propre, et présentant en quelque sorte à l'état sec les momifications d'anciennes cellules cérébrales ayant cessé de jouir de leurs propriétés trophiques.

Ces faits étant établis, M. Luys, comme conclusions, expose à la Société que les lésions de la paralysie générale sont nettement caractérisées par une hyperplasie généralisée de la trame névroglique, dont les éléments se développent à l'infini et constituent ainsi pour les éléments nerveux des lésions fondamentales qui sont tout à fait les analogues des lésions de la cirrhose pour le tissu hépatique. Ces lésions paraissent indifféremment avoir divers foyers d'émergence, suivant les régions

envahies : tantôt elles commencent par la substance blanche, tantôt elles débutent même par la substance grise corticale, d'autres fois par les régions sous-méningées, et dans d'autres circonstances, enfin, elles frappent d'emblée telle ou telle région de la moelle épinière avant de faire leur apparition ascendante dans le cerveau ; et c'est ainsi que la paralysie générale se révèle quelquefois avec des formes insolites au moment du début et par manifestation du côté de la motricité spinale ou de la motricité des régions bulbaires, avant de faire son apparition dans les régions supérieures du système nerveux.

M. Luys montre encore que, si l'élément nerveux est intéressé, l'élément vasculaire du tissu nerveux est aussi très-profondément atteint. C'est ainsi qu'il fait voir qu'en examinant les vaisseaux, on trouve presque toujours la tunique externe en voie de prolifération conjonctive, et que cette tunique externe devient le vrai foyer d'émission de traînées de tissu sclérosé. D'une autre part, il montre encore que ce travail si curieux, qui intéresse les tissus vasculaires, a une véritable influence sur le diamètre du vaisseau ; ainsi, on voit un certain nombre de capillaires dont la lumière est littéralement oblitérée par l'hyperplasie de tissu conjonctif, qui, sous l'apparence de fibrilles concentriques emboîtées, forme des parois rigides et difficilement perméables au courant sanguin.

Sur un certain nombre de préparations on voit encore l'influence que le tissu pathologique exerce sur la continuité des vaisseaux, en ce sens qu'il les dilate, qu'il les tiraille de manière à leur donner une apparence fusiforme, étranglée, çà et là, analogue à cette dilatation des canalicules biliaires que l'on voit si souvent se développer dans la cirrhose hépatique par le fait de la rétractilité naturelle du tissu scléreux de nouvelle formation.

C'est par le fait de ce mécanisme de rétractilité que l'on voit si souvent dans le cerveau des paralytiques des vaisseaux capillaires, se présenter à l'œil nu, sous forme tantôt sinueuse, tantôt moniliforme.

Enfin, d'après ce qui vient d'être exposé, M. Luys fait remarquer combien ces données si précises, qui sont une conquête de la science moderne, due aux travaux de Westphal, de Lubimoff, d'Hayem, de Magnan, etc., sont destinées à jeter un jour favorable sur la connaissance de la paralysie générale et l'appréciation des différentes formes cliniques sous lesquelles elle peut se révéler. C'est ainsi qu'elles font voir comment le

processus morbide est essentiellement envahisseur de sa nature ; comment il peut se développer, soit isolément, soit simultanément dans différents points de la trame céphalo-rachidienne ; comment les phénomènes d'irrigation vasculaire sont mécaniquement troublés par la présence des différents réticulums scléreux qui constituent son essence ; comment les éléments spécifiquement actifs du système, les cellules nerveuses, peuvent être investis, bloqués par groupes isolés et être mis hors de service, alors qu'un certain nombre d'entre eux continue à fonctionner régulièrement, phénomène capital qui, par cela même, donne la raison physiologique de ce fait depuis si longtemps signalé par les auteurs, à savoir : que le délire des paralytiques est, dès son apparition, un délire sentant déjà la démence, puisque dès le début de la maladie un certain nombre d'éléments actifs de la vie mentale sont déjà neutralisés au point de vue dynamique.

Enfin, on comprend ainsi comment la marche envahissante du processus sclérotique, poursuivant son cours, amène, à la fin, l'étouffement progressif des éléments nerveux, l'atrophie de certaines circonvolutions dont l'épaisseur en substance grise tombe à 1 millimètre, ainsi que M. Luys en présente un échantillon, au lieu de 2 ou 3 millimètres que ces circonvolutions présentent à l'état normal : et comment enfin la démence progressive est le résultat fatal et nécessaire d'une pareille lésion.

M. Baillarger. — Les lésions cérébrales que M. Luys vient de décrire comme appartenant à la paralysie générale, ne sont autre chose qu'une désorganisation lente et progressive des éléments nerveux, et on comprend très-bien que ces lésions aient pour conséquence l'abolition également lente et progressive de l'intelligence et des mouvements. Cela admis, je dois faire remarquer que, dans ces conditions, ce qu'on appelle les rémissions ou même les intermittences de la paralysie générale, sont assez difficiles à concevoir.

Or je crois devoir rappeler que j'ai essayé, dans un travail publié l'année dernière, de résoudre cette difficulté.

A mon avis ces prétendues rémissions, ces prétendues intermittences, ne sont autre chose que la guérison des accès de manie ou de mélancolie qui précèdent ou compliquent la paralysie générale.

Ce qui caractérise ces rémissions, c'est bien plus en effet le

retour à la raison que la disparition des symptômes essentiels de la paralysie générale.

Il arrive même souvent que ces symptômes, à peine appréciables pendant l'accès de manie, deviennent plus faciles à constater quand il a cessé. On observe alors un commencement d'affaiblissement intellectuel et un léger embarras de la parole. Ainsi l'accès de manie a cessé, mais non les symptômes de la démence paralytique.

On peut d'ailleurs soutenir, selon les cas, que les accès de manie ou de mélancolie ont précédé la démence paralytique ou bien qu'ils l'ont compliquée à son début, peu importe au point de vue des rémissions. Celles-ci n'en sont pas moins caractérisées par la guérison de l'accès vésanique. J'ajouterai que la guérison de ces accès de manie ou de mélancolie, laissant à leur suite ou rendant plus apparents les symptômes de la démence paralytique, sont un argument pour faire de cette dernière maladie une affection tantôt simple et tantôt compliquée, le plus souvent primitive, mais quelquefois aussi consécutive. C'est toujours la question si difficile à résoudre des rapports de la paralysie générale et de la folie, question qu'il conviendrait peut-être de discuter de nouveau avec les éléments nouveaux que la science a fournis depuis dix ans.

M. Luys croit qu'il est possible d'expliquer la marche de la paralysie générale en la comparant à la cirrhose du foie. Dans cette dernière affection, en effet, qui est, comme on sait, une véritable sclérose, il y a fréquemment des phénomènes turgides; mais, la décongestion opérée, la lésion fondamentale n'en persiste pas moins, la sclérose continue son évolution. Ainsi dans la paralysie générale, s'il y a des rémissions, elles sont dues à la cessation des épiphénomènes; mais la lésion fondamentale persiste et continue à évoluer.

La séance est levée à six heures.

Dr Ant. Ritti.

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

## JOURNAUX FRANÇAIS.

### SOCIÉTÉS SAVANTES (1873-1875).

**Bulletins de l'Académie de médecine** (1873-1875).

1° *Sur la dégénérescence palustre*; par M. le Dr Burdel (*séance du 22 avril* 1873).

Des observations qu'il a recueillies dans la Sologne, l'auteur conclut que la cachexie palustre produit quelquefois chez l'enfant une dégénérescence profonde, presque égale au crétinisme. C'est dans le sol que réside la cause primordiale de cette dégradation de l'homme, et comme conséquence c'est dans le sol qu'il faut placer le remède propre à la faire disparaître.

2° *Injections de chloral dans les veines*; par M. Vulpian (*séances des 2 et 16 juin et 7 juillet* 1874).

A l'occasion d'une communication de M. Vulpian, sur les accidents qu'il a observés plusieurs fois à la suite de l'injection du chloral dans les veines, une discussion s'engage sur les avantages et les inconvénients de ce moyen de produire l'anesthésie.

Presque tous les orateurs s'élèvent contre ce mode d'administration du chloral. MM. Giraldès et Vulpian condamnent également les injections sous-cutanées du chloral qui produisent souvent des accidents locaux fort graves.

3° *Cas de rage survenu après deux ans et demi d'incubation*; par M. Férol (*séances des 21 et 28 juillet* 1874).

Cette communication est intéressante à plus d'un titre, notamment en ce qui concerne le diagnostic différentiel, que l'auteur a dû établir avec soin pour répondre aux objections qui pourraient lui être faites sur la nature de l'affection dont son malade était atteint.

17° *Physiologie et instruction des sourds-muets*; par M. le Dr Fournié (*séance du 4 août* 1874).

M. Fournié s'est proposé dans son travail d'étudier les deux questions suivantes :

1° Jusqu'à quel point peut-on perfectionner les sons de la voix chez le sourd-muet ?

2° Le sourd-muet peut-il apprendre notre parole ?

S'appuyant sur l'étude des lois fondamentales qui président dans la machine animale à l'exécution des divers mouvements automatiques, intinctifs ou intelligents, M. Fournié répond à la première question : que le sourd-muet peut faire entendre des sons instinctifs, mais ces sons, pour être utiles, doivent être perfectionnés, c'est-à-dire intelligents, ce qui est physiologiquement impossible au sourd-muet. Il pense toutefois qu'il faut exercer les sons de la voix du sourd-muet parce que les sons perfectionnés sont la matière première de la *parole mimée*.

Quant à la seconde question, M. Fournié répond catégoriquement : non, il n'est pas possible d'enseigner au sourd-muet la parole vraie. Cette affirmation repose sur la connaissance des lois qui président à la formation du langage. Deux conditions indispensables, en effet, s'imposent à celui qui veut parler : il faut d'abord qu'il entende pour diriger d'une manière intelligente les mouvements qui aboutissent à un son, il faut encore qu'il entende pour graver le mot dans la mémoire du sens de l'ouïe. Le sourd-muet qui n'entend pas ne peut pas diriger les mouvements sonores d'une manière intelligente ; il ne peut pas non plus graver ce phénomène sonore dans sa mémoire ; par conséquent il ne peut parler et il ne parle pas.

En résumé, développer d'abord l'intelligence du sourd-muet par son instrument naturel, c'est-à-dire par le langage mimique, lui faire traduire ce langage en écriture et l'exercer à prononcer quelques phrases ; telles sont les conclusions auxquelles arrive M. Fournié ; telle est, selon lui, la base sur laquelle doit reposer l'enseignement physiologique du sourd-muet.

18° *Sur la nature inflammatoire de la paralysie générale*; par M. le Dr Auguste Voisin (*séance du* 26 *janvier* 1875).

D'après M. Voisin, la paralysie générale est une inflammation accompagnée de fièvre, et cette fièvre présente une forme, une marche spéciale. Les caractères histologiques des

lésions de la substance corticale ressemblent entièrement aux caractères présentés par les autres inflammations viscérales chroniques. Ces lésions consistent en artérite, transsudation du plasma sanguin, avec organisation de noyaux et de cellules embryoplastiques, apparition de corps fusiformes, et enfin de tissu fibrillaire dans les parois vasculaires et dans la substance nerveuse qui avoisine les vaisseaux.

19° *La volonté considérée comme puissance morale et comme moyen thérapeutique;* par M.le Dr Jolly (*séance du* 28 *septembre* 1875).

Nous croyons devoir reproduire la majeure partie de cette très-intéressante communication.

« Il y a, dans la condition humaine, une puissance intellectuelle qui traduit à la fois l'homme moral et social, qui règle ses instincts, ses mouvements, ses habitudes, ses mœurs ; à laquelle il doit ses plus nobles résolutions, ses plus généreux sacrifices, son courage dans le danger, sa résignation dans le malheur, son triomphe sur lui-même, sa suprématie sur le reste de la création. C'est la volonté, c'est cette puissance morale par excellence qui résume l'humanité tout entière ; celle qui fait sa force et sa faiblesse, ses vertus et ses vices, celle qui la rend justiciable de ses actions devant Dieu et devant les hommes.

» La volonté ! tel est le sujet d'étude que j'ose aborder devant l'Académie, comme terme du programme que je me suis proposé.

» Pour bien la comprendre, il ne faut pas confondre deux ordres de faits qui n'ont de commun entre eux que leur unité d'expression, et qui diffèrent logiquement de toute la distance qui sépare l'homme et l'animal, l'esprit et la matière, le ciel et la tombe.

» Vouloir, en effet, n'est pas seulement se mouvoir pour obéir à des impulsions instinctives, à des actes automatiques et pour ainsi dire involontaires. Vouloir, dans le sens moral, le seul que puisse admettre une saine logique, c'est agir avec intention, avec réflexion, avec discernement ; c'est imprimer aux organes musculaires des déterminations qui témoignent de la personnalité, de la conscience du moi, de la liberté individuelle. Or, l'homme seul est doué de cette faculté, lui seul a le privilége de concevoir des idées, de traduire sa pensée par la parole, de l'exprimer par la volonté.

» En d'autres termes : l'homme n'a pas seulement une vie

instinctive de sentiment et de mouvement, qui lui est commune avec tous les animaux ; il a, de plus, une vie intellective d'abstraction, de raisonnement et de jugement, qui lui donne sur tous un droit de prééminence, une puissance de domination qu'ils savent tous reconnaître, qu'ils savent tous accepter. De là la dualité de nature humaine si universellement admise depuis l'école de Platon, si dogmatiquement consacrée par les Pères de l'Eglise sous le titre d'*homo duplex*, et si judicieusement exprimée de nos jours par l'école spiritualiste, sous la double dénomination d'homme physiologique et d'homme psychologique. De là aussi cet antagonisme entre deux puissances volitives toujours en présence, toujours militantes, où la volonté du corps, la volonté des membres, suivant l'expression de saint Paul, dispute à la volonté de l'âme l'honneur de la victoire, comme si, dans ce combat, tout était prévu pour le triomphe de la vertu, aussi bien que pour la gloire de l'humanité.

» Et qu'on ne dise pas que la dualité humaine n'est qu'une convention et une tradition de mœurs ; car elle est antérieure à toutes les institutions sociales, à toutes les législations du monde, elle est naturellement et profondément implantée dans la conscience universelle des peuples, et elle s'atteste chez tous, jusque dans l'idolâtrie. L'Australien qui se prosterne devant le soleil et les étoiles, le Bengali qui adore le crocodile, le serpent, un alligator, une plante, eux aussi témoignent de la dualité humaine en même temps que d'une vie posthume.

» La dualité humaine n'est pas seulement un fait moral, elle est une loi physiologique et de rigoureuse logique ; la même puissance, en effet, ne saurait simultanément vouloir et ne pas vouloir, commander et obéir, pratiquer en même temps le bien et le mal, le vice et la vertu.

. . . . . .

» Dire que la volonté morale n'est, elle-même, qu'une propriété anatomique ou de nature purement matérielle ; dire que l'homme n'est pas plus responsable de ses actions que de sa volonté ; qu'il n'est pas plus justiciable de ses crimes que ne peut l'être la locomotive qui frappe aveuglément tout ce qu'elle rencontre dans son déchaînement, c'est faire de la poésie de cynique athéisme ; mais est-ce bien plus édifiant pour la science de l'homme moral, est-ce bien plus satisfaisant pour les destinées humaines ? Je le demande à tous les adeptes de l'école positiviste.

» Si l'homme n'est que matière, si sa destinée est purement terrestre, s'il n'a rien à espérer, rien à craindre au delà de la tombe, pourquoi donc s'imposer volontairement tant de sacrifices pour le néant ? Pourquoi ce futil désir de s'illustrer, d'acquérir de la gloire et des honneurs dans la mémoire des hommes, et de pieux souvenirs dans le cœur de ses enfants ? Pourquoi ces monuments, ces hommages offerts à des débris de matière en dissolution, et pourquoi ces couronnes, ces fleurs que nous déposons avec nos larmes sur la terre qui les recèle ?

» Non, le culte de la tombe n'est point une vaine et temporelle fiction, il a des aspirations plus consolantes et plus élevées. Non, la volonté morale n'est point l'œuvre spontanée de la matière ; elle est inhérente à la nature de l'homme, à la condition humaine, elle lui a été attribuée dans l'œuvre même de la création, comme apanage exclusif de sa souveraineté sur toute la création, en vue du sort de tous les êtres vivants. Et que seraient-ils devenus sans elle, même avec leur admirable organisation, même avec leurs merveilleux instincts, car aucun ne saurait encore aujourd'hui demander sa nourriture à la terre, aucun ne saurait encore par lui seul la cultiver, l'ensemencer, la fertiliser, mettre à profit ses plus riches produits.

» Il fallait bien, pour cela, une volonté suprême, une intelligence éclairée d'une divine lumière ; il fallait, si je puis le dire, une vice-royauté dans ce monde, comme il y a une royauté universelle pour le gouvernement de l'univers. Dieu lui-même, Dieu seul a investi l'homme de cette puissance, en le dotant de la volonté, et sa mission était toute tracée quand il parut pour la première fois sur cette terre inculte et déserte, devant cette nature vierge que la création lui livrait pour ainsi dire à l'état d'ébauche.

. . . . . .

» Mais il est temps de nous demander si une puissance qui fait les héros, les tyrans et les esclaves, qui abat les trônes et les empires, qui bouleverse le monde, ne saurait imposer sa loi aux déviations physiques et morales de l'homme ; si elle ne saurait changer le cours d'habitudes vicieuses, maîtriser des mouvements désordonnés, redresser des défectuosités organiques ; si même elle ne saurait, par d'habiles et intelligentes combinaisons, apporter d'heureuses modifications à certains états pathologiques plus ou moins réfractaires à toutes nos ressources pharmaceutiques. Voilà ce que nous voudrions

demander à la volonté, en vue de son application à l'hygiène et à la thérapeutique.

» Mais avant tout, et comme question préjudicielle, serait-il vrai que la volonté que nous prétendons invoquer comme puissance thérapeutique fût elle-même passible de maladie? Serait-il vrai qu'il y eût une pathologie de la volonté, c'est-à-dire une médecine de l'âme?

» Nous avons déjà dit ce que nous pensons de cette prétendue psychiâtrie, qui serait une véritable hérésie scientifique, si elle n'était tout simplement une fausse interprétation de logique.

» La volonté, en effet, n'est point un organe ni une fonction; elle n'est point une propriété anatomique, et elle n'a aucune attribution physiologique dans l'exercice de la vie. Son rôle est exclusivement psychique; elle ne peut donc être passible de maladie, dans la rigoureuse acception du mot; elle est nécessairement inaltérable, et, s'il en était autrement, elle ne serait plus responsable de ses actes. Elle peut bien fléchir devant des entraînements instinctifs, devant les passions humaines, être coupable de défaillance, et, à ce titre, elle reste justiciable aux yeux de Dieu et des hommes, mais elle n'est pas pour cela malade; elle demeure toujours inaltérable, même en présence de toutes les formes, de tous les genres de délire, même dans tous les cas de monomanie où la raison et la passion sont aux prises, où la volonté succombe devant l'idée fixe, sans être malade, l'idée fixe étant alors dans le délire sensorial, nullement dans la volonté. Cela posé, nous arrivons à l'objet pratique de la question, à la puissance thérapeutique de la volonté.

» A ce point de vue, et comme faculté hyperorganique, la volonté tient sous sa dépendance le sentiment, le mouvement et l'entendement, il suffirait d'observer son rôle d'activité dans l'état physiologique pour concevoir toute sa puissance dans l'état pathologique.

» Et d'abord, l'homme avait besoin de l'intervention de sa volonté pour suppléer à l'insuffisance de ses instincts dans l'exercice même de sa vie sensoriale; il avait besoin pour voir avec intelligence les objets qui s'offrent à sa vue, de les regarder avec attention, de les observer avec réflexion, de les contempler à volonté pour en déterminer les formes, les dimensions, les contours, pour saisir tous les caractères physiques qui peuvent en faire des objets d'art plus ou moins précieux.

» Sans la volonté, l'homme n'aurait su trouver, ni l'accord ni

l'harmonie des sons, ni le charme des émotions qu'il recherche dans le sens de l'ouïe ; et sans elle, il n'aurait pu, en raison même de l'infériorité de ses instincts, acquérir la connaissance des qualités différentielles des odeurs et des parfums comme condition hygiénique de ses aliments et de ses boissons, avant de les confier à l'estomac.

» On ne saurait non plus méconnaître le besoin d'appréciation volontaire ou intellectuelle des qualités tactiles des corps extérieurs, dans la détermination de leur température, quand surtout il s'agit de faire du tact un thermomètre naturel, le plus sûr de tous, même pour les cas d'opportunité hygiénique du vêtement.

» Mais si la volonté était nécessaire pour donner aux sensations une valeur rationnelle, intellectuelle qu'elles ne peuvent avoir sans elle, elle acquiert, dans l'exercice des mouvements, une puissance dont on ne saurait déterminer la limite. On a cité des cas où elle avait pu rendre le mouvement et la vie à des membres qui en étaient privés depuis nombre d'années ; c'est ainsi que, lors de l'incendie de l'Hôtel-Dieu, dans la nuit du 2 août 1737, des paralytiques qui avaient été soumis à de vains traitements ont pu retrouver le mouvement, s'arracher aux flammes et à la mort par la seule puissance de la volonté.

» On cite également des cas de paralysie musculaire où la volonté seule a su imprimer des mouvements de contraction à la fibre musculaire, lorsque l'électricité, dans ses applications variées, était demeurée absolument impuissante (Onimus) ; tels sont aussi les exemples de paralysie spinale, dans lesquels des muscles *régénérés* ont pu entrer en contraction sous la seule influence de la volonté, après une vaine application de l'électricité. (*Union médicale* du 13 juillet 1875.)

» Appliquée à l'orthonomie, la volonté a pu donner des résultats que l'on ne pouvait attendre d'aucune médication proprement dite.

» On sait que comme résultats d'habitudes acquises, beaucoup d'individus affectent des positions, des gestes, des tics plus ou moins contraires aux convenances sociales et que la volonté seule peut maîtriser. Mais ce qu'il faut dire, c'est qu'il n'est pas aussi facile qu'on le croit de vouloir ; peu d'hommes ont le courage d'imposer une volonté forte et soutenue à la domination d'habitudes vicieuses, mais nous n'en dirons pas moins qu'il est permis d'établir en principe que *vouloir c'est pouvoir*. S'observer assez constamment, assez sévèrement pour

maîtriser de telles habitudes, les remplacer par des occupations diverses, en leur substituant des mouvements réguliers, tel est le principe d'orthonomie qu'il est permis de leur opposer.

» On conçoit que tous les âges et tous les caractères ne puissent se prêter également à de tels préceptes, et l'on comprend surtout qu'il faille les diriger, et même les imposer chez l'enfant pour en obtenir les résultats satisfaisants.

. . . . . .

» On connaît aussi les heureux effets d'une volonté forte et persévérante pour vaincre les secousses convulsives qui accompagnent, chez certains individus, la prononciation et qui constituent le bégayement. Assujettir la voix et la parole à une sorte de rhythme ou de mesure, sous l'empire des puissances respiratoires, c'est-à-dire parler à haute et intelligible voix, par syllabes bien accentuées et sans en perdre une seule, comme on le ferait en déclamant et en chantant, tel est le principe de traitement le plus rationnel à opposer à ce genre d'infirmité; et l'art le plus efficace sera toujours la volonté la plus persévérante, la plus intelligente, celle dont les efforts et les combinaisons sauront le mieux dominer les mouvements de la langue pendant qu'elle articule les mots.

» Tous les traitements dont l'expérience a le mieux justifié l'efficacité jusqu'à ce jour se fondent essentiellement sur ce principe; tels sont surtout ceux qui, dans ces dernières années, se sont succédé avec de nouvelles prétentions, depuis Mlle Leigt qui a le mérite de l'initiative, puis de M. Itard qui en a le premier apprécié la valeur physiologique et, à son exemple, MM. Malbouche, Deleau, Rabet, Piroux (de Nancy), Colombat (de l'Isère), Chervin et d'autres qui n'en sont que de fidèles imitateurs.

» Le *nystagmus oculi*, ou mouvement latéral involontaire des yeux, qu'on a appelé le bégayement oculaire ; certains cas de *strabisme* dus au défaut d'antagonisme des puissances musculaires qui les régissent, sont encore des anomalies physiologiques auxquelles la volonté seule a pu souvent remédier. La science possède sur chacune d'elles des exemples de guérisons obtenues même chez des sujets adultes, soit par la seule application de la volonté, soit à l'aide d'appareils capables d'en favoriser et d'en assurer l'effet.

» Mais c'est principalement dans la *chorée* ou danse de Saint-Guy, que la volonté a souvent montré une puissance thérapeutique dont on peut facilement se rendre compte, et que l'on

attendrait vainement de toute médication pharmacologique.

» On sait que le nom de chorée ou danse de Saint-Guy lui vient de ce qu'autrefois un grand nombre de personnes qui en étaient affectées se rendaient en pèlerinage à la chapelle de Saint-Guy, en Allemagne, pour y danser, jour et nuit, jusqu'à leur parfaite guérison.

» Ce fait, assez généralement rélégué dans l'histoire des superstitions du moyen âge, méritait pourtant quelque attention de la part des praticiens, en ce qu'il signale l'heureux effet d'un mouvement régulier substitué à un mouvement désordonné, perverti, et il faut bien savoir que la danse de Saint-Guy n'est pas aussi nécessairement qu'on a pu le dire une modalité *rhumatismale* : elle s'explique plus naturellement par la simple dysharmonie de la puissance musculaire comme effet d'insuffisance de l'innervation, à une époque de développement de l'organisme où l'on conçoit le défaut de rapport de la puissance nerveuse et de la puissance musculaire.

» Ce n'est point le lieu de discuter ce point de théorie médicale, et pour ne parler ici que du traitement hygiénique de la chorée et des effets curatifs de la volonté, il est certain que l'on a pu obtenir plus de succès de l'application sagement combinée des exercices gymnastiques joints à toutes les ressources d'une hygiène rationnelle, que du grand nombre de médications qui lui ont été opposées. M. Louvet-Lamarre, médecin de la succursale de la Légion d'honneur, à Saint-Germain-en-Laye, bien persuadé aussi que la chorée est souvent l'effet d'un dynamisme purement physiologique, et que, dans maintes circonstances, la maladie peut survivre à sa cause comme effet d'habitude, a su recourir avec avantage à un traitement gymnastique varié suivant les indications individuelles, et en a souvent obtenu les effets les plus heureux. Il prescrit surtout la danse à la corde, comme l'exercice le plus propre à soutenir l'attention des malades et la régularité des mouvements, et il a pu voir souvent cette gymnastique triompher de la persistance de la maladie. J'ai eu moi-même occasion de faire une heureuse application de ce moyen chez des jeunes filles qui étaient restées sous l'effet d'une véritable habitude, après beaucoup d'autres traitements, et j'ai pu surtout constater les effets salutaires de l'exerce alternatif de la danse et du piano, joint à une hygiène convenable.

» La *chorée sénile*, qui tend nécessairement à s'accroître, à se perpétuer par la nature même de sa cause, par les modifica-

tions anatomiques qui s'opèrent dans les centres nerveux, la chorée sénile n'est pourtant pas absolument irrésistible à l'intervention de la volonté ; j'ai vu sous sa puissance des effets remarquables de rémission, même de cessation plus ou moins durable, des mouvements choréiques. J'ai conservé surtout le souvenir d'un vieillard de quatre-vingt-quatre ans, atteint au plus haut degré de cette forme de trémulation, qui, à force d'étude et de persévérance, était parvenu à imprimer aux mouvements cloniques de ses doigts une direction qui lui permettait de tracer des mots et des figures avec une merveilleuse régularité.

. . . . . .

» On concevra plus difficilement que la volonté ait pu dominer des accès d'hystérie convulsive ; et toutefois, comme exemple, on connaît l'histoire de cette forme d'épidémie survenue dans un couvent de Harlem, par suite de contagion d'imitation, et qui fut conjurée comme par enchantement par la seule puissance de la volonté imposée par l'illustre Boerhaave, sous la menace de l'application du cautère actuel à toute malade qui ne saurait résister à ses atteintes.

» Mon excellent ami, le docteur Briquet, a publié dans son intéressant traité *De l'hystérie* un fait quelque peu analogue à celui de Harlem, qui est à la fois un triple exemple de la puissance morale de la volonté, de l'imitation et de l'imagination, Une jeune femme atteinte d'hystérie convulsive, accompagnée d'un *cri spécial* se renouvelant à chaque attaque, avait introduit dans son service, à l'hôpital de la Charité, et comme par contagion d'imitation, le même cri chez d'autres malades hystériques, et de là un tumulte devenu insupportable dans son service. Pour y mettre un terme, M. Briquet, s'inspirant de l'exemple de Boerhaave, menaça également de l'application du fer rouge comme remède toutes les malades qui ne sauraient dominer le même cri. La menace eut son effet sur le cri qu'il s'agissait de faire cesser, mais il fut remplacé par un autre cri de douleur accusant une brûlure violente, qui était alors purement imaginaire.

» Le *tétanos* même a pu fournir des exemples de guérison dues à l'intervention efficace de la volonté. . . . . .

. . . . . .

» On concevra plus difficilement que la volonté puisse maîtriser les accès d'épilepsie, et pourtant le fait n'est pas sans exemple ; nous avons vu à l'hôpital Saint-Louis, en 1827, un

homme atteint, depuis longues années, de cette maladie, qui pouvait se soustraire à volonté à ses attaques. Il lui suffisait pour cela, au grand étonnement des élèves qui en étaient témoins, de soumettre à un exercice volontaire l'appareil musculaire de la mastication et de la déglutition, en introduisant dans sa bouche des aliments solides, aussitôt qu'il était averti des premiers indices du retour des accès.

. . . . . .

» On sait encore que le sommeil, qui consiste dans le relâchement des puissances musculaires, veut être affranchi de l'influence de la volonté. Vouloir obtenir le bienfait du sommeil, c'est infailliblement l'éloigner, c'est volontairement se condamner à l'insomnie.

» Quant à la puissance de la volonté sur le sentiment, elle peut être telle qu'elle ait pour effet de l'affaiblir, de l'amoindrir, même de l'anéantir, en lui substituant une contraction musculaire plus ou moins forte dans le déplacement de l'innervation. Il est même une sorte d'instinct qui nous porte dans la souffrance à faire appel à cette loi de l'innervation. L'homme qui éprouve une douleur quelconque, une névralgie par exemple, se meut et s'agite instinctivement comme pour appeler sur l'appareil musculaire et dépenser en mouvement le principe de sa douleur ou de sa sensibilité. L'expérience prouve du reste que l'état convulsif, qui n'est que l'exagération morbide de la contraction musculaire, fait cesser immédiatement la douleur, et l'on sait que l'épilepsie, qui est le type *maxima* de l'état convulsif, rend l'organisme absolument insensible aux excitants les plus énergiques.

» C'est en vertu de cette loi de diversion de l'innervation que la volonté a pu imprimer à l'action musculaire un tel degré de concentration qu'elle ne laisse aucune prise à la sensation dans l'état physiologique et pathologique. . . . . .

» La volonté est aussi un auxiliaire précieux de cette force de réaction ou de résistance vitale, sans laquelle toutes les médications thérapeuthiques sont trop souvent impuissantes ; et sous ce rapport, il n'est peut-être aucune maladie à laquelle la volonté ne puisse apporter le bienfait de son intervention. Mais c'est surtout dans les épidémies qui semblent porter leurs premières atteintes au principe de vie même, que la volonté montre toute sa puissance. On voit alors les hommes les plus volitifs, c'est-à-dire les plus courageux, les plus dévoués, demeurer réfractaires aux coups de la maladie. . . . . .

» La volonté, qui est le courage par excellence en temps de guerre et d'épidémie, est alors la première vertu du médecin, celle qui, sous l'inspiration du devoir et de l'honneur, le conduit à la mort pour lui disputer ses victimes, celle qui lui tient lieu de bouclier sur un champ de bataille, mais celle qui, dans les épidémies les plus meurtrières, lui permet peut-être de braver plus impunément que d'autres tous les périls de la contagion ; et quand tous ses efforts demeurent impuissants, quand il succombe aux attaques de son implacable ennemi, il peut du moins se dire aussi : *Si mihi desint vires, in me est voluntas.* »

20° *Sur la classification des maladies mentales à propos d'une prétendue monomanie religieuse* ; par M. le Dr Delasiauve (*même séance*).

Les idées de M. Delasiauve sur la classification des maladies mentales sont trop bien connues de nos lecteurs pour que nous ayons à les exposer ici.

21° *Mémoire sur le vertige suivi de quelques considérations sur la migraine et d'autres névropallies* ; par M. le professeur Piorry (*séances des 5 et 12 octobre* 1875).

Après avoir défini le vertige comme le Dictionnaire de l'Académie, M. Piorry en recherche les causes. Selon lui le vertige part des yeux (visalgie) ; il se produit alors des vibrations morbides des nerfs (*névropallies*) qui se portent soit dans les nerfs du front (*migraine*), soit dans ceux de l'estomac (*vertigo à stomacho læso*), soit dans ceux des membres et y donnent lieu aux convulsions de l'hystérie, de l'épilepsie et de la rage. Ces troubles des yeux donnent lieu à des hallucinations de la vue ; il semble que les objets qui nous entourent se déplacent, que l'on va tomber ; mais l'intelligence n'est pas compromise.

La même chose se passe dans la migraine. On observe d'abord un déplacement apparent des objets placés près de soi, le globe oculaire se livre à des mouvements vibratoires inconscients et lorsque tout est fini l'œil est congestionné. La douleur ne se manifeste qu'après la disparition d'une sorte de lumière vibrante ; elle part alors de l'œil, se porte aux nerfs frontaux, puis aux nerfs occipitaux, puis à l'estomac où elle détermine des nausées.

M. Piorry conseille comme moyen préventif du vertige de ne pas s'exposer aux causes qui peuvent lui donner naissance ;

puis, dès que le vertige commence, de fermer les yeux, de se coucher horizontalement et de rester immobile dans l'obscurité. On peut comme adjuvant, faire sur la paupière de l'œil malade, des applications d'eau froide ou des onctions avec un liniment opiacé.

— M. Leroy de Méricourt a fait observer avec raison que si la théorie de M. Piorry est applicable à un certain nombre de cas de vertige, elle ne l'est pas à tous indistinctement.

22° *Note sur les dispositions législatives qu'il conviendrait de prendre afin de protéger efficacement la société contre les actes violents des aliénés et des épileptiques reconnus dangereux ;* par le Dr Gallard (*séance du 19 octobre*).

Nous reviendrons sur cette communication en analysant les travaux de la Société de médecine légale.

Nous dirons seulement que M. Gallard voudrait que l'on assimilât l'aliéné inconscient à l'enfant qui agit sans discernement, assimilation toute naturelle, prétend-il, puisqu'ils agissent sans avoir conscience de leurs actes.

## Société médicale des hôpitaux (1873-1875)

1° *Hémorrhagie de la protubérance : rotation de la tête et déviation conjuguée des yeux du côté opposé à la lésion ;* par M. Desnos (*séance du 28 février 1873*).

On trouva à l'autopsie une dégénérescence athéromateuse généralisée des artères de l'encéphale et une hémorrhagie de la protubérance annulaire du volume d'une noisette.

On n'avait observé pendant la vie ni hémiplégie alterne, ni dypsnée, ni hématurie, ni albuminurie, ni glycosurie, ce qui s'explique par l'intégrité du quatrième ventricule dans les points indiqués par M. Cl. Bernard.

2° *Tubercule de la dure-mère* ; par M. L. Colin (*même séance*).

La tumeur tuberculeuse développée à la face interne de la dure-mère, dans la fosse cérébelleuse gauche, n'avait pas d'adhérences avec le cervelet. Bien que la lésion fût ancienne, ce tubercule gros comme une petite cerise, n'avait déterminé aucun symptôme cérébral appréciable.

3° De *l'origine réelle du nerf moteur oculaire commun*; par M. Luys (*séance du 14 mars 1875*).

De cette communication faite à l'occasion de l'observation présentée par M. Desnos, dans la séance du 28 février, il résulte qu'il règne encore une certaine incertitude au sujet des noyaux d'origine réelle des nerfs moteurs de l'œil.

4° *Cas d'hémiplégie gauche avec rotation de la tête et déviation conjuguée des yeux du même côté que l'hémiplégie*; par M. Desnos (*même séance*).

On trouva à l'autopsie un petit foyer hémorragique dans l'hémiphère droit; mais cette tumeur de la grosseur d'une lentille, était évidemment antérieure aux accidents qui avaient amené la malade à l'hôpital, et que l'on peut définir: congestion cérébrale intense à forme hémiplégique.

5° *De l'oligurie hystérique*; par M. Fernet (*même séance*).

Quelquefois, dit M. Fernet, on voit survenir chez les hystériques une diminution considérable dans la sécrétion urinaire en même temps qu'il se produit des vomissements supplémentaires dont l'abondance et la fréquence sont en raison directe et constante de la diminution de la sécrétion de l'urine. Ces vomissements contiennent des proportions plus ou moins considérables d'urée. M. Fernet a dit, d'ailleurs, que le chiffre de l'urée contenue dans les vomissements était toujours inférieur au chiffre de l'urée excrétée normalement dans les urines et que malgré cela il ne se produisait pas d'accidents urémiques.

M. Charcot attribue ces abaissements de chiffre de l'urée et cette absence d'accidents urémiques à une diminution du mouvement de dénutrition chez les hystériques. Les vomissements joueraient donc là le rôle de soupape de sûreté contre les accidents urémiques, en même temps qu'ils remplacent la fonction urinaire absente.

6° *Hémiplégie incomplète du côté droit avec paralysie du moteur oculaire externe gauche*; par M. Féréol (*séance du 28 mars 1873*).

L'autopsie montre que les phénomènes paralytiques étaient causés par un tubercule gros comme une cerise, situé dans l'étage supérieur de la protubérance, près du point de jonc-

tion de la pertubérance et du bulbe. Il refoulait en haut et en arrière le plancher du quatrième ventricule, était développé sur la ligne médiane et empiétait un peu sur la moitié gauche de la protubérance. Il semblerait probable, d'après les phénomènes observés pendant la vie, qu'il y a entre les deux noyaux d'origine de la troisième paire d'un côté et de la sixième du côté pair opposé, des fibres communicantes qui président normalement à la synergie des muscles antagonistes de l'œil.

7° *Cas intéressant de tumeur cérébrale ;* par M. Ball (*séance du 23 mai 1873*).

Les symptômes observés pendant la vie avaient consisté surtout dans une céphalalgie très-intense localisée à droite, irradiant vers la nuque, et revenant tous les trois jours à la façon des fièvres ; quelques légers troubles de la déglutition et de la parole ; puis trois semaines avant la mort, des accès épileptiformes et de l'hémiplégie gauche. La malade, âgée de 26 ans, avait succombé à la suite d'un de ces accès.

A l'autopsie on trouve une tumeur grosse comme une mandarine, occupant la portion moyenne et latérale de l'hémisphère droit, limitée en avant par la scissure de Sylvius, et ayant déterminé l'aplatissement des circonvolutions latérales, le refoulement du corps strié et de la couche optique et l'atrophie relative du lobe sphénoïdal.

Il s'agissait là d'un ancien foyer hémorrhagique.

8° *Observation de pseudo-pellagre ;* par M. Siredey (*séance du 27 juin 1873*).

La maladie paraissait avoir été déterminée par l'alcoolisme.

Une discussion importante a été engagée au sujet de cette observation sur la question de savoir si la pellagre déterminée par l'usage du maïs altéré, diffère de la pellagre qu'on observe chez les alcooliques et chez certains individus cachectiques. La plupart des membres qui ont pris la parole croient qu'il n'y a pas lieu de distinguer la pellagre vraie de la pseudo-pellagre.

Les arguments qui ont été présentés par les partisans de cette doctrine ne nous ont pas paru bien concluants.

9° *Cas d'inflammation aiguë de la substance grise de la moelle ;* par M. Martineau (*séance du 27 mai 1874*).

Cette observation est un exemple unique de paralysie as-

cendante aiguë accompagnée de la paralysie de la vessie et du rectum et de troubles trophiques du côté de la peau.

10. *Sur un cas de goître exophthalmique compliqué d'ataxie locomotrice ;* par M. Féréol (*séance du 8 janvier* 1875).

11° *Cas de paralysie ascendante aiguë ; ramollissement rouge de la substance grise de la moelle ;* par M. Dumontpallier (*même séance*).

La mort est survenue onze jours après le début des accidents.

12° *Observation de rhumatisme cérébral guéri par les bains froids ;* par MM. Blachez, Féréol et Beaumetz (*séances des 12 et 26 février, 12 mars et 9 avril* 1875).

L'emploi des bains froids dans le rhumatisme est de date récente et déjà on compte un certain nombre de succès très-encourageants. Mais si cette médication compte des partisans elle est considérée par d'autres comme très-dangereuse. Il ne serait donc pas prudent, au moins jusqu'à nouvel ordre, d'en généraliser l'emploi.

13° *Cas de myélite aiguë généralisée ;* par M. Gérin-Roze (*séance du 26 mars* 1875).

Les quatre membres étaient paralysés ; mais le malade a conservé jusqu'à la fin l'intégrité de l'intelligence et de la sensibilité. La mort a eu lieu douze jours après le début des accidents.

## Société de biologie (1873-1875).

1° *Cicatrice d'hémorrhagie cérébrale (séance du 8 fév.* 1877).

M. le Dr Hayem communique les résultats de ses recherches sur une cicatrice d'hémorrhagie cérébrale ; outre les éléments que l'on rencontre dans toutes les lésions anciennes du cerveau, tels que corps granuleux, amas graisseux et pigmentaires, cristaux d'hématoïdine, il existait dans ce cas une trame conjonctive très-dense, difficile à dilacérer et qui offrait une disposition tout à fait analogue à celle du tissu conjonctif adulte.

2° *Congestion de la rétine et du cerveau dans l'épilepsie par l'essence d'absinthe (séances des 22 février et 1er mars 1873).*

M. Magnan a constaté dans ses expériences sur les animaux que dans les convulsions épileptiformes produites par l'essence d'absinthe, il y avait congestion du fond de l'œil, congestion des hémisphères cérébraux et dilatation de la pupille. Comme il y a entre les phénomènes observés dans l'épilepsie ordinaire et dans l'épilepsie absinthique une similitude remarquable, les faits qu'il a observés offrent une grande importance au point de vue du mécanisme de l'épilepsie commune.

3° *Hémorrhagie dans la protubérance avec polyurie, albuminurie et glycosurie*, par M. Liouville (*séance du 17 mai 1873*).

Cette observation confirme avec autant de précision que l'expérience physiologique la mieux réussie, le fait établi par M. Cl. Bernard relativement à la région qui doit être piquée pour produire la polyurie et la glycosurie.

4° *Cas de paralysie spinale générale aiguë;* par M. Lépine (*séance du 24 mai 1873*).

A l'autopsie on a trouvé dans toute l'étendue de la moelle une infiltration de corps granuleux ressemblant à des leucocytes et en même temps des corps granuleux qui présentaient le caractère de cellules nerveuses dégénérées.

5° *Signes diagnostiques du délire alcoolique fébrile;* par M. Magnan (*même séance*).

Le symptôme le plus important est la marche de la température ; dans les cas graves elle est ascendante ; elle s'élève de 38 à 39 degrés dès le premier jour et ensuite jusqu'à 40, 41, 42 degrés, et même dans un cas elle a atteint 43 degrés au moment de l'agonie ; au contraire, dans les cas se terminant par la guérison, la marche de la température présente dès les premiers jours des oscillations qui annoncent une défervescence assez prompte. Lorsque pendant deux ou trois jours, la température oscille autour de 38 degrés, la guérison est presque certaine.

Un second signe peut être déduit de l'examen du tremblement : dans les cas graves, en dehors du tremblement bien connu, on observe des frémissements, des trémulations muscu-

laires qui sont déterminés par la percussion ou la pression des muscles.

Le troisième signe, moins important, est constitué par une faiblesse et une paralysie qui arrive jusqu'à la paraplégie des membres inférieurs.

6° *Des hémorrhagies qui surviennent chez les hémiplégiques du côté opposé à la lésion*; par M. Ollivier et Baréty (*séance du 12 juillet* 1873).

Ces hémorrhagies siégent dans les articulations, sous la peau et même dans le rein, les poumons et sous la plèvre. Dans tous les cas qu'il a observés, M. Ollivier a trouvé, soit une hémorrhagie méningée, soit une hémorrhagie à la surface des ventricules. Il semblerait donc que les nerfs vaso-moteurs sont reliés au cerveau et que leur origine n'est pas seulement dans le bulbe.

Dans la séance suivante, M. Charcot a rappelé que depuis cinq ans déjà, il avait observé à la Salpêtrière des faits semblables à ceux énoncés par MM. Ollivier et Baréty et qu'il avait appelé sur ces faits l'attention de ses élèves.

7° *Deux observations de mort rapide par hydropisie du quatrième ventricule* ; par MM. Hanot et Jeoffroy (*séance du 26 juillet* 1873.)

Il s'agissait dans les deux cas de méningite chronique, accusée surtout au niveau du mésocéphale, sur les parties latérales du bulbe, de la protubérance, du cervelet et, en arrière, entre le cervelet et le bulbe.

8° *Lésion prédominante de l'ataxie locomotrice* ; par M. Pierret (*séance du 13 décembre* 1873).

Un nouveau fait pathologique communiqué par M. Pierret confirme les observations antérieures de MM. Pierret, Charcot et Liouville, desquelles il résulterait que l'ataxie locomotrice est due à la sclérose des fibres radiculaires situées contre les cornes postérieures de la moelle épinière à leurs bords internes.

9° *Expériences sur l'excitation électrique de la substance corticale du cerveau* ; par MM. Carville et Duret (*séance du 20 décembre* 1873).

Des expériences faites depuis quelques années tendaient à

établir, contrairement à l'opinion admise par tous les physiologistes, que l'excitation par des courants électriques faibles de certains points de la substance corticale du cerveau déterminait des mouvements de divers groupes musculaires, et on avait cru pouvoir en conclure que plusieurs centres moteurs devaient être localisés à la surface cérébrale ou à l'extérieur du cerveau.

M. Carville, qui a répété ces expériences, a fait observer avec raison que l'excitation électrique par les courants induits, qui ont un pouvoir de diffusion considérable, est une cause d'erreur et qu'on n'est pas autorisé à rapporter au point excité les phénomènes de motilité qui résultent de l'irritation électrique.

10° *Aphasie dans un cas de ramollissement des lobes sphénoïdal et occipital gauches*; par M. Troisier (*séances des 20 décembre 1873 et 3 janvier 1874*).

Chez une femme de 76 ans, qui était aphasique, on a constaté le ramollissement des lobes sphénoïdal et occipital du côté gauche, sans lésion du lobe frontal, ni du lobule de l'insula. Ce cas fait donc exception à la loi de Broca.

M. Magnan rappelle une observation analogue qu'il a publiée en 1864 dans les *Bulletins de la Société anatomique*.

11° *Lésion des cordons de Gull sans ataxie locomotrice*; par M. Ducatel (*même séance*).

Ce fait s'ajoute à ceux de MM. Charcot et Pierret pour démontrer que la localisation des lésions de l'ataxie locomotrice ne saurait être établie dans les faisceaux de Gull, bien qu'on la rencontre en cette région, dans certains cas d'ataxie locomotrice, comme lésion accessoire.

12° *Sclérose symétrique primitive des cordons antéro-latéraux*; par M. Charcot (*séance du 3 janvier 1874*).

La sclérose symétrique primitive des cordons antéro-latéraux de la moelle épinière est une affection qui forme le pendant de l'ataxie locomotrice progressive : la première a pour siége anatomique une région limitée des cordons postérieurs, les bandelettes externes ; l'autre, une région limitée des cordons antéro-latéraux. La délimitation de ces régions répond non-seulement à des différences anatomo-pathologiques, mais encore à des caractères d'anatomie normale et de développement.

13o *Sur l'excitabilité électrique de la substance corticale du cerveau* ; par MM. Carville et Dupuy (*même séance*).

M. Carville, plus explicite que dans sa première communication, se croit en droit de conclure de ses expériences que la couche périphérique des hémisphères n'est pas excitable, est insensible et ne contient pas de centres moteurs spéciaux.

M. Dupuy, de son côté, est arrivé aux mêmes conclusions.

14° *Du chloral dans les accidents cérébraux du rhumatisme*; par M. Raymond (*séance du 22 mars 1874*).

Le chloral employé à la dose de 3 grammes, 2 à 3 fois par jour, fait disparaître les accidents cérébraux dès le quatrième jour.

15° *Sur les phénomènes produits par la section de la cinquième paire* (*séance des 14 et 22 mars 1874*); par M. Cl. Bernard.

Des expériences de l'éminent physiologiste, il résulte que le nerf de la cinquième paire est le seul nerf de la sensibilité dont la section produise des altérations de nutrition, ce qui s'explique par l'hypothèse de l'existence de nerfs vasculaires dilatateurs dans la cinquième paire ; ces nerfs sectionnés, les nerfs vasculaires constricteurs, provenant du grand sympathique, détermineraient des troubles trophiques et l'abaissement de température.

16° *Température dans les attaques épileptiformes des paralytiques* ; par M. Magnan (*séance du 16 mai 1874*).

Chez une femme atteinte de paralysie générale de cause alcoolique avec idées ambitieuses et de persécution, M. Magnan a constaté, deux heures après une attaque de convulsions épileptiformes, que la température était normale à 37° 9, que le soir elle était montée à $38_0$ 8, le lendemain matin à 39° 4, et le soir à $40_0$ 1. Le surlendemain la température revient progressivement à l'état normal en même temps que diminuent les phénomènes d'apoplexie. Une nouvelle attaque a emporté la malade.

A l'autopsie on trouva les méninges épaissies et adhérentes, mais aucune trace d'hémorrhagie.

Les attaques apoplectiformes peuvent donc déterminer l'élévation de la température sans qu'il y ait hémorrhagie.

17° *Deux cas de myélite centrale;* par M. Hayem (*séance du 30 mai 1874*).

18° *Observation d'hémorrhagie cérébelleuse* ; par M. Raymond (*séance du 4 juillet 1874*).

Le malade n'avait présenté pendant la vie qu'une attaque apoplectique, suivie de céphalalgie pariétale, de vertige et de titubation ; bien qu'il n'y eût ni vomissements, ni troubles de la vue, de l'ouïe ou de la sensibilité, M. Vulpian avait néanmoins diagnostiqué une hémorrhagie du cervelet.

19° *Observation d'état de mal épileptique* ; par M. Bourneville (*séance du 25 juillet 1874*).

Les particularités les plus importantes de cette observation sont, d'une part, pour les phénomènes cliniques, l'élévation de la température, qui atteignait 41° 6, et la fréquence des accès (122 en six heures), et d'autre part, les résultats de l'autopsie; qui démontra l'existence d'un foyer de ramollissement dans la partie postérieure de l'hémisphère cérébral droit : cet hémisphère était atrophié et pesait 205 grammes de moins que le gauche. L'hémisphère cérébelleux gauche était également atrophié et pesait 24 grammes de moins que celui du côté droit. Il y avait donc atrophie croisée partielle du cerveau et du cervelet.

—M. Charcot appelle à cette occasion l'attention de la Société sur l'état de mal épileptique qui ne lui paraît pas encore suffisamment connu. Les trois caractères cliniques importants sont : la fréquence des accès qui se reproduisent 50 à 60 fois et plus par jour, l'élévation de température qui ne reconnaît pas pour cause unique les convulsions, puisqu'elle persiste alors que les contractures musculaires n'existent plus; enfin la tendance remarquable à la production des eschares. La guérison est exceptionnelle. A l'autopsie, on trouve, le plus souvent, l'induration de la corne d'Ammon. Quand on ne rencontre pas cette sclérose, on observe habituellement dans l'encéphale des lésions d'origine ancienne ou des malformations diverses.

20° *Sur les fonctions du cerveau ;* par M. Brown-Séquard (*séance du 10 août 1874*).

En présentant à la Société les leçons qu'il a faites à Lowell

Institute de Boston, M. Brown-Séquard signale parmi les points sur lesquels il a insisté, cette particularité, que la production de la paralysie et de l'anesthésie dans les lésions organiques des centres nerveux est un phénomène identique avec le mécanisme de l'arrêt du cœur par le pneumo-gastrique. Les phénomènes de paralysie et d'anesthésie dépendant de l'action de la partie lésée sur les centres nerveux ; par exemple, dans la cessation d'activité qui produit l'aphasie, il y a action de la partie lésée qui détermine l'arrêt de l'activité cérébrale, comme la galvanisation du pneumo-gastrique produit l'arrêt du cœur.

Quant aux faits d'hémorrhagie cérébrale sans altération des mouvements ou de la sensibilité, M. Brown-Séquard les explique en supposant que chaque moitié du cerveau représente un cerveau complet capable de toutes les fonctions et par conséquent pouvant remplacer, dans la plupart de ces fonctions, la seconde partie lorsque celle-ci est le siége de lésion.

21° *Recherches sur les centres de l'écorce grise des hémisphères cérébraux* ; par MM. Carville et Duret (*séance du* 10 *oct.* 1874).

Expériences très-intéressantes faites sur les animaux et qui ont pour but d'élucider certains côtés encore incertains de la physiologie des centres nerveux, notamment en ce qui concerne les suppléances cérébrales.

22° *Convulsions unilatérales avec abcès superficiel du cerveau* ; par M. David (*séance du* 21 *novembre* 1874).

Cette observation viendrait à l'appui de l'opinion émise par Hitzig et Ferrier relativement à l'existence de centres moteurs dans la couche grise des hémisphères ; mais comme l'a fait observer avec raison M. Charcot, la description de la lésion est trop incomplète pour qu'on puisse tirer aucune conclusion de cette observation.

23° *Cas de goître exophthalmique compliqué d'accidents nerveux et psychiques* ; par M. Delasiauve (*séance du* 27 *nov.* 1874).

La fille de 26 ans qui fait le sujet de cette observation, considérée comme atteinte d'épilepsie, présentait tous les symptômes types du goître exophthalmique. L'épilepsie remontait à l'âge de 20 ans. L'intelligence et le caractère avaient subi une atteinte considérable.

L'épilepsie et le goître exophthalmique s'étaient pour ainsi dire développés parallèlement. L'état mental s'était progressivement aggravé. Il y a lieu de se demander quelle part a prise dans cette aggravation le goître exophthalmique, ou bien au contraire si cette dernière maladie n'était pas elle-même une dépendance de l'épilepsie. La question ne pourra être résolue que par des observations ultérieures.

24° *Lésions médullaires dans un cas de paralysie générale spinale subaiguë ;* par MM. Cornil et Lépine (*séance du 27 fév.* 1875).

25° *Crampes des employés télégraphiques ;* par M. Onimus (*séance du 20 mars* 1875).

M. Onimus a observé deux fois chez des employés qui se servaient du télégraphe Morse une affection analogue à la crampe des écrivains.

26° *De l'excitabilité de l'écorce des hémisphères cérébraux et de la localisation des centres moteurs ;* par M. Rouget (*séance du 30 avril* 1875).

Les expériences de M. Rouget l'ont conduit à conclure comme Ferrier, et contrairement aux résultats obtenus par MM. Carville et Duret, que l'excitation de certaines parties de l'écorce des hémisphères produisait des mouvements dans des groupes de muscles déterminés.

M. Brown-Séquard considère la question comme insuffisamment étudiée ; sur sa demande, la Société en confie l'étude à une commission spéciale.

27° *Du nitrite d'amyle dans l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie ;* par M. Bourneville (*séance du 12 juin* 1875).

Dans l'épilepsie, M. Bourneville n'a obtenu de l'emploi du nitrite d'amyle que des résultats fort peu concluants.

Il a été plus heureux dans le traitement des attaques d'hystéro-épilepsie, dont quelques-unes ont été arrêtées par le nitrite d'amyle administré en inhalations à la dose de 10 à 30 gouttes.

28° *Observation d'hystéro-épilepsie avec anurie, guérie spontanément ;* par MM. Bourneville et Regnard (*séance du 3 juillet* 1875).

Il s'agit d'une femme de 46 ans, qui à l'âge de 23 ans avait été atteinte d'une première attaque d'hystéro-épilepsie à la suite d'une vive émotion ; de 1859 à 1865 elle eut des crises

analogues. En 1865, à la suite d'une attaque de choléra, elle eut une suppression d'urine qui dura huit jours et quand les urines reparurent, il fallut la sonder quotidiennement jusqu'en mai 1875. En 1869, elle entra à la Salpêtrière dans le service de M. Charcot qui, malgré la gravité apparente de la maladie, porta un pronostic favorable et ajouta que peut-être la guérison aurait lieu subitement.

C'est en effet ce qui eut lieu : le 22 mai 1875, à la suite d'une nouvelle attaque, la malade est complétement guérie, et la rétention d'urine, la contraction des muscles et des mâchoires, la sitiophobie, l'aphonie, tout disparaît en quelques minutes.

Pendant trois mois la malade avait rendu par jour 15 à 20 grammes d'urine contenant 3 à 4 décigrammes d'urée.

29° *De l'arthropathie dans l'ataxie locomotrice progressive;* par M. Charcot (*séance des 10 et 24 juillet* 1875).

M. Charcot présente des photographies et des dessins montrant l'attitude et diverses altérations des membres chez une malade atteinte d'ataxie locomotrice. Elle ne peut regarder latéralement avec les deux yeux ; il y a atrophie unilatérale du côté droit avec arthropathie du genou et de l'épaule de ce côté ; enfin il y a incoordination des membres inférieurs.

M. Charcot appelle l'attention sur l'importance de l'arthropathie spéciale au point de vue du diagnostic de l'ataxie locomotrice. L'arthropathie qu'on observe en même temps que des douleurs fulgurantes est tout à fait caractéristique de l'ataxie locomotrice progressive.

Cette arthropathie présente d'ailleurs des caractères tout particuliers qui ne permettent de la confondre ni avec l'arthrite sèche, ni moins encore avec l'arthrite chronique ; elle est caractérisée par son début brusque, la tuméfaction considérable qui l'accompagne, les craquements intra-articulaires, puis la luxation ou dislocation des articulations.

30° *Lésions médullaires consécutives aux lésions des nerfs ;* par M. Hayem (*même séance*).

Il résulte des expériences que M. Hayem a faites sur les animaux et des observations cliniques qu'il a recueillies chez l'homme, que l'arrachement ou même la section d'un nerf peut donner lieu à des lésions consécutives de la moelle, c'est-à-dire à une myélite ascendante ou descendante et que celle-ci peut

s'étendre du côté correspondant à la lésion au côté de la moelle opposé.

31° *Troubles trophiques par lésions du lobe postérieur*; par M. Geoffroy (*séance du 4 décembre* 1875).

M. Geoffroy rapporte une observation qui, suivant lui, tend à prouver que les lésions des lobes postérieurs produisent des troubles trophiques caractéristiques qui peuvent servir au diagnostic du siége de la lésion et par suite au pronostic.

32° *Sur les localisations cérébrales*; par MM. Brown-Séquard et Charcot (*séance du* 18 *décembre* 1875).

Nous ne dirons rien pour le moment de cette très-intéressante discussion qui n'a pour ainsi dire été qu'ébauchée en 1875. L. LUNIER.

**Bulletins de la Société anatomique.**

Année 1874.

1° *Note pour servir à l'étude physiologique de l'apoplexie*; par le Dr Hallopeau (n° 1).

MM. Schutzemberger et Hecht, dans leur travail sur l'apoplexie (*Dict. encyclopédique*), ont laissé de côté les troubles excito-moteurs de la moelle qui, en outre des lésions encéphaliques, doivent entrer en ligne de compte pour arriver à l'explication des symptômes de paralysie. Le travail de M. Hallopeau a été fait pour combler cette lacune; il peut se résumer comme suit :

« (*a*) Une lésion unilatérale de l'encéphale peut produire, » en même temps que des phénomènes apoplectiques, un » trouble dans les fonctions de la moitié opposée de la moelle » et par suite une abolition des mouvements réflexes dans le » membre inférieur correspondant.

» (*b*) Ce fait semble devoir être rapporté à une action d'ar- » rêt; l'excitation, partie de l'encéphale, paraît exercer une » action paralysante sur la moitié opposée de la moelle.

» (*c*) On peut supposer que l'ensemble des phénomènes apo- » plectiques se produit suivant le même mécanisme. »

2° *Arthropathies, luxations et fractures spontanées chez une ataxique*; par MM. Charcot, Chouppe, Houel, Liouville, Carville et Lépine (n° 5).

3° *Maladie de Bright, dyspnée, lésion limitée à la circonvolution de Broca* ; par R. Hervey (n° 9).

4° *Deux cas d'hémorrhagie de la protubérance* ; par Henriet et Pinard (n° 9).

5° *Ancien foyer hémorrhagique de la partie supérieure de la couche optique droite, chez une enfant idiote* ; par Stoicesco (n° 12).

6° *Tumeur cérébelleuse* ; par Cossy et Lorreyte (n° 13).

Cette tumeur, développée dans la fosse cérébelleuse droite, en dedans de la dure-mère, comprimait le cervelet et la protubérance, et avait donné lieu à une hémiplégie droite. La douleur, au lieu d'être occipitale, siégeait dans la région frontale et il n'y avait pas de tendance aux mouvements giratoires.

7° *Fracture de l'occipital : contusion cérébrale et épanchement sanguin au niveau du lobe frontal droit* ; par Marcano (n° 15).

8° *Lésion traumatique du crâne* ; par Hirtz (n° 28).

Cette observation présente quelques particularités dignes d'être notées ; la lésion traumatique du crâne fut suivie tardivement d'une méningo-encéphalite suppurée et coexistait avec une pleurésie purulente à droite, l'abcès cérébral étant à gauche.

9° *Fracture spontanée chez une ataxique* ; par Heydenrich (n° 29).

Cette observation intéressante est suivie d'une autopsie montrant les lésions anatomiques des cordons postérieurs de la moelle et les lésions consécutives à la fracture spontanée ; ces dernières, suivant M. Liouville, ressemblaient aux productions pathologiques observées dans les cas d'arthropathies chez les ataxiques.

10° *Maladie de Bright, hémorrhagies cérébrales* ; par le Dr Lépine (n° 33).

Cette observation, dans laquelle l'atrophie rénale se compliquait d'une hypertrophie du cœur, a permis de constater plusieurs hémorrhagies cérébrales, dont la première s'est accompagnée d'aphasie ; les dernières hémorrhagies ont précédé

la mort de huit jours. Ces accidents sont d'ailleurs assez fréquents dans l'atrophie rénale.

11° *Otite et abcès du cervelet* ; par Lucas-Championnière (n° 35).

12° *Méningite cérébro-spinale tuberculeuse* ; par Hutinel (n° 36).

13° *Tubercules du cervelet* ; par Demange (n° 36).

14° *Note sur l'état du système nerveux ganglionnaire sympathique dans l'atrophie musculaire progressive et dans la sclérose primitive et symétrique des cordons latéraux de la moelle* ; par le Dr Lubinoff, de Moscou (n° 37).

Dans ces deux cas le système sympathique est absolument sain ; mais dans l'examen histologique il est bon de tenir compte de l'état normal des ganglions, dont les cellules sont en général très-granuleuses, et il ne faut pas oublier que leur degré de pigmentation augmente avec l'âge du sujet.

15° *Tubercules de la protubérance et du cervelet* ; par V. Hanot (n° 37).

16° *Tumeur cérébrale* ; par Martin (n° 39).

Cette tumeur adhérait à la dure-mère et comprimait fortement les première et deuxième circonvolutions frontales gauches. M. Cornil a démontré que c'était un sarcome névroglique. L'hébétude, les troubles intellectuels et une hémiplégie droite incomplète furent les symptômes principaux observés.

17° *Tumeur cérébrale* ; par Pasturaud (n° 39).

Cette production occupait entre les deux hémisphères la partie qui correspond au genou du corps calleux. C'était un sarcome à petites cellules envoyant des prolongements dans les circonvolutions de l'hémisphère gauche.

L'abrutissement, la déviation de la tête à droite, furent les seuls symptômes dignes d'être notés.

18° *Tumeur cérébrale* ; par Demange (n° 43).

Chez un enfant de huit ans atteint d'une paraplégie incomplète, survient une scarlatine bientôt suivie d'albuminurie et d'urémie. L'autopsie a permis de constater une hydrocéphalie ventriculaire avec œdème cérébral et, en plus d'une épendymite granuleuse, il y avait une tumeur du ventricule latéral dans la corne postérieure gauche.

19° *Pachyméningite spinale* ; par le Dr Rendu (n° 45).

C'est un cas fort rare de pachyméningite spinale hypertrophique antérieure du renflement lombaire; elle coexistait avec le mal de Pott et une myélite diffuse surtout périépendymaire.

20° *Méningo-encéphalite traumatique* ; par Bouveret (n° 52). Année 1875.

1° *Hémorrhagie dans le noyau lenticulaire du corps strié* ; par Pierret (n° 3).

Cette observation, dans laquelle la netteté des phénomènes cliniques d'hémianesthésie croisée est en rapport avec la localisation des lésions anatomiques, vaut une démonstration expérimentale.

2° *Tumeur de la couche optique, du corps strié et du pied de la couronne rayonnante sans anesthésie* ; par le Dr Chouppe (n° 3).

3° *Discussion sur les lésions anatomiques dans l'atrophie musculaire progressive* (n° 17).

4° *Tumeur cérébrale* ; par Balzer (n° 18).

Cette tumeur comprimait le lobe frontal gauche et avait déterminé une parésie du côté droit et une aphasie.

5° *Hémorrhagie de la protubérance* ; par Rendu (n° 23).

La lésion n'avait pas déterminé la production de sucre et d'albumine parce qu'elle était localisée au sommet du quatrième ventricule en respectant la partie inférieure.

6° *Hémianesthésie de cause cérébrale* ; par Raymond (n° 30).

L'hémianesthésie était produite par un caillot hémorrhagique intéressant l'insula de Reil, le noyau lenticulaire du corps strié et le pied de la couronne rayonnante; il n'y avait rien ni dans la couche optique, ni dans le noyau caudé.

7° *Abcès du cervelet, consécutif à une lésion du rocher* ; par Herpin (n° 30).

8° *Tumeur du bulbe* ; par Heydenreich (n° 32).

9° *Hydrocéphalie congénitale avec arrêt de développement de certaines parties du cerveau* ; par Budin (n° 34).

10° *Tumeur de la protubérance* ; par Manot (n° 36).

Suivant M. Charcot, ce cas vient à l'appui de la distinction qui a été faite théoriquement entre l'hémianesthésie de cause cérébrale et l'hémianesthésie de cause bulbaire ou pédonculaire ; la première intéresse toute une moitié du corps et s'accompagne d'amaurose et d'anosmie ; dans la seconde les sens supérieurs sont respectés par suite même du siége de la lésion.

11° *Aphasie* ; *lésion de la troisime circonvolution frontale gauche* ; par Lucas-Championnière (n° 37).

12° *Ramollissement de la protubérance* ; *thrombose du tronc basilaire* ; par Darolles (n° 44).

13° *Note sur un cas de microcéphalie* ; par MM. Mierzejenski et Bouchereau (n° 48).

14° *Macrocéphalie* ; par Landouzy.

Observation d'un enfant de vingt mois décédé à l'hôpital des Enfants malades ; l'autopsie a révélé l'existence d'une pachyméningite avec néomembranes tapissant toute la boîte crânienne.

15° *Tumeurs tuberculeuses des artères cérébrales* ; par Remy (n° 51).

Pendant la vie elles ont donné lieu à des migraines fréquentes avec vomissements.

Dr Doutrebente.

# BIBLIOGRAPHIE

*Des périodes raisonnantes de l'aliénation mentale*, par le Dr Bigot, (Germer Baillière, Paris, 1877).

« En résumé, il y a des fous raisonnants, il n'y a pas de folie » raisonnante. Cette prétendue espèce de folie n'est jamais » qu'une période plus ou moins obscure, ou d'augment ou de » déclin d'un accès d'aliénation mentale quelconque, pendant » laquelle l'aliéné ne déraisonne pas complétement ou rai- » sonne encore apparemment, sous l'une des trois formes lu- » cide, pseudo-lucide, paralucide.

» L'accès d'évidence est souvent très-tardif, ou très-court, » ne durant quelquefois guère que quelques jours, quelques » heures, quelques minutes, circonstance qui donne aux pé- » riodes équivoques une importance beaucoup plus grande.

» Les aliénés qui restent plus longtemps que les autres dans » cette phase intermédiaire sont le plus communément des » anormaux dégénérés à un degré quelconque, avant d'être » aliénés.

» Cependant il est beaucoup d'anormaux préalables qui ne » sont pas longtemps raisonnants.

» Cette aptitude à raisonner longtemps en deçà et au delà » de l'accès d'évidence, est donc commune chez les anormaux, » mais ne leur est pas exclusive.

» Il y a des raisonnants prolongés dans toutes les espèces » d'aliénation mentale ; et il y en a aussi de bons, de mé- » chants, d'indifférents.

» Enfin, comme entre l'idiotie et la raison il y a l'imbé- » cillité de tout degré, entre la raison et la folie confirmée il y » a la période raisonnante de toute espèce et de toute nuance. »

La folie raisonnante est-elle une espèce d'aliénation mentale ou bien, au contraire, une phase morbide incomplète qui appartient à toutes les espèces de folie ? Telle est la question grave, que M. Bigot s'est proposé d'éclairer. A-t-il réussi à le faire ? nous voudrions le croire ; mais, après avoir lu et médité son livre, nous avouons, en toute sincérité, qu'il ne nous a pas convaincu et que, à notre avis, il n'a pas contribué pour

une large part à déchirer le voile mystérieux dont la folie raisonnante persiste à s'entourer depuis trois quarts de siècle ; disons le mot : loin de suivre les auteurs qui ont cherché à débarrasser la folie raisonnante de tout ce qui lui est étranger, M. Bigot a voulu nous montrer la folie ou période raisonnante dans toutes les espèces de trouble mental. La question était déjà assez controversée et, pour mettre d'accord MM. Jules Falret, Delasiauve, Brierre de Boismont, Billod, Morel, Marcé, Campagne et tant d'autres aliénistes, il y avait simplement, je crois, à continuer leur œuvre, qui est loin d'être mauvaise. Mais si ces honorables et savants médecins ont, chacun à leur manière, envisagé la question, ils ont à coup sûr contribué à mettre en lumière la plupart des faits soumis à leur observation.

Que si, après avoir comparé et étudié toutes les théories éparses sur le plus ou moins de spécificité de la folie raisonnante, on cherche ensuite à constater sa présence, dans toutes les espèces d'aliénation mentale, agrémentée des trois formes *lucide*, *pseudo-lucide* et *paralucide* des périodes raisonnantes créées par M. Bigot, on obtient alors un ensemble de notions vagues et contradictoires dont l'analyse devient difficile, même pour un spécialiste.

Les cas de folie raisonnante (folie lucide, délire des actes) ont été classés par Morel parmi les aliénations héréditaires, qui renferment elles-mêmes plusieurs groupes, et c'est dans le groupe des folies lucides ou raisonnantes, que le Dr Campagne a été à la recherche de la manie raisonnante, dont il a réussi à faire une *espèce morbide* avec ses trois variétés orgueilleuse, égoïste, envieuse. C'est donc à tort que M. Bigot, après avoir étudié si longuement les auteurs anciens et modernes, auxquels il découvre des connaissances surprenantes, semble éliminer les remarquables travaux de Morel, qui a si bien caractérisé les *anormaux*, quand il s'exprime ainsi : « Ces individualités » morbides dans la famille desquels l'hérédité morbide pro» gressive en voie d'évolution n'est pas encore accumulée. » Malheureusement, si Morel a parfaitement embrassé dans une habile et savante synthèse la plus grande partie des faits, il n'a pas eu le temps de creuser et d'analyser tous les aperçus nouveaux que son esprit généralisateur avait mis en évidence : que d'auteurs divers ont depuis quelques années puisé à cette mine féconde !

Une phrase suffit à M. Bigot pour triompher des théories de

Morel et des soi-disant particularistes, les docteurs Campagne et Billod. Mais M. Bigot a-t-il bien lu sérieusement l'œuvre du docteur Campagne, lorsqu'il prétend qu'il ne voit dans la folie raisonnante que l'exaltation de maniaques à esprit dégénéré, de même que M. Billod en fait une lypémanie raisonneuse? Nous ne pouvons le croire, car il attribue au savant médecin de Montdevergues une opinion restreinte qui n'est pas la sienne et dont il se défend au contraire avec énergie dans son traité de la *Manie raisonnante*. Comme nous l'avons déjà dit, dans le groupe des folie lucides ou raisonnantes M. Campagne a découvert, décrit et créé une espèce morbide, la manie raisonnante, et non le genre folie raisonnante.

Mais qu'importe d'ailleurs le genre ou l'espèce et même la variété ; car, suivant M. Bigot, s'il y a des fous raisonnants, il n'y a pas à proprement parler de folie raisonnante. Dans la période initiale de l'aliénation mentale, il remarque une phase incertaine pendant laquelle l'irresponsabilité du sujet est douteuse; il se connaît encore et peut dissimuler tout ou partie de son délire : c'est là la *période raisonnante initiale* commune à toutes les espèces de folie. A l'époque du déclin de l'accès le malade reprend peu à peu possession de lui-même, il se trouve bientôt dans une phase incertaine analogue à celle du début; mais alors, son intelligence s'obscurcissait de plus en plus, et maintenant, elle s'éclaircit de jour en jour : c'est là la *période terminale raisonnante*.

Les périodes raisonnantes se présentent sous trois formes spécieuses qui ont pour caractère commun le raisonnement : ce sont les formes lucide, pseudo-lucide et paralucide des périodes raisonnantes de l'aliénation mentale. Les maniaques sans délire ou les monomaniaques affectifs ou raisonnants de Pinel et d'Esquirol ne sont simplement, pour M. Bigot, que des maniaques à court accès d'évidence presque toujours en rémission qui raisonnent dans la période intermédiaire.

Tous les aliénés sont héréditaires (Bigot), mais ne deviennent pas tous raisonnants, tandis que tous les raisonnants sont non-seulement des héréditaires, mais encore et presque toujours des *anormaux de l'ordre intellectuel et moral*. Les anomalies intellectuelles et morales sont *supérieures, simples ou inférieures* ; elles peuvent se rencontrer simultanément chez les grands et les petits esprits ; elles semblent toutes provenir d'un état nerveux spécial, qui prédispose à la folie et se confond, d'ailleurs, avec les névroses hypocondriaque, hystérique et épileptique.

Ces névroses si diverses ont, dans le grand sympathique et ses anastomoses, leur source ou leur réservoir commun; de sorte que, dans beaucoup de cas, l'aliénation mentale serait, par action réflexe, le résultat de l'irritation morbide du grand sympathique sur le cerveau. Ainsi la dipsomanie serait un épiphénomène réflexe de la névrose hypocondriaque et, dans certains cas, l'alcoolisme se lierait à une prédisposition épileptique, que les excès finissent par faire éclater. Suivant que la folie, en traversant la période initiale, n'est que l'exagération ou la perversion des idées et des tendances naturelles du sujet anormal, elle se caractérise, dans le premier cas, par un délire en ligne droite et, dans le second, par un délire en ligne oblique : les délires en ligne directe sont le lot des raisonnants paradoxaux.

Pour M. Bigot la folie raisonnante est une maladie bien rare ; elle se rencontrerait seulement à l'état de période initiale, rémittente ou terminale. Les fous raisonnants sont rares, il est vrai (heureusement pour les médecins aliénistes), mais sont surtout rares dans le livre de M. Bigot, où nous en avons en vain cherché des exemples, malgré un contingent numérique de cinquante-cinq observations. Les fous raisonnants existent cependant et nous serions surpris que M. Bigot, dans les divers établissements où il a soigné de nombreux aliénés, n'ait pas eu à observer des cas de folie raisonnante, semblables à ceux cités par tous les aliénistes. Nous avons trouvé, dans son livre, des aliénés qui raisonnent comme peuvent raisonner des hallucinés, des fous conscients, des persécutés à délire systématisé, des hypocondriaques parvenus à un délire chronique de grandeur, par une longue série de transformations ; mais il nous avait toujours semblé que les fous raisonnants n'avaient pas d'hallucinations, et ceux de M. Bigot ont tous ou presque tous des visions et des hallucinations. Nous avions toujours pensé aussi que les raisonnants et les conscients formaient deux catégories de malades, et que l'état inconscient servait suffisamment à distinguer les fous raisonnants des fous conscients. Nous en appelons d'ailleurs au jugement de MM. Falret et Legrand du Saulle ; car ils ont nettement séparé les aliénés qui ont conscience de leur état pathologique des fous raisonnants qui, au contraire, protestent contre la réalité de la forme de folie dont ils sont atteints (V. *Annales médico-psychologiques*, 1876, discussion sur la folie raisonnante.)

Les fous raisonnants, comme le prétend M. Bigot, sont

toujours sous le coup d'un accès d'évidence prêt à éclater; pour nous, au contraire, ils sont le plus souvent dans un état permanent, définitif, qui ne se modifie qu'avec le progrès de l'âge, comme cela arrive normalement chez les gens sains de corps et d'esprit. (Nous observons, depuis un an, un maniaque raisonnant, dont l'observation a été commencée par M. Campagne en 1858, et, depuis ce temps, c'est-à-dire depuis dix-neuf ans, l'homme a vieilli, mais le malade est toujours dans le même état mental.)

M. Bigot attache une importance considérable aux accès d'évidence qui peuvent ne durer que quelques minutes ; mais alors, puisqu'il semble reprocher à ses confrères d'avoir pris la partie pour le tout, ou le symptôme pour la maladie, il s'est exposé à entendre dire que lui-même a donné le nom d'accès d'évidence à une simple période d'excitation maniaque survenant dans le cours d'une folie raisonnante.

Nous ne pouvons admettre non plus avec M. Bigot que tous les *aliénés sont héréditaires ;* c'est là une exagération gratuite en contradiction formelle avec l'opinion de la majeure partie des médecins aliénistes.

« La critique est aisée, mais l'art est difficile » et il peut se faire que, nourri des exemples et des préceptes de maîtres dont l'opinion est en complet désaccord avec les théories nouvelles formulées par M. Bigot, nous ne possédions pas toutes les qualités requises pour juger d'une façon compétente et impartiale. Nous souhaitons toutefois que de nombreux lecteurs prennent connaissance du livre dont nous venons de parler ; ils sont assurés de trouver dans l'œuvre de M. Bigot, de l'ordre, de la méthode, un style facile, brillant, et une grande pureté de langage. Si la partie scientifique peut donner lieu à des interprétations diverses, tout le monde rendra justice, comme nous nous empressons de le faire, aux qualités éminentes d'écrivain que M. Bigot a prodiguées pour défendre une cause ardue, pleine d'obstacles imprévus, d'aperçus toujours nouveaux et variables à l'infini. Tous les médecins aliénistes, soucieux de la controverse scientifique, auront à cœur de connaître ce livre et lui réserveront une place dans leur bibliothèque à côté des ouvrages classiques de Pinel, Esquirol, J. P. Falret, Baillarger, Morel, Marcé et Dagonet.

Dr DOUTREBENTE.

*Recherches physiologiques sur l'innervation du cœur*, par le Dr Léop. Miot, ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Académie royale de Belgique, médecin adjoint de l'hôpital civil de Charleroi. — 1 vol. in-8, Bruxelles, 1876. Librairie de Henri Manceaux.

Ce travail est extrait des *Mémoires couronnés et autres Mémoires* publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique. Il contient une partie critique et une partie expérimentale. De la première nous ne dirons rien, sinon qu'elle est un exposé sérieux et complet de toutes les expériences et de toutes les théories faites sur l'innervation du cœur. M. Miot, qui trouve des points faibles dans les meilleures théories, a repris la question au point de vue expérimental. Il donne la relation de dix-sept expériences, dont huit sur des batraciens et neuf sur des mammifères. « J'ai fui, dit-il, toute idée fixe et, conservant » toute ma liberté d'esprit, j'expérimentai dans le seul but de » découvrir la vérité, et nullement pour trouver des preuves » en faveur d'une théorie préconçue. » Cette vérité, l'a-t-il trouvée ? La théorie nouvelle doit-elle être considérée comme définitivement acquise à la science? Le lecteur jugera lui-même par les conclusions de l'auteur que nous allons donner textuellement.

M. Miot établit les faits suivants, qui doivent servir de base à sa théorie de l'innervation du cœur :

» 1° Une évolution complète du cœur se compose de trois éléments :

» *a*. Dilatation ou présystole ;

» *b*. Contraction ou systole ;

» *c*. Relâchement;

» 2° Que les deux premiers de ces éléments réclament pour » leur mise en jeu une influence nerveuse différente;

» 3° Que la force dilatatrice est pourvue par la moelle al- » longée et les pneumogastriques, et la force contractrice par la » moelle épinière et le grand sympathique;

» 4° Que l'irritation ou la paralysie de chacun de ces foyers » d'innervation amène une modification dans le rhythme car- » diaque, le ralentissement ou l'arrêt par l'excitation des » forces dilatatrices, ou la paralysie des forces contractrices, et » la suractivité des battements dans les cas contraires. »

Pour M. Miot, le cœur, comme tout organe de la vie végétative, reçoit ses influences nerveuses de deux sources diffé-

rentes : *a*, de la moelle allongée pour sa dilatation; *b*, de la moelle épinière pour sa contraction.

« L'une et l'autre de ces influences, comme pour les autres » muscles de la vie organique, sont mises en activité, par suite » de l'irritation déterminée par le *stimulus* fonctionnel du » cœur sur les fibres sensitives du grand sympathique, et les » fibres sensitives propres des nerfs pneumo-gastriques, qui » transmettraient l'irritation à leur centre d'innervation réci- » proque ; à savoir, directement à la substance grise de la » moelle, et de là à diverses hauteurs pour l'influence contrac- » trice; et par les cordons blancs, la transmission se fait jus- » qu'à la moelle allongée pour l'influence dilatatrice. Une » partie de l'irritation est transmise à ce centre de puissance » dilatatrice par les fibres sensitives propres des pneumo-gas- » triques ».

Telle est la théorie de l'innervation du cœur, qui, d'après les expressions mêmes de son auteur, « paraît devoir désormais » prendre place dans la science et rallier tous les esprits. » Nous laissons à de plus compétents que nous en ces délicates matières le soin de décider si M. Miot a définitivement résolu la question scientifique tant controversée de l'influence du système nerveux sur les mouvements du cœur.

Dr Ant. Ritti.

*Contribution à l'étude du sommeil naturel et artificiel*, par A. M. Langlois, médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Dijon. Broch. in-8, Dijon, 1877.

« Laissant à des esprits plus clairvoyants et surtout mieux » autorisés le soin d'expliquer le mécanisme des manifestations » intellectuelles pendant le repos nocturne, je ne veux m'occu- » per, dans cette étude, que des phénomènes physico-chimiques » et électro-moteurs qui se passent au sein de l'organisme. »

Le programme de l'auteur, tel qu'il est tracé dans ces lignes, est assez vaste; l'analyse que nous allons faire de son travail montrera si M. Langlois l'a rempli, s'il a porté quelque lumière dans ce problème si obscur et si complexe.

« Le sommeil naturel, dit-il en commençant, est un phéno- » mène biologique nocturne et intermittent, essentiellement » réparateur, ayant pour but de favoriser la nutrition des or- » ganes en diminuant l'activité vitale et les oxydations qui » s'opèrent dans l'organisme.

» Il est caractérisé par la résolution musculaire, un affai- » blissement des sens, une diminution des mouvements respi-

» ratoires, un ralentissement des battements cardiaques, un » abaissement de la température du corps, une désoxygénation » du sang et un état d'insensibilité qui est en raison directe de » l'intensité du sommeil.

» La tension électrique est plus forte que pendant la veille. »

Chacune des affirmations contenues dans ce tableau, dont nous nous plaisons à reconnaître l'exactitude, est ensuite étudiée avec soin, avec des preuves tirées de l'expérimentation physiologique et de l'observation pathologique. Ainsi, pour citer quelques exemples, M. Langlois demontre dans le paragraphe intitulé : *desoxygénation et carbonication*, que durant le sommeil physiologique ou artificiel, le sang est plus pauvre en oxygène et plus riche en acide carbonique, et que, par suite de ces modifications, il résulte une désoxygénation et une carbonication de la matière organisée; dans le chapitre suivant, que l'insensibilité est proportionnelle à l'intensité du sommeil; enfin, dans celui intitulé *tension électrique*, il s'applique à faire ressortir que, durant les heures de repos,« il y a conden- » sation d'électricité dans les centres nerveux, électricité qui » reste à l'état latent et nous procure au réveil cette sensation » de bien-être, de vigueur nouvelle qui nous engage à dépenser » les forces acquises. »

Un des points les plus controversés de la physiologie du sommeil, c'est l'état de la circulation cérébrale. Voici quels sont, sur cette question, les conclusions de notre auteur :

« Dans les circonstances ordinaires, dit-il, un sommeil pai- » sible et réparateur renferme trois phases distinctes. Durant » les premières heures, hypérémie avec activité cérébrale, puis » période de transition, pendant laquelle la cellule nerveuse ré- » pare le mieux ses pertes, ou *pause* cérébrale ; enfin, anémie » relative se terminant par la réactivité matinale du réveil. »

Le travail se termine par un chapitre sur les causes somnifères, que l'auteur divise en causes externes et en causes internes.

On peut voir, par cette rapide analyse, que M. Langlois, s'il n'a pas complétement épuisé le sujet, a su du moins éclairer certains points obscurs, en s'aidant des travaux de philosophie et de physiologie les plus récents.

Dr Ant. Ritti.

*Étude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques*, par le Dr F. Raymond, interne et lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris, membre de la *Société de biologie* et de la *Société anatomique*. 1 vol. in-8; Paris, A. Delahaye et Cie, libraires éditeurs, 1876.

Ce travail prouve, chez son auteur, de sérieuses connaissances en physiologie et en pathologie du système nerveux. S'inspirant des recherches les plus récentes et, en particulier, des leçons de M. le professeur Charcot, il s'est appliqué à démontrer le siége anatomique de deux symptômes importants : l'hémianesthésie et l'hémichorée de cause cérébrale. Après avoir, dans un premier chapitre, rappelé les notions anatomiques indispensables pour la facile exposition de son sujet, M. Raymond étudie d'abord l'hémianesthésie cérébrale. Que faut-il entendre par ces termes ? « Si nous supposons un plan vertical passant » par la ligne médiane du corps, l'anesthésie existe sur tout » un côté : tête, face, langue, cou, tronc, bras et jambe ; de » plus, les sens spéciaux sont eux-mêmes anesthésiés et du » côté correspondant : ainsi, moitié de la langue, narine, » oreille et œil ; tous les modes de la sensibilité sont abolis : » tact, douleur, température; et les muqueuses participent à » l'anesthésie de la peau. En considérant leur origine, on peut, » comme l'a fait M. Charcot, diviser les sens en sens supé- » rieurs (origine cérébrale), odorat et vision, et en sens infé- » rieurs (origines bulbaire), ouïe et goût ; or, dans l'hémianes- » thésie cérébrale, tous ces sens sont touchés à la fois ; tandis » que si la vue et l'odorat sont intacts, alors qu'il existe une » hémianesthésie, et que l'ouïe et le goût sont détruits, on peut » affirmer que la lésion est pédonculaire ». Quel est le siége de ce symptôme ? Nous donnerons encore ici la parole à notre auteur. « L'anatomie et la physiologie pathologique de l'hé- » mianesthésie de cause cérébrale, dit-il, enseigne que la lésion » qui produit ce phénomène est toujours la même, non pas » quant à sa nature, mais quant à son siége ; c'est le pied de » la couronne rayonnante qui est intéressé, et sa *partie posté- » rieure* ; c'est la condition indispensable ; il y a un faisceau » spécial de la capsule interne, qui, en ce point, contient cer- » tainement toutes les fibres sensitives destinées à une moitié » du corps, même celles des sens.... »

Le troisième chapitre est consacré à l'étude de l'hémichorée symptomatique dans les lésions cérébrales. Voici la définition

qu'en donne M. Raymond : « Sous le nom d'hémichorée post-» hémorrhagie ou post-hémiplégique, quelquefois præ-hémiplé-» gique, ou encore de l'atrophie cérébrale, de tumeurs cérébrales, » il faut comprendre des mouvements se montrant dans les » membres supérieurs et dans les membres inférieurs du côté qui » est déjà depuis quelque temps (fait le plus ordinaire) le siége » de l'hémiplégie ou qui le sera bientôt, mouvements analogues » à ceux de la chorée ordinaire, en ce sens qu'ils sont, comme » ceux-ci, involontaires; qu'ils s'exagèrent pendant les mou-» vements intentionnels et qu'ils sont continus, excepté pen-» dant le sommeil ». Après avoir donné plus de trente observations (la plupart avec autopsie) des différentes formes d'hémichorée, l'auteur s'applique à la distinguer du tremblement hémi-latéral dans l'atrophie cérébrale, du tremblement dans les myélites chroniques avec prédominance dans un côté du corps, du tremblement hémi-latéral chez les hystériques, de l'incoordination motrice dans la sclérose des cordons postérieurs, enfin du tremblement hémi-latéral dans la paralysie agitante.

Quant à l'anatomie pathologique de ce symptôme, M. Raymond, se fondant sur des faits expérimentaux et sur le résultat des autopsies, croit pouvoir conclure : « que la lésion de l'en-» semble du faisceau qui dans le pied de la couronne rayon-» nante se trouve en avant, en dehors des fibres sensitives, et » qui se compose des masses blanches en rapport avec la partie » postérieure de la couche optique, produit, par compression, » par irritation, ou par déchirure, l'hémichorée symptomatique ».

La question des localisations cérébrales est aujourd'hui à l'ordre du jour ; le débat est engagé et nous espérons bien que, grâce aux efforts de tous, la lumière se fera sur ce problème si ardu et si complexe. Nous sommes heureux de dire que le travail de M. Raymond y contribuera pour sa part.

Dr Ant. Ritti.

*Le système nerveux périphérique au point de vue normal et pathologique.—Leçons de physiologie professées à Nancy* par M. le Dr Poincaré, professeur adjoint à la Faculté de Médecine de Nancy. — 1 vol. in-8°. Paris, 1876. J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Cet ouvrage fait suite aux *Leçons sur la physiologie normale et pathologique du système nerveux*, dont nous avons rendu compte ici-même, il y a un an. Ce nouveau volume ne le cède en rien à ses deux aînés : méthode vraiment scientifique, connaissance approfondie des sujets traités, érudition sûre et très-étendue,

tels sont les qualités que l'on se plaît à reconnaître dans l'œuvre de M. Poincaré.

Les questions qu'il lui restait à exposer étaient celles relatives aux annexes des centres nerveux, aux nerfs périphériques et au grand sympathique. Sous la dénomination d'annexes des centres nerveux, l'auteur comprend les diverses membranes qui séparent l'axe cérébro-spinal des parois osseuses du crâne et du rachis (la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère), le liquide appelé céphalo-rachidien. Après la description anatomique et le rôle physiologique de ces diverses annexes, vient celle des altérations auxquelles elles sont soumises, telles que les hématômes, les différentes formes de méningites, etc.

L'auteur passe ensuite à l'étude du système nerveux périphérique. Là, comme dans tout le cours de l'ouvrage, nous trouvons d'abord des considérations générales, relatives soit à l'anatomie, soit à la physiologie normale et pathologique des nerfs. Les nerfs rachidiens et les douze nerfs crâniens sont ensuite successivement étudiés ; cette partie de l'ouvrage n'est guère susceptible d'analyse. Sur ce sujet, comme l'on sait, les faits et les théories, souvent contradictoires, se pressent en foule, on a accumulé expériences sur expériences. Nous devons reconnaître que M. Poincaré a su, grâce à son talent d'analyse et d'exposition, éviter les redites et la confusion, et faire le départ entre le vrai et le faux. Des figures schématiques, faites avec soin, permettent de suivre facilement les descriptions anatomiques et de nous rendre compte des déductions physiologiques.

La partie la plus ardue de la tâche que s'est imposée notre auteur est, sans contredit, l'étude du grand sympathique. Plus de cent-cinquante pages y sont consacrées, et ce n'est pas trop quand on songe à l'importance que joue, dans l'économie, ce vaste département du système nerveux qui, suivant les paroles de M. Poincaré, « en est, à la fois, la partie la plus com-» pliquée au point de vue anatomique, et la partie la plus » mystérieuse au point de vue physiologique ». Mystérieuses, en effet, sont la plupart des fonctions de cet immense réseau nerveux ; mais le livre de notre auteur pourra servir de guide à ceux qui, désirant percer ces mystères et faire de nouvelles conquêtes sur l'inconnu, voudront connaître ce qui est actuellement acquis à la science. — A la physiologie pathologique du grand sympathique, qui comprend la description des troubles de la vascularisation, de la calorification, de la vision, etc., fait

suite un chapitre consacré à la physiologie pathologique spéciale. « L'analyse physiologique de cinq maladies, à physionomie spéciale, dit M. Poincaré, trouve naturellement place dans l'histoire du sympathique, parce que ce nerf semble, tout au moins, y jouer un rôle de premier ordre. Ces cinq maladies sont : la gangrène symétrique des extrémités, la migraine, le goître exophthalmique, la maladie d'Addison et le choléra » (p. 531). Cette assertion trouvera certainement des contradicteurs ; mais ils ne pourront, du moins, refuser à l'auteur l'habileté avec laquelle il soutient ses théories.

Lors de la publication des deux premiers volumes de ces *Leçons*, certains critiques avaient exprimé leur étonnement de ne trouver aucune indication bibliographique. M. Poincaré a comblé cette lacune dans ce troisième volume, qui se termine par trentre-deux pages de bibliographie. Nous sommes sûr qu'elles seront consultées avec fruit par les travailleurs.

Dr Ant. Ritti.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Notice nécrologique du Dr Evrat ; par M. le Dr Armand Rey. Grenoble 1877; br. in-8°.

— Contribution à l'étude du sommeil naturel et artificiel ; par le Dr A. M. Langlois ; Dijon 1877 ; br. in-8° de 60 p.

— Hygiène de l'esprit au point de vue pratique de la préservation des maladies mentales et nerveuses ; par le Dr Max Simon; Paris, 1877 ; vol. in-18.

— Hystérie et catalepsie ; suite de l'observation de la cataleptique de l'hopital Cochin ; par M. Eugène Monod ; br. in-8°; Paris, 1877.

— Una visita al manicomi della Svizzera e della Francia ; ricordi e studi del Dott. Paolo Funaioli ; br. in-8° ; Siena, 1877.

— Lettres névropathiques, suivies de plusieurs autres sur différents sujets ; par M. le Dr Dumont (de Monteux) — Paris, 1877, un vol. in-12 de 370 p.; prix, 3 fr., au bureau de l'*Union médicale*, rue Grange-Batelière, 11.

— De la folie jalouse ; par M. le Dr Paul Moreau (de Tours); br. in-8° de 110 p., chez Asselin.

# VARIÉTÉS

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

*Arrêté du 2 juin* 1877. M. le Dr Binet, directeur-médecin de l'asile de la Charité (Nièvre), admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé directeur-médecin honoraire.

— *Arrêté du 2 juin*. M. le Dr Cortyl, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère), est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), en remplacement de M. le Dr Lapointe, nommé à la Charité.

Par le même arrêté, M. Cortyl a été promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.)

— *Arrêté du 12 juin*. M. le Dr Dufour, médecin-adjoint de l'asile de Bron (Rhône), est nommé médecin en chef de l'asile de Saint-Robert, et admis dans la 4e classe de son grade (4,000 fr.)

— *Arrêté du 2 juillet* 1877. — M. le Dr Max Simon, médecin-adjoint de l'asile de Blois, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bron, et admis dans la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.)

— *Arrêté du 2 juillet*. M. le Dr Hildenbrand, médecin en chef de la section des femmes de l'asile de Marseille, est nommé directeur-médecin de l'asile de la Charité, en remplacement de M. le Dr Lapointe, mis en disponibilité sur sa demande.

— *Arrêté du 5 juillet*. M. le Dr Marandon de Monyel, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Toulouse (3e classe, 2,000 fr.), en remplacement de M. le Dr Pons, nommé médecin en chef de l'asile St-Pons, à Nice.

— *Arrêté du 5 juillet*. M. le Dr Gallopain, ancien interne de l'asile de Ville-Evrard, est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Evreux (3e classe, 2,000 fr.)

— *Arrêté du 18 juillet*. M. le Dr Taguet, médecin-adjoint de l'asile de Ville-Evrard, est nommé médecin en chef de la section des femmes à l'asile de Marseille et admis dans la 5e classe de son grade (500 fr.).

— *Arrêté du 14 juillet*. M. le Dr Florimont, médecin en chef de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est promu à la 3e classe de son grade (5,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er juillet 1877.

— Le Dr Peeters, médecin de section à Gheel, a été appelé à remplacer le Dr Bulckens, décédé, dans les fonctions de médecin inspecteur de cette colonie.

## NÉCROLOGIE.

Il vient de mourir à l'étranger, à peu de distance l'un de l'autre, trois médecins aliénistes dont les noms doivent être cités

pour leur dévouement aux malades et les améliorations qu'ils ont apportées à leur traitement. Personnellement je leur dois de la reconnaissance pour les bons rapports que nous avons eus ensemble et que mon état de santé me permet de leur exprimer en ce moment. Ce sont : le révérend père Salerio, médecin-directeur du manicome de San-Servolo, près Venise ; le professeur Carlo Livi, ancien médecin en chef de l'asile de Sienne, et le docteur Bulckens, médecin-inspecteur de la colonie de Gheel.

— *Le docteur Salerio* était à la tête d'un asile exclusivement consacré aux hommes, appartenant aux classes ouvrières privées de ressources et par suite depuis longtemps malades, chroniques, épuisés, lorsqu'ils sont admis, et offrant peu d'action aux médicaments. Plein de sollicitude pour ces infortunés, et désirant ardemment leur venir en aide, Salerio reconnut que les travaux, appropriés à leurs aptitudes et à leurs forces, étaient les moyens qui produisaient les meilleurs résultats. D'après ses observations, qui datent de bien des années, mais sur lesquelles sa modestie l'avait rendu très-réservé, il a établi que relativement au chiffre total des aliénés admis dans San-Servolo et dépassant 500, un peu plus de la moitié avait bénéficié de ce traitement.

Désirant voir ces faits par nous-même, il s'empressa de nous conduire dans les quartiers de ces malades qu'il appelait aussi la colonisation, appliquée à leur traitement. Ce qui nous frappa d'abord ce fut le calme, la propreté et la régularité des occupations de ces individus ; mais en entendant les paroles du médecin-directeur, en voyant son air de bienveillance, nous comprîmes que la nature du caractère devait avoir une grande influence sur ces heureuses modifications. Le docteur eut, d'ailleurs, soin de nous faire observer qui si les malades avaient beaucoup gagné par sa méthode, si leur situation avait été rendue très-supportable et bien supérieure à ce qu'elle était chez eux, leurs antécédents nuisaient à leur guérison complète. Les malades, soumis à notre observation, étaient des agriculteurs, des jardiniers, des cordonniers, des blanchisseurs, des ouvriers faisant même de grands travaux et dirigés par des infirmiers-maîtres, des travailleurs de professions très-diverses, des hommes placés dans des bureaux, occupés à des écritures, à des dessins ; indépendamment des malades présents, il y en avait d'autres qui, sous la conduite de surveillants, étaient partis pour la campagne, le Lido, Venise, où ils revoyaient avec plaisir d'anciens compagnons.

Après avoir entendu le respectable médecin dans ses communications avec ses malades, nous suivîmes avec un vif intérêt l'application de ses procédés, dont nous avons depuis constaté de nouveau l'efficacité, sous la direction de l'habile médecin de l'asile de Limoges, si rapidement enlevé par la douleur que lui causa son déplacement de l'établissement qu'il avait considérablement amélioré.

L'année même de sa mort, le docteur Salerio avait publié un résumé statistique triennal des années 1874, 75 et 76 con-

cernant son manicome, qui contient des détails très-utiles.

— *Bulckens*, dont nous allons esquisser rapidement la haute position qu'il a prise dans l'aliénation mentale, avait été présenté à l'autorité par Guislain pour la place de médecin-inspecteur de la colonie de Gheel. Le choix de ce célèbre médecin belge est la meilleure réponse que l'on puisse faire aux critiques qui ont prétendu qu'il était opposé à cette institution. Dès son entrée en fonctions, dans l'année 1856, Bulckens reprit avec les éminentes qualités de son esprit la réforme du traitement scientifique des aliénés devant laquelle avait échoué le savant Parigot, son prédécesseur. Sa première amélioration importante fut l'organisation d'une petite infirmerie pour les malades qui avaient besoin de soins chez les nourriciers et le point de départ de la transformation de l'ancien état.

Les résultats obtenus dans cette infirmerie eurent l'approbation du gouvernement et le 19 novembre 1858 un décret fut rendu pour la construction d'une infirmerie qui fit faire à l'asile le premier pas scientifique qui devait régulariser le progrès.

L'amélioration ne pouvait s'arrêter en chemin : Bulckens, qui avait étudié avec le plus grand soin la topographie de la commune embrassant une superficie de 12,000 hectares, présenta dans son rapport de 1859, les bases d'un classement, fondé moins, comme il le dit, sur un ordre nosologique que sur des considérations pratiques. Il partagea les pensionnaires en *internes* comprenant les paisibles, incurables et curables, qui sont dociles, disciplinés et propres, occupant le centre du village, et en pensionnaires *externes*, qui sont subdivisés, d'après leur état morbide, la demeure qui leur assignée, et se répartissant ainsi :

1° Dans les hameaux, rapprochés du centre du village, habitent les aliénés à formes diverses, curables et incurables, dont l'état physique et moral réclame des soins spéciaux, fréquents ou continus;

2° Dans les hameaux plus éloignés se trouvent les imbéciles, les idiots malpropres, les maniaques et les déments agités et paralytiques;

3° Dans la quatrième section de la commune, composée de hameaux où il n'y a pas de cours d'eau, sont placés, pour autant que les convenances le permettent, les aliénés épileptiques. Cette mesure est prise à la fois dans un intérêt de sécurité, et afin de permettre à l'homme de l'art, préposé au service sanitaire de cette section, de faire une étude spéciale de cette infirmité et d'instituer un traitement approprié aux besoins ;

4° Dans les hameaux les plus éloignés, dans les habitations isolées des bruyères, près des bois, habitent les aliénés violents, turbulents, furieux et tous ceux qui exigent des mesures disciplinaires spéciales.

Pour le classement de cette dernière catégorie, la plus difficile à surveiller, on a employé depuis longtemps la bruyère

de Winkelom, très-vaste, située à trois quarts de lieue du centre.

Tous les aliénés dont l'état d'agitation, le caractère indisciplinable ne permettent pas la présence au milieu d'une population agglomérée, reçoivent l'hospitalité chez les nourriciers de la bruyère de Winkelom.

M. Peeters, médecin de la section de Gheel et membre de la société de médecine mentale de Belgique, à laquelle nous avons aussi l'honneur d'appartenir comme membre associé étranger, et qui avait été chargé par elle de faire, suivant l'usage, la notice biographique de Bulckens, auquel il a succédé, s'exprime ainsi sur les suites de ces améliorations : « Depuis l'introduction de cette classification, l'asile a changé de physionomie, au point que pour l'étranger, il semble qu'il n'y a plus d'aliénés à Gheel (*Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique*, Peeters, p. 51, n° 9). A l'intérieur, il règne, d'après une remarque de Bulckens, un calme, une tranquillité, un ordre, qui contrastent singulièrement avec l'état d'abandon et de confusion qui existait antérieurement (voir Rapport sur l'année 1859, p. 165 et 166).

« Je dois faire connaître, ajoute Bulckens, les avantages de ce classement : partout de petites fermes se sont élevées, donnant asile à de nombreux aliénés ; les terres bien exploitées ont récompensé les courageux efforts de nos infatigables nourriciers ; le bien-être physique s'est accru, et nous pouvons dire qu'à cette heure, les bruyères de Winkelom constituent une des subdivisions les plus intéressantes de l'immense asile. » Ce tableau est complétement différent de celui que nous avons constaté, dans notre excursion en 1842, quoiqu'il y eût déjà beaucoup de faits intéressants.

A l'éclat jeté sur la colonie de Gheel par les heureuses et nombreuses réformes de Bulckens, et qui de 765 aliénés en 1856, en ont porté le nombre aujourd'hui à plus de 1,300, il manque la réorganisation du service médical. Les médecins de section sont mal rétribués et ne peuvent vivre avec leur traitement. Lorsque le gouvernement aura compris la nécessité de les attacher exclusivement aux aliénés, l'admirable asile de Gheel, avec ses nourriciers honnêtes, religieux, dévoués, qui datent de plusieurs siècles, ses classifications récentes, fondées sur des considérations pratiques, et ses médecins spéciaux convenablement rétribués, la Belgique contiendra un asile unique, qui réveillera, chez plus d'un malade, les idées de liberté, et le souvenir de Bulckens restera ineffaçable.

— *Le professeur Carlo Livi*. Nous avons été très-récemment averti de sa mort, à Livourne. Depuis des années, il était médecin en chef de l'asile des aliénés de Sienne. Son enseignement, ses publications lui avaient valu les sympathies de ses confrères. Nous avions analysé de lui un travail très-intéressant dans lequel l'idée de la mort était considérée à divers points de vue, et que nous avons inséré dans le journal l'*Union médicale*. Comme dans beaucoup de villes d'Italie, les

médecins des manicomes sont sous l'autorité du conseil d'administration. Des contestations s'étant élevées entre le conseil et le médecin de Sienne, les difficultés furent poussées si loin que le docteur Carlo Livi fut forcé de résigner son emploi. Il n'est pas impossible que cet événement ait eu une fâcheuse influence sur sa destinée. A. BRIERRE DE BOISMONT.

PRIX ALFARO.

M. le Dr ALFARO (de Madrid), membre correspondant de l'Académie de médecine, actuellement en résidence à Paris, désireux de payer sa bienvenue dans notre pays, vient d'offrir à l'Académie une somme de 2000 fr. dans les termes suivants :

« J'offre de remettre à l'Académie la somme de 2000 fr. pour la fondation d'un prix à accorder au meilleur mémoire sur la question suivante :

» Rechercher par quels moyens on pourrait dans les asiles publics et privés destinés aux maladies mentales, faire une plus large part au traitement moral et augmenter ses moyens d'action. »

» Indiquer surtout les inconvénients d'un isolement rigoureux dans les affections mélancoliques. »

» S'appuyer sur des faits assez nombreux et bien constatés par la science. »

Les mémoires devront être remis à l'Académie avant le 31 décembre 1879 au plus tard.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

La Société de médecine de Gand propose les questions suivantes :

1° Discuter, en s'appuyant sur des observations et des expériences nouvelles, la question de la localisation des propriétés physiologiques dans les hémisphères cérébraux ;

2° Les données cliniques et les recherches expérimentales permettent-elles d'établir une relation entre l'existence de certaines affections encéphaliques et le développement de lésions pulmonaires?

3° Etudier l'influence physique sur le moral au point de vue de la responsabilité morale. S'appuyer sur des faits bien constatés ;

4° Etablir cliniquement les avantages que l'on peut tirer de l'emploi de l'électricité (courants constants ou interrompus) dans le traitement de la mélancolie.

Le prix est une médaille d'or d'une valeur à déterminer d'après l'importance du travail.

— La même Société propose pour le PRIX GUISLAIN la question suivante :

Etablir par des faits cliniques les relations existant entre les lésions cadavériques trouvées chez les aliénés et les symptômes psychiques qu'ils ont présentés. Déterminer jusqu'à quel point les données acquises sous ce rapport peuvent être utilisées pour caractériser certaines formes de maladies mentales et servir de base à une classification méthodique.

Le prix est une médaille d'or de 500 francs.

Le lauréat, pour chacune des questions précitées, recevra 50 exemplaires tirés à part de son mémoire et sera nommé membre correspondant de la Société.

Les travaux doivent être adressés, francs de port, dans les formes académiques, au secrétaire de la Société, le Dr Leboucq, rue d'Argent, 9, à Gand :

Pour les premières questions avant le 1er mars 1878;

Pour le prix Guislain avant le 1er mars 1882.

### DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DES MALADIES MENTALES.

Nous lisons dans le *Montpellier médical* de juin 1877 :

« Il y a quelques jours, on donnait comme une innovation très-importante le cours de *clinique des maladies mentales* qui vient d'être créé auprès de la Faculté de Nancy. Ce n'est pas un sentiment de jalousie qui nous fait dire que dans la personne du professeur Cavalier et dans le service de l'hôpital général, la Faculté de médecine de Montpellier possède cet enseignement clinique depuis 1870.

Nous ajouterons que M. le Dr Cavalier, depuis longtemps professeur titulaire de thérapeutique à la Faculté de Montpellier et médecin en chef du quartier d'aliénés annexé à l'hôpital général, est un aliéniste des plus distingués et que, depuis qu'il a accepté de faire gratuitement dans son service une clinique des maladies mentales, il n'a pas cessé un seul instant de faire en même temps son cours de thérapeutique à la Faculté. Aucun médecin de nos asiles ne fait plus d'honneur à la spécialité.

—*Hospice de la Salpétrière.*— M. le Dr Aug. Voisin a repris et continuera ses conférences cliniques sur les maladies mentales à la Salpêtrière, pendant les mois de juin et juillet, le jeudi à 9 h. 1/2.

—*Asile Ste-Anne.* — M. le Dr Magnan continue tous les samedis, à 9 h. 1/2, l'étude pratique du diagnostic de la folie.

### DES CRIMINELS ALIÉNÉS EN ITALIE.

Dans la séance de la Chambre des députés italienne du 13 avril 1877, une discussion s'est engagée sur l'organisation des établissements criminels en Italie. M. Righi se plaint de ce qu'un accusé qui a été acquitté comme étant fou au moment où il a commis le délit ou le crime pour lequel il a été poursuivi, soit mis en liberté.

M. Mancini reconnaît l'importance de la question : il annonce qu'il a ouvert des négociations avec les principales maisons de fous pour y établir des divisions spéciales pour les criminels.

(*Journal officiel* du 17 avril 1877.)

### DES SUICIDES A NEW-YORK EN 1876.

Le tableau relatif aux suicides enregistrés pendant l'année 1876 à New-York, nous a paru très digne de méditation.

Le tableau est complété par la détermination des genres de suicide, relativement à la profession des individus; nous aurons l'occasion de revenir sur ces documents.

| | Anglais. | Américains. | Français. | Allemands. | Irlandais. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Poison..... | 6 | 9 | 2 | 20 | 11 | 48 |
| Strangulation, pendaison. | » | 3 | 1 | 12 | 1 | 17 |
| Asphyxie, submersion..... | » | 3 | » | 4 | 2 | 9 |
| Armes à feu..... | 2 | 7 | 4 | 24 | 1 | 38 |
| Instruments tranchants.... | 4 | » | » | 5 | 2 | 11 |
| Précipitation d'un lieu élevé. | 1 | » | 1 | 4 | 4 | 10 |
| *Totaux*..... | 13 | 22 | 8 | 69 | 21 | 133 |

— *L'Asile St-Pierre*, de Marseille, à obtenu au concours régional de Montpellier, un premier prix avec médaille d'or pour son exposition de produits maraîchers.

— *Saint-Egrève.* — On nous écrit de cette localité à la date du 20 juin :

« Monsieur le rédacteur,

» Il y a quelques jours vous annonciez à vos lecteurs le départ de M. Cortyl, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert, qui vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne)

» A cette occasion vous signaliez avec raison les regrets très-vifs que ce départ fait naître chez tous ceux qui ont vu de près M. Cortyl à l'œuvre, soit à l'asile même, soit au dehors dans la mission aussi gratuite que volontaire qu'il remplissait avec un dévouement rare auprès des pauvres gens du pays et des environs.

» Ces regrets ont trouvé avant-hier leur expression publique dans un banquet d'adieux offert au docteur Cortyl par la Société de tir de Saint-Egrève, dont il était le président et le principal fondateur.

» Cette Société est en pleine voie de prospérité. Elle a pour objet non-seulement l'utile exercice des armes à feu, mais aussi le soulagement des pauvres de la localité, soit sous la forme de secours directs en argent, soit par l'allocation annuelle d'une certaine somme consacrée à l'apprentissage d'un enfant indigent de la commune, ou à l'entretien d'un vieillard infirme dans un établissement de bienfaisance.

» C'est au moyen de ses bénéfices qu'elle subvient à ce genre

de dépenses, et ses bénéfices se sont élevés cette année jusqu'à 4,000 francs, qui sont actuellement disponibles.

» Vous voyez qu'on ne saurait souhaiter pour notre Société une situation plus satisfaisante.

» Aussi ne pouvions-nous laisser partir l'homme dévoué, à l'heureuse initiative duquel elle doit son existence, sans lui témoigner avec quelle tristesse nous le voyons s'éloigner de nous.

» Nous ne sommes pas les seuls, d'ailleurs, à éprouver ce sentiment; dans le banquet dont je parle, une adresse revêtue de plus de trois cents signatures, émanant toutes de chefs de famille, lui a été présentée; elle rappelle, en particulier, le dévouement dont il a fait preuve pendant l'épidémie de variole qui s'était abattue en l'année 1871 sur notre commune, et les soins qu'il a toujours prodigués, sans épargner son temps ni ses fatigues, même au plus fort de l'hiver et à travers les neiges, aux malades de nos montagnes.

» Notre Conseil municipal s'est associé, lui aussi, à l'expression de nos regrets, par une délibération dans laquelle les services rendus au pays par le docteur Cortyl reçoivent un juste tribut d'éloges.

» Enfin, pour qu'il reste de ces témoignagnes divers un souvenir aussi durable que les sentiments qu'ils traduisent, une médaille d'or, grand module, va être frappée et sera remise au docteur Cortyl, à la fois au nom de la commune et de la Société de tir.

» J'ai cru devoir monsieur le rédacteur, porter ces détails à votre connaissance. Il est bon de montrer que les hommes de cœur, dans les tentatives qu'ils font pour être utiles à leurs concitoyens, ne recueillent pas toujours, pour toute récompense, l'indifférence, l'hostilité, l'ingratitude, l'oubli. Cette démonstration a le double avantage d'encourager leurs efforts, tout en faisant honneur aux sentiments de justice et de reconnaissance de ceux qui en ont profité.

» Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, etc. »

(*L'Impartial dauphinois* du 22 juin).

*Pour les articles non signés :* L. LUNIER.

Paris. — Imprimerie de E. DONNAUD, rue Cassette, 9.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

## PATHOLOGIE

# DE L'ÉPILEPSIE

PAR

# MALFORMATION DU CRANE

Par le Professeur Ch. LASÈGUE.

Dans une communication faite à l'Académie de médecine (séance du 15 mai 1877), j'ai exposé très-succinctement le résultat de recherches persévérantes sur un point limité de l'histoire de l'épilepsie. Un résumé des conclusions a été reproduit dans les bulletins de la compagnie, mais sous une forme si concise qu'il me paraît utile de reprendre la question. Je le ferai avec moins de laconisme, mais sans entrer

## I.

On confond sous le nom d'épilepsie deux ordres de manifestations morbides. D'une part, les crises convulsives avec perte complète de conscience pendant l'accès, et, par suite, impossibilité de se souvenir non-seulement des symptômes mais de l'existence même de l'attaque ; d'autre part, la maladie épileptique caractérisée par des crises comitiales revenant à intervalles plus ou moins inégaux, et soumise à une évolution qui lui est propre.

Entre les deux, la différence est la même que celle qui sépare l'*insultus hystericus* de l'hystérie proprement dite ; la douleur articulaire de la diathèse rhumatismale, l'accident de la maladie.

Personne n'ignore que, dans le cours d'un grand nombre d'affections cérébrales, il se produit concurremment avec les symptômes les plus divers, des accès épileptiques auxquels conviendrait peut-être mieux le nom d'accès épileptiformes. La lésion fondamentale guérissant, les crises disparaissent pour ne plus revenir ; elles sont variables d'intensité, variables de durée et s'accompagnent de phénomènes accessoires empruntés à la maladie causale.

Il importe, au point de vue clinique, de séparer absolument ces attaques mixtes des crises vraies. Le diagnostic présente souvent de sérieuses difficultés ; mais là comme dans toute diagnose, on arrive au plus près de la certitude en se référant au type, ou à ce qu'il conviendrait mieux encore d'appeler l'*étalon*.

Si on veut prendre pour exemple l'espèce confuse désignée sous le nom d'hystéro-épilepsie, la règle logique est de viser l'épilepsie franche et de rechercher jusqu'à quel point les cas indécis s'en rapprochent ou s'en écartent. S'il sont absolument conformes au type, la malade est épilepti-

que ; elle le paraîtra d'autant moins qu'il se rencontrera plus d'exceptions.

Je crois devoir laisser de côté ces formes imparfaites que je me contente de mentionner et qui sont trop complexes pour qu'il y ait profit à les envisager superficiellement.

Diverses intoxications à localisations cérébro-spinales, donnent lieu à des attaques plus épileptiformes qu'épileptiques. Sans les passer en revue, une d'entre elles mérite d'être notée : je veux parler de l'empoisonnement alcoolique. Il est constant qu'il survient chez quelques alcooliques, moins nombreux d'ailleurs qu'on n'incline à l'admettre, des accès d'aspect épileptique. C'est un incident relativement peu commun, si rare même, que malgré une très-longue expérience, je n'en ai personnellement observé qu'une dizaine de cas.

Or voici comment les choses se passent. Le malade, sous l'influence ou non d'un alcoolisme chronique, se livre à une débauche de boissons qui excède ses habitudes. Au lieu de boire méthodiquement, régulièrement, à heure et à dose fixes, conformément aux mœurs pathologiques des alcoolisants, il a succombé à un entraînement de hasard et substitué l'empoisonnement aigu à l'intoxication lente. L'état où il se trouve après cet excès, est un mélange d'ivresse et d'alcoolisme. L'excitation générale est extrême; elle s'accuse par des symptômes physiques plus encore que par l'état mental : l'agitation psychique peut exister en dedans et se dissimuler au dehors sous l'apparence d'une sorte d'étonnement inquiet qui en impose aux médecins peu expérimentés. En revanche, le pouls est fréquent, bondissant, la peau chaude, la sueur profuse et incessante, l'œil injecté, la langue sèche. La vue est incertaine ou troublée, sans hallucinations distinctes, incompatibles avec l'obtusion sensorielle et le vague des perceptions cérébrales. l'ouïe est sans acuité, le goût indifférent à ce point que la soif se satisfait avec n'importe quel breuvage. Ce tableau

n'est que celui de l'accès alcoolique suraigu. A un moment, éclate la crise épileptique soudaine, terrible, on pourrait dire excessive. Elle s'accuse par des rigidités tétaniques, par des convulsions cloniques énormes, par une strangulation qui ne provoque pas la cyanose, mais une congestion pourprée de la face, bouffie, ardente, couverte de sueurs, avec les paupières gonflées, les lèvres saillantes, la langue rutilante faisant issue entre les arcades dentaires. C'est certainement un des spectacles les plus terrifiants que puisse créer la maladie, mais ce n'est pas là l'image froide de l'épilepsie vraie.

Après quoi le malade meurt et sa mort est un témoignage que l'accès touche de plus près à l'éclampsie qu'à l'épilepsie.

Ajoutez que les attaques comportent des variantes indéfinies, depuis le simple trismus, l'œsophagisme au moment de la déglutition des liquides, le tremblement convulsif d'un des membres, la rétraction si fréquente et parfois extrême du pénis, la raideur du tronc, etc., jusqu'au mode *maximum* que je viens de rappeler.

Les demi-crises auxquelles on refusera avec raison l'épithète d'épileptiques surviennent fréquemment : on pourrait dire que l'alcoolisme suraigu n'en est presque jamais exempt. Elles ont une grande importance nosologique parce qu'elles permettent d'établir une échelle graduée entre le tremblement obligé de toute intoxication par l'alcool et la convulsion portée à ses dernières limites.

Lorsqu'un malade a traversé, dans les conditions expresses que j'indique, une attaque épileptiforme d'intensité moyenne et compatible avec la préservation de la vie, il ne reste pas épileptique. S'il le redevient c'est qu'il s'expose à une rechute aiguë ; et encore les récidives représentent-elles plutôt l'exception que la loi. Tout malade qui, à la suite d'une attaque provoquée par la boisson, est supposé avoir continué l'épilepsie, était épileptique au préalable, seulement l'enquête a été ou insuffisante ou mal conduite.

Je n'invoque ni ne récuse les résultats des recherches expérimentales entreprises sur les animaux, et veux m'en tenir à l'observation humaine. En analysant les faits constatés par des observateurs éminents, on trouverait plutôt la confirmation que la contradiction de ce qui vient d'être énoncé.

Si on cherche à établir un parallèle entre l'épilepsie alcoolique et l'épilepsie vraie, on constate d'abord qu'il existe seulement des attaques dues à l'ingestion toxique de l'alcool et pas d'épilepsie continue ; que les accès se présentent sous des formes variées et bâtardes ; qu'ils sont aussi inégaux dans leur durée que dans leur intensité ; que les symptômes même les plus accentués ne répondent pas à la rigoureuse correction du type. Or, ce qui est vrai de l'intoxication alcoolique l'est de tous les autres empoisonnements épileptogènes:

Mon opinion est qu'on doit, en réunissant dans un cadre à part les pseudo-épilepsies toxiques, leur ménager une étude spéciale, mais qu'on ne saurait, sans une regrettable confusion, les assimiler à l'épilepsie classique, soit au point de vue des symptômes essentiels, soit à celui des lésions.

A côté ou plutôt au-dessus des épilepsies toxiques, figurent celles qui doivent leur origine à des tumeurs intra-crâniennes, qu'elles soient ou non de nature syphilitique. Les syphiliographes contemporains ont consacré de savantes études à l'épilepsie syphilitique, et je n'ai pas à rappeler les travaux intéressants dont cette forme d'affection nerveuse a fourni la matière.

Il est hors de doute que des crises comitiales peuvent survenir intercurremment, dans le décours des encéphalites syphilitiques; il n'est pas moins certain que les accès convulsifs représentent un des éléments essentiels du diagnostic des tumeurs cérébrales. Qu'on consulte les traités classiques, qu'on se réfère aux monographies, l'affirmation des observateurs est unanime.

Si on porte plus avant l'examen, et qu'au lieu de se contenter de la dénomination on analyse les symptômes, on voit qu'il s'agit de crises épileptiformes analogues à celles que provoquent les intoxications, flottantes, à manifestations indécises, trop réduites ou trop énormes. L'accès n'est qu'une sorte d'aventure et le jugement médical porte sur des phénomènes qui remplissent le vide des attaques : céphalée, céphalalgie, paralysies partielles, spasmes intermittents, insomnie, etc. Il ne s'agit pas d'épileptiques, mais de malades sujets à d'autres troubles encéphaliques subissant des crises incidentes; pas plus que pour l'alcoolisme, l'accès comitial ne résume et ne compose la maladie. Le jour où les crises ont disparu, le sujet n'en reste pas moins à l'état pathologique, s'il garde tout ou partie des accidents étrangers à l'épilepsie.

Or c'est là, pour moi comme pour tous ceux qui ont frayé avec l'épilepsie, la caractéristique solennelle. Du moment où le médecin, au lieu de dire cet homme est épileptique, s'est borné à reconnaître qu'il était atteint d'attaques épileptiques, fussent ces accès aussi corrects qu'on voudra, il n'a pas émis d'opinion formelle. Plus encore, il a témoigné que le doute existait dans son esprit. Si nous n'étions pas en mesure de porter un diagnostic plus précis, on se consolerait, comme pour tant d'autres maladies, de l'insuffisance du savoir, mais la condition est tout autre. Notre premier criterium est le suivant : nul ne doit être déclaré épileptique vrai, si la crise comitiale se tient au second plan et s'il existe des troubles cérébraux avérés qui ne relèvent pas d'elle.

Tel est le cas des tumeurs intra-crâniennes et en particulier des compressions syphilitiques du cerveau. Je ne me dissimule aucune des difficultés pratiques du problème. J'ai, comme tous ceux qui se sont occupés des affections cérébrales, enregistré trop de faits douteux pour

ne pas être indulgent aux indécisions, mais il s'agit ici d'une question de principes.

Des accès épileptiques francs, dégagés des accessoires, exempts de complications durables, se produisent à la suite de traumatismes du crâne avec enfoncement des os, esquilles saillantes, dépressions des tables osseuses plus ou moins circonscrites, etc. Il faut bien peu de saillie osseuse pour motiver les accès comitiaux. Je renvoie sur ce point de doctrine aux récits des chirurgiens, en demandant seulement à exposer les aspects médicaux de l'attaque.

Un ouvrier est frappé par un éclat de pierre ou de bois projeté de loin qui lui brise un des deux pariétaux : il tombe sans connaissance. Un coma entremêlé de convulsions se prolonge plus ou moins longtemps avec des phases et des phénomènes divers, puis tout guérit : intelligence, mouvement; deux mois plus tard, une attaque d'épilepsie, la première, renverse le malade ; elle est sans avertissements, sans excuses pour ainsi dire et caractéristique. Les crises se répètent à intervalles variables, souvent séparées par des mois, toujours identiques à elles-mêmes, parfois suivies de *sopor* comateux, parfois accompagnées d'un vague délire. Le malade est, du fait de sa blessure, devenu épileptique et pendant le reste de sa vie, si l'art n'intervient pas, si la guérison de la lésion ne se fait pas spontanément (chance rare), il reste condamné à cette implacable maladie.

Que le traumatisme résulte d'une chute, d'une contusion, d'un choc, il peut entraîner les mêmes conséquences dès qu'il détermine les mêmes altérations. L'épilepsie en se prolongeant ne change pas de caractère mais peut se compliquer de troubles consécutifs.

Ces blessés répondent au type et sont conformes à l'étalon. Les attaques ne sont pas un accessoire puisqu'en dehors d'elles on ne découvre pas une tare morbide, au moins pendant un espace de temps presque indéfini.

Je n'insiste pas sur ces épilepsies acquises, survenues par une cause évidente, bien qu'il me paraisse important de noter le rôle que joue la compression d'un os accidentellement déplacé. Je passe également sous silence les épilepsies tardives se déclarant à un âge relativement avancé, et dont la pathogénie nous échappe parce que la lésion cérébrale à laquelle elles se rattachent est douteuse et méconnue.

## II.

Il existe une classe d'épileptiques corrects, la plus compréhensive de toutes, celle qui peuple nos trop rares asiles, celle qui jette le désespoir dans les familles et qui n'admet pas même les consolantes prévisions du médecin, c'est à celle-là que je veux m'attacher exclusivement.

Maladie de développement, elle n'éclate qu'à un âge défini, ni au-dessus ni au-dessous. Passé 20 ans, on peut affirmer qu'elle est non pas invraisemblable, mais impossible. Plus redoutable que les autres maladies liées à l'évolution, elle ne se modifie, ni par le progrès de la vie ni par les transformations du tempérament, à la façon de la scrofule ou de la chlorose.

Par sa marche, par ses caractères positifs tels que les ont établis des siècles d'expérience, elle étonne : on pourrait dire qu'elle se compose d'une série de dérogations aux lois pathologiques.

Tout d'abord, à l'inverse des autres affections quelles qu'elles soient, elle fait explosion sous une forme et avec une violence d'*insultus* dont elle ne se départira jamais. La première attaque est l'égale de celles qui la suivent, aussi intense, aussi achevée. Les accès peuvent s'éloigner ou se rapprocher; nous les comptons, nous ne les pesons pas. Dans certaines familles d'épileptiques, on tient registre des attaques et on les inscrit à leurs dates. Il n'est pas un de

nous qui n'ait ou qui n'ait eu à sa disposition de ces registres embrassant de longues périodes de mois et d'années. Nous nous réjouissons de voir s'allonger les répits, nous tenons compte de la périodicité des heures, moins parce qu'elle engage l'avenir que parce que les crises nocturnes sont moins pénibles aux malades. Quel médecin a jamais songé à mesurer l'intensité des attaques, tant nous sommes convaincus d'avance de leur monotone fatalité ?

L'épilepsie, dans son uniformité symptomatique n'est même pas progressive par le rapprochement des attaques. Tantôt subintrantes, constituant ce que, par une expression réussie, on appelle l'état de mal ; tantôt distancées par d'énormes intervalles, elles n'obéissent à aucune règle et se soustraient à la prévision. Personne n'est autorisé à admettre que plus on a vieilli dans l'épilepsie, plus on est sujet à des crises fréquentes ; encore moins oserait-on accorder que les attaques acquièrent graduellement une violence croissante.

Les aggravations justement redoutées n'empruntent rien à l'attaque proprement dite qui ne dévie pas, et relèvent toutes de complications cérébrales. A force de subir des commotions encéphaliques, le malade peut tomber dans un état de maladie secondaire dont on retrouverait l'analogue à la suite de beaucoup d'autres *ictus* cérébraux : c'est le délire qui succède à la convulsion, c'est l'imbécillité ou l'idiotie acquise, c'est la folie continue, c'est la stupeur ou l'agitation plus ou moins durable. Quand ces altérations de second ordre se sont constituées, elles n'influent ni sur la marche, ni sur le mode des attaques. Ces faits sont d'une authenticité si bien acquise qu'elle est devenue banale.

La première attaque est pareillement aussi soudaine que celles qui lui succèdent. Elle éclate au milieu de la santé la plus florissante, sans prodromes, sans avertissements à l'usage des plus habiles. On aime à l'attribuer à une cause occasionnelle dans l'espérance que, la cause disparaissant,

le mal cédera avec elle. L'illusion est de courte durée, même pour la famille. Si exquise que soit la recherche rien ne fournit un indice. L'histoire des *aura* préparatoires est pleine d'exagération, et encore ne comprend-elle guère que les cas mixtes. L'hystéro-épilepsie, les épilepsies accidentelles peuvent se préparer de longue main : le malade arrive par exception à les prévoir assez longtemps d'avance pour se garantir de la chute, mais ces *casus rariores* répondent aux accès épileptiformes.

Chez quelques épileptiques à attaques exclusivement matinales, le sommeil semble être un antécédent nécessaire. Là même, ni la profondeur, ni la légèreté du sommeil, ni sa durée, ni les fatigues de la veille, ni les troubles digestifs qui jouent un si grand rôle dans les perversions du sommeil, ni les rêves ni les cauchemars n'interviennent. Le malade qui, pendant 10 ans, n'a éprouvé de crise que de 4 à 6 heures du matin, est frappé en plein jour, et cet écart ne surprend pas le médecin qui s'y attendait sans avoir eu le droit de le prévoir.

L'attaque initiale n'est ni plus longue ni plus courte que les autres. L'élément de la durée constitue pour tous les observateurs une des données les plus décisives, celle qui éclaire le mieux les diagnostics différentiels; toute crise qui se prolonge au delà du terme pour ainsi dire réglementaire éveille le doute : ou elle se compose d'une succession d'attaques, brèves et répétées, ou elle n'appartient pas au type classique. La première question qui s'impose dans l'examen d'un sujet réputé épileptique est la suivante : combien de temps dure l'accès, de son début instantané à la période soporeuse; s'il est acquis que chaque crise a duré pendant des minutes, le médecin réserve son jugement. L'attaque éclamptique ou épileptiforme subit au contraire de telles variations de durée qu'elles échappent à toute prévision.

La succession des symptômes dont se compose l'accès épileptique à toute époque de la maladie n'est pas moins cons-

tante. Chaque stade peut s'accuser avec une intensité variable, mais les phénomènes essentiels ne font jamais défaut. Si la stase sanguine qui provoque la lividité de la face est moins marquée, si la convulsion tonique prédomine sur les secousses cliniques, si la vessie ou le rectum participent davantage aux spasmes, si la langue se rétracte dans la bouche ou qu'elle soit mordue entre les dents, si la salive est abondante ou perle seulement au bord des lèvres, la chose n'a pas d'importance. Elle en aurait une énorme dans le cas où par le progrès du mal, l'accès croîtrait en violence et les observateurs sans nombre qui ont envisagé l'épilepsie sous tous ses aspects n'auraient pas manqué de le signaler. A ce point de vue comme à tous les autres, je mets le praticien le plus compétent au défi de soupçonner, lorsqu'il est témoin d'une attaque, s'il assiste à la première ou à la centième.

La constitution du malade, son état diathésique, qu'il soit anémique, scrofuleux ou sous l'influence de tout autre tempérament, est si dépourvue de signification qu'il serait oiseux d'en parler ; le sexe même ne compte pas.

L'épilepsie dont je parle est implacable : elle ne guérit jamais. La thérapeutique contemporaine a réussi, et c'est une de ses conquêtes, à retarder ou à suspendre les attaques, sans aller au delà.

Les praticiens exercés sont tellement convaincus de l'individualité de l'épilepsie vraie, qu'ils se réfugient dans l'empirisme et ne font pas d'emprunt aux médications banales. Les médicaments se sont succédé sans que l'insuccès éteignît le zèle, mais les seuls commençants ont songé à utiliser les ressources habituelles des formulaires ; ni l'hydrothérapie, ni les toniques ou les antiphlogistiques ; ni les dérivatifs de tout ordre, ni les moyens hygiéniques les plus autorisés ne servent même à modérer la maladie ; on ne serait pas excessif en ajoutant qu'ils ont peu de prise sur le malade.

L'épileptique se trouve à ce point de vue dans les conditions du syphilitique indifférent à toute médication qui ne va pas droit à son mal. Il n'en est pas ainsi lorsqu'il s'agit de crises épileptiques adventices qui se subordonnent aux médicaments locaux ou généraux propres à atténuer l'affection dont elles ne sont qu'un des symptômes.

Comment espérer d'ailleurs qu'un modificateur transitoire de l'économie produira des effets utiles lorsqu'on voit que la puberté elle-même passe inaperçue!

L'épilepsie, maladie d'évolution, n'est pas héréditaire. Cette proposition semble avoir soulevé quelque surprise et j'ai peine à le comprendre, tant elle a peu de nouveauté. Je n'ai pas à défendre un fait, mais peut-être convient-il de le commenter.

La formule de l'hérédité épileptique, si elle existait, serait celle de toute généalogie : *Epilepticus autem genuit Epilepticum*. Or, les statistiques (et combien elles sont nombreuses!) ont suffisamment prouvé que cet engendrement direct est l'exception. L'épilepsie se transmet si rarement que jamais un dicton populaire n'aurait osé dire : à père épileptique, fils épileptique; à plus forte raison un aphorisme médical. Sous ce rapport, l'épilepsie se rapproche, et on ne saurait y voir une simple coïncidence, de la surdi-mutité par vice de conformation.

Est-ce à conclure que l'épilepsie, affection autochthone, se produit par une génération spontanée et n'emprunte rien aux ascendants. Bien s'en faut. Elle est au contraire une des maladies sur la genèse desquelles la santé des parents a le plus d'influence mais par voie détournée, comme pour la surdi-mutité.

Qu'on fasse enquête sur les familles dont les épileptiques vrais sont issus, on trouve un nombre limité de cas collatéraux. Les ascendants, quand ils ont présenté des troubles maladifs, étaient atteints des affections les plus diverses du système nerveux, de la bizarrerie à l'aliénation confirmée;

ils avaient contracté des mariages consanguins ; ils s'étaient livrés à des débauches de tout genre ; ils appartenaient à une race, pour mieux dire à une *tribu* de dégénérés ou ils avaient eux-mêmes inauguré la déchéance : alcooliques, vicieux, vagabonds, déclassés de n'importe quelle classe de la société.

Les ascendants irresponsables comptent dans leur progéniture des idiots, des infirmes et des difformes, enfants mal venus, sans qu'on trouve la raison de cette imperfection génitale.

Dans certains cas enfin, on ne peut invoquer que l'hypothèse parfois plausible d'un accouchement laborieux, d'une grossesse entravée par des accidents ou d'une altération fœtale.

Il m'est arrivé souvent, comme à tous les médecins, d'être consulté sur la possibilité de marier un épileptique. La réponse était facile en présence de l'incurabilité et en regard des événements si menaçants de l'avenir. On accordait le péril et on s'y résignait. Mais les enfants ? Quel sort leur présageait cette union librement consentie et dont il répugnait de leur infliger les conséquences ? J'avais épuisé honnêtement les arguments contraires ; je me reconnaissais à peine le droit d'opposer comme un souverain empêchement la probabilité de l'hérédité épileptique. Dans ces graves circonstances, il déplaît d'agir seul. Mes confrères consultés, hommes de mûre expérience, n'ont pas eu d'autre avis : avec moi ils admettaient les dangers que peut entraîner pour la descendance toute grave affection du système nerveux. De même que l'homme cérébral donne naissance à l'occasion à un fils épileptique, de même le père ou la mère épileptique peut engendrer, suivant le hasard des transformations héréditaires, un enfant irréprochable, idiot, infirme ou aliéné prédestiné.

Il faudrait défigurer le sens des mots pour appeler ces

modes de transmission ou plutôt d'influence : hérédité épileptique?

Pourquoi l'épilepsie type échappe-t-elle aux lois fondamentales de la pathologie ? Pourquoi n'a-t-elle ni évolution ni involution ? Pourquoi demeure-t-elle invariable dans sa manifestation essentielle : l'attaque? Pourquoi les aggravations, les complications, les aventures ne changent-elles rien au fond? Pourquoi la mort n'est-elle pas sa conséquence obligée?

C'est que la grande épilepsie n'est pas une maladie mais une infirmité; autant elle s'écarte des règles qui commandent aux malades, autant elle obéit à celles qui s'imposent aux infirmes : l'immobilité invariable, l'incurabilité, le fait d'être un centre fixe autour duquel gravitent des accidents multiples et secondaires. Dès qu'on l'envisage sous cet aspect, ce qui était complexe devient simple, ce qui était obscur s'éclaircit.

Infirmité, elle s'acquiert par les deux seuls procédés possibles : ou par un traumatisme à lésions immuables ou par une déformation spontanée. J'ai passé outre au premier ordre de faits pour ne m'arrêter qu'au second.

L'épilepsie non traumatique ne survient pas à tout âge ; son apparition n'a lieu comme je l'ai dit que de 10 à 18 ans en moyenne. L'enfant réputé épileptique de naissance rentre dans une autre catégorie sur laquelle j'aurais à revenir. L'adulte devenu comitial plus tardivement n'appartient même pas à l'espèce.

De 10 à 18 ans il s'accomplit une évolution dans l'assiette du crâne. Les sutures si multiples de la base se consolident en masse ou par portions. C'est au moment où ce travail s'achève, date variable dans la limite de plusieurs années, que la conformation crânienne devient fixe; c'est à la même période de la vie que l'épilepsie apparaît.

Les conformations vicieuses des pariétaux, de l'occipital, de la voûte profitent des compensations bien connues qui en

annulent en tout ou en partie les effets fâcheux. Il n'en est pas ainsi pour les os qui se rattachent à la fois à la base et à la face, groupés autour des segments antérieurs du trou occipital, solidaires les uns des autres et subissant le contre-coup, même à distance, de leurs variations de formes.

La consolidation s'effectue en vertu de la loi physiologique sans trouble aucun de la santé qui puisse fournir un avertissement. Correcte, elle assure la symétrie de l'appareil osseux qui concourt à la conformation de la base du crâne; incorrecte, elle s'accuse par une asymétrie. C'est un fait depuis longtemps mieux qu'entrevu, constaté par des observateurs compétents, que la déformation du trou occipital joue un rôle dans la genèse de l'épilepsie. Son rôle eût été tout autre si au lieu de confondre dans une commune description les épilepsies de divers ordres, on avait pris compte des seules épilepsies dues à une erreur de conformation.

Les zoologistes ont, à juste titre, posé une loi qui trouve son étroite application à la médecine, c'est qu'aucun des caractères qui servent à la classification ne doit être latent et révélé seulement par les autopsies. Si les déformations basiques du crâne ne se découvrent que *post mortem*, elles cessent d'avoir une valeur pratique.

Il n'en est pas ainsi, et les asymétries de la face auxquelles correspondent celles de la base crânienne sont pendant la vie d'une facile constatation. Le tout est de les chercher et d'acquérir par l'expérience la technique de ce mode d'investigation.

L'asymétrie épileptogène s'accuse par une saillie plus ou moins notable d'une des moitiés du frontal; j'ai cru pendant longtemps que le côté droit était le seul atteint, et je persiste à croire qu'il est de beaucoup le plus fréquemment affecté. Cette saillie globuleuse occupe la région sus-orbitaire dans la plupart des cas; quelquefois elle se porte plus en arrière, au niveau de la suture avec le pariétal correspondant, dont elle compromet la symétrie. J'ai ac-

tuellement dans mon service un homme épileptique qui présente au plus haut degré cette disposition.

La saillie prédominante se constate à la fois par le toucher et par la vue : par le toucher, en appliquant simultanément les deux mains sur le front du malade et en exerçant un palper répété et attentif ; par la vue, en faisant renverser la tête en arrière, de manière à ce que la partie moyenne du frontal se dessine comme ligne d'horizon.

Si la déformation se borne là, je la tiens pour douteuse. Il faut qu'elle retentisse sur le système osseux de la face et s'y accuse par des déviations certaines. On constate à l'examen, tantôt une asymétrie des orbites, tantôt celle d'un des os malaires qui fait une saillie évidente tandis que l'os parallèle subit une dépression, souvent toutes les deux. L'inspection de la voûte palatine me paraît fournir un complément d'information indispensable. L'arrête qui trace la ligne médiane est plus ou moins oblique et les deux côtés de la voûte du palais n'affectent pas la même courbure.

Je crois pouvoir admettre que, dans certains cas, le plan imaginaire qui passerait par le centre des apophyses mastoïdes est également oblique, mais je n'oserais l'affirmer. La mensuration par le palper est trop délicate et nous n'avons pas de mesure plus exacte à lui substituer.

Ces asymétries presque toujours manifestes même à première vue, quelquefois exigeant une recherche méthodique, semblent répondre à deux types. Ou la face a subi un mouvement de rotation en sens inverse du frontal, ou elle est entraînée dans la même direction. Dans le premier cas, à la saillie frontale droite répond une saillie malaire gauche ; dans l'autre, les saillies se dessinent du même côté. La première forme est la plus commune.

Il arrive que les parties molles du visage participent visiblement à la déformation des plans osseux ; les muscles sont alors, comme chez les gibbeux, soumis à des tractions inégales et la face ne se contracte plus également des deux

côtés; tantôt un des deux sourcils s'abaisse, tantôt les lèvres se dévient et s'entr'ouvrent obliquement, tantôt les plicatures de la peau sont plus marquées dans une des moitiés du visage. Ces déformations accessoires ont peu d'intérêt et souvent même appellent une autre interprétation.

Les médecins qui ont pénétré profondément dans l'étude des prédispositions nerveuses savent quelle importance prennent les anomalies des tissus mous de la face, lors même qu'elles ne s'expliquent pas par une conformation vicieuse des os; dues à un défaut de concordance des nerfs symétriques, elles témoignent d'un désordre qui peut préparer de plus graves lésions, mais elles n'ont que de lointains rapports avec l'épilepsie.

On comprend que je ne puis ni ne veux poursuivre dans le détail l'étude de variations qu'il me serait impossible de décrire. La mensuration précise nous échappe faute de procédés et de moyens graphiques propres à donner un simple schème des degrés de l'asymétrie.

Ce que j'affirme, c'est que l'asymétrie fronto-faciale est la règle toutes les fois que la première attaque épileptique est venue surprendre le malade dans les limites d'âge que j'ai assignées. Mon observation ne porte pas sur quelques faits qu'il serait permis de considérer comme de hasardeuses exceptions; elle s'appuie sur des centaines, j'oserais dire sur des milliers de malades; elle a reçu le contrôle d'enquêtes sérieuses relatives à la période de la vie où l'épilepsie s'est déclarée.

Mon but en publiant ces recherches a été, à l'exclusion de l'investigation anatomo-pathologique réservée à des médecins placés dans des conditions plus favorables que moi, d'exposer les côtés cliniques de la question. Sur ce terrain, bien peu de praticiens pourraient invoquer une expérience plus profuse.

La seule conclusion à laquelle j'entende aboutir est celle-ci : Toutes les fois qu'un médecin sera appelé à

examiner un épileptique, que son premier soin soit de constater si, oui ou non, il existe une asymétrie de la région supérieure de la face; s'il constate son existence, l'épilepsie est le résultat d'une malformation et son début répond à l'âge de la vie où se fait la consolidation osseuse.

La maladie due à un vice de développement et ne procédant pas d'une lésion accidentelle, répond au type dont j'ai énuméré les caractères, et par ses symptômes, et par sa marche, et par les conséquences qu'elle entraîne.

# DES HÉMORRHAGIES

DANS

# L'HYSTÉRO-CATALEPSIE

**Par le Dr Maurice BINET**

Médecin consultant à Saint-Honoré les Bains.

La catalepsie est une maladie qui a, au plus haut degré, le privilége d'étonner. Regardée autrefois comme une manifestation extranaturelle, elle présente encore souvent des phénomènes devant lesquels la science est forcée d'avouer son impuissance momentanée.

Ce n'est pas à dire que ces symptômes sortent des lois de la nature et qu'il ait fallu pour les produire l'intervention de la divinité, mais la science n'est point parfaite et offre de nombreuses lacunes.

Toutefois, s'il est une chose éminemment propre à jeter la lumière sur ces affections obscures et à en éloigner le mystérieux, c'est la relation de faits semblables, plus simples, plus faciles à comprendre, qui servent de degrés et sont un acheminement vers l'explication des plus compliqués.

Les hémorrhagies dans la catalepsie, l'extase, etc., sont extrêmement rares et peu d'auteurs en font mention. Aussi leur apparition, quand elle rappelle des actes de tradition religieuse, est-elle regardée par le vulgaire comme un miracle indéniable.

Le cas de Louise Lateau, la mystique de Bois-d'Haine (Belgique), est un des plus surprenants.

Le clergé a vu là un miracle. Les savants se sont partagés en plusieurs camps. Tandis que les uns semblaient être de l'avis des prêtres, les autres repoussaient cette manière de voir. Ceux-ci, avec M. Wirchow, déclarèrent qu'il y avait supercherie ; ceux-là, avec M. Warlomont, tout en admettant la bonne foi de la malade, cherchèrent à donner une interprétation basée sur la physiologie et la saine raison de ces phénomènes extraordinaires.

L'hypothèse de M. Warlomont est séduisante et se rapproche à coup sûr de la vérité.

L'observation suivante lui fournira, j'espère, un certain appui. Elle contribuera aussi à l'étude des hémorrhagies dans l'hystéro-catalepsie.

Je tiens dès maintenant à rapprocher le cas de la malade dont je vais rapporter l'histoire de celui, plus compliqué, de Louise Lateau. Chez cette dernière il y a eu hémorrhagie par la peau ; chez Philomène L., par les muqueuses. Voilà le point de contact qu'il importe de ne pas perdre de vue.

Le 21 août 1876, entra à l'asile d'aliénés de La Charité-sur-Loire, une femme âgée de 36 ans, née le 26 juillet 1841 à Varzy (Nièvre).

La fille L. Philomène, célibataire, arrivait avec un dossier peu favorable. On la citait comme ayant des habitudes d'ivrognerie, des mœurs dissolues et une vie vagabonde.

Nous n'avons pu nous procurer que bien peu de renseignements sur ses antécédents.

M. le docteur Subert, qui l'a traitée dans son service à l'hôpital de Nevers, où elle a été conduite à plusieurs reprises, probablement à la suite d'attaques de catalepsie, n'ayant pas recueilli l'observation, n'a pu m'affirmer qu'une chose, c'est qu'elle n'avait pas eu, à sa connaissance, d'hémorrhagies du genre de celle que je signalerai plus loin.

Dans le certificat de médecin pour le placement, on décrit des attaques d'une durée de 24 heures et davantage, pendant lesquelles elle crie, tombe, écume et se débat dans des convulsions effroyables.

Jamais elle n'a présenté, à l'asile de La Charité, de semblables accès convulsifs, ni d'hystérie, ni d'épilepsie.

D'après une autre source d'informations, elle aurait été atteinte, pendant son dernier séjour à l'hôpital de Nevers, d'un sommeil non interrompu d'environ 15 jours. On lui aurait appliqué des sinapismes, des sangsues ; on l'aurait piquée sans pouvoir la réveiller.

Voici quelques renseignements que je tiens de la malade elle-même après son réveil. Sans avoir une confiance absolue dans leur précision, en présence de la disette où nous nous trouvons, je les donne en ajoutant que ce serait plutôt la mémoire que la bonne volonté qui aurait fait défaut à la fille L... et qu'elle n'aura pas cherché à tromper.

Elle avoue avoir mené une vie dissolue et vagabonde. Elle errait par toute la France, à Bordeaux, à Paris, à Nevers, etc., se plaçant comme domestique, ou dans des ateliers où on la chargeait de travaux faciles et ne restant que fort peu de temps en place, un, deux, trois ou quatre mois.

Mais cette vie errante n'aurait commencé qu'à l'âge de 25 ans environ. Jusqu'alors elle avait vécu dans sa famille, à la campagne.

A cette époque, à la suite d'une vive contrariété, elle eut un accès que j'ai cru reconnaître, par la description (car elle s'en souvient bien), être d'hystérie, pendant lequel elle ne perdit pas connaissance.

Depuis, ces attaques se sont fréquemment renouvelées, à la suite de colères, etc.

Son caractère, elle le confesse, est très-irritable. Elle pleure et rit facilement.

Elle nous dit aussi qu'avant son dernier séjour à l'hôpital de Nevers, elle tombait de temps en temps dans un état de

sommeil pendant lequel elle n'avait conscience de rien.

A son entrée à l'asile, M. le Dr P. Binet, directeur-médecin, reconnaît que c'est une hystérique, d'un tempérament nervoso-sanguin, faible d'esprit, abrutie par les excès de toute sorte et en particulier par l'abus des liqueurs fortes ; qu'elle n'a pas de délire déterminé.

Bientôt il constate qu'elle est extrêmement irritable, d'un caractère hargneux, qu'elle cherche querelle à ses compagnes et frappe sans motif.

Pendant la fin de l'année 1876, on n'observe rien de nouveau dans l'état de la fille L... Pas d'accès d'épilepsie.

1er *accès*. — Le 13 janvier 1877, vers 4 heures du soir, à la suite d'une contrariété (on avait été obligé de lui mettre la camisole de force), la malade tombe dans un sommeil profond que tous les genres d'excitation ne peuvent troubler. Les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, les muscles postérieurs du cou sont très-contractés. Le reste du système musculaire est dans la résolution la plus complète.

La face est vultueuse, la constipation opiniâtre. Il y a émission de l'urine.

(Nous retrouverons d'ailleurs ces symptômes dans les autres accès).

Le 15 janvier (3e jour), on constate avec les mêmes phénomènes une épistaxis très-abondante. C'est le début des hémorrhagies.

Le 16 janvier (4e jour). Vu l'état de dépression considérable où se trouve la malade, on se résout à l'alimenter au moyen de la sonde œsophagienne introduite par le nez. Mais à peine la sonde arrive-t-elle aux cornets supérieurs que malgré toutes les précautions prises, une hémorrhagie très-forte se déclare par la bouche et le nez. Elle ne cesse qu'après 3/4 d'heure d'efforts infructueux.

La malade ne se réveille pas.

17 janvier (5e jour). Mêmes symptômes, il y a encore perte de sang par le nez.

18 janvier (6e jour). On essaie de lui ouvrir la bouche. On arrive avec difficulté à vaincre le trismus. Une cuillerée de bouillon froid introduite par l'orifice buccal détermine une violente suffocation et est rejetée. Il y a contraction des muscles du pharynx et de l'œsophage empêchant les liquides de pénétrer dans l'estomac. L'hémorrhagie par la bouche se renouvelle moins abondante toutefois que la première fois et s'arrête spontanément.

Le 19 (7e jour). Même hémorrhagie ainsi que le 20.

Le 21 (9e jour). On soumet la malade à un fort courant électrique. Aussitôt elle se débat et bientôt se réveille. On peut lui faire prendre un peu de bouillon. Au bout de quelque temps, elle retombe dans un sommeil comparable à celui dont elle sortait.

Le 22, au matin, on songe à appliquer de nouveau l'électricité; mais le bruit de l'appareil est perçu par la fille L... qui sort un peu de sa somnolence. Un courant très-court détermine le réveil complet et définitif.

En se réveillant, elle ne se plaint que de lourdeur de tête et de fatigue.

On lui fait prendre du bouillon, des œufs, etc., et au bout de quelques jours, sa santé étant rétablie, elle revient au régime commun. Le sommeil naturel reprend son cours normal.

Ce réveil causé par le seul bruit de la machine électrique, quand les autres moyens d'excitation avaient échoué, pourrait faire regarder le sommeil comme simulé. Mais on doit l'expliquer autrement : le sommeil n'était pas complet, toutes les facultés intellectuelles n'étaient pas éteintes. Quand le bruit indicateur d'une souffrance dont le souvenir était peu éloigné a été perçu, le jugement s'est réveillé, a déterminé la résurrection des autres facultés, en un mot, le réveil complet.

Le sommeil, dans cet accès, ne paraît pas, d'ailleurs, avoir été très-profond. Ainsi, sans ouvrir les yeux, elle de-

mandait à boire; si on lui en donnait de suite elle buvait, sinon elle se rendormait et on ne pouvait lui faire avaler aucune boisson.

En outre, elle rêvait tout haut, principalement le soir, vers cinq à six heures. Elle nommait les personnes qu'elle voyait, décrivait les lieux qu'elle parcourait, les accidents qui lui arrivaient dans ses rêves. Souvent elle se butait à des obstacles qu'elle s'efforçait de surmonter : tantôt c'était sa robe qu'elle ne pouvait mettre, tantôt un fossé dont il lui était impossible de sortir, après y être tombée, etc. Comme on le voit, ce sont des préoccupations d'un ordre peu élevé.

Elle répondait à certaines questions sans cesser de dormir, les yeux fermés.

La plaçait-on dans une position demi-assise, elle cherchait à se remettre dans l'horizontale. On constatait des mouvements brusques et fréquents des membres inférieurs ainsi qu'un battement continuel des paupières.

Elle changeait de position dans son lit.

Mais toujours les membres retombaient dans la résolution et ne résistaient pas quand on leur imprimait un mouvement quelconque.

Pendant toute la durée de cet accès, le pouls s'est montré plus fréquent le matin que le soir, variant de 90 à 110. La chaleur de la peau constatée à la main paraissait aussi plus élevée le matin. Les extrémités inférieures étaient froides malgré une bouillotte.

Les hémorrhagies, il faut bien le remarquer, ne peuvent être mises sur le compte de l'emploi de la sonde œsophagienne, puisqu'elles existaient avant et qu'elles cessèrent après, pour se reproduire sans aucune cause déterminante artificielle.

D'un autre côté, ce n'était pas le moment des règles.

Jusqu'au mois de février, L... (Philomène) n'offre au-

cune particularité nouvelle. Son état physique et moral est le même que précédemment.

2e *accès*. — Vers la fin de février, on la trouve un matin endormie dans son lit. On essaie, mais en vain, de la réveiller. Tous les moyens d'excitation échouent. On se décide alors à la transporter dans un autre appartement où la surveillance du jour est plus facile. Le sommeil n'est pas interrompu.

Le soir, elle dort encore, la figure très-congestionnée. On lui met les pieds dans un bain sinapisé qui cause le réveil. L'accès est terminé. Pas d'hémorrhagies; ce qui n'a pas lieu d'étonner, vu qu'elles ne surviennent pas le premier jour.

Cet accès n'a pas non plus coïncidé avec les menstrues.

Rien de nouveau pendant les mois de mars et avril. La malade travaille un peu, mais mal, ne restant point à ses occupations. Elle est tranquille, en général. Pas d'hallucination. Pas d'attaques d'épilepsie.

3e *accès*. — Enfin, le 14 mai, au matin, débute un nouvel accès auquel j'ai assisté et dont j'ai recueilli les détails avec soin.

Malgré que nombre de symptômes du 1er accès se retrouve dans celui-ci, cependant je les redirai tous pour donner la physionomie exacte de cette étrange série de phénomènes.

C'est un accès de colère suivi d'une vive contrariété qui a déterminé l'explosion du sommeil.

Vers neuf heures du matin, je trouve la malade plongée dans un profond sommeil.

Les muscles du cou sont rigides et durs, ainsi que les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure dont la contraction tient les mâchoires violemment serrées. Ceux du tronc et des membres sont dans la résolution la plus complète, subissant sans résister tous les changements de position.

Les paupières sont fermées et battent continuellement. Les pupilles se dilatent et se contractent d'une façon normale. Les conjonctives sont sensibles et non congestionnées.

La sensibilité générale du reste du corps est éteinte. On peut piquer toute la surface de la peau sans déterminer aucun mouvement réflexe.

La face est vultueuse. L'examen des organes ne décèle rien de pathologique. Le cœur bat régulièrement, mais rapidement. La respiration est fréquente ainsi que le pouls.

A deux heures du soir, le pouls = 108. La température axillaire = 37°,6 centigr. Pas d'hémorrhagie. Elle urine sous elle. Le flux menstruel a cessé depuis quatre jours.

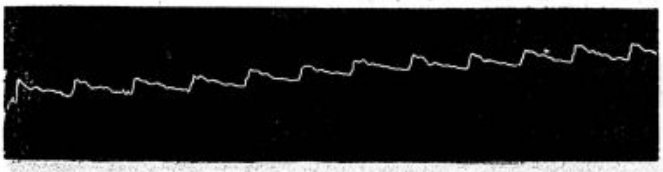
Voici le tracé sphygmographique pris à deux heures du soir.

Le 15 (2e jour), matin : pouls = 124 ; température axillaire = 38°,3. Soir : pouls = 76 ; température = 36°,4. Epistaxis abondante. Le sang est rutilant. Même état.

Le 16 (3e jour), matin : pouls = 136 ; température = 38°,3. Soir : pouls = 82 ; température = 37°,3. Hémorrhagie par la bouche et le nez. Le sang, très-rouge, qui s'écoule par la bouche est spumeux. Il retombe sans cesse dans les voies respiratoires et provoque des accès de suffocation et de toux, qu'on évite en couchant la malade sur le côté, pour faciliter l'écoulement du sang au dehors. Elle résiste à ce changement de position et tente de reprendre le décubitus dorsal. On la maintient au moyen d'oreillers.

Le 17 (4e jour), matin : pouls = 142 ; température = 38°,6. Soir : pouls = 96 ; température, 37°,6. L'hémorrhagie par la bouche a cessé. L'épistaxis continue.

Le 18 (5e jour), à deux heures du soir : pouls = 112 ; température = 38°.



La malade a demandé à boire, sans se réveiller. On lui en a offert, mais on n'a pu rien lui faire prendre.

Les hémorrhagies par le nez et la bouche sont peu abondantes, mais sont complétées par un écoulement sanguin par le vagin. Ce sang ne peut être mis sur le compte des règles, qui sont passées depuis huit jours, et chez une femme bien réglée, qui n'éprouve pas de ces interruptions avec reprise après quelques jours.

C'est là un fait d'une importance capitale et sur lequel je reviendrai, que celui d'hémorrhagies concomittantes des muqueuses vaginale, nasale, pharyngienne et probablement pulmonaire.

Il faudra constater si les autres muqueuses laissent exsuder le sang ainsi.

Le 19 (6e jour), à six heures du soir : pouls = 100, petit, filiforme ; température = 36°,7.

Les extrémités inférieures qui s'étaient maintenues chaudes, sont froides.

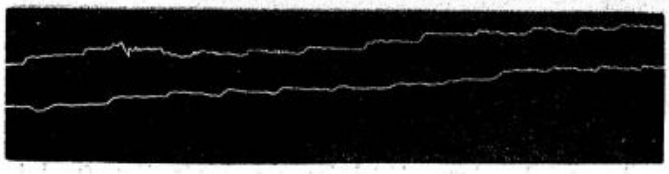
Résolution musculaire générale. Le trismus seul persiste. Il n'y a plus d'hémorrhagie que par le vagin.

Vers huit heures du soir, L... se réveille et recouvre immédiatement la connaissance. Elle compte elle-même

l'heure et demande à boire. Le trismus a cessé. On lui offre à manger, elle refuse.

Dans la nuit du 19 au 20, après quelques heures de veille, elle s'endort d'un sommeil normal.

Le 20, matin : pouls = 120, filiforme, à peine perceptible ; température = 36°,4.



La malade, réveillée, accuse un état nauséeux. On ne peut lui faire prendre que quelques cuillerées de bouillon et en l'exigeant.

Elle crache du sang noir, ayant évidemment séjourné dans l'estomac. D'où provient ce sang? A cette question on peut répondre qu'il n'est pas improbable que la muqueuse stomacale ait été, elle aussi, le siége d'une exsudation sanguine. De plus, le sang arrivant dans la bouche était de suite rejeté au dehors et il existait une contraction des muscles du pharynx et de l'œsophage empêchant l'introduction même des liquides dans l'intérieur de l'estomac.

L'haleine est de plus en plus fétide, ce qui tient à l'état de vacuité de l'estomac et au sang qui s'y trouve, altéré.

L'écoulement sanguin par le vagin est très-faible.

La malade répond, d'une manière assez nette, aux questions qu'on lui pose, quoiqu'on voie que c'est pour elle une fatigue et un ennui.

On apprend alors qu'elle était constipée, depuis plusieurs jours, avant le début du sommeil, pendant lequel elle n'a pas eu de selles. Elle est d'ailleurs habituellement sujette à la constipation.

La peau donne au toucher une sensation froide.

L... (Philomène) a l'aspect d'une personne qui tombe de sommeil. Les paupières se ferment malgré elle. La lumière semble la gêner.

Je recommande de lui présenter fréquemment du bouillon contenant des jaunes d'œufs, et de placer près d'elle une personne pour lui parler et l'empêcher de s'endormir.

Vers une heure du soir, elle se rendort. Le pouls = 96.

A cinq heures, le nouveau sommeil présente les mêmes symptômes que le précédent. La contraction des muscles postérieurs du cou et le trismus ainsi que les battements des paupières reparaissent.

Elle tousse de temps en temps comme pour expulser un corps étranger, des caillots de sang.

Les pieds et les mains sont froids.

Le pouls = 80, un peu plus fort que le matin pendant le réveil.

La respiration calme, mais inégale parfois = 24.

La température = 36°, 3 (au-dessous de la moyenne).

La sensibilité est nulle, sauf celle des yeux. Il suffit de toucher l'extrémité des cils pour déterminer des mouvements précipités des paupières. Le nerf optique n'est pas paralysé, car, en interceptant la lumière par la main rapidement passée devant les yeux, on amène par action réflexe le resserrement des paupières.

C'est en vain qu'on chercherait par ailleurs un signe de sensibilité.

Le 21, au matin, le pouls, petit, à peine perceptible, filiforme = 108.

La température = 37°, 1 ; la respiration = 32.

Le sommeil semble moins profond et tourmenté par des rêves.

L... parle à voix basse, prononçant des mots entrecoupés, des bouts de phrase se rapportant à l'objet de ses songes. Enfin (chose remarquable), d'après le témoignage des per-

sonnes ayant assisté au premier accès survenu à l'asile, le sujet de ces rêves est le même que dans le précédent sommeil.

C'est toujours des mêmes personnes qu'elle parle. Elle montre avec des gestes son oncle qui passe ; elle est à Nevers ; elle décrit des gens qu'elle voit, etc. On peut lui poser des questions ; elle y répond si elles ont trait à l'objet de ses rêves, mais elle les laisse sans réponse si elles s'adressent à d'autres sujets.

Craignant l'état de faiblesse de la malade, j'essaie de lui introduire une sonde œsophagienne de petit calibre, très-flexible, la période hémorrhagique étant passée.

La sonde placée dans le nez glisse facilement jusque dans le pharynx ; mais arrivée là, il est impossible de la faire pénétrer dans l'œsophage, d'abord, en raison de l'état de rigidité du cou qui s'oppose à toute flexion de l'instrument, puis à cause de la contraction des muscles pharyngiens, etc. En outre, on ne peut songer à la diriger par la bouche toujours fortement serrée.

Deux heures environ après, vers 11 h., la fille L... se réveille. Pouls = 104, faible ; respiration = 24, calme et régulière. Pesanteur de la tête, sentiment de faiblesse, état nauséeux. Relâchement des muscles du cou, mais persistance de trismus ; aussi l'émission de la parole est-elle difficile et peu nette.

L'hémorrhagie vaginale n'a pas cessé, quoique faible.

On essaie de faire prendre à la malade du café et un peu de bouillon avec des œufs, mais elle ne peut avaler, nonobstant sa bonne volonté. Le liquide qui, malgré le trismus, pénètre bien dans la bouche par l'espace laissé par des dents absentes est rejeté après avoir provoqué une quinte de toux. L'entrée de l'œsophage n'est pas libre.

J'applique un courant descendant sur les masseters et à la partie antérieure du cou. Le trismus cesse ainsi que la contraction œsophagienne. Elle avale facilement.

Régime : bouillon, œufs, café, vin de Bordeaux.

A 4 h. pouls = 112 ; température = 36°,6 ; respiration = 22.

Elle cause et dit se souvenir des rêves qu'elle a faits. Avec l'alimentation, l'état nauséeux a disparu. Elle crache du sang altéré et infect.

Le 22, matin. Pas d'émission d'urine depuis hier matin, — moment de son réveil, pas de selles, pas de coliques malgré une si longue constipation. Encore un peu d'écoulement par le vagin.

Les aliments ont été bien digérés. Le sommeil de la nuit a été normal, mais très-profond. — Ici se place une remarque : après le sommeil cataleptique, le sommeil physiologique est indispensable à la fille L... Il a duré depuis 6 h. du soir jusqu'après le lever des femmes de son dortoir, dont le tapage ne l'a pas réveillée. On dort ainsi après une longue insomnie, une grande fatigue.

Les pieds ne sont pas froids. J'avais eu l'occasion d'examiner le pharynx et le larynx de la malade, peu avant l'accès, ils étaient normaux. Aujourd'hui la muqueuse pharyngienne est très-décolorée.

Température = 37°, 1 ; pouls = 80 ; respiration = 20.

Les fonctions circulatoire et respiratoire sont donc à peu près revenues à l'état normal.

La sensibilité générale est encore émoussée. La perception s'effectue mal et d'une manière peu intense. L... ne reconnaît pas les causes de la douleur ; elle se trompe sur son siége et ne la ressent qu'au bout de plusieurs secondes. Avant même que la sensation douloureuse soit perçue et jugée, des mouvements réflexes se produisent.

On pique un pied, sans qu'elle le voie, pendant que je fais le simulacre de la piquer à l'épaule, elle reste un moment sans sentir, puis croit que c'est sur l'épaule qu'on a agi.

Je l'interroge sur les phénomènes qui marquent le début

des accès de catalepsie. J'apprends qu'au commencement de ce dernier (elle ne se souvient pas des autres), elle a éprouvé une sensation extrêmement pénible ressemblant à un fourmillement, un ronflement qui prenant son point de départ aux pieds, a monté ensuite progressivement jusqu'à la tête, avec un bruit qui se renforçait et est devenu comparable à un roulement de tambour. Pendant ce temps les membres se sont raidis et elle a perdu la notion du monde extérieur. C'est une aura.

Quand la fille L... Philomène revient à la veille, après un sommeil cataleptique, elle ne se rend pas compte du temps écoulé depuis qu'elle dort. Elle éprouve les mêmes sensations qu'au sortir d'un sommeil normal, sauf une grande faiblesse, de la courbature et de la lourdeur de tête. Entre ces accès, elle n'est pas sujette à la céphalalgie.

Le 23, même régime, l'accès est bien réellement terminé. La constipation persiste. La malade refuse de se lever comme après les autres accès. Elle paraît cependant revenue à la santé. Elle prend bien le bouillon et les autres aliments, mais sans appétit. Quelques petits crachements de sang dont elle se montre très-effrayée.

Huile de ricin, 50 gr. et lavement de chlorure de sodium, sans résultat.

Le 24, huile de ricin. Pas de selles.

Le 25, pouls = 76 ; température = 36,05,

Huile de ricin inutilement.

Le 26, pouls = 76 ; température = 36°,7.

Le 27, sulfate de magnésie, 60 gr., pas de résultat.

Le 28, probablement sous l'influence du purgatif donné la veille et de bouillon d'herbes pris à profusion : selles abondantes d'abord jaunes, puis noires et très-fétides, renfermant évidemment du sang extravasé et corrompu.

Il y aurait donc eu hémorrhagie à la surface de la muqueuse intestinale. Ainsi l'exsudation sanguine se serait produite par la plupart des muqueuses de l'économie.

L'appétit revient aussitôt après que, cette constipation opiniâtre vaincue, les causes d'infection de l'organisme ont été expulsées.

Le 30, la fille L... est mise au régime ordinaire.

Nous n'avons pas eu affaire ici à une attaque de catalepsie franche. Les membres ne restaient pas dans la position où on les plaçait, ils n'étaient pas raides, etc. Mais peut-on rattacher l'affection de Philomène L... à une autre maladie?

Le système musculaire soit de la vie de relation, soit de la vie végétative, était en grande partie dans la résolution.

Les muscles respiratoires fonctionnaient mollement et comme à regret. Le cœur était peu énergique ; aussi le pouls s'est-il toujours maintenu petit et les extrémités sont-elles restées froides !

Les muscles vaso-moteurs étant parésiés, on se rend compte des hémorrhagies. La constipation opiniâtre s'explique par la parésie du tube digestif.

A mesure que l'accès s'est prolongé les extrémités sont devenues plus froides, le pouls plus petit, la circulation moins active : résultat de la diète : des hémorrhagies et de l'accumulation des déchets organiques.

Le sommeil a duré 7 jours en comptant les 22 heures d'intermittence, je pourrais presque dire de rémittence pendant lesquelles notre dormeuse est restée partie éveillée, partie endormie d'un sommeil normal ou paraissant tel.

Avant ce réveil, le sommeil a été plus profond qu'après. Dans cette dernière période il était tout à fait analogue à celui du mois de janvier.

Le 17, lendemain du début des hémorrhagies buccales et nasales, jour de l'apparition du sang par le vagin, la température s'est élevée à 38°,6 le matin. C'est la plus grande chaleur que j'aie constatée, n'ayant pu avoir la notion thermométrique les 18 et 19 au matin.

C'est aussi ce jour-là que le pouls a atteint son maximum de fréquence : 142.

Dès le deuxième jour du sommeil, la température dépassa 38° et, chaque soir, elle tombait d'une manière notable, souvent au-dessous de la normale. Les températures prises dans le cours de la journée prouvent que l'abaissement vespéral se faisait progressivement.

Le 20 au matin (L... étant réveillée), la température n'est que de 36°, 4, plus basse que la veille au soir, ce qui est à noter. Puis dans la journée le sommeil cataleptique survenant de rechef, la température reprend sa marche comme précédemment. L'exacerbation du matin reparaît. Aussitôt, après le deuxième réveil, la température s'abaisse encore.

Le pouls a toujours suivi avec fidélité les oscillations de la température, les dépassant quelquefois ou restant en deçà, mais en somme marchant dans le même sens. Cependant, le 21, jour de la terminaison de l'accès, le pouls égale 108 le matin (pendant le sommeil), et 112 le soir (après le réveil), tandis que la température était plus élevée le matin. Les jours suivants le pouls s'abaisse entre 75 et 80, parallèlement à la température.

Le pouls a été, en général, petit, mais sous l'influence des pertes de sang et de la diète, il est devenu à peine perceptible.

Les mouvements respiratoires ont été plus fréquents que dans l'état normal, se répétant de 22 à 32 fois par minute, avec maximum le matin. Après le réveil, le 22 au matin, ils montent même à 37.

4e *accès*. — Enfin, quelques jours plus tard, Philomène L... a encore eu un accès de sommeil cataleptique analogue aux précédents, mais de courte durée.

Le 13 juin, vers 9 heures du soir, sans provocation, la fille L... s'est tout à coup mise en colère contre une autre malade, à laquelle elle a donné un violent coup de sabot. Aussitôt après, elle s'est endormie.

Le 14 juin au matin : pouls = 80 ; température = 37°,7 ; respiration = 24, facile.

Sommeil profond et calme, battement des paupières, pupilles dilatées, contractiles.

Soir : pouls = 68 ; température = 37°, 5 ; respiration = 24.

Muscles du cou contractés depuis quelques heures.

Le 15, matin : pouls = 120 ; température = 38°,1 ; respiration = 32, un peu embarrassée par suite de congestion pulmonaire.

Soir : pouls = 72 ; température = 37°, 9 ; respiration = 24, très-gênée.

Hémorrhagie assez forte par la bouche, vers 3 heures. Clignotement des paupières ; œil gauche demi-ouvert ; trismus et raideur des muscles du cou.

Le 16, matin : pouls = 120 ; température = 37°, 8 ; respiration = 28.

Réveil à 3 heures du soir.

Après le réveil : pouls = 92 ; température = 37°, 2 : respiration = 24.

Le trismus persiste. Elle parle sans desserrer les dents ; les muscles du cou sont encore contractés.

Légère hémorrhagie avant et après le réveil.

Le 17 tout est rentré dans l'ordre.

Les remarques faites à propos du précédent accès s'appliquent à celui-ci : augmentation de fréquence des mouvements circulatoires et respiratoires, et suractivité des combustions, avec exacerbation le matin. Pendant tout le temps du sommeil la température n'est pas descendue à l'état normal.

Les courbes du pouls de la température et des mouvements respiratoires ont atteint leur summum le 15, jour de l'apparition des hémorrhagies.

Cette observation me semble de nature à faciliter l'explication scientifique des phénomènes hémorrhagiques des stigmatisés.

On m'objectera probablement que Philomène L... n'est pas une extatique et que par conséquent elle ne peut être comparée à Louise Lateau ou à une autre mystique. Mais je crois que l'histoire de la catalepsie et de l'extase n'est point complète. Il règne sur ces affections nerveuses rares, une certaine obscurité. Elles ont de nombreux points de contact. Peut-être sont-ce des formes différentes de la même maladie, et je ne serais pas éloigné de croire que l'extase est la catalepsie des gens voués à la vie contemplative. Il n'y a donc pas incompatibilité dans le rapprochement que je me permets.

Le fait est actuellement prouvé que des hémorrhagies peuvent s'effectuer dans le sommeil cataleptique sans aucune cause artificielle. Or, d'une hémorrhagie à une autre, la distance n'est pas très-grande et est constituée principalement par la différence de siége.

C'est cette différence de siége, dont il s'agit maintenant de se rendre compte.

Quant à moi, comme je l'ai dit précédemment, je me rattache à l'opinion de M. le Dr Warlomont, au sujet de L. Lateau, à savoir qu'il faut tenir grand compte dans l'interprétation de ces faits de l'influence si considérable du moral sur le physique. Que cette influence se traduise par tels ou tels moyens, on peut le discuter, mais qu'elle se fasse sentir, voilà ce qu'il est impossible de nier.

Examinons donc le moral de ces deux malades.

La première, Louise Lateau est une catholique fervente, élevée dans des idées d'ascétisme, ne vivant que dans les pratiques du culte qui finissent par absorber toutes ses pensées. Elle habite loin du monde, dans un petit village et communie chaque jour. On l'entretient sans cesse dans ses idées religieuses, on la regardera bientôt comme une sainte.

Dans ses extases on retrouve ses préoccupations habituelles. Elle parle continuellement de choses édifiantes, de

pauvreté, de charité, de sacerdoce. Elle voit la Ste-Vierge, des saints et entre autres *Ste-Thérèse*. Plus tard elle va assister au drame du Golgotha, etc.

Au contraire de tout cela, Philomène n'a aucune idée religieuse, ne pratique pas. Jamais on ne découvre dans ses paroles que sa pensée s'élève vers Dieu. Son intelligence est obtuse et presque uniquement préoccupée des intérêts de la vie végétative.

Son existence vagabonde s'est écoulée dans des casernes, ateliers ou autres lieux, où l'on ne s'occupe guère de religion. L'ivrognerie et la débauche n'étaient pas faites pour développer ses facultés et élever sa pensée.

Dans ses rêves, jamais il n'est question de religion. Elle ne voit pas de saints. Ses idées portent sur des souvenirs confus et insignifiants.

Ainsi, chez ces deux malades l'état d'extase, ou de sommeil cataleptique, est le reflet de l'état normal, au point de vue moral. D'après l'un on peut déduire l'autre.

Si nous passons au phénomène hémorrhagie, nous serions étonnés de voir la fille L... stigmatisée, tandis que Louise Lateau, la mystique, n'aurait qu'une exsudation sanguine par les muqueuses. Nous dirions : Non, c'est la mystique qui doit avoir les stigmates. Et cela en dehors de tout miracle. Pourquoi? c'est que sans nous en rendre compte, nous reconnaissons l'influence du moral sur le physique. Etant donnée une vie faite des mêmes habitudes, des mêmes pensées, ayant toujours le même but, nous concevons aisément que les manifestations morbides subiront une déviation dans le même sens.

Des hémorrhagies se produisent dans l'extase ou la catalepsie : voilà le fait brut. Elles n'ont pu prendre une direction déterminée, je dirai presque indiquée, forcée, chez Philomène L... peu intelligente et point réfléchie. Le sang a pris le chemin le plus facile, il s'est extravasé par les muqueuses. Quoi de plus simple !

Mais chez Louise Lateau, qui a sans cesse devant les yeux le spectacle du Christ sur la croix, qui passe ses jours et ses nuits, absorbée et troublée par l'image des souffrances de la passion, qui souhaite peut-être de souffrir de la même façon, qui s'applique à vivre dans la contemplation, loin du monde, sans être jamais détournée de son objectif, n'est-il pas presque naturel que ces hémorrhagies se produisent par des stigmates, dont l'un cependant occupe une place peu conforme à la tradition : l'épaule (ce dernier stigmate scapulaire pourrait même servir d'argument contre l'idée de l'intervention divine, car il est inutile, il est de trop).

Par quels procédés, par quel mécanisme le moral agit-il sur le physique? On pourra s'édifier à ce sujet en lisant l'explication théorique de M. Warlomont, exposée dans le numéro 41 de la *Revue sicentfique* de 1875.

Je ferai remarquer enfin, que l'hématidrose n'est pas absolument rare et qu'elle se produit de préférence là où il existe un grand nombre de glandes sudoripares (aux aisselles, à la pulpe des doigts et des orteils), ou à la surface d'une ancienne cicatrice.

Certaines affections de la peau, comme le pemphygus, l'eczéma, qui siégent fréquemment aux mains, favorisent l'extravasation sanguine. Les points où elles ont régné sont altérés pendant longtemps et jouissent d'une vascularisation abondante. Un vésicatoire laisse des traces analogues. Je n'ai pas vu que chez Louise Lateau on ait suffisamment recherché si quelque circonstance de ce genre n'avait pas aidé à la genèse des stigmates.

Je me borne à rappeler l'influence des frottements répétés et inconscients que la malade faisait subir aux parties où les stigmates survenaient et qui aidaient puissamment à leur apparition.

L'hématidrose est causée par tout ce qui imprime une commotion violente au système nerveux et s'observe sur-

tout chez des femmes sujettes aux grandes perturbations nerveuses, comme l'hystérie, etc.

Nouvelle remarque qui peut s'appliquer au cas dont nous nous occupons.

L'hématidrose est parfois supplémentaire des règles. Or le début des accidents hémorrhagiques et extatiques de Louise Lateau date de l'établissement des menstrues d'abord remplacées par des hémoptysies, puis par des stigmates.

Si l'on m'objecte que, chez cette extatique, nous n'avons pas eu une sueur de sang simple, mais bien une hématidrose suivie de l'apparition d'ampoules qui se crèvent et rendent de la sérosité et du sang pour se cicatriser ensuite, je répondrai que l'exemple de ce phénomène n'est pas unique.

J'ai eu, en effet, grâce à l'obligeance de M. le Dr Collin, médecin inspecteur aux eaux de St-Honoré, l'occasion de voir une femme cachectique, qui présentait çà et là, à la surface de la peau, des tumeurs violacées, volumineuses, qui se crevaient, versaient au dehors du sang et de la sérosité, s'affaissaient et se cicatrisaient. Quand celles-ci étaient disparues, d'autres survenaient.

N'est-ce pas là encore un fait qui, tout en étant rare, est d'observation scientifique et dans lequel on ne songe pas à faire intervenir le mystérieux, bien qu'il ait des points de contact avec les stigmates?

En somme, voilà un groupe de faits dont aucun n'est analogue à la maladie de Louise Lateau, mais dont plusieurs ressemblent à un certain nombre des symptômes qu'elle a offerts.

Ceci doit faire voir, sous un aspect plus juste, l'étrange série pathologique qui a assailli cette malheureuse et a fait crier au miracle des gens non assez prévenus, trop enclins à se laisser aller à l'attraction du merveilleux et

peu versés dans l'étude des phénomènes si complexes et si variés qu'engendre ce protée, le système nerveux.

Ce cas de la mystique de Bois-d'Haine n'en restera pas moins un bel exemple d'affection nerveuse, mais s'il excitera toujours la curiosité, il ne sera plus considéré comme surnaturel.

Beaucoup de maladies sont aussi obscures que celle-là. On ne perd pas courage pour cela.

La science recueille avec soin tout ce qui s'y rapporte, classe patiemment chaque fait, et un jour vient où avec l'aide des nouvelles connaissances qu'elle acquière à tout instant, elle voit ses efforts couronnés de succès et la lumière jaillir aux yeux de tous.

# NÉVROSE

## COMPLEXE ET EXCEPTIONNELLE

### VIE EN PARTIE DOUBLE

**Par M. le Dr BERTHIER**
médecin de l'hospice de Bicêtre.

Une jeune fille, à tendance scrofuleuse, d'un caractère très-timide, dont le père a été atteint de somnambulisme nocturne, dont le grand-père maternel a déjà de la paralysie, n'a parlé qu'à l'âge de cinq ans.

Vers sa treizième année, étant chez un de ses parents, Anna (nous la dénommerons ainsi) est prise, sans cause appréciable, de maux de tête, puis de vomissements. Les premiers se dissipent, et des douleurs d'estomac accompagnées de fièvre et de céphalalgie en imposent pour une gastrite.

Deux mois se passent, les phénomènes se compliquent. Appelé en consultation, je me trouve en face d'une malade qui n'a jamais été réglée, en proie à un délire général et à des hallucinations. Elle s'agite, bavarde, gesticule. Son corps est en sueur, ses pupilles sont dilatées, son pouls bat vite et avec force, sa sensibilité tactile est inégalement répartie ; ses urines sont abondantes, d'une parfaite limpidité ; il y a de la constipation. Et, chose étrange, elle ne peut

ni me voir, ni m'entendre ! Grand embarras de notre part pour poser le diagnostic. Avons-nous affaire à un état purement nerveux, ou à une phlegmasie cérébrale ? Il avait été convenu, le médecin traitant et moi, que nous reverrions la jeune personne. J'attendais donc qu'il me fît signe. La famille, ignorant nos conventions, et surprise de mon silence, vint me prier de retourner; je me rendis à ses instances.

Mais la scène avait changé. L'enfant, tantôt me reconnaît, tantôt ne me reconnaît pas. Elle me souhaite le bonjour et perd peu à peu la possibilité de m'entretenir. Tantôt elle jouit de la vue, tantôt elle devient aveugle. Elle entend marcher une souris et demeure sourde à mes cris. Sa peau est anesthésiée dans un des côtés du corps, et d'une susceptibilité telle dans l'autre, qu'un simple frolement l'exaspère. Enfin, ses sens, lors des accès, ne s'exercent qu'à moitié. En effet, un papier lui est présenté, elle le lit sans voir la main qui le lui offre. Elle écoute le chant des oiseaux, et ne distingue la voix d'aucun de nous. On ferme les rideaux de la fenêtre et, malgré l'obscurité, elle aperçoit une épingle sous un secrétaire, sans se douter de notre présence. Etonné, nous prenons un siége et place à côté d'elle. Assise sur son lit, la jeune fille, d'habitude si timide, se montre hardie, loquace, se livre à des monologues bizarres, pendant lesquels deux surnoms, *pouf* et *conseil*, servant à désigner la première sa personne, la seconde celle des autres, reviennent sans cesse à ses lèvres. Ces surnoms entrecoupent ses phrases, de manière à former des discours compris par les seuls initiés. Ainsi : elle raconte ce que le *conseil Berthier* pense de sa position, qui pourrait bien la conduire à Sainte-Anne ; combien de visites le *conseil Curé* lui a faites depuis qu'elle est malade, les bontés dont l'entoure le *conseil grand'mère*, etc, etc. Puis, elle parcourt un album en critiquant l'auteur des portraits avec beaucoup de justesse et de malice. Ou bien, elle, qui d'ordinaire n'ac-

cuse qu'une intelligence médiocre, elle ouvre *La Fontaine* et récite une fable, entremêlant son débit de remarques très-spirituelles. Si sa main tombe sur *Racine*, elle se met à déclamer des tirades avec un art, une diction, à faire envie aux acteurs de la Comédie-Française. Lui propose-t-on une partie d'échecs, elle accepte, et joue, et fort bien ; comme si elle était séparée complétement de son adversaire, pour elle invisible. Puis, tout à coup, elle pousse un cri, — après plusieurs heures de la sorte, — gémit, porte la main à son cœur, verse quelques larmes, regarde autour d'elle et salue gracieusement. « D'où vient-elle ? Que lui est-il arrivé ? Qu'a-t-elle éprouvé ? » Elle l'ignore absolument. Il lui semble qu'elle se réveille, qu'elle sort d'un sommeil sans rêve. « Quelle heure est-il ? — Déjà ! » dit-elle à son oncle, à l'ami qui est près d'elle, « comme les journées sont courtes ! » Le temps ne vole-t-il pas pour elle, puisque il lui en échappe la meilleure partie ? Aucun souvenir de la phase morbide.

J'ai assisté, à maintes reprises, à des évolutions aussi surprenantes. Je l'ai vue, véritable somnambule, se lever, cette fillette habituellement si pudique, s'habiller devant moi à peine vêtue, mettre des objets en ordre, faire la cuisine, remonter une horloge appendue au mur, sans se tromper, sans trébucher, sans se heurter, avec une adresse merveilleuse. Nous ne nous lassions pas de l'admirer, sans qu'elle soupçonnât notre présence. Des choses, telles que des gants ou un foulard la révélaient, sans qu'elle sût la constater. Elle rencontra, une fois, mon chapeau muni d'une ventouse, et plaisanta pendant un quart d'heure sur cette petite ouverture dont elle ne saisissait pas l'utilité. Oh ! quelle singulière idée le *conseil B...* a-t-il eue en faisant percer son chapeau, s'écriait-elle, riant aux éclats. C'est cependant bien à lui, voilà ses initiales. Je vais lui demander à quoi cela sert, dès qu'il paraîtra. Et je ne parus pas, pour elle; et j'étais à ses côtés, où je restai plus d'une heure ; et elle me cherchait partout.

Une autre fois, nous entretînmes une longue conversation à l'aide d'une ardoise. Elle lisait ce que j'écrivais, ce que je lui donnais à lire ; mais ne pouvait admettre que l'écrit lui fût remis de ma main. Pourtant, plus tard, cette singulière cécité fut remplacée par des illusions de la vue, qui transformaient les images en monstres, lui causaient une frayeur horrible, et l'empêchaient de regarder ceux qui lui parlaient.

D'autres fois, encore, la figure des personnes lui semblait environnée d'un nuage noir qui les rendait méconnaissables; et, pour savoir qui l'interrogeait, elle employait le toucher, promenant ses mains sur la tête, les cheveux, les vêtements de ses interlocuteurs, à la manière des aveugles.

Mademoiselle Anna allait d'une période à l'autre aussi subitement, et sans qu'on pût les prévoir, que quelques minutes avant, au moyen de certains signes connus de son entourage. Nous avons dit qu'elle se plaignait d'une douleur à la région précordiale, quand elle était sur le point de revenir à la vie normale. Nous ajouterons que les mots *pouf* et *conseil*, jetés brusquement au milieu de la conversation, annonçaient le retour à la vie morbide.

Cette alternance de vie entraînait avec elle des désordres organiques de plus d'une espèce. Les pieds étaient souvent paralysés, l'appétit, souvent, était nul, le sommeil pénible, le pouls très-irrégulier. Le corps était amaigri, son poids considérablement réduit. Les forces diminuaient ; le teint avait perdu sa fraîcheur ; l'éclat de l'œil devenait fébrile ; la pauvre enfant faisait peine à voir, tant parfois elle était changée.

Cette alternance ne devait pas durer indéfiniment. Un matin, la malade court se jeter dans les bras de sa grand'-mère; son lit, taché de sang, lui avait fait supposer que, la nuit, elle avait été victime de la brutalité des voleurs. La menstruation avait paru.... Deux jours après, le somnambulisme avait cessé. Mais il fut remplacé, pendant quelque temps, par un phénomène nouveau : l'embarras de la parole,

l'impossibilité de prononcer certains mots. Je rassurai la famille en lui affirmant que ces simptômes allaient se dissiper, avec le retour des règles. Ce qui arriva effectivement.

Comme la santé restait chancelante, on décida de nous confier Anna pendant la belle saison, et on nous l'envoya à notre établissement de Thiais, où elle ne tarda pas à reprendre des forces. Elle marchait même vers la guérison, lorsque, après un voyage à Paris, où elle avait éprouvé une émotion désagréable, elle fut reprise d'accidents semblables à ceux de l'hiver, accidents qui cessèrent encore avec la menstruation. Le mois suivant, nouvelle émotion et nouvelle rechute ; retour à la vie en partie double. Les sens ne fonctionnent qu'à moitié; il y a de la paraplégie, de l'hésitation dans la parole... symptômes qui, malgré tout, ne résistent pas devant l'établissement définitif des règles.

J'ai su que, depuis sa sortie de l'*Oasis*, cette intéressante malade, sans être complétement guérie, s'était maintenue dans une situation, si non bonne, du moins des plus supportables.

En résumé : nous avons vu une jeune fille qui, sous l'empire d'influences héréditaires, et à l'époque de la puberté en retard, a été prise d'accidents extraordinaires et très-compliqués. Ces antécédents se sont réduits, au fond, à un état hystéro-somnambulique caractérisé par ce fait infiniment rare, que les sens ne s'exerçaient que sur la moitié des objets et tenaient la patiente dans une alternance de vie normale et de vie morbide, alternance dont elle n'avait ni souvenir, ni conscience, raccourcissant ainsi de moitié le temps de son existence.

Cette maladie a probablement éclaté par suite des difficultés de la puberté, puisque l'arrivée de la menstruation a été le signal du mieux, et l'établissement définitif de la fonction celui de la guérison ou d'un état approchant.

Nous ne hasarderons à ce sujet aucune hypothèse, qui

nous paraîtrait superflue. Nous nous bornerons à dire que nous n'avons trouvé, dans nos Recueils, aucun cas semblable à celui-ci; excepté, peut-être, celui qui a été mentionné par Ferrus, au cours de la discussion sur les névroses extraordinaires, insérée dans les *Annales medico-psychologiques* d'octobre 1857, page 612, et ceux décrits récemment dans des feuilles périodiques par MM. Azam et Dufay.

# Médecine légale

## RAPPORT

SUR

# L'ÉTAT MENTAL

DE BENJAMIN A...

INCULPÉ DE DÉGRADATION DE MONUMENT

**Par M. le Dr ETOC-DEMAZY**
médecin en chef honoraire de l'asile du Mans.

Je soussigné, médecin en chef de l'asile d'aliénés du département de la Sarthe, membre correspondant de l'Académie de médecine, commis par ordonnance de M. le juge d'instruction près le tribunal du Mans, en date du 9 juin 1869, à l'effet de constater l'état mental du nommé Benjamin A..., inculpé de dégradation de monument public;

Après avoir pris connaissance des pièces de la procédure instruite contre le dit A..., et recueilli, en outre, quelques renseignements sur ses antécédents, et particulièrement sur les circonstances qui ont précédé l'acte qui lui est imputé ;

Après avoir soumis cet individu à une observation attentive et prolongée,

Ai consigné dans le présent rapport mon avis sur son état mental.

*Exposé des faits.*

I. Benjamin A... est né, le 17 août 1833, à Valennes,

commune du département de la Sarthe, comprise dans l'arrondissement de Saint-Calais. Aucun cas d'aliénation mentale n'a été reconnu dans sa famille. Mais son père, sabotier à Valennes, se livrait à l'ivrognerie, et il était très-violent quand il avait bu.

Benjamin A... a toujours eu une faible constitution ; sa santé était délicate dans son enfance. Il était d'ailleurs intelligent, et il a suivi avec assez de succès les leçons de l'école primaire de Valennes.

Arrivé à l'âge de prendre un état, il a choisi celui de son père ; il s'est fait sabotier.

Dès l'âge de seize ans, sa conduite laissait beaucoup à désirer; il était connu comme très-paresseux ; il se livrait à des excès de boisson, et, comme son père, il était très-violent quand il était ivre.

A vingt ans, il fut soldat. Après trois ans de service, il revint dans ses foyers, comme soutien de famille ; et il paraît qu'en réalité il fut alors plutôt une charge qu'un soutien pour ses parents.

A cette époque, il fréquentait une jeune fille de Valennes, Louise F..., qui était encore presque une enfant, car elle avait dix ans de moins que lui. M. le curé de Valennes fit des observations à Louise F..., sur sa conduite, et l'engagea à cesser ses relations avec A...; il crut même devoir ne pas l'admettre à recevoir la confirmation.

A... épousa Louise F... dès qu'il fut libéré du service militaire ; il avait alors vingt-sept ans.

En 1861, les époux A... avaient un enfant âgé de deux ans environ. Ils quittèrent Valennes pour venir habiter Saint-Calais.

A cette époque, un notaire de Saint-Calais, âgé de soixante-un ans, passait assez souvent devant la demeure des époux A..., en allant à sa campagne, et quelquefois, quand il rencontrait leur enfant, il lui donnait un ou deux sous ; puis il continuait son chemin, sans entrer dans la

maison, sans même jamais parler à la femme A... Cependant, A. . devint jaloux ; il reprocha à sa femme d'avoir une mauvaise conduite avec le notaire. Il ne se borna pas à des reproches ; il se livra sur sa personne à des actes de violence. Il fut signalé pour ce fait à la police, et condamné, le 22 mars 1862, à deux jours de prison. Quelque temps après, il alla injurier le notaire dans son domicile même; il proféra contre lui, publiquement, des injures et des menaces ; et, le 27 août de la même année, il fut condamné à un mois de prison.

Au mois de novembre suivant, il vint s'établir à Jupilles ; il y resta un an ; puis il vint demeurer au Grand-Lucé, parce que, à Jupilles, il ne gagnait pas assez pour vivre.

Le même motif le détermina à venir se fixer au Mans, à la fin de l'année 1865.

A cette époque, il avait deux enfants. Il n'avait pour vivre que le produit de son travail, comme dans les localités qu'il avait habitées précédemment. Mais au Mans, où la vie est plus chère, il sentit plus fortement les atteintes de la misère. Il gagnait de 1 fr. 50 à 2 fr. 50 par jour. Ses ressources ne lui permettaient de prendre que des aliments peu fortifiants ; il mangeait de la viande à peine une fois par mois ; et, comme l'état de sabotier est assez pénible, il chercha à se donner des forces en prenant du cidre. Il en buvait habituellement deux litres par jour. Quelquefois il prenait de l'eau-de-vie, en petite quantité, mais quelquefois aussi, quand il se sentait de l'argent, il se mettait à boire et s'enivrait.

En 1868, il avait quatre enfants. La misère allait croissant dans son ménage. Il recevait des secours du bureau de bienfaisance, de Mgr l'évêque, de M. le curé de la cathédrale, et de quelques autres personnes charitables.

Vers le mois de septembre 1868, sa femme fut appelée en témoignage devant le tribunal du Mans, à l'occasion du procès intenté au sieur Romé, sculpteur.

Dans le mois de janvier 1869, A... fit des démarches pour avoir une place de sergent de ville, à l'aide de la protection de Mgr l'évêque. Il ne put l'obtenir, à cause de sa mauvaise conduite.

Quelque temps après, il alla demander des secours à l'évêché ; il s'adressa à la femme du portier ; celle-ci lui répondit par un refus.

Il n'a d'ailleurs jamais manifesté de sentiments irréligieux ; il n'éprouve aucun éloignement ni pour les personnes ni pour les choses du culte. Il allait rarement à la messe ; il ne se trouvait pas vêtu assez proprement pour y assister. Mais il venait souvent, le matin, de bonne heure, faire ses prières à la cathédrale ou à l'église de Saint-Vincent. Souvent aussi il lui arrivait d'écrire, avec un crayon, des sentences de l'Ecriture sainte, sur les murs de sa chambre.

Il ressort de l'enquête faite par M. le commissaire central de police, que les maîtres sabotiers qui ont fait travailler A... depuis les derniers mois de l'année 1867, s'étaient tous aperçus que sa raison était dérangée. Ils s'étaient trouvés dans la nécessité de le congédier. Il avait les manières d'un fou, surtout quand il avait bu. Il restait parfois couché quatre ou cinq jours de suite, sans boire ni manger. Il travaillait mal, il perdait l'ouvrage ; il prêchait les ouvriers, il déraisonnait ; il quittait le travail sans mot dire, il allait dans les champs cueillir des pâquerettes. Aux observations qu'on lui faisait, il répondait qu'il voulait mourir de faim, avec sa femme et ses enfants ; et cependant il paraît avoir pour eux une véritable affection.

D'après la même enquête, A... avait demandé, il y a six mois, des secours à la société de Saint-Vincent-de-Paul. Il n'avait pu en obtenir par suite des mauvais renseignements recueillis sur son compte. Depuis, M. le président de la Société l'a revu une fois, et il a jugé que cet homme avait le cerveau dérangé.

Dans son intérieur, A... était habituellement triste et sombre ; il parlait peu. Sa femme aussi s'était aperçue du dérangement de sa raison. Il était plus troublé encore depuis le mois de mars dernier, lors même qu'il n'avait pas fait d'excès de boisson. Par moments, il déraisonnait, il disait une parole d'un côté et une de l'autre ; il avait les yeux hagards, il n'était plus comme d'habitude. Cet état se dissipait à peu près au bout de huit jours. Sa femme assure que, dans le mois d'avril dernier, pendant qu'il travaillait, il crut voir de petits bonshommes sortir de terre et entrer dans ses sabots. Elle lui disait : « Mais tu es donc fou ; ne dis donc pas ça devant le monde. » Il lui assurait qu'il n'y avait rien de plus vrai ; elle ne pouvait pas lui faire comprendre son erreur.

Depuis le mois de mai, A... occupait, au bas de la rue Saint-Vincent, un pauvre logement composé d'une chambre, d'un cabinet, d'une soupente et d'un petit bûcher dans la cour. Un jour, il écrivit, sur un fond de seille, avec un pinceau et du cirage : « Cave et grenier à louer, » et il suspendit cet écriteau à la porte d'entrée de la maison. Sa femme lui dit qu'il n'avait à louer ni cave ni grenier, et l'engagea à ôter son écriteau. Il répondit que ça lui plaisait là, et ce ne fut que le lendemain, sur de nouvelles instances, qu'il se décida à l'enlever.

Il aimait à lire les livres de classe de ses enfants, et particulièrement un abrégé d'Histoire sainte et d'Histoire de France, adopté par les frères des Ecoles chrétiennes. Vers le milieu du mois de mai, il remarque un chapitre ayant pour titre : *Dix-neuvième siècle*, et dans lequel on expose les principaux événements arrivés en France depuis le commencement de cette période. Il s'imagine que nous sommes dans le dix-huitième siècle et non dans le dix-neuvième. Il efface le titre du chapitre ; il se rend à l'école des frères ; il leur reproche, en termes très-vifs, de donner à son enfant un livre qui contient des erreurs, et il or-

donne à son fils de quitter la classe et de le suivre. Ils étaient arrivés à la porte qui donne sur la rue, lorsque l'enfant revient sur ses pas et rentre dans l'école, sans même que son père s'en soit aperçu. Un des frères demande à l'enfant pourquoi son père avait agi ainsi ; l'enfant répondit : « Il ne faut pas y faire attention ; il n'a pas toujours la tête à lui ; il ne sait pas ce qu'il fait. » Le frère remarqua que A... avait, en effet, quelque chose d'étrange ; il ne lui parut pas ivre, mai fou.

Quelques jours après, A... se mit à parcourir la rue de Ballon et la route de Coulaines, en jouant d'un petit instrument de musique, à l'usage des enfants, qu'il avait trouvé sur un banc de la promenade des Jacobins. Chez lui, il en jouait aussi des heures entières. Sa femme, ennuyée de l'entendre, cacha l'instrument et lui dit que les enfants l'avaient perdu.

Cette raison qu'elle lui donnait était pour elle un moyen de s'éviter des reproches, et peut-être des mauvais traitements. A... ne les lui épargnait pas quand il s'imaginait avoir lieu de se plaindre d'elle. S'il ne la frappait pas, il lui pressait la figure contre le sol ; il appelait cela lui faire adorer la terre.

Depuis quelque temps, il parlait souvent seul ; il dormait peu ; il se levait de bonne heure, quelquefois à quatre heures.

Le 2 juin, il partit à six heures du matin pour son travail. Il revint chez lui vers midi ; il mangea du pain et du fromage, sans boire. Il sortit à une heure, et but un litre de cidre dans un cabaret. Il rentra chez lui vers deux heures et prit sa petite fille, âgée de trois ans, pour aller avec elle se promener sur la route de Coulaines. Vers quatre heures et demie, il entra chez le sieur Marteau, sabotier à Coulaines, et, bien qu'il le connût fort peu, il lui demanda du cidre à boire. Marteau et sa femme remarquèrent qu'il avait l'air fort singulier. L'un d'eux

alla chercher un litre de cidre, et, quand la bouteille fut mise sur la table, A... y déposa sa tabatière ; il se retira de deux pas en arrière, il resta un moment en contemplation, puis il se rapprocha de la table, prit sa tabatière, et offrit du tabac à Marteau. Il but environ trois verres de cidre, et sortit de la maison une demi-heure après y être entré. Marteau ne pensa pas que A... fût ivre alors ; il crut qu'il était fou.

Vers six heures, A... rentra chez lui et y laissa son enfant.

Un quart d'heure après, armé d'un marteau, il se rend à la cathédrale, pénètre dans la chapelle Saint-Pierre, franchit une balustrade en fer, et abat, à coups de marteau, les têtes d'un groupe de huit statues, œuvre remarquable de 1610, qui représente la mise du Christ au tombeau. Surpris par M. l'abbé Albin, chanoine, au moment où il terminait cet acte devandalisme, il lève son marteau comme pour frapper, en disant : « N'approchez pas. » Il ne paraissait nullement en état d'ivresse ; rien dans son attitude, dans ses gestes, dans ses paroles, n'indiquait la moindre surexcitation ; et, quand M. Albin lui fit observer qu'en moins de trois minutes il venait d'anéantir une œuvre d'art de près de trois siècles, il répondit avec la plus grande tranquillité : « C'est possible. » Il se dessaisit lui-même de son marteau, et se laissa arrêter sans aucune résistance.

On a trouvé chez lui deux morceaux de bois dégrossi, sur l'un desquels il avait écrit : « *Super aspidem et basilicum deambulabis et conculcabis leonem et draconem.* Vous foulerez aux pieds le lion et le dragon. C'est dire que celui qui met sa confiance en Dieu sera sauvé. — A... (Benjamin). » Sur l'autre morceau de bois, il avait écrit : « Les compagnons du devoir doivent être respectés pour les vœux qu'ils font au ciel. — A... (Benjamin). »

On a trouvé aussi chez lui un carton suspendu à un mur, portant imprimée une prière en vers à saint Joseph ; sur le dos de ce carton, il avait écrit :

« Je remercie la Saint-Vincent-de-Paul. Je renverse tous les saint idole de lhautel St-Pierre. Je donne ma vie pour le Christ. Je soutien la liberté. J'ai aime lempereur.

» J'aime ma femme et mes enfants. »

M. le commissaire central se rendit auprès de A... le soir même de son arrestation et jugea qu'il était fou, en lui voyant les yeux hagards, comme les ont ordinairement les personnes atteintes d'aliénation mentale.

Il vint l'interroger le lendemain, à neuf heures du matin. En réponse à ses questions, A... dit qu'il ne se rappelle pas bien ce qu'il a fait ; il sait seulement qu'il a commis quelques dégâts à la cathédrale ; il ne sait pas pourquoi ; c'est une mauvaise pensée qu'il a eue ; il ne peut attribuer cela qu'à la boisson.

Le jour suivant, interrogé par M. le juge d'instruction, il répond comme il a répondu à M. le commissaire de police. Il affirme que personne ne l'a poussé à commettre la mutilation dont il est l'auteur ; il a agi sous l'empire d'une idée mauvaise dont il ne peut s'expliquer la cause ; il ne comprend pas aujourd'hui comment il a pu faire ce qu'il a fait. Il n'a eu nullement l'intention de frapper M. l'abbé Albin ; il n'a jamais eu de sentiment de haine contre les personnes religieuses ni contre les signes extérieurs du culte. Il dit aussi que l'état de sabotier est pénible ; que souvent, après un travail prolongé, il souffre dans la poitrine, ses nerfs sont agités ; mais il ne se rappelle pas d'avoir éprouvé des maux de tête, ni aucun dérangement dans les idées.

Toutes ses réponses ont paru franches et dépourvues d'affectation. Lorsque M. le juge d'instruction lui a fait comprendre la gravité de l'acte qu'il a commis, il a versé de larmes, il paraissait éprouver un réel repentir.

Le 15 juin, sur la demande de M. le procureur im-

périal, A... fut transféré à l'asile des aliénés, pour y être soumis à un examen spécial.

Depuis cette époque, je l'ai observé chaque jour ; il a été l'objet d'une surveillance particulière.

Lors de son entrée à l'asile, il était dans un état de maigreur très-marqué. Son pouls était faible, sans fréquence; sa langue était couverte d'un enduit muqueux jaunâtre; sa tête était chaude, et cependant il disait qu'il n'en souffrait pas; la sensibilité, explorée aux mains et aux avant-bras, paraissait obtuse; ses yeux étaient brillants, son regard avait quelque chose de dur.

Il répondait généralement assez bien aux questions que je lui faisais. Mais lorsque je lui demandais le motif qui l'avait porté à briser les statues, il me disait qu'il ne pouvait se l'expliquer ; que c'était une mauvaise idée qu'il avait eue et que c'était l'effet de la boisson. J'insistai sur ce point, et l'engageai à bien y réfléchir pour s'en rendre compte.

Dans les premier jours du mois de juillet, son état parut se modifier; ses yeux étaient moins brillants, sa physionomie avait une meilleure expression. Je renouvelai la question que je lui avais plusieurs fois adressée. Il me dit alors: qu'il s'est mis le défenseur de sa femme et de ses enfants; qu'il a toujours conservé dans son cœur l'amour de la religion; qu'il n'avait donc pas compris, jusqu'à ce moment, que sa femme avait été outragée, à l'âge d'environ douze ans, par M. le curé de Valennes, qui l'avait refusée pour la confirmation; que le tribunal du Mans lui avait fait une grande injustice en faisant paraître sa femme et non lui dans le procès de Romé sculpteur, vu que ça doit être l'homme, le chef de la maison, et non la femme, qui devait y aller ; ce n'est qu'en revenant de Coulaines, qu'il a mieux compris tous ces outrages. Sur de nouvelles questions que je lui fis, il ajouta : que Mgr lui avait autrefois donné des secours, et que, depuis, la portière de l'évêché

lui en avait refusé; qu'il avait demandé une place de sergent de ville, et qu'il avait été refusé comme ivrogne; que sa femme le lui avait appris, en lui faisant de grands reproches sur sa mauvaise conduite. « Les reproches qu'on faisait de moi à ma femme lui mettaient de la haine contre moi; le curé de Valennes, le curé de la cathédrale et les vicaires étaient tous contre moi. Tout cela m'est venu à l'esprit en revenant de Coulaines; je n'y pensais pas auparavant. Depuis, j'ai réfléchi que c'est peut-être la cause que j'ai brisé les statues. » Je lui demande s'il avait alors pensé que c'était bien mal de briser ces statues. Il me répond : « Je n'y ai pas pensé; ça m'a toujours poussé de plus en plus fort. »

Il assure que c'est à son retour de Coulaines qu'il a écrit, à la hâte, sur le carton trouvé dans sa chambre, les lignes rapportées ci-dessus.

*Examen des faits.*

I. A... est né d'un père qui avait des habitudes d'ivrognerie. La science a reconnu que les excès alcooliques des parents créent chez les enfants une aptitude particulière à l'aliénation mentale.

La prédisposition que A... a reçue avec la vie a dû se développer encore sous l'influence des excès auxquels lui-même s'est livré; et peut-être sa raison avait-elle déjà subi quelques atteintes en 1862, époque à laquelle un sentiment de jalousie, que rien ne pouvait justifier, lui-même le reconnaît, s'emparant de son esprit, il se livra à des actes de violence, à des injures et à des menaces, pour lesquels il fut condamné par le tribunal de Saint-Calais.

Lorsqu'il fut établi au Mans, il continua sa vie de paresse et d'ivrognerie: il tomba dans la misère.

Dès l'année 1867, il se livra à des actes singuliers qui semblaient ne plus pouvoir se concilier avec l'intégrité de sa raison. Ces actes n'étaient pas le simple effet de l'ivresse,

car ils se produisaient en dehors de l'action immédiate des boissons alcooliques. Ils ne pouvaient être attribués qu'à une lésion intellectuelle, à une véritable aliénation mentale. Cette opinion était celle des personnes qui avaient eu des rapports avec A... depuis l'année 1867 jusqu'au 2 juin 1869, et je pense qu'elle est conforme à la juste interprétation des faits.

If. Le 2 juin, en revenant de Coulaines, A... s'imagine que M. le curé de Valennes a fait, il y a environ quatorze ans, un outrage à sa femme en ne l'admettant pas à recevoir la confirmation. Il s'imagine que lui-même, l'année dernière, il a reçu du tribunal du Mans une grande injustice, une véritable offense, parce que sa femme a été appelée en témoignage, et que c'était lui, et non elle, qui aurait dû être appelé, vu que l'homme est le chef de la maison. Il rapproche de ces prétendus outrages le souvenir de la place et des secours qu'il a demandés et qui lui ont été refusés. Il se figure que M. le curé de Valennes, que le tribunal du Mans, que M. le curé et les vicaires de la cathédrale sont tous contre lui, et qu'ils excitent contre lui la haine de sa femme. Alors l'idée lui vient de briser les statues. Cette idée s'empare de son esprit, elle le pousse de plus en plus fort, et l'entraîne immédiatement à l'action.

La croyance à des injustices, à des outrages, à des persécutions qui n'ont rien de fondé, est un caractère fréquent d'aliénation mentale. Dans ce genre de folie, les malades se créent, de toutes pièces, des ennemis attachés à leur personne, ou ils dénaturent dans leurs appréciations les faits les plus simples et les plus ordinaires. Les idées fausses qui les dominent peuvent les entraîner, presque subitement, à des actes de violence sur les choses comme sur les personnes, et même au suicide et à l'homicide. Ils agissent quelquefois sans bien se rendre compte des motifs de leurs actions, et ils ont même par la suite beaucoup de peine à se les expliquer.

C'est une perturbation de ce genre qui s'est produite dans l'esprit de A..., à son retour de Coulaines; sa raison déjà malade devait aisément en subir l'impulsion. L'acte qui en a été la conséquence n'a pas été éclairé par la réflexion. L'idée qui a été le mobile de cet acte n'a laissé dans l'esprit de A... que des traces confuses de son passage. Aussi, lorsque M. le juge d'instruction lui demandait dans quel but, sous l'empire de quelle idée, il avait brisé les statues, il répondait : « Je ne saurais le dire, c'est une mauvaise idée qui m'a pris. » Je suis persuadé que sa réponse était sincère et véritable. Un langage équivalent ou analogue à cette réponse se rencontre dans la bouche de presque tous les aliénés qui commettent, plus ou moins subitement, des actes de violence. Ce n'est que plus tard, lorsqu'il eut éprouvé une certaine amélioration, que A... a pu entrevoir quelque rapport entre le souvenir des outrages qu'il s'imagine avoir reçus et l'acte de dégradation qu'il a commis.

Les lignes qu'il a écrites sur le dos d'un carton, à son retour de Coulaines, indiquent aussi le trouble qui régnait alors dans son esprit : « Il donne sa vie pour le Christ, » et il renverse son image !.. Cette fantaisie d'écrire s'observe fréquemment chez les aliénés. Bien qu'ils aient du papier à leur disposition, ils écrivent sur tout ce qui se trouve à leur portée : sur les murs, sur du bois, sur des ardoises, sur de mauvais morceaux de papier.

Dans cette autre phrase: « Je renverse les saintes idoles de l'autel Saint-Pierre, » écrites à la hâte, quelques instants avant l'exécution de l'œuvre de destruction, il ne serait pas juste de voir un indice de préméditation. La préméditation suppose la réflexion, et l'acte commis par A... n'a pas été dirigé par un volonté réfléchie.

Au reste, la question de préméditation est en réalité sans importance dans ce cas. La préméditation ne saurait, en effet, être considérée comme exclusive de la folie; car on voit chaque jour, dans les établissements d'aliénés, des malades

dont la folie n'est assurément pas douteuse, méditer plus ou moins longtemps leurs projets, et préparer avec discernement les moyens d'arriver à leur but.

*Conclusions.*

I. Benjamin A..., inculpé d'avoir brisé un groupe de statues dans la cathédrale du Mans, le 2 juin 1869, présentait, avant cette époque, des signes d'aliénation mentale.

II. Il était en état d'aliénation mentale au temps de l'action qu'il a commise.

III. Bien que son état se soit amélioré depuis son entrée à l'asile, il y a lieu de le considérer encore comme dangereux, et de le maintenir dans cet établissement jusqu'à sa guérison.

Fait au Mans, le 16 août 1869.

G. Etoc-Demazy.

Une ordonnance de non-lieu a été rendue en faveur de Benjamin A....

Il a été maintenu à l'asile, par arrêté préfectoral du 25 août 1869.

Il est sorti le 5 octobre suivant, ne présentant plus aucun caractère d'aliénation mentale, et appréciant avec une justesse parfaite son état antérieur.

# AFFAIRE CAILLOT

DOUBLE ASSASSINAT.

AMNÉSIE SIMULÉE. — ÉPILEPSIE, ALCOOLISME ET MONOMANIE ALLÉGUÉS. — CONDAMNATION A MORT.

## RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

**Par M. le Dr LAGARDELLE**

Médecin en chef de l'asile d'aliénés 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 juge d'instruction près le tribunal civil de Moulins, en date du 17 juin 1874, à l'effet d'examiner l'état mental du nommé Caillot (Joseph), 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.*

Le 4 avril 1874, vers sept heures et demie du matin, un double assassinat était commis à Moulins, dans la rue des Pêcheurs, au premier étage de la maison qui porte le numéro 23.

La fille Valentine Caillot, âgée de 9 ans, qui a assisté à cette scène inqualifiable, raconte de la manière suivante, les péripéties de ce drame :

« Je me rappelle bien comment mon père a fait et je

l'ai déjà dit. Il se promenait dans la chambre, il est allé chercher une petite hache sur le bois et est revenu comme pour en menacer ma mère qui travaillait près du berceau de ma petite sœur et lui a dit : *Je vais te tuer*. Ma mère croyait que c'était pour lui faire peur et quoique mon père la battît bien souvent, elle ne croyait pas qu'il voulût la tuer. Elle s'est levée pour aller chercher de l'ouvrage dans la première chambre, et s'est assise près du lit de ma tante. Il y avait vis-à-vis le lit, appuyés contre le mur, les treillis que faisait mon père. J'étais avec ma petite sœur dans le lit de ma tante, et ma mère s'est assise près de nous. Mon père est allé sur le carré, tout comme s'il posait sa hache ; il est revenu vers les treillis comme pour reprendre son ouvrage, *cachant sa hache à côté de lui le long du mur*, et au moment où ma mère ne s'attendait à rien, il l'a frappée de deux coups de hache. Ma mère est tombée sans rien dire. Je ne disais rien, tant j'avais peur, mon père est sorti, et, lorsque ma tante est remontée, il l'a aussi frappée sur l'escalier, et elle est tombée aussi sans rien dire. Je crois que mon père l'a frappée par derrière au moment où ma tante se retournait pour parler en bas.

» Lorsque ma mère a été par terre, je me suis levée, j'ai couru à la porte en appelant mon père coquin ; et c'est à ce moment que je l'ai vu frapper ma tante.

» J'avais peur, je me suis bien vite remise au lit, mon père a dit, parce que je criais un peu fort : *Si vous criez, je vous en fais autant*, et il a dit : *Ne pleurez pas*, et puis il s'en est allé en disant : *Vous direz ce que vous avez vu ; pour moi, je suis un homme perdu.* »

Après avoir assassiné sa femme, Caillot descend et, montrant à la femme Chapeau ses mains ensanglantées, lui dit : *Ces femmes veulent m'empoisonner, je ne m'en irai pas que la justice soit venue*. Il remonte aussitôt, et quelques instants après, sa belle-sœur, qui venait d'acheter du lait, tombe frappée de deux coups de hache.

Les deux victimes, qui ont survécu peu de temps à leurs blessures, sont :

1° Elisa Caroline Dunand, née le 6 juillet 1832, mariée à Caillot, à Chapareillan (Isère), le 30 mars 1864 ;

2° Françoise Dunand, née à Chapareillan (Isère), le 25 décembre 1829.

L'inculpé Caillot (Joseph-Hippolyte), fils de Pierre et de Rose-Julie Martin, est né à Grenoble le 2 décembre 1830.

### 2° *Commémoratifs.*

Nous suivrons Caillot dans toute son existence, telle qu'il la raconte lui-même dans ses interrogatoires et les longues visites que nous lui avons faites.

L'inculpé, répondant aux questions qui lui sont adressées, fait le récit suivant :

« Je suis né à Grenoble en 1830 ; à l'âge de deux ans, ma mère m'a porté à Chambéry, chez mon grand-père Pagès, que ma grand'mère avait épousé en secondes noces. A cinq ou six ans, j'ai été à Lyon trouver mon père, qui m'a gardé environ trois ans, et je suis revenu à Chambéry, où j'ai appris à lire et écrire chez les frères.

» En 1844 ou 1845, mon père employé au chemin de fer de Lyon, a été tué par accident.

» Ma mère est morte à Chambéry en 1850, au moment où j'étais en prison. J'ai été condamné pour vol de suif à trois ans de réclusion et trois ans de surveillance ; j'ai fait ma première communion à la maison centrale d'Auneilles, près de Gênes.

» Avant cette époque, j'avais travaillé dans la maison de mon grand-père Pagès, tisserand, porté le mortier pour un entrepreneur, M. Beaune. Je faisais chose ou autre, toute espèce de métiers, sans en exercer aucun particulièrement.

» J'ai volé parce que j'étais rebuté de mes parents. Ma

mère ne faisait pas attention à moi. Le fils de mon grand-père revint du service, et on me mit à la porte ; je fis de mauvaises connaissances et fus ainsi entraîné à commettre mon premier vol. A ma sortie en 1853, je me rendis à Chambéry, puis à Grenoble, chez mes oncles Antoine Tèpes, chamoiseurs-mégissiers ; je ne voulus pas y rester et me rendis à Vienne chez Berger et Ruelle, au Chemin-Neuf. Je restai là cinq mois. Ces messieurs ayant fait faillite, je travaillai deux mois au chemin de fer de Vienne, puis au tunnel des Roches-Condrieux. Après avoir travaillé un mois encore à Vienne, je me rendis à Lyon où je fus occupé à la percée de la Quarantaine, au puits zéro et à l'ouverture du tunnel pendant sept ou huit mois.

» En 1856, à Valence, où je n'ai fait que passer, j'ai subi une condamnation de six mois pour vol de tapis. Après avoir fait ma peine, je suis allé à Lissant, entre Romans et Valence, où j'ai travaillé chez deux tisserands. »

L'inculpé en répondant d'une façon si lucide et si précise, fait à M. le juge d'instruction la réflexion suivante : « Il faut avoir bonne boule pour se rappeler tout ce que vous me demandez. »

« A Rive-de-Gier, j'ai été condamné à six mois de prison, pour vols de gants, de chaussons, de limousines, de pas grand'chose en un mot.

» En sortant de Saint-Etienne, j'ai travaillé encore à Rive-de-Gier. Je suis revenu à Grenoble, où j'ai été placé chez un nommé Meunier, fabricant d'huile. Là, j'ai été condamné à trois ans pour avoir volé des timbres-poste ; on m'avait accusé de ce vol et d'autres, mais ce n'est pas moi qui les ai commis.

» J'ai fait mes trois ans à Embrun et, à ma sortie, j'ai été charretier chez un nommé Rollant à Saint-Chenage ; je me suis mis en rupture de ban et suis allé à la Biolle, à deux heures d'Aix, travailler à un tunnel pendant cinq ou six mois.

» En 1862, je suis revenu aux environs de Grenoble, à Chapareillan, où j'ai connu ma femme ; j'y suis resté longtemps avant de me marier, j'ai fait de la toile, vendu des allumettes et me suis marié en 1864.

» Après mon mariage, je suis allé à Remilly, en Savoie, fabriquer des allumettes. Ma belle-sœur est venue nous trouver huit jours après.

» Deux mois après, nous sommes revenus à Chapareillan et, le commerce ne prospérant pas, nous nous rendîmes à Grenoble. Je ne suis revenu à Chapareillan qu'après la mort de ma belle-mère.

» En 1869, j'ai été accusé d'avoir coupé des pieds de vigne à mon beau-frère et condamné à six mois de prison que j'ai faits à Grenoble. Je suis retourné à Chapareillan, vendre un petit morceau de bien à ma belle-sœur ou à ma femme ; puis, je me suis rendu seul à Marseille, chez ma tante. Un mois après, ma femme est arrivée ; ma tante voulait que je quittasse sa maison. Ma belle-sœur est venue nous rejoindre deux ou trois mois après.

» Ma tante était poussée par un certain Bellon qui voulait me faire mettre à la porte pour abuser plus facilement de cette femme âgée. Je restai néanmoins, en disant à ma tante que je payerais sa chambre quinze francs. Lorsque ma belle-sœur est venue, elle a apporté du mobilier et le prix de la terre que nous avions vendue plus de 200 francs.

» Presque tous les jours on se disputait avec les Bellon, je l'avais trouvé un jour faisant des orgies avec une petite fille de dix à onze ans. Un soir on s'est pris au collet avec Bellon ; la police est venue et on m'a mis au poste ; on m'a lâché, disant de venir le lendemain au palais de Justice; au lieu de cela, je suis allé à Vienne où j'ai travaillé dans une fabrique de draps. Ma femme et ma belle-sœur étaient restées à Marseille.

» Après l'armistice, je suis revenu à Marseille. Ma tante avait renvoyé ma femme et ma belle-sœur. Un soir le soi-

disant fils de Bellon me sauta au collet et me fit arrêter par les gendarmes, disant que j'avais menacé ma tante. Tout cela m'avait bouleversé, et c'est ce qui m'a décidé à partir pour Moulins, où je suis allé avec ma femme et mes enfants, laissant à Marseille ma belle-sœur qui est venue nous rejoindre deux ou trois mois après.

» Depuis mon arrivée à Moulins, j'ai logé chez Cante, serrurier, rue du Manége, environ deux mois ; puis chez Paradis, rue du Pont-Ginguet, où ma belle-sœur est venue nous rejoindre. Quatre mois après, nous avons logé sur le plan des Bouchers, et nous étions rue des Pêcheurs depuis la Saint-Jean 1873.

» J'ai travaillé de mon état rue du Manége, rue des Pêcheurs et place St-Joseph, chez Clapier, chez le père Morand, chez Raffé, chez MM. Duvivier, Albert Villeneuve, Kuntz ; en dernier lieu je travaillais chez M. Bruel. Une grande partie de l'hiver, je sciais du bois chez les uns et les autres à travers la ville.

» J'ai pris des treillis à faire chez moi, et je ne me rappelle pas si jes ai rendus.

» Je me creuse la tête pour savoir ce que j'ai fait depuis le 1er avril et je ne me rappelle absolument rien. Mon beau-frère, qui a peu d'intelligence, est venu à Moulins, je ne sais plus quand, je l'ai mis à la porte ; j'ai même eu une discussion avec ma femme à ce sujet ; ma belle-sœur m'a dit qu'il lui avait appris que les maisons de ses deux frères, à Chapareillan, étaient brûlées.

» *Je me suis mis en idée que mes beaux-frères avaient mis le feu à leurs maisons et qu'ils disaient que c'était moi qui étais l'auteur de cet incendie.* Cela m'a tellement brouillé les idées que je ne me suis plus rappelé ce que j'ai fait. »

L'incendie de Chapareillan a eu lieu le 5 mars. Une lettre du maire, reçue par Caillot le 2 avril, lui annonce que ses beaux-frères n'ont pas brûlé.

A partir de la fin de mars 1874, cette mémoire, si précise

auparavant, disparaît complétement. Caillot ne se rend même pas compte de son existence.

« Je me suis trouvé, dit-il, sans savoir comment au bout du canal de Briare ; j'ai remonté un bateau avec un individu dont je ne sais pas le nom, jusqu'à moitié du chemin de Roanne et, poursuivi par cette idée qu'on m'accusait d'avoir mis le feu et qu'on pouvait m'arrêter, j'ai pris un faux nom ; j'ai dit que je m'appelais Jean Perrin.

» Je n'ai couché nulle part, nous couchions toutes les nuits sur le bateau. Je ne sais pas le nom de l'endroit où nous nous sommes arrêtés, ni combien de jours nous avons marché. Nous avons travaillé de douze à quinze jours pour faire cet ouvrage, et on nous a donné, je crois, 25 francs.

» J'ai voulu retourner à Moulins pour demander à ma femme ce qui s'était passé au sujet de l'incendie, parce que je me croyais toujours poursuivi. Je n'ai couché qu'à Saint-Pierre la veille du jour où j'ai été arrêté. En rentrant à Moulins dans la nuit, je me suis rendu chez moi où j'ai frappé plusieurs fois, et, personne ne m'ayant répondu, j'ai voulu aller chez ma tante ; mais j'ai été arrêté avant d'y aller et j'ai été bien étonné à ce moment lorsqu'on m'a accusé d'avoir tué ma femme et ma belle-sœur. »

Des pièces nombreuses de l'instruction qui suit Caillot dans toute son existence sociale, il en résulte que l'inculpé, en partant le matin du 4 avril, était vêtu comme il suit : casquette sans visière, tricot de laine, pantalon en laine douce à carreaux blancs et noirs avec bande noire sur le côté, petit gilet de drap noir, cravate en soie, souliers, chemise blanche.

Il se montre le moins possible, évite les chemins, suit la rivière, s'empare vers quatre à cinq heures du soir de la blouse du nommé Chevriau (Jean), qui déclare que ce voleur marchait fort tranquillement et n'avait pas l'air égaré. Une heure plus tard, Roy, de Livry (Nièvre), et un jeune homme de douze ans voient tout à coup un homme por-

tant une casquette et une *blouse bleue*, remonter dans un pré parce qu'une boire l'empêchait de suivre la rivière. Lorsqu'il s'aperçut *qu'on le regardait, il baissa les yeux, prit la route plus loin* et, au lieu de passer au pont de Veurdre, *remonta à pic* des carrières où personne ne monte.

Caillot avoue qu'il a changé de nom, qu'il se croit poursuivi. Il semble résulter de cet aveu et de l'existence qu'il mène jusqu'au moment de son arrestation, qu'il fait tout son possible pour se cacher.

Le 2 mai à huit heures du matin, Caillot était couché la face contre terre dans une luzerne, sur le talus de la rampe du pont près de la haie du chemin de fer de Lyon, lorsqu'il fut reconnu par les Neury, qui se mirent en devoir de l'arrêter.

Il fit semblant de se réveiller et se releva en grognant. Il fut arrêté et conduit au commissariat de police. Neury (Jean-Gabriel) déclare que lorsqu'ils ont arrêté Caillot et l'ont conduit au bureau de police, il n'a pas été question du crime qu'il avait commis.

### 3° *Antécédents. Examen du dossier.*

Dans ces réponses de Caillot que nous avons reproduites aussi exactement que possible, nous trouvons de précieux éléments pour apprécier sa mémoire et ses facultés intellectuelles.

Quant à ses facultés morales et instinctives, à son caractère, à ses habitudes, ses tendances, ses passions, nous devons les chercher dans les pièces de l'instruction.

L'inculpé a le plus grand intérêt à ne pas faire connaître ce qu'il peut y avoir de mauvais dans son existence ; aussi, sur toutes les questions qui ont trait à des faits ou des habitudes répréhensibles, il se défend vivement, soit en niant, soit en donnant des explications de nature à effacer toute mauvaise impression.

Nous chercherons dans ce dossier les premiers éléments de la connaissance de l'homme moral.

Caillot fait de nombreux voyages, exerce des professions diverses, subit plusieurs condamnations. De 1850 à 1858, il est condamné cinq fois et fait jusqu'en 1868, huit ans de prison et huit ans de surveillance. Il fait sa première communion dans une maison centrale vers l'âge de 20 ans et nous ne pouvons admettre que, s'il a été ainsi retardé, ce soit pour cause d'imbécillité.

Après son mariage, alors qu'il aurait dû changer complétement sa manière de vivre, abandonner cette humeur vagabonde, il se déplace encore et se fait suivre de sa belle-sœur dans la plupart de ses voyages.

A Chapareillan, où il a séjourné en plusieurs fois, relativement assez longtemps, il a laissé quelques impressions et quelques souvenirs que l'ancien maire de ce pays traduit comme il suit : « Caillot avait souvent des discussions avec sa femme ; sa belle-sœur menait une mauvaise conduite ; on disait qu'il avait commercé avec elle et qu'elle avait des enfants de lui. Il est d'un caractère irascible. »

D'après la façon dont Caillot a raconté son existence à Marseille, il semble que sa manière de vivre était régulière et n'offrait rien de répréhensible. Cependant nous sommes obligé, pour dégager les caractères essentiels de ses facultés intellectuelles, morales, instinctives, sans toutefois vouloir déterminer un degré quelconque de culpabilité, de rappeler certains faits relatés dans les pièces de l'instruction.

Nous désirons éviter autant que possible tout ce qui pourrait être considéré comme un réquisitoire tendant à aggraver la situation du prévenu ; mais les éléments de l'instruction, qui cherchent à montrer l'homme en lutte avec la société, sont souvent les mêmes que ceux dont nous avons besoin pour distinguer la maladie du caractère,

des habitudes, des tendances et des passions de l'homme moral.

La femme Caillot (Jeanne), veuve Pignard, de Marseille, tante du prévenu, dit dans sa déposition : « Mon neveu est très-mauvais sujet ; il logeait chez moi et ne payait pas son loyer. Je l'ai chassé ; il me fit des menaces avec la main en m'injuriant et disant : *Ah ! vieille coquine, tu me le payeras.*

» Le même soir, vers onze heures, il revint et voulut me faire rentrer dans l'intérieur de mon domicile, je le craignais et voulus rester sur le palier de l'escalier ; alors il m'asséna un violent coup de poing auprès de la tempe droite. A mes cris Bellon descendit ; mais Caillot était sorti après que je lui eus donné pour me défendre un coup de balai sur l'épaule. Caillot était d'un caractère excessivement violent ; il se livrait à la boisson et brutalisait, frappait continuellement sa pauvre femme. Il a cherché dans mes papiers croyant trouver un testament qui n'existait pas. »

Bellon (François), facteur à Marseille, déclare avoir fait arrêter Caillot deux fois. La première, après le 4 septembre, il avait brutalement frappé à coups de poing une dame Ricard. La deuxième, il était venu dans le domicile de sa tante pour l'y assassiner ; on trouva sur lui un compas de menuisier. Si on rappelle ces faits à Caillot, il les nie et accuse Bellon.

Les dépositions des témoins qui ont connu Caillot à Moulins paraissent être une nouvelle et plus complète confirmation de son caractère et de ses habitudes.

La femme Caillot (Marguerite), veuve Diégeot, tante du prévenu, dit : « Je n'ai connu l'existence de mon neveu que lorsqu'il a voulu se marier. Il était envieux de la fortune de ses parents ; il voulait se faire abandonner par ma sœur qui habite Marseille, ce qu'elle avait ; il m'a demandé la même chose à moi-même. Il avait toujours l'air de jouer la

comédie ; il se jetait sur moi, prenait ma tête dans ses mains, m'embrassait, etc., *j'en avais peur.* »

La nommée Marteau, femme Luneau, déclare qu'elle craignait Caillot, car il était sournois. « Depuis deux ou trois mois, dit-elle, il ne venait plus à la maison, il m'avait pris en haine parce que ma fille est élevée chez Mme Diégeot à qui il demandait toujours l'héritage. Il avait dit à MM. Raffet et Perrot, que si la succession *de sa tante lui échappait, ni ma fille, ni moi n'en profiterions, dusse-t-il mourir sur l'échafaud.* »

Raffet et Perrot reproduisent ce même propos et présentent Caillot comme paresseux, faux, sournois et méchant.

La veuve Marquet, propriétaire, raconte que : « Caillot frappait souvent sa femme et sa belle-sœur, et lorsque cela lui arrivait, il descendait en chantant et sifflant afin de mieux cacher son jeu. Lorsqu'il était en état d'ivresse, il frappait en même temps qu'il menaçait. Il avait vilain air et était très-sournois. Il avait prémédité ce qu'il avait fait, car il a attendu pour tuer sa femme que sa belle-sœur soit descendue ; puis après être descendu, il est remonté pour attendre sa belle-sœur dans l'escalier où il l'a tuée. »

Chapier (Gilbert) a connu Caillot comme un homme sournois et méchant, qui frappait sa femme et sa belle-sœur et descendait en chantant et sifflant. La fille Caillot lui a dit tenir de sa mère le propos suivant : « *Ton père a eu deux enfants avec ta tante, c'étaient deux garçons.* » Cette enfant, qui a assisté à la scène de l'assassinat, répète ces paroles et affirme que son père battait souvent sa mère et sa tante ; qu'il disait que sa mère voulait l'empoisonner et que sa tante était sa complice.

Cette idée d'empoisonnement que Caillot nie, se retrouve dans les dépositions de M. le docteur Reignier (Alexandre) et de M. Bonnejournée, pharmacien, qui a vu l'inculpé deux fois dans la journée du 2 avril.

Tous ces témoins, qui ont connu Caillot, ceux qui l'ont vu avant et après le crime, déclarent qu'il n'a jamais eu l'air d'un homme dont les idées sont troublées.

Le 27 mai, la fille Caillot, après avoir reconnu la hache saisie chez son père, pour être celle avec laquelle il a frappé sa mère et sa tante, est confontée avec le prévenu qui dit : *C'est une affaire bien pénible, je ne me rappelle rien de tout cela.*

Lorsqu'on interroge Caillot au sujet de ses relations avec sa belle-sœur, il répond : *C'est encore une colle : quand un homme est dans le malheur, chacun tape dessus ; ma belle-sœur n'était pas faite pour inspirer des passions.*

Caillot nie qu'il frappait sa femme et sa belle-sœur, qu'il se mettait en état d'ivresse ; il nie ses convoitises à l'égard de ses tantes, ses propos menaçants au sujet des Luneau. Toutes les questions nettes et précises relatives au crime, à tout ce qui peut le compromettre, sont suivies de cette réponse : *Je ne me rappelle de rien, je ne puis rien répondre à cela.*

### 4° *Examen de l'inculpé.*

Caillot, âgé de quarante-trois ans, est d'une taille au-dessus de la moyenne, d'un tempérament nervoso-sanguin et d'une forte constitution.

Sa physionomie mobile exprime souvent à son insu ou malgré lui, les sentiments qu'il éprouve ; son regard soupçonneux et oblique devient parfois menaçant.

Il s'exprime avec facilité ; ses réponses sont intelligentes, logiques, calculées et dénotent une excellente mémoire. Il se rappelle très-exactement ce qu'il a fait depuis son enfance, tous les chantiers où il a travaillé, le temps qu'il a passé tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, les professions diverses qu'il a exercées, ses nombreux voyages.

Pendant nos longues visites, ses réponses sur tout ce qui touche à son existence avant la fin de mars 1874, sont

absolument les mêmes que celles qu'il a faites à M. le juge d'instruction dans ses différents interrogatoires.

Il est un point cependant sur lequel il varie, c'est au sujet de ses condamnations.

Il a déjà compris que nous voulions constater l'état de sa mémoire et il nous dit qu'il n'a subi que deux condamnations, l'une à Chambéry, l'autre à Grenoble, pensant probablement que nous ne connaissions pas son dossier judiciaire.

Devant le juge d'instruction il s'est parfaitement rappelé toutes ses condamnations ; devant nous, il ne se souvient que de deux.

Dans le récit extrêmement lucide de sa vie peu régulière, Caillot montre, avec une mémoire parfaite, des facultés intellectuelles assez développées, beaucoup de logique et un raisonnement toujours juste, quoique souvent assez complexe, surtout lorsqu'il doit éviter par une réponse bien combinée de faire connaître son caractère, qu'il est intéressé à cacher, ou de laisser croire à des faits répréhensibles qui peuvent le compromettre.

Nous avons adressé à Caillot un très-grand nombre de questions auxquelles il a toujours répondu de diverses manières en rapport surtout avec leur importance, dont il se rend parfaitement compte.

Nous ne croyons pas qu'il soit utile de reproduire en entier ces interrogatoires, qui n'avaient d'autre but que de constater l'état mental de l'inculpé, soit avant le crime, soit après.

Il nous suffira de rappeler les principaux traits qui nous donneront la mesure de ses facultés intellectuelles et morales et surtout de sa mémoire, dont l'absence réelle ou simulée constitue exclusivement, d'après ses propres réponses, l'unique symptôme d'une affection que nous devons rechercher ou le système bien simple qu'il a adopté comme moyen de défense.

Le récit que Caillot nous fait de nouveau de son existence nous prouve de la façon la plus évidente qu'il n'existait chez lui aucun symptôme d'aliénation mentale, ni d'amnésie (perte de la mémoire) avant l'époque du crime.

Arrivé à la fin de mars, Caillot déclare ne plus rien se rappeler. « Il avait, dit-il, des treillis à faire chez lui pour M. Bruel, et il ne se souvient pas s'il les a rendus. Il s'est trouvé sans savoir ni pourquoi ni comment au bout d'un canal à Saint-Mamet. *Il ne sait pas combien il y a de jours et même de semaines qu'il est en prison.*

Il résulterait de cette réponse que la perte de sa mémoire, commencée à la fin de mars, dure encore à la fin de juin, c'est-à-dire trois mois après. Cette réponse est évidemment calculée, parce qu'il sait que nous voulons trouver chez lui une perte réelle de la mémoire ; mais il ignore qu'une durée si longue exclut précisément les affections mentales dont nous aurions pu chercher à déterminer l'existence. « Je ne me rappelle, dit-il, aucune date depuis la fin de mars, je ne sais à quelle époque on m'a arrêté. Je me souviens d'avoir été arrêté sur la route de Lyon par des paysans qui m'ont dit que j'avais tué ma femme et ma belle-sœur.

» En arrivant à Moulins je me suis rendu pendant la nuit chez moi, sans me rappeler l'époque, ignorant si c'était en avril, mai ou juin, j'ai frappé et appelé plusieurs fois et personne n'ayant répondu, je suis allé sur la route de Lyon, attendre pour voir ma tante et lui demander ce qu'était devenue ma femme.

» En revenant à Moulins, j'ai cru qu'on me poursuivait pour cet incendie qui avait eu lieu du côté de Grenoble, et c'est pour cela que je ne me suis pas rendu chez moi le matin. »

Il y a dans cette réponse une différence notable avec ce qu'il a dit dans ses interrogatoires.

Cette idée d'incendie serait d'après sa première version, le point de départ de son délire, et, se croyant poursuivi dès le début, il a déclaré qu'il avait changé de nom et se faisait appeler *Jean Perrin*. Après cette réponse, on lui a montré une lettre du maire de Chapareillan qui lui dit que les maisons de ses beaux-frères n'étaient pas incendiées. Cette lettre lui est arrivée le 2 avril.

Sur ce point et quelques autres importants, nous lui adressons les questions suivantes:

*D.* Avez-vous changé de nom en partant de Moulins?

*R.* Non, du tout, je n'ai pas changé de nom.

*D.* Vous l'avez déclaré vous-même à M. le juge d'instruction; vous avez même dit le nom que vous avez pris, parceque vous croyez être poursuivi pour incendie.

*R.* Je n'ai pas changé de nom.

*D.* Aviez-vous quelques griefs contre votre femme et votre belle-sœur ?

*R.* Aucun.

*D.* Avez-vous eu des maladies ?

*R.* (Après réflexion). J'ai eu des fièvres que j'ai gardées deux ans à Grenoble.

*D.* Avez-vous consulté quelque médecin ou quelque pharmacien ?

*R.* Je ne m'en souviens pas. J'ai consulté, il y a dix-huit mois, un ancien prêtre, pour des faiblesses ; je ne me rappelle pas ce qu'il m'a ordonné ; c'est ma femme qui m'avait amené chez ce prêtre. Ma femme me faisait prendre des remèdes venant de l'hôpital ; je crois qu'ils m'ont fait du bien.

*D.* Vous n'avez jamais pensé que ces remèdes pouvaient vous empoisonner ?

*R.* Jamais.

*D.* N'avez-vous pas demandé du contre-poison à un pharmacien ?

*R.* Je ne m'en souviens pas du tout.

*D*, N'avez-vous pas consulté M. Reignier ?

*R*. Je ne connais pas M. Reignier.

*D*. Le 2 avril, vous êtes allé deux fois chez M. Bonnejournée, pharmacien ?

*R*. Je ne m'en souviens pas, je ne connais pas M. Bonnejournée pharmacien.

Ces réponses établissent que les idées d'empoisonnement constatées dans certaines dépositions sont absolument niées par Caillot, qui voit là, sans doute, un motif qui pourrait être invoqué comme mobile du crime.

Cette négation nous fournit la preuve que cette idée n'est pas une conception délirante.

Caillot peut fort bien avoir jugé sa femme et sa belle-sœur d'après ses sentiments et ses instincts, et les supposer capables d'avoir voulu l'empoisonner.

*D*. Je voudrais pouvoir m'expliquer comment vous avez perdu la mémoire; depuis trois mois elle vous fait défaut plus ou moins complétement. Pareille chose vous est-elle arrivée d'autres fois ?

*R*. Je ne m'en souviens pas.

*D*. Avez-vous eu des douleurs de tête, des éblouissements ?

*R*. Souvent (après réflexion) tantôt d'un côté tantôt de l'autre, en avant sur le front.

*D*. A ces moments aviez vous de l'appétit, dormiez-vous bien, avez-vous éprouvé des cauchemars, des visions ?

*R*. Je ne pouvais pas manger, je ne fermais pas les yeux de la nuit à cause de mes douleurs de tête. Il me semblait qu'on voulait me prendre, me serrer; je voulais crier et ne pouvais pas. J'ai eu ces choses-là partout; cela durait peu : de un à deux jours.

*D*. Aviez-vous des visions étant éveillé ?

*R*. Jamais.

*D*. Aviez-vous l'habitude de boire ?

*R*. Je ne me suis jamais mis en ribote.

*D*. Cependant l'abus de l'alcool fait perdre la mémoire ?

*R.* Je puis avoir bu quelquefois sans me le rappeler.

Ces symptômes sans importance que Caillot accuse à mesure que nous les énumérons semblent lui faire croire que nous allons enfin trouver une cause pour expliquer la perte de sa mémoire.

Après ces quelques questions, il exagère le trouble de cette faculté; aussi sur certains faits relatifs aux circonstances du crime dont on lui a parlé bien des fois, il me répond qu'il ne sait rien absolument ; il ignore comment sa femme et sa belle-sœur ont été assassinées; il ne se rappelle rien de ce que le juge d'instruction lui a dit.

*D.* On vous a montré une hache tachée de sang, vous l'avez reconnue et dit que vous aviez mis le manche.

*R.* Je ne me rappelle pas avoir vu de hache (Caillot, en rentrant dans sa cellule, aurait dit à son camarade, qui ne le quitte pas : j'ai eu tort de reconnaître la hache.)

*D.* Avez-vous vu des témoins qui sont venus ici pour être confrontés avec vous ?

*R.* Je ne me rappelle pas.

*D.* Si votre mémoire est troublée, elle n'est pas entièrement perdue; faites en sorte de vous rappeler.

*R.* J'ai vu hier le secrétaire de M. le juge d'instruction, qui m'a dit qu'il voulait faire vendre mon mobilier; je lui ai répondu que je voulais bien.

*D.* Vous avez vu le Procureur de la République et le Procureur général; vous leur avez dit que vous avez reconnu la hache ?

*R.* Je me souviens d'avoir vu ces messieurs il y a quatre ou cinq jours, mais je ne sais ce qu'ils m'ont demandé.

Nous remarquons qu'il y a *cinq jours*, Caillot a déclaré avoir reconnu la hache qu'on lui avait montré plus de *quinze jours* auparavant, et, aujourd'hui, il ne veut pas se rappeler.

*D.* Votre fille est venue ici, vous l'avez vue, elle s'est évanouie et on a été obligé de la faire sortir.

*R.* Je ne me rappelle pas d'avoir vu ma fille ici.

On lui rappelle tous les détails de cette confrontation et il persiste à n'en avoir aucun souvenir.

*D.* Vous devez vous rappeller d'autres personnes que vous avez vues ici depuis votre arrestation ?

*R.* Je me souviens d'avoir vu Chapier, le tisserand chez qui j'ai travaillé; il était avec Perrot, qui a prétendu que je l'avais menacé et que j'aurais menacé les Luneau au sujet de la succession de ma tante; selon lui, j'aurais dit que je me moquais de mettre ma tête sur l'échafaud. Il a été question d'une procuration que ma belle-sœur m'aurait demandée étant à Marseille, moi ici, Chapier m'a conseillé de ne pas l'envoyer; je suis allé consulter M. Cortet à ce sujet; je me rappelle qu'il était quatre heures du matin.

Le lendemain du jour où j'ai vu Chapier et Perrot, Raffé est venu ici et a tenu le même propos. J'ai vu aussi, ce jour, deux employés du chemin de fer: celui qui avait la blouse disait qu'il m'avait vu sur un pont du chemin de fer; l'autre dit m'avoir vu au même endroit le même jour et un jour avant.

*D.* Vous devez vous rappeler qu'il est venu un paysan reconnaître votre blouse ?

*R.* Je ne me souviens pas d'avoir vu de paysan venu ici pour reconnaître ma blouse.

*D.* On vous a ôté ce jour-là le costume de la prison pour vous habiller comme le jour de votre arrestation; vous avez fait remarquer que vous aviez diminué la blouse ?

*R.* Je ne me souviens pas de blouse, j'ai toujours cru que c'était ma blouse; je ne me rappelle pas d'en avoir changé depuis mon départ de Moulins.

*D.* Comment étiez-vous habillé le jour de votre arrestation ?

*R.* J'avais un pantalon fond blanc, une blouse bleue et un chapeau.

On rappelle à Caillot tous les détails possibles relatifs à

cette confrontation et, après beaucoup de réflexion, il dit ne pas se souvenir.

*D.* Vous vous rappelez assez bien certains faits insignifiants ; avez-vous remarqué que pour les choses les plus importantes vous n'en avez aucun souvenir ?

*R.* Je ne sais pas, je ne remarque rien.

Cette observation le fait réfléchir, sa physionomie s'assombrit, son regard devient menaçant.

*D.* Savez-vous à quelle heure de la journée vous avez été arrêté ?

*R.* Je ne me rappelle pas si c'est le matin ou le soir.

*D.* Quelles sont les personnes qui ont couché avec vous dans la cellule depuis que vous êtes en prison.

*R.* Je ne me souviens que de celui qui couche actuellement.

*D.* Vous devez vous rappeler de Gagnepain qui a voulu tenter de s'évader?

*R.* Je ne me souviens pas de Gagnepain.

Cependant le 7 mai pendant un interrogatoire, le prévenu dit qu'il se rappelait moins parce qu'il avait eu une histoire le matin avec le chef et que cela le tracassait.

Il a été trouvé, dit-il, dans ma cellule, un morceau de fer au sujet duquel on m'a interrogé.

Caillot, pendant que nous lui adressons des questions, ne cesse de regarder, avec la plus grande attention ce que nous écrivons.

*D.* Le 3 avril au soir vous avez été chez un marchand de vin, et vous avez raconté il y a quelques jours très-exactement la conversation que vous aviez eue ce jour-là.

*R.* Je ne me rappelle pas d'avoir vu quelqu'un à cette époque, ni d'avoir rien raconté à ce sujet.

*D.* Vous avez habité Marseille ?

*R.* Je n'aurais jamais dû y aller.

*D.* Pourquoi regrettez-vous d'avoir été à Marseille ?

*R.* (Après une longue réflexion). Le climat ne m'allait pas.

*D.* Il paraîtrait que votre tante vous a renvoyé?

*R.* Ma tante a renvoyé ma femme et ma belle-sœur et non moi, je ne sais pourquoi.

*D.* Vous n'avez jamais frappé votre tante ?

*R.* (Avec animation). Ce n'est pas vrai.

*D.* Avez-vous frappé un nommé Ricard ?

A cette question Caillot s'emporte, sa figure est très-animée, son regard courroucé et menaçant; il parle avec volubilité, il élève la voix et dit avec une violence qu'il ne peut maîtriser : «On veut me charger, maintenant j'aurai frappé tout le monde ; c'est Bellon qui m'a frappé avec sa femme et sa belle-fille. Les Bellon cherchaient à m'éloigner afin de diriger ma tante à leur gré ; on a fait entendre à cette femme que je voulais lui prendre un testament. Si j'avais voulu lui *berliquer* tout ce qu'elle avait chez elle, c'était bien facile. La première fois que j'ai été chez ma tante, je ne la connaissais pas cette *femme-là ;* je suis resté seul un mois chez elle et si j'avais voulu tout lui prendre, c'était très-commode.»

Nous faisons observer à Caillot qu'il a tort de s'emporter ainsi et de montrer son caractère, il reconnaît qu'il est impressionnable.

Les réponses de Caillot sur tout ce qu'il a fait depuis son départ de Moulins sont insignifiantes; il ne se souvient d'aucun point important autre que ce qu'il a déjà répondu dans ses interrogatoires.

Dans ce qu'il dit il lui échappe parfois des contradictions qu'il n'a pas prévues : après avoir affirmé plusieurs fois qu'il s'était trouvé à l'extrémité du canal de Briare, à St-Mamet, sans pouvoir se rappeler autre chose, il avoue, à la prison, qu'il s'est reconnu derrière l'église d'Yzeure, probablement peu de temps après l'assassinat.

*D.* Croyez-vous qu'au moment du crime vous étiez complétement fou ?

*R.* Oui, si je n'avais pas été fou, je ne l'aurais pas fait ;

si j'avais été dans mon bon sens je me serais arrangé différemment.

Caillot a beaucoup réfléchi avant de répondre; il a attendu que je lui dise qu'il n'avait qu'un moyen d'expliquer le trouble de l'esprit et la perte de mémoire qu'il accuse, c'est qu'il était fou.

Après son affirmation je lui demande pourquoi et comment il est devenu fou si subitement.

*D.* Je ne puis m'expliquer votre folie. Si vous aviez fait des excès de boissons, surtout en vous nourrissant mal, il y aurait peut-être là un motif, car vous devez savoir que les excès alcooliques rendent fou et font perdre la mémoire ?

*R.* Il m'arrivait souvent le matin de boire quelques gouttes d'eau-de-vie avec l'un ou l'autre; j'en ai bu pour dix ou douze sous ; cet hiver en coupant du bois dans la ville, j'en ai bu pas mal; souvent n'ayant pas mangé, je buvais davantage; je restais jusqu'à trois ou quatre heures sans manger et je buvais soit de l'eau-de-vie, soit du vin, avec une croûte de pain, si j'en avais.

*D.* Vous ne vous rappelez pas quelqu'autre cause de cette folie ?

*R.* Je ne vois aucune autre cause que les excès de boissons; je ne me souviens pas s'il y a eu des querelles ou des batailles avant l'époque où je suis devenu fou.

*D.* En ce moment vous croyez ne pas être fou ?

*R.* Non, si je m'étais trouvé dans un moment comme aujourd'hui, je n'aurais pas fait ce dont je suis accusé.

*D.* Combien de temps votre folie a-t-elle duré ?

*R.* Je ne puis pas dire cela, tout le temps que j'ai resté dehors je ne savais pas ce que je faisais et je ne me souviens de rien ou peu de chose depuis mon arrestation.

*D.* Puisque votre folie a cessé, vous ne savez quand, comment se fait-il que votre mémoire ne soit pas revenue ?

*R.* Je ne sais pas.

*D.* Chez qui et avec qui buviez-vous le plus souvent ?

*R.* Je buvais avec le fils Puzinat, le fils Chapeau, mécanicien ; Bernard, menuisier ; j'allais chez Joseph Lecharpentier, chez Mauguin, chez Dresse et autres.

Caillot, après avoir beaucoup réfléchi, et pressé par nos observations et questions, a adopté dans ses dernières réponses un nouveau système qui consiste à expliquer son crime par une folie alcoolique, alors qu'il avait toujours nié énergiquement qu'il se livrât à ces excès qu'il décrit aujourd'hui peut-être trop complaisamment.

### 5° *Discussion médico-légale.*

Après avoir étudié longuement la vie intellectuelle et morale de Caillot, il nous reste à résoudre les questions suivantes :

Caillot a-t-il été, à une époque quelconque de son existence, atteint d'aliénation mentale ?

Était-il aliéné au moment du crime, et l'a-t-il commis sous l'influence d'un état mental qui enlève la jouissance du libre arbitre et assure l'irresponsabilité ?

Il ne nous appartient pas de discuter la culpabilité qui, dans cette affaire, a de nombreux points de contact avec la responsabilité que nous devons dégager des éléments divers dont nous avons pu disposer.

Nous avons à rechercher l'existence de l'aliénation mentale pour en déduire la privation, à un moment donné, du libre arbitre et de la liberté morale, bases nécessaires de la responsabilité.

Comme toutes les maladies, la folie doit avoir son histoire et ce n'est que par l'examen minutieux de ses caractères essentiels, indispensables, qu'il est possible de constater son existence d'une façon scientifique et consciencieuse.

Jusqu'à la fin de mars 1874, nous ne trouvons dans la vie errante et accidentée de Caillot, qu'il raconte lui-même

avec une logique et une mémoire remarquables, aucun fait qui puisse se rattacher à l'existence d'une affection mentale.

L'hérédité, qui joue un si grand rôle dans l'étude des causes de la folie, ne peut être invoquée en faveur de Caillot. —

Sa mère est morte chez elle, à Chambéry; son père, employé au chemin de fer de Lyon, a été tué par accident; ses tantes de Marseille et de Moulins jouissent de leur raison; sa folie, si elle existe, n'est donc pas héréditaire.

Nous devons dire ici que les folies homicides, suicides, incendiaires, sont très-souvent héréditaires à des degrés divers.

Caillot fait sa première communion dans une maison centrale après l'âge de 20 ans; ce n'est évidemment pas pour cause d'imbécillité ou de folie: ses dispositions morales qui se traduisent par une condamnation assez grave, l'expliquent suffisamment.

Ses déplacements incessants, ses condamnations, les professions si diverses qu'il exerce tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, le désir de posséder qu'il manifeste dans certaines circonstances, caractérisent des habitudes, des goûts, des tendances et des passions qu'on ne saurait confondre avec des symptômes de folie, de même que le fond de son caractère consiste à le rendre sournois, irritable, irascible, paresseux, livré à la boisson, violent et brutal envers sa femme et sa belle-sœur.

En fouillant dans toute son existence jusqu'à l'époque du crime, il ne nous est pas possible de découvrir aucun antécédent, aucune cause, aucun symptôme susceptibles de faire supposer l'existence d'une affection mentale.

Partout où nous cherchons un aliéné, nous trouvons sans cesse un homme que le caractère, le penchant et les passions semblent avoir mis en lutte contre la société et les lois de son pays. En arrivant à la période la plus obscure

de cette existence, si facile jusqu'alors à apprécier et qui enveloppe le crime de circonstances morales oubliées ou cachées avec soin, nous nous trouvons en présence de quelques faits bien constatés, qui devront nous fournir de précieux éléments dans la recherche de la vérité scientifique.

Avant le crime, nous ne trouvons qu'une cause possible d'aliénation mentale : les excès alcooliques niés d'abord avec énergie et insistance, racontés ensuite dans des circonstances que nous avons déjà relatées.

Il existe aussi ce qui pourrait être considéré comme un symptôme, c'est l'idée d'empoisonnement que nous aurons à examiner rapidement.

Depuis l'arrestation, le symptôme unique, exclusif, vrai ou simulé, dont l'importance est capitale, consiste entièrement dans l'*amnésie* ou trouble plus ou moins grand de la mémoire.

Nous l'avons étudié scrupuleusement sous toutes les faces, car c'est le point le plus saillant de la question que nous avons à résoudre.

Caillot, après avoir nié ses excès alcooliques, les avoue et les exagère peut-être, dès qu'il voit là une explication de sa folie qui l'aurait poussé à commettre un double assassinat.

Les renseignements affirmant les habitudes alcooliques de l'inculpé, nous devons examiner l'influence de cette cause dans la détermination du délire qui en aurait été la conséquence exclusive et nécessaire.

Caillot a-t-il été atteint de folie alcoolique au moment du crime ?

Telle est, croyons-nous, la première question à résoudre.

Nous ne savons si Caillot était en état d'ivresse le 4 avril au matin, les éléments nécessaires à cette constatation nous font défaut. Peut-être aurons-nous plus tard à nous prononcer sur cette question qu'il ne nous est pas possible aujourd'hui de traiter.

Dans tous les cas l'ivresse n'est pas une affection mentale proprement dite et ne saurait être considérée comme assurant l'irresponsabilité.

Nous ne trouvons dans le délire aigu auquel Caillot prétend avoir été en proie, aucun symptôme de *delirium tremens* ou de folie alcoolique aiguë ou chronique, unique affection produite par l'abus des boissons.

Il n'y a ni ce tremblement caractéristique qui enlève la *précision des mouvements,* ni ces hallucinations violentes de l'ouïe et de la vue qui jettent le trouble dans les facultés et les déterminations. Les alcoolisés, dans l'état aigu de leur maladie, entendent des coups de feu, voient des animaux de toute sorte qui grossissent, les obsèdent et dont ils veulent se débarrasser; *ils recherchent le monde,* parlent de boire, etc. Ces crises de *delirium tremens* durent plusieurs jours, et il est impossible que la maladie ne soit pas constatée, tant les manifestations extérieures sont évidentes.

Après la crise *la mémoire revient intacte* et les malades se rappellent ce qu'ils ont fait et ce qu'ils ont vu pendant leur délire. Ils conservent souvent des symptômes physiques du côté des mouvements surtout, qui font complétement défaut chez Caillot.

Nous ne pouvons pas admettre que l'inculpé ait été atteint d'une folie alcoolique, soit avant le crime soit depuis.

Si on considère l'idée d'empoisonnement comme un symptôme d'aliénation mentale, quoique cette conception délirante exclusive soit difficile à admettre, il y aurait lieu de rechercher s'il n'existe pas une de ces monomanies qui débutent par une idée fixe, seule affection mentale possible dans ce cas.

Mais cette monomanie exclut l'existence de l'altération de la mémoire.

Si Caillot était monomane, il se rappellerait fort bien tout ce qu'il a fait et expliquerait son crime par sa conception délirante qui aurait augmenté et se serait im posée à

lui au point de diriger entièrement ses actes et ses paroles. Mais cette idée, qui se serait certainement compliquée d'illusions et d'hallucinations dont on conserve le souvenir, au lieu de grandir, de s'étendre, disparaît et s'efface ; Caillot l'oublie complétement. L'inculpé n'a donc jamais été atteint de monomanie.

Nous arrivons à l'examen de l'amnésie, dont nous devons constater l'existence ou la simulation.

La mémoire de Caillot est très-exacte et très-précise jusqu'à la fin de mars 1874, ses facultés intellectuelles, suffisamment développées, ne nous ont jamais paru troublées.

Ses négations sur ce qui peut être blâmable, ses explications sur des faits qu'il ne lui est pas possible de nier, prouvent qu'il raisonne et calcule toujours ce qu'il doit répondre pour éviter de se compromettre. Quelques jours avant le crime, cette excellente mémoire disparaît complétement; l'inculpé ne se rappelle plus rien, si ce n'est quelques faits insignifiants.

Depuis son arrestation, il oublie à mesure tout ce qu'il peut y avoir de saillant dans ses interrogatoires, dans ses confrontations, dans ce qu'on lui dit, et se rappelle fort bien des faits sans importance.

Il oublie tout ce qui est susceptible de frapper son imagination, son intelligence, ses sentiments affectifs, et de laisser une impression profonde et durable sur sa mémoire.

Dans les récits, les affirmations énergiques souvent répétées de Caillot, nous trouvons certaines contradictions qui ne peuvent inspirer que des doutes sur sa véracité.

Après son arrestation, il dit au juge d'instruction qu'il s'est reconnu à l'extrémité du canal de Briare et a pris le nom de Jean Perrin, parce qu'il se croyait poursuivi pour incendie; on lui montre alors une lettre qu'il a reçue le 2 avril, lui disant que cet incendie n'existe pas.

Il nous affirme n'avoir pas changé de nom. A la prison il avoue s'être reconnu derrière l'église d'Yzeure.

Ces contradictions n'ont aucun rapport avec l'état de sa mémoire, qui ne comporte pas toutes ces variations en rapport avec les personnes qui interrogent, la façon dont les questions sont adressées et les considérations qu'on fait valoir pour amener l'inculpé à dire la vérité.

Depuis que Caillot est à la prison, il s'est produit trois faits qui auraient dû se graver profondément dans sa mémoire, car ce sont des chefs d'accusation qui l'accablent.

Le premier, c'est la vue de cette hache ensanglantée qu'il a parfaitement reconnue. Quinze jours après, il se rappelle ce fait, puis il l'oublie complétement.

Le deuxième s'est produit lors de la confrontation avec sa fille, témoin du crime, et dont la déposition est la base de l'accusation qui pèse sur lui. Toutes ses facultés ont dû être impressionnées à la vue de son enfant qui s'évanouit presque sous ses yeux. Eh bien ! il ne se rappelle pas d'avoir vu sa fille.

Le troisième a eu lieu au moment où on lui fait reprendre le costume qu'il avait le jour de son arrestation, afin d'être confronté avec des paysans venus pour reconnaître sa blouse. Il n'a aucun souvenir de cette confrontation, de même qu'il a oublié avoir eu pour compagnon un nommé Gagnepain, qui a voulu faire une tentative d'évasion.

Mais s'il a entièrement oublié des faits si graves, il se souvient très-exactement certaines conversations d'une faible importance.

Il raconte qu'il a vu le secrétaire de M. le Juge d'instruction, qui est venu lui parler de ses meubles; il a dit qu'on pouvait les vendre, que cela lui était indifférent.

Il se rappelle des deux employés du chemin de fer, de ce que chacun d'eux a dit, les distinguant fort bien, en désignant l'un d'eux comme ayant une blouse.

Il a vu Chapier et Perrot et répète exactement tout ce qui a été dit dans cette confrontation.

L'amnésie n'a jamais existé dans de pareilles conditions. Si on oublie tous les faits les plus importants, on ne devrait

pas se rappeler d'une façon aussi précise des choses insignifiantes se rapportant aux mêmes époques.

Si on veut admettre un instant l'existence de cette amnésie, on ne peut qu'être surpris de cette coïncidence qui fait que l'inculpé oublie tout ce qui peut le compromettre et se souvient à peu près de tout le reste.

Cette perte toute spéciale de la mémoire, commencée à la fin de mars, persiste encore à la fin de juin; elle a donc duré jusqu'à présent plus de trois mois.

Si Caillot a été atteint d'un délire aigu, comment a-t-il pu se sauver? sa démarche, ses paroles, ses gestes, sa physionomie, tout aurait dû le trahir et le faire arrêter. Il aurait marché sans but, tandis qu'il évite les chemins, suit le long de la rivière, vole une blouse bleue, qu'il endosse aussitôt pour se déguiser. Les personnes qui le voient déclarent qu'il n'a pas l'air d'un homme égaré, mai bien d'un voleur qui se cache.

Mais, des circonstances exceptionnelles peuvent l'avoir favorisé, ceux qui l'on vu se sont peut-être trompés.

En admettant l'existence de ce délire, nous devons le rapporter à une affection mentale définie et rechercher s'il est compatible avec l'état de mémoire.

A un moment donné ce délire cesse, et alors nous devons nous demander comment la mémoire ne revient pas.

Cette aliénation mentale dont la constatation nous échappe jusqu'à présent, a-t-elle été une *folie instantanée* ou une *folie subite*?

Nous n'en trouvons aucun des symptômes. Ces folies caractérisées par un désordre général des facultés, des hallucinations terrifiantes, des impulsions instinctives dont les malades ont souvent conscience, des cris, etc., ne durent que quelques heures, et après la crise la mémoire revient intacte et retrouve toujours le souvenir plus ou moins précis de ce qui s'est passé.

Est-ce une épilepsie larvée ou folie épileptique sans crises convulsives ?

Nous ne trouvons encore là ni les antécédents, ni les symptômes, ni la durée, ni la marche de cette maladie. La mémoire revient aussi après ces crises qui durent à peine quelques jours, tandis qu'après trois mois Caillot ne l'a pas recouvrée.

Les épileptiques larvés perdent exclusivement le souvenir de ce qui s'est passé pendant leur crise, mais ils se rappellent de tout, en dehors de cette période délirante très-limitée.

Toutes les autres affections mentales, telles que la démence, l'idiotie, la paralysie générale, dont les signes physiques sont si caractéristiques, les folies périodiques, etc, ne peuvent être invoquées dans ce cas et nous arrivons fatalement, en procédant ainsi, par exclusion, à la négation de la folie qui entraîne la simulation et la responsabilité.

### 6° *Conclusions.*

1° Caillot, au moment où il a commis le crime dont il est accusé, n'était pas atteint d'aliénation mentale.

2° Il jouissait de son libre arbitre.

3° L'amnésie ou perte de mémoire que nous avons observée est simulée.

4° Il est responsable.

Le 31 octobre 1874, la cour d'assises de l'Allier condamne Caillot à la peine de mort.

## Société médico-psychologique.

*Séance du 25 juin 1877.* — Présidence de M. Billod.

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

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Baillarger s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

2° Une lettre de M. Ch. Loiseau s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

3° Une lettre de M. Mordret remerciant la Société du titre de membre correspondant qu'elle lui a conféré dans une de ses dernières séances.

4° Une lettre de M. Prosper Despine, qui remercie la Société de l'avoir élu membre correspondant.

5° Une lettre de M. Rothé, médecin en chef de l'asile des aliénés de Varsovie, qui remercie la Société de l'avoir élu membre associé étranger.

6° M. Lubelski, de Varsovie, sollicite le titre de membre associé étranger et envoie plusieurs brochures à l'appui de sa candidature.

Commission : MM. Moreau (de Tours), Collineau et J. Falret, rapporteur.

7° M. le Dr Bini sollicite le titre de membre associé étranger et envoie plusieurs brochures à l'appui de sa candidature.

Commission : MM. Espiau de Lamaëstre, J. Falret et Motet, rapporteur.

8° M. le Dr Stacchini sollicite le titre de membre associé étranger et envoie ses travaux à l'appui de sa candidature.

Commission : MM. Legrand du Saulle, Magnan, et Boucherau, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Deux brochures du Dr Miraglia sur des questions relatives aux aliénés criminels.

M. le Secrétaire général, à propos de cette présentation,

est heureux de pouvoir féliciter publiquement les médecins aliénistes de l'Italie de leur zèle pour le progrès de la médecine mentale.

2° Un travail de M. Paul Moreau (de Tours), intitulé *De la Folie jalouse*.

*Rapport de candidature.*

M. Motet communique le rapport suivant sur la candidature de M. Sisteray au titre de membre correspondant :

Messieurs,

Vous avez chargé une commission composée de MM. J. Falret, Legrand du Saulle et Motet, de vous présenter la candidature de M. le Dr Sisteray, médecin en chef de l'asile d'aliénés à Bordeaux, au titre de membre associé de la Société médico-psychologique. Nous avons l'honneur de vous rendre compte des travaux de notre honorable confrère.

Ancien interne de l'asile Sainte-Anne, des asiles publics de Moulins, de Marseille, de Rodez et de Dijon, on peut dire de M. le Dr Sisteray que sa vie médicale s'est écoulée tout entière au milieu des aliénés, qu'il a ainsi appris à les bien connaître, et qu'il a acquis une expérience solide et sûre dans ce contact de tous les jours. S'il ne vous envoie pas de nombreux travaux, ceux que nous avons analysés ne sont pas sans valeur ; au premier rang nous vous présenterons sa thèse inaugurale : « Simulation de l'épilepsie aux points de vue de la pratique et de la médecine légale.

M. Sisteray dit excellemment dans ses préliminaires : « On ne saurait contester à cette partie de l'histoire de l'épilepsie une utilité pratique de premier ordre. Elle touche de trop près à la tranquillité générale, à la morale publique et à la justice, pour que ceux qui sont chargés de défendre la société ne se fassent un devoir de rechercher les moyens de reconnaître la supercherie de ceux qui veulent éviter le châtiment trop mérité, ou bien inspirer une pitié dont ils sont indignes. » Nous ne saurions trop approuver ces sentiments, et nous pourrions trouver dans la thèse de M. Sisteray un assez grand nombre de cas auxquels ils se pouvaient appliquer. Malheureusement les observations ne sont pas nombreuses; il n'y en a qu'une qui soit personnelle à l'auteur. Bien qu'elle soit très-complète, il nous est permis de dire que ce n'est pas assez, et que le travail eût beaucoup gagné à présenter un plus grand nombre d'exemples. Nous ne pouvons louer que le plan général du travail,

l'esprit de recherches honnêtes, poursuivies par des procédés scientifiques, et qu'exprimer le désir de voir M. Sisteray continuer dans le grand asile qui lui est aujourd'hui confié des études pleines d'intérêt. Il rencontrera certainement encore des simulateurs d'épilepsie ; qu'il nous fasse connaître le résultat de ses observations sur eux, il rendra service à tous les médecins légistes, dont la tâche est toujours si délicate, souvent si difficile.

A cette thèse, M. le Dr Sisteray ajoute trois rapports médico-légaux, déjà publiés dans les *Annales médico-psychologiques* ; ils sont connus de vous, nous n'avons pas pensé qu'il y eût lieu d'y insister particulièrement.

M. Sisteray s'excuse, dans sa lettre de candidature, de n'avoir pas de plus importants travaux à nous présenter ; il nous prie de tenir compte de son zèle et de son dévouement dans l'exercice de ses fonctions. Votre commission a pensé, Messieurs, qu'elle devait accueillir favorablement la demande de M. Sisteray, et vous proposer de lui accorder le titre qu'il sollicite. En le rattachant à nous, il lui rappellera que nous sommes un centre où les travailleurs trouveront toujours un sympathique appui, et nous espérons bien qu'il voudra nous faire profiter des observations qu'il ne manquera pas de recueillir dans un important asile.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Sisteray est nommé, à l'unanimité des membres présents, membre associé.

*Discussion sur l'aphasie* (suite et fin).

M. Legrand du Saulle. — Il y a deux mois, à la séance d'avril, j'ai eu l'honneur d'entretenir la Société du fait qui s'est passé à Montreuil-sous-Bois, en 1875, et j'ai insisté sur cette circonstance que l'aphasique Delaye s'était trouvé, avant de mourir, dans l'impossibilité de donner le moindre renseignement sur le meurtre de sa femme.

L'affaire est entrée depuis dans une autre voie et la Cour d'appel de Paris vient de rendre un arrêt d'une importance considérable. Veuillez donc me permettre de compléter l'observation.

Ainsi que je l'ai dit déjà, les époux Delaye s'étaient fait une donation réciproque de leurs biens. Or, un procès n'a pas tardé à éclater entre les héritiers naturels de Mme Delaye et le

curateur à la succession de Delaye, mort à Bicêtre sans héritiers.

Pour demander la nullité de la donation de la femme, on a prétendu d'abord que cette donation était révocable pour cause d'ingratitude et ensuite que la condition du prédécès de la donatrice ne s'était accomplie que par le fait du donataire. On a répondu à cela que l'assassinat de Mme Delaye par son mari n'avait point été prouvé ; qu'une ordonnance de non-lieu était intervenue ; que Delaye avait été considéré comme étant irresponsable et que dès lors un irresponsable ne pouvait pas être ingrat.

La Cour a admis que le meurtre ne pouvait être attribué qu'à Delaye ; que l'ingratitude s'était d'ailleurs manifestée par des violences envers sa femme ; qu'une ordonnance de non-lieu ne constituait pas la chose jugée ; que le médecin expert, en concluant à l'irresponsabilité, n'a procédé que par induction, et, par ces motifs, elle a annulé la donation.

En vertu de cet arrêt, les héritiers naturels de Mme Delaye vont entrer en possession de la moitié de la fortune considérable des époux Delaye. Quant à l'autre moitié, elle fera retour à l'Etat.

### ÉPILEPSIE MÉCONNUE.— UN ASSASSIN DE QUINZE ANS ET DEMI.

M. Legrand du Saulle communique à la Société l'observation clinique et médico-légale de Félix Fraîche, inculpé de meurtre avec préméditation.

#### 1° *Antécédents de Fraîche.*

Félix Fraîche est né le 27 août 1861, à Thiers (Puy-de-Dôme). Il a éprouvé, vers l'âge de trois ou quatre ans, de très-fréquentes angines. De cinq à sept ans, il a été sujet à des manifestations nerveuses assez étranges et consistant dans des mouvements involontaires impulsifs : il brisait tout à coup, par exemple, les jouets auxquels il tenait le plus, et, pour le faire manger, il demandait qu'on lui tînt les mains. Dans l'hiver, il souffrait très-souvent de névralgies dentaires très-douloureuses. A treize ans, il paraissait être âgé de huit ans à peine, puis sa croissance s'est très-rapidement effectuée. D'une intelligence médiocre, ayant peu de mémoire, il était généralement doux, craintif, concentré, sombre, docile et laborieux.

Il paraissait assez désireux de s'instruire, se conduisait bien et n'était jamais puni.

Poltron et impressionnable à l'excès, il couchait dans la chambre de son père, poussait fréquemment des cris pendant la nuit, urinait au lit de temps en temps, avait parfois des « étouffements » et une respiration tout à fait bruyante. La lumière ne pouvait jamais être éteinte dans la chambre à coucher.

2° *Examen direct de Fraîche.*

*Etat physique.* — Félix Fraîche est grand et assez fort. Il est d'une laideur repoussante. Son crâne est mal conformé et son front est bas. Il a du strabisme convergent des deux côtés, une grande faiblesse visuelle du côté gauche et une myopie prononcée du côté droit. La pupille gauche est plus dilatée que la droite. Le nez est épaté. La lèvre supérieure est immobilisée par une paralysie congénitale; la lèvre inférieure est large et épaisse; la bouche est très-grande. Les deux mâchoires ne se correspondent pas : le maxillaire supérieur est très-proéminent et armé de trois incisives énormes, le maxillaire inférieur est en retrait. Cette fâcheuse disposition, qui ne s'observe guère que chez des représentants dégénérés de l'espèce humaine, permet volontiers à la salive de s'écouler. En outre, de concert avec l'immobilisation de la lèvre supérieure, elle rend la prononciation très-défectueuse en général, et, en particulier, presque impossible l'articulation des labiales.

Le jeune prévenu est asymétrique. Toute la partie gauche de la face et du corps est plus développée que la partie droite, si bien que l'ensemble de la physionomie a un aspect dysharmonique choquant. Le teint est terne et blafard, et il accuse une constitution lymphatique à l'excès, presque scrofuleuse.

Les doigts de la main gauche sont soudés jusqu'à la moitié de la seconde phalange. Or, l'on sait que la palmation n'appartient qu'aux types les plus dégradés et les plus inférieurs.

Au côté gauche de la poitrine, trois ou quatre centimètres au-dessous de la pointe du cœur, on découvre une cicatrice linéaire encore récente d'une plaie par instrument piquant et tranchant. Cette cicatrice atteste une tentative de suicide, qui n'est d'ailleurs niée par personne.

*Etat mental.* — Malgré tant de difformités et d'imperfections, on pourrait s'étonner au premier abord de n'avoir point devant

soi un aliéné permanent, un imbécile ou un idiot, puisqu'un niveau intellectuel médiocre, très-peu au-dessous de l'ordinaire, peut facilement être constaté par tout le monde. Mais en poursuivant l'examen médical avec une minutie méthodique, on est conduit aux constatations cliniques les plus importantes et les plus inattendues.

Félix Fraîche rapporte qu'il avait quelquefois de très-grands maux de tête, vers les deux heures de l'après-midi; qu'il avait à ces moments-là la mémoire bien plus pénible; qu'il ressentait de temps en temps, tous les deux mois, par exemple, des petits éblouissements d'une durée très-courte; qu'il sentait le sang lui monter à la tête ; qu'il avait des *absences* d'un instant pendant lesquelles il changeait de place, ne restait pas dans la même chambre, descendait au jardin sans motifs et remontait de même, puis qu'il revenait presque aussitôt à lui, reprenait ses occupations et ne se plaignait à personne ; qu'il a eu fréquemment dans la nuit des étincelles devant les yeux, des objets lumineux ou une étoile, ou bien encore « une lueur »; qu'il a entendu aussi bourdonner des abeilles, perçu le son de clochettes, de petites sonneries, et même qu'il croit avoir entendu parler, mais sans avoir saisi le sens des paroles débitées d'ailleurs à voix basse; qu'il se réveillait souvent en poussant des cris et qu'enfin il urinait au lit d'une façon irrégulière, parfois plusieurs nuits consécutives, et parfois aussi après des intervalles de six semaines, de deux mois ou de trois mois.

Les parents, qui ne soupçonnaient pas que leur fils pût être affecté d'une névrose grave, déclarent même que Félix avait souvent de la salive sanglante sur son oreiller, qu'il est tombé plusieurs fois de son lit en dormant, et qu'enfin il a été traité, dès 1874, par le bromure de potassium et par les dragées de Grimaud contre l'incontinence d'urine (1).

Ils ajoutent qu'à une certaine époque, l'incontinence nocturne d'urine a été plus de deux ans sans reparaître.

### 3° *Diagnostic médico-légal.*

Il importe maintenant d'établir sur quel terrain morbide se trouve placé Félix Fraîche. Eh bien ! en dehors de toutes ses tares physiologiques et de toutes ses vicieuses anomalies, il est

(1) M. le docteur Machenaud, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angoulême, et M. Chailot, pharmacien, ont attesté ces faits.

atteint de vertiges épileptiques diurnes et d'accidents épileptiques pendant son sommeil.

Il l'ignore et ses parents ne s'en doutaient pas jusqu'à ce moment; mais quel est le médecin compétent qui n'interprétera pas, comme je viens de le faire, les phénomènes inconsciemment accusés par le jeune malade lui-même?

Des travaux scientifiques d'une valeur considérable et incontestée ont mis hors de doute, depuis quinze ans environ, l'influence des accidents épileptiques nocturnes non-soupçonnés sur les déterminations soudaines, irréfléchies, les actes malfaisants impulsifs et les crimes non motivés. Il y a là une criminalité morbide spéciale, dont tous les caractères ont été dessinés et prévus. L'impulsion à l'homicide ou au suicide constitue l'un des caractères typiques.

En général, l'impulsion est un phénomène psychique en vertu duquel un individu est impérieusement poussé à commettre un acte. L'impulsion, si étroitement liée aux manifestations épileptiques, est d'ordinaire si brusque, si imprévue, si violente, que l'exécution de l'acte en est la conséquence nécessaire, fatale et immédiate. L'impulsion domine, fascine, éblouit, supprime la volonté, arme le bras et immole. C'est une sorte de convulsion mentale, qui ne laisse après elle qu'un souvenir confus ou presque nul du crime accompli.

Quelques-uns de ces malades, ai-je écrit, « se soulagent en » s'en prenant aux choses et en les détruisant; en brisant, par » exemple, leur montre, des glaces ou des pendules, ou bien » en jetant au feu ou par la fenêtre leurs papiers, leurs livres, » leur argent ou leurs vêtements. Si, dans d'aussi déplorables » dispositions d'esprit, ils viennent à rencontrer un homme » qu'ils soupçonnent, qu'ils accusent, et contre lequel ils ont » nourri parfois des projets de vengeance, on comprend qu'il » n'y ait plus de frein possible aux sentiments haineux et aux » sourdes passions qui les avaient émus et retenus pendant » l'état de calme et de raison : le coup est porté (1). »

A chaque manifestation épileptique, reparaissent les mêmes troubles intellectuels momentanés et les mêmes impulsions. La femme d'un de ces dangereux malades échappe parfois à la mort un très-grand nombre de fois; mais un jour, si sa fuite est moins hâtive, elle expire sous les coups. Est-ce à dire

(1) Legrand du Saulle. *Gazette des hôpitaux*, numéro du 17 octobre 1876.

qu'il y ait eu préméditation, dans le sens judiciaire du mot? En aucune façon. La victime a été, aux heures des crises et des emportements subits inconscients, l'invariable objectif de l'agresseur aimé et aimant. Voilà tout! La tentative criminelle est un cliché. A chaque vertige nouveau ou à chaque accident épileptique nocturne nouveau, c'est une nouvelle épreuve de ce cliché qui est tirée.

J'ignore si, dans l'espèce, Félix Fraîche aurait, antérieurement au 11 mars 1877, jeté son dévolu pathologique sur Aimée Lucaton; mais, si le fait était démontré, il justifierait une fois de plus la loi clinique et médico-légale promulgée par la science.

*4° Acte incriminé.*

Le 11 mars 1877, vers deux heures de l'après-midi, M. Fraîche, professeur de physique et d'histoire naturelle au lycée d'Angoulême, s'absenta de chez lui avec sa femme et ses deux filles. Il laissait au logis son jeune fils, occupé à ses devoirs et la domestique de la maison, Aimée Lucaton, âgée de dix-neuf ans.

Félix Fraîche faisait des vers latins dans la salle à manger, située au premier étage, et Aimée, accroupie devant le foyer, attisait le feu. Tout à coup, un quart d'heure environ après le départ de sa famille, Félix abandonne son travail, monte rapidement au second étage, s'empare dans le cabinet de son père d'un stylet corse, à la lame aiguë, descend, et sans proférer une seule parole, plonge l'arme entre les deux épaules de la servante.

Celle-ci pousse un cri terrible, s'enfuit affolée et tombe expirante sur le seuil de la porte, dans la rue. On accourt, on interroge, mais la victime meurt avant d'avoir pu dire un mot.

Aux cris poussés par Aimée, Félix était sorti « comme d'un rêve, » — c'est sa propre expression; — montant de nouveau dans le cabinet de son père, il avait eu l'intention de se jeter par la fenêtre, puis avait reculé. Il revint alors dans la salle à manger, reprit le stylet et s'en frappa au côté gauche, à trois ou quatre centimètres à peu près au-dessous de la pointe du cœur. Ne trouvant pas la mort, et toujours très-troublé, il se serait jeté sur une fiole d'éther sulfurique dont il aurait, à l'en croire, avalé le contenu?

On appelle un médecin. L'homme de l'art se trouve en pré-

sence du meurtrier blessé, ahuri, stupide, et ne songeant aucunement à fuir. Il l'aborde, constate l'état de sa plaie et lui dit : « Pourquoi as-tu frappé cette brave fille ? — Et l'enfant ne peut répondre que ces mots : Je ne sais pas pourquoi... Je ne sais comment j'ai fait cela. »

Le commissaire de police arrive, ouvre une enquête et ne découvre aucune trace de lutte. Le cadavre est transporté à l'Hôtel-Dieu et les médecins requis par la justice affirment qu'Aimée est morte vierge.

La jeune fille était entrée à l'âge de dix ans chez M. Fraîche; elle avait été en quelque sorte élevée dans la maison. Félix jouait avec elle comme avec une sœur et ils paraissaient tous deux vivre en parfaite intelligence.

Quel a donc été le mobile de ce crime étrange ?

L'instantanéité de la détermination agressive, l'exécution immédiate, la violence extrême du coup porté, le manque d'altercation préalable et le défaut absolu de toute trace de lutte, sont les signes habituels de tout meurtre accompli par un épileptique. Félix Fraîche n'est point sorti de la ligne classique si connue : il croit qu'il a été pris tout à coup de son mal de tête, c'est-à-dire de son vertige, et il ne se souvient pas d'avoir frappé Aimée ; mais il est revenu à lui au moment où la malheureuse victime poussait un cri terrible !

Après la chute à terre d'Aimée expirante, Félix, dont l'impulsion délirante n'est point assouvie encore, cherche à se faire du mal à lui-même, a la pensée de se jeter par la fenêtre et recule, se frappe d'un coup de poignard à la poitrine, puis avale de l'éther. C'est alors qu'il revient à lui, tout confus, tout hébété, mais indifférent et sans remords en face du cadavre, et qu'il répond : « Je ne sais pas. »

Les annales de la science ont enregistré un nombre considérable de faits absolument analogues, *ayant des épileptiques pour auteurs* ; mais alors même que ces faits n'existeraient pas, tout homme habitué à apprécier et à juger les forfaits des malfaiteurs les plus pervers, dira immédiatement — sans même tenir compte des éléments cliniques si peu discutables et si certains de la cause — : « L'événement déplorable du 11 mars n'est » point du tout l'œuvre d'un assassin. C'est un acte absurde, » non motivé et inconscient. »

5° *Conclusions.*

En résumé :

1° Félix Fraîche présente des stigmates évidents d'infériorité physique et de dégradation intellectuelle, bien qu'il ne soit ni aliéné permanent, ni imbécile, ni idiot :

2° Il est atteint de vertiges épileptiques diurnes et d'accidents épileptiques pendant son sommeil ;

3° Ces phénomènes nerveux si graves donnent lieu, à des intervalles indéterminés, à des troubles momentanés de l'intelligence, de la mémoire et de la volonté, ainsi qu'à des impulsions subites et irrésistibles, à des actes malfaisants et violents ;

4° L'acte du 11 mars 1877, commis sans aucune liberté morale, échappe à toute responsabilité pénale possible ;

5° Toutefois, comme Félix Fraîche est dangereux et qu'il aura certainement des rechutes maladives identiquement semblables aux manifestations primitives, j'estime qu'il ne doit pas être rendu à la liberté et qu'il y a lieu de le recommander d'une manière spéciale à la vigilance protectrice de l'autorité administrative.

Le 4 juin 1877, à l'audience de la Cour d'assises de la Charente, le ministère public maintint l'accusation de meurtre avec préméditation. Le jury déclara Félix Fraîche non-coupable et le considéra comme ayant agi sans discernement. La Cour acquitta, mais elle ordonna, en vertu de l'article 66 du code pénal, que le jeune collégien serait retenu dans une maison de correction jusqu'à sa vingtième année.

M. Lasègue. — La communication que vient de faire M. Legrand du Saulle soulève un grand nombre de questions de fait et de doctrine. Autrefois on ne donnait le nom d'épileptiques qu'aux malades caractérisés par des attaques ; plus tard on y ajouta ceux atteints de vertiges et enfin ceux qui présentaient des phénomènes cérébraux ayant tous les caractères des phénomènes épileptiques, c'est-à-dire des entraînements subits et inconscients. Mais n'existe-t-il pas des phénomènes cérébraux ressemblant de loin à de l'épilepsie, mais qui n'appartiennent pas à cette affection, qui s'en distinguent même complétement? Y a-t-il des cas où, sans qu'il y ait trace d'épilepsie, il y a seulement par intervalles des entraînements, des impulsions ? Ou bien faut-il considérer comme épileptiques, tous ces ma-

lades qui présentent par intervalles des symptômes impulsifs? Si l'on voulait faire entrer dans le cadre de l'épilepsie tous ces faits, on ne serait pas absolument dans le vrai. Comme preuves, on peut citer les faits suivants : — Un maître d'études, faisant en même temps fonction de répétiteur de mathématiques, est arrêté pour un vol de bijou chez un bijoutier, son maître de pension le réclame. Une seconde fois le même fait se reproduit, c'est-à-dire que cet homme entre chez un bijoutier et met dans sa poche un bijou sans valeur. A la troisième fois, cet individu est soumis à un examen médico-légal. La première idée qui peut venir à l'esprit, c'est que l'on a affaire à un épileptique; mais impossible de rien trouver qui ressemblât de près ou de loin aux symptômes de cette affection. Il racontait très-bien tout ce qu'il ressentait ; il était pris périodiquement du désir de voler ; il luttait pendant un jour, deux jours, trois jours même, puis, ne pouvant plus résister, il commettait son larcin. Cet homme n'est donc pas épileptique, puisqu'il a conscience de l'acte qu'il commet et qu'il le raisonne. En le questionnant plus à fond, j'ai appris qu'à époques fixes, au mois de mars, il était pris d'accès de mélancolie, pendant lesquels il s'enfermait dans sa chambre, ne parlait plus et refusait de manger; rarement il a des maux de tête.

Voici encore l'histoire de deux individus à affection cérébrale caractérisée et qui présentent des symptômes qu'on serait porté à confondre avec l'épilepsie.

Un homme est atteint de syphilis constitutionnelle avec paralysie de la troisième paire et autres symptômes cérébraux, tels que pamoisons, attaques éclamptiques, etc.

Cet homme, qui s'occupe d'affaires financières, a des moments où il peut régulièrement se livrer à ses occupations ; mais par intervalles, il est pris d'une activité désordonnée, prend des voitures, fait de longues courses, se trompe d'adresses, etc. En un mot, s'il reste un long temps capable de faire ses affaires, il présente aussi de loin en loin comme des lacunes intellectuelles.

Un autre exemple. Un boucher avait eu, étant enfant, des accidents cérébraux graves, qui avaient même nécessité un séton à la nuque. Néanmoins rien ne paraissait avoir survécu de ces troubles, quand un jour il devient sombre, semble ruminer dans sa tête des projets, rentre chez lui, en ressort aussitôt pour aller chez un brocanteur acheter un poids. Ce poids,

il l'attache à une corde ; puis, après avoir essayé plusieurs fois cette arme d'un nouveau genre, il se précipite dans la chambre de sa mère, et la tue en lui lançant ce poids à la tête. Cet homme ne présentait aucun des caractères de l'épileptique. Il y a eu chez lui une sorte de rumination intérieure de l'acte qu'il allait accomplir, une période cérébrale d'incubation. Si on le questionne, il répond intelligemment comme le maître d'études dont il a été parlé plus haut. On voit donc qu'il existe des états cérébraux qui ont une certaine analogie avec les états cérébraux épileptiques qui, comme eux, sont de courte durée, mais qui s'en distinguent en ce qu'ils laissent le malade conscient de l'acte accompli.

M. Legrand du Saulle. — M. Lasègue fait-il entrer dans cette catégorie le cas que je viens de citer.

M. Lasègue. — Non, votre malade étant un véritable épileptique.

M. Delasiauve. Quand une idée se produit, on est enclin à la généraliser. Je partage, pour ma part, la réserve que vient d'exprimer M. Lasègue. Voir l'épilepsie partout ce serait de l'exagération. De nombreux types me passent incessamment sous les yeux dans ma section de la Salpêtrière comme dans ma pratique privée, et j'avoue que, me plaçant en face de l'idéal pathogénique, je reste souvent incertain sur la nature de l'élément morbide. Dans ces derniers temps, on a prétendu, niant leur caractère hybride, rapporter à l'hystérie seule les cas dits hystéro-épileptiques. Mais, malgré soi, en présence de l'alternance et de la complexité des crises, on revient à l'ancienne appellation. La nature, en ce qui concerne le système nerveux, se joue malheureusement de nos distinctions tranchantes.

On sait l'impression causée par la thèse de Morel sur l'épilepsie larvée. Notre regretté collègue, non content de faire saillir l'analogie, s'est efforcé de constituer un délire épileptique, même sans convulsions. Son trait dominant serait, avec l'irrésistibilité impulsive, la soudaineté des violences. Ce masque avait déjà été soupçonné. L'initiative de Morel n'en sourit que davantage.

La Société se rappelle comment, à l'instigation de M. Lasègue lui-même, je fus conduit à traiter le sujet. L'étude parut longue ; à mon sens, elle ne pouvait pas ne pas l'être. Non-seulement, dans une analyse historique et circonstanciée des faits et des opinions, je fis un exposé complet de la ques-

tion, mais, ayant réuni une cinquantaine d'observations personnelles susceptibles, à la rigueur, de figurer parmi les épilepsies larvées, je les encadrai dans une série de catégories particulières. Etait-ce reconnaître le nouveau genre? Admettant son éventualité, je n'osais en affirmer la certitude pour mes cas, comme aussi pour tous. Si, d'autre part, le délire épileptique affectait souvent les traits indiqués par Morel, il me sembla que cette forme n'était pas exclusive. Dans leur délire, où généralement l'obtusion domine, tous les épileptiques ne sont pas violents. Quelques-uns sont timides, doux, obséquieux. Beaucoup sont portés à la plainte et peu endurants. Chez les plus excités, le danger même est parfois accidentel. Il y a des paroxysmes inoffensifs. Cela dépend de la direction fortuite que prennent les sensations et les pensées. Une dame G..., qui, pendant sept à huit jours, après ses attaques, ou se croyait morte ou réagissait avec fureur, se montra durant un même espace gaie et confiante, répétant à chaque instant : « Je suis contente, moi, je suis guérie. » Une autre, C..., en semblables conditions, passait quelquefois d'une agitation maniaque désordonnée à une jubilation tout à fait excentrique. Elle riait aux éclats, « sentant, disait-elle, une légion de diables remuer dans son ventre. » Etrange coïncidence ! Elle avait un tœnia qu'une dose de cousso lui fit rendre. Toutefois, bien que le médicament eût été réitéré sans résultat, ni les sensations abdominales, ni le trouble mental qu'elles provoquaient ne furent modifiées. On ne concevrait pas, ceci étant, que, dans l'espèce larvée, le délire fût nécessairement uniforme. C'est ce que nous fîmes ressortir, en nous en autorisant, sous toutes réserves, d'ailleurs, pour produire certains exemples, le suivant entre autres :

On nous consulta, il y a une dizaine d'années, pour une jeune fille de vingt-deux ans, instruite, intelligente et laborieuse. Jusqu'à vingt-un ans elle n'avait donné que des satisfactions à sa famille, qu'elle aimait et au milieu de laquelle elle travaillait comme couturière. Elle disparaît en avril 1864 et ne rentre que le dix-huitième jour. Où était-elle allée, comment avait-elle vécu? Elle-même ne s'en rend pas compte. Tout ce qu'on put savoir, c'est qu'elle s'était présentée aux Ternes, chez des personnes de sa connaissance. Revenue à une raison parfaite, ce n'est que le 25 juillet 1865 qu'elle renouvelle son incartade. En vain on la cherche partout. Près d'un mois se passe. Son frère la rencontre fortuitement, rô-

dant aux environs de son domicile, sans pouvoir le retrouver. Elle avait vagué trois semaines autour de Saint-Germain-en-Laye. Cette fois elle avait emprunté 421 fr. à un ami des siens.

Sur mes conseils, elle fut placée à la Salpêtrière. L'équilibre promptement rétabli, les parents la reprirent. Mais deux rechutes à distance l'une de huit jours l'autre de vingt-cinq, motivèrent une nouvelle séquestration, le 24 avril 1867. Le 3 mai, elle se plaint d'un violent mal de tête qui n'a pas de suite. Nous n'avions été témoin de rien, quand des signes d'une animation insolite se manifestent. Elle nous aborde, exultant et demandant sa sortie. Elle se lève dans la nuit, parcourt les salles, réveille les malades, soutient qu'il est jour et veut se rendre au travail. Exercices gymnastiques réclamés et accomplis avec enthousiasme. Cet éréthisme dure une huitaine. Puis, plus rien, sauf, les 12 et 14 janvier 1868, de légères bouffées de chaleur vers la tête. Nouvelle sortie le 13 août. L'immunité est-elle restée complète? Le hasard nous l'ayant fait rencontrer vers la fin de 1873, elle nous assura, avec toutes les démonstrations du bonheur, qu'ayant toujours joui d'une excellente santé, elle était mariée depuis trois ans et heureuse en ménage. Point d'enfants.

Quant à la conformation et aux antécédents, cette malade a la tête forte, élevée au sommet, le front large mais médiocrement saillant. Elle serait née à sept mois, un peu débile, ce qui n'aurait point nui à son développement. Entre cinq à huit ans, attaques convulsives avec perte de connaissance. Une fièvre typhoïde, à dix ans, aurait aggravé une lenteur morale inhérente au tempérament.

Maintenant, M. Lasègue donne comme inappréciés et réfractaires aux classifications ordinaires les nombreux exemples auxquels il a fait allusion. Cette assertion est-elle fondée? Pour mon compte, dès 1844, j'ai publié une nomenclature, précisée depuis, et où la plupart d'entre eux trouveraient, ce me semble, leur place naturelle. La compromission directe ou la conservation virtuelle du fonctionnement syllogistique, telle est la base de cette division, impliquant, dans le premier cas, un délire général, sous ses quatre formes logiques : *excitation maniaque, manie, démence avec ou sans paralysie générale, confusions intellectuelles;* dans le second, les variétés plus ou moins simples et complexes du délire partiel, résumées alors sous les dénominations de *monomanies* et *lypémanies*.

Aux yeux de M. Falret père, la monomanie était presque un être de raison. Invoquant la solidarité des facultés, il ne supposait pas qu'un délire partiel pût exister sans une lésion de l'intelligence. Ce point fut, entre nous, l'objet d'une controverse fréquente. Ma réponse était facile : qu'importe la somme des impressions ou des conceptions maladives, pourvu que le raisonnement subsiste, même dans l'ordre morbide? Là-dessus s'appuyèrent les conclusions du mémoire que, en 1853, je lus et qui fut discuté à la Société médico-psychologique, sous ce titre : *De la monomanie au point de vue psychologique et légal.*

Cependant, l'horizon de ma pensée devait s'élargir. A Aix, en 1858, un séminariste, Raimbaud, transperce, avec une épée, le cou d'un camarade endormi. La blessure est grave, non mortelle. Tour à tour, à Marseille et à Montpellier, le meurtrier est soumis, pendant plusieurs mois, à l'examen de commissions compétentes, ayant pour organes l'une Aubanel, l'autre M. Cavalier. Toutes deux reconnaissant dans l'acte l'effet de la folie, concluent à l'irresponsabilité. Etait-ce une monomanie? Ainsi pensait Aubanel, qui considérait le mal comme toujours en puissance. Se fondant, au contraire, sur une lettre curieuse et incohérente, M. Cavalier inclinait pour un délire général dont les traces avaient disparu. Néanmoins, à l'audience où l'inculpé avait fait preuve d'une lucidité constante, celui-ci, sur les observations du président que le jury devait s'en fier à son bon sens plus qu'aux déclarations médicales suspectes, fut condamné avec circonstances atténuantes.

Nos savants collègues ne furent pas convaincus, et tout en respectant l'autorité de la chose jugée, ce qui à leurs yeux était une erreur judiciaire ne fut qu'un motif de plus de les décider à publier leurs rapports. J'en fus particulièrement frappé. En m'efforçant de les apprécier, j'entrevis une solution qui me parut à la fois confirmer et étendre les principes de ma nomenclature.

Un an ou dix-huit mois auparavant j'avais exposé, à la Société médicale du Panthéon, mes idées sur une division des maladies mentales. Naturellement les lui rappelant, à propos du fait d'Aix, je saisis cette occasion de lui en démontrer de nouveau la réalité médicale et la portée juridique.

Avait-on affaire à une aliénation générale? Evidemment non. Ni avant, ni après l'acte, Raimbaud n'avait ostensiblement déraisonné. Les troubles, chez lui, avaient une origine

déjà ancienne. En les analysant, on ne voit pourtant pas qu'ils aient la suite, l'enchaînement, le logisme des délires dits systématisés ou monomaniaques. En quoi consistaient-ils donc? Dans la sphère morbide, c'était tout simplement le pendant de ces rêveries de la veille où la pensée, sans direction, suit des courants fortuits. Témoins *le Curé et son mort, la Laitière et le Pot au lait*. Sous l'influence d'une sorte d'éréthisme cérébral, surtout dans le silence ou la solitude, Raimbaud entrait ainsi en rêve. Lui-même, à titre de justification, a prononcé le mot. Mais, pas plus que dans les colloques solitaires, les impressions et les idées ne se succédaient régulières. Elles surgissaient au hasard, se confondaient, s'*enchevêtraient*, donnant lieu souvent à des conceptions sinistres, à des impulsions terribles, dont, au réveil, le patient s'effrayait, se voyant sur la pente de la folie ou du crime. Une distraction le tirait de cet état alarmant ; ces oublis de soi-même, où germait parfois l'idée du suicide, revenaient plus ou moins accidentellement. Il en avait été très-obsédé le jour même de la catastrophe. Depuis longtemps il en avait fait confidence à son confesseur.

La lettre précitée reflétait bien cette empreinte incoordonnée. Le malade écrivait ses rêveries comme il les eût pensées ou parlées. Il y défendait le papisme, puis le maudissant et préférant le protestantisme, il oscillait tour à tour entre diverses thèses n'offrant rien du décousu maniaque ou du fanatisme des monomanes.

Plusieurs faits nous furent de la sorte expliqués. Où les classer en définitive? Notre hésitation ne fut pas longue. Dès le début, notre théorie, si nous eussions songé à la presser en ce sens, nous eût permis de deviner leur place. Car si l'esprit es séduit par des idées fixes, pourquoi ne subirait-il pas, au gré de certaines fluctuations nerveuses, des fascinations et des entraînements erratiques? qu'il s'agisse d'un délire partiel, c'est incontestable. Mais la systématisation aussi lui est étrangère. A tort, en effet, on le confond généralement avec la monomanie. Par antithèse, nous l'avons nommé *pseudomonomanie*, et scientifiquement *délire partiel diffus*. Partiel, puisqu'il n'est point général ; diffus, puisqu'il est vague et mobile. Notre classification recevait son complément logique. Une éclatante lumière se répandait sur la science.

Dans un travail sous ce titre connexe : *Pseudomonomanie ou délire partiel diffus*, communiqué à la Société médico-psycho-

logique, en 1859, nous avons reproduit, en l'appuyant de nouveaux documents, et d'un parallèle diagnostique circonstancié, le thème développé à la Société médicale du Panthéon; et, plus tard, en 1864, dans le *Journal de médecine mentale*, reprenant le sujet, nous n'avons pas cité moins de vingt-quatre observations personnelles. Nous en aurions aujourd'hui près de cent, sans en compter une demi-douzaine parmi les délires émotifs signalés par Morel, en 1866.

Que dis-je? est-ce sans fondement qu'Esquirol nia si longtemps la circonscription absolue des monomanies réputées instinctives, homicides, suicides, incendiaires, etc.? On ne voit que la détermination, sans égard pour le cortége de phénomènes dont souvent elle s'accompagne. Que de suicides dont on s'étonne, auxquels on ne reconnaît point de motifs et qui accusent un trouble pseudomonomaniaque? Morel lui-même en était convenu dans les dernières années. Il n'est pas douteux, je le répète, que la majorité des cas de M. Lasègue, se rattachent à cette catégorie.

Légalement, les conséquences sont importantes. Dans l'analyse du procès d'Aix, nous avons fait toucher du doigt la cause du désaccord si fâcheux entre les expertises médicales et les décisions judiciaires. Ayant agi sous une influence de même nature, Papavoine, Jobard, Jeanson, furent comme Raimbaud, victimes d'une semblable méprise. On organise de toutes les phases cliniques un tableau sombre et on conclut empiriquement. C'est précisément ce qui suscite la défiance des juges, en présence d'un inculpé dont la lucidité brille dans toutes ses réponses. Des symptômes, point de séméiologie. L'interprétation psychologique est en défaut. Ce qu'il importe de persuader aux juges, c'est que l'affection se compose exclusivement de crises passagères plus ou moins durables et distantes, sous forme d'éréthisme, spasmes ou agitations nerveuses, subjuguant la pensée, paralysant la résistance et susceptibles, si le charme ne se rompt, d'aboutir à de funestes déterminations. La tyrannie cessant rend l'individu à la vie normale. En vain dès lors, s'acharnant à son interrogatoire, les magistrats y chercheraient des traces d'un dérangement mental disparu avec la manifestation morbide. Persévérer dans les errements suivis serait s'exposer à de nouveaux échecs.

Le fait saisissant raconté par M. Legrand du Saulle motive, sans contredit, le diagnostic posé. A la rigueur, on pourrait

assimiler la frénésie transitoire du sujet aux fascinations préindiquées. Les névroses convulsives, épilepsie et surtout hystérie, en produisent parfois de semblables. Il ne serait pas impossible qu'une préoccupation subite, occasionnée par la posture de la jeune victime, n'eût, étonnant en quelque sorte les fibres cérébrales, selon l'expression de Trousseau, provoqué fortuitement la pensée du meurtre et, par suite de l'inertie volontaire, favorisé son exécution automatique. De son propre aveu, le coupable ne sortait-il pas d'un mauvais rêve?

Je soigne, depuis environ huit mois, un collégien dont l'affection offre plus d'un trait d'analogie avec celle du précédent. Agé d'à peine onze ans, il allait entrer en cinquième après les vacances dernières, sans une notable aggravation d'accidents dont l'origine remonte à une date ancienne. Fluet et délicat, il fut difficile à élever. Néanmoins, ni l'énergie nerveuse, ni l'aptitude intellectuelle ne lui faisaient défaut. Ses succès dans l'étude furent malheureusement interrompus, il y a trois ans, par une surexcitation maladive, due à une succession de véritables secousses morales. Il s'était remis, et bien qu'au cours de sa sixième, une recrudescence sérieuse ralentit son ardeur, son travail fut loin d'être stérile.

Au lieu de s'amender, le mal ayant empiré durant les vacances, on dut sacrifier le collége à une médication exclusive. De taille médiocre, l'enfant a le teint très-pâle. Sa tête, passablement conformée, sauf peut-être une certaine asymétrie, est relativement forte. Pupilles dilatées, physionomie fine et intelligente, mais assombrie par une légère obnubilation qui voile l'éclat du regard. Chaleur de la peau; pouls à 96.

Lorsque je le vis, pour la première fois, un abcès gingival venait d'être ouvert à la mâchoire inférieure gauche. On voyait encore les gencives fongueuses et au-dessous du maxillaire correspondant, une chaîne de ganglions engorgées. Quant aux phénomènes directs, ils étaient multiples et disparates. Une douleur névralgique intense rayonnait paroxystiquement de l'occiput sur les deux tiers de la tête. Souvent elle se compliquait ou était suivie de rages qui s'exhalaient par des imprécations. D'autres fois l'enfant était seulement taquin et méchant. Il injuriait, pinçait, frappait même ses proches et ses amis. Par moment, en proie au désespoir, il se heurtait contre les murs et les meubles, ou bien, tombant dans une indolence morose, il répétait : *Je m'ennuie*. Les accès prenaient aussi d'autres tournures. Pendant des heures, il étouffait. Le lendemain, les

jours suivants, c'étaient des palpitations violentes, des spasmes musculaires, une presque hémiplégie à droite. La jambe, notamment tremblotante, se refusait à la marche. Après certaines brusqueries, un calme immédiat. Il s'excusait, demandait pardon ; capricieux d'appétit, il dévorait gloutonnement ou boudait sur les aliments. De même pour les remèdes qu'il acceptait volontiers ou s'obstinait à repousser. Formait-il un désir ? Il fallait ou le satisfaire ou l'amadouer pour avoir la paix. Ses fugues eussent été fréquentes sans la surveillance vigilante dont il était l'objet. Nuits mauvaises, fébriles. On ne tarirait pas sur la variété de ses anomalies morbides. Les bons jours devenaient rares. En cas de méfait, la responsabilité, évidemment, ne saurait atteindre un pareil malade.

Un changement important s'est opéré depuis. La fièvre a baissé, la céphalalgie est supportable, le sommeil réparateur. D'autre part les paroxysmes sont moins intenses, plus courts, moins rapprochés. Il est des périodes d'un, deux, trois jours, où le retour à l'état normal semble complet.

Ce cas tiendrait-il du mal caduc ? On a parlé d'accès. Mais dans la description orale ou écrite, nous n'en avons point découvert les caractères. Deux incontinences d'urine n'auraient pas plus de signification, ayant eu lieu, précisément, aussitôt après un traitement fait et repris par du bromure de potassium. Nos soupçons se sont arrêtés à une lésion de la partie supérieure de la moelle épinière, centre d'un mouvement fluxionnaire qui, suivant qu'il sévit çà ou là, aux origines des nerfs, se traduit sous des aspects différents.

M. Legrand du Saulle ferait de son malade un *instinctif héréditaire*. L'hérédité se trouve à la base de beaucoup de folies. *Instinctif* est un terme vague; autant en dirai-je des *cérébraux* de M. Lasègue. Quel aliéné n'est pas cérébral? Dans les cas soumis à mon observation, si mon diagnostic est fondé, où conduiraient de semblables dénominations, sinon à substituer une disposition latente à des causes ultérieurement efficaces, à des lésions positives et acquises?

M. Bourdin. — La question soulevée par M. Lasègue présente une importance capitale. On cite, en effet, un grand nombre de cas d'hommes jouissant d'une intégrité parfaite des facultés intellectuelles et présentant de temps à autre des impulsions qui n'ont rien de criminel, tout en ayant quelque chose d'insolite. Ces faits n'appartiennent ni à l'épilepsie, ni

à l'hystérie, ni à aucun des cadres de la pathologie. Sont-ce des faits physiologiques?

Pour en citer quelques exemples, on voit quelquefois dans la vie ordinaire des individus poursuivis constamment par un air qui leur revient perpétuellement dans la tête, dans la voix; ce phénomène disparaît pour revenir, etc.

J'ai connu un enfant qui, pendant quatre, cinq, six jours, se mettait constamment les doigts dans le nez; puis oubliant, pour ainsi dire, cette habitude, il mettait pendant une même période de temps son doigt dans le nombril. Et cependant cet enfant jouissait de l'intégrité de son intelligence. Ces faits semblent tenir le milieu entre la physiologie et la pathologie; ils sont le résultat d'impulsions involontaires qui paraissent et disparaissent.

M. Lasègue, pour bien préciser les distinctions qu'il veut établir, résume, en quelques mots, sa communication.

Il existe des catégories d'épileptiques capables d'être délirants pendant un temps donné, mais qui, en dehors de là sont sains. Ces crises se caratérisent par leur soudaineté d'invasion, par la perte du souvenir, par l'absence de préméditation.

A côté de ces malades s'en placent d'autres, qu'on ne peut pas appeler épileptiques, mais qu'il propose de nommer cérébraux, qui présentent aussi de temps en temps des crises. Ces crises cérébrales sont plus ou moins préparées pendant un certain temps, elles n'abolissent pas le souvenir, et les actes qui s'accomplissent pendant ces crises semblent être le résultat d'une intelligence normale.

Pour bien distinguer ces deux sortes de faits, il faut s'enquérir si le malade a donné des signes d'épilepsie vraie et, dans la négative, rechercher les accidents cérébraux autres que l'épilepsie. Notre jugement devra se faire d'après ces derniers. Maintenant, pour opposer classification à classification, M. Lasègue propose la suivante :

Malades épileptiques.

Malades cérébraux.

Malades hystériques.

M. Legrand du Saulle demande à M. Lasègue s'il fait une différence entre les malades cérébraux et les malades impulsifs héréditaires.

M. Lasègue. — Un homme est ordinairement cérébral par hérédité; mais quant à celui qui a reçu une pierre sur la tête

ou qui est tombé sur la tête, ne peut-on pas assurer que son avenir cérébral est suspect à tous les points de vue et au même titre que les précédents? On peut donc classer les cérébraux en : 1° cérébraux congénitaux; 2° cérébraux acquis soit par traumatisme cérébral, méningite, etc. Ces malades ne rentrent généralement point dans nos classements admis, classiques; quand il se présentera un cas pareil, le clinicien devra donc chercher à quelle maladie cérébrale il faut le rattacher; s'il y a soit une névralgie, soit une paralysie, etc.

La séance est levée à six heures.

Dr Ant. Ritti.

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

## JOURNAUX FRANÇAIS.

(Années 1873-1874, suite; voir *Annales* 1876, t. XVI. p. 435).

### Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

*Les aliénés aux Etats-Unis; législation et assistance;* par M. le Dr Ach. Foville fils ( janvier et avril 1873 ).

Les divers travaux publiés en France sur les législations étrangères relatives aux aliénés ne contenaient que de très-vagues indications sur ce qui se pratiquait à cet égard dans les différents États de l'Amérique du Nord. Il était intéressant cependant de savoir comment on envisageait les diverses questions qui se rattachent à la séquestration des aliénés chez un peuple qui passe pour respecter plus que tout autre, la liberté individuelle et l'indépendance de chaque citoyen. M. le Dr Foville a donc été bien inspiré en nous faisant connaître, d'après les documents les plus récents (1), les institutions relatives aux différents États de l'Union américaine.

Nous ne pouvons mieux faire pour donner une idée exacte de ces institutions, que de reproduire le résumé que M. Foville a fait lui-même de son travail et le texte des divers documents relatifs à la construction, à l'organisation des asiles américains et des dispositions légales adoptées dans les divers États.

*Résumé.* — « Nous venons de passer en revue les législations si nombreuses et si diverses adoptées aux Etats-Unis à l'égard des aliénés, et l'on comprend que la nature tout analytique de

(1) Voir notamment le *Sommaire des lois en vigueur aux États-Unis pour la séquestration des aliénés*, dû au Dr Isaac Ray, qui forme un appendice à l'édition américaine de l'ouvrage du Dr Blandford, intitulé : *Insanity and its treatment; lectures on the treatment medical and legal of insane patients*; Philadelphie, 1871.

cet examen se prête peu à des vues d'ensemble formulées en conclusions nettes et concises ; c'est surtout une collection de matériaux et d'objets d'études comparatives que nous avons désiré offrir à ceux qui s'occupent de ces questions ; nous aurons en même temps comblé une lacune qui subsistait dans l'ensemble des travaux entrepris, dans ces dernières années, sur la législation comparée relative aux aliénés.

» Il nous paraît cependant utile de rappeler, en terminant, quelques-uns des points qui ont particulièrement attiré notre attention au cours de cette étude, de signaler l'analogie des préoccupations de l'opinion publique, de l'autre côté de l'Atlantique aussi bien qu'en Europe, et de chercher si la pratique des États-Unis ne pourrait pas nous fournir quelque enseignement utile, au moment où la révision de la loi du 30 juin 1838, dont il est question depuis si longtemps, paraît sur le point de s'accomplir.

» En premier lieu, nous devons remarquer que, dans l'Union américaine, chaque État est absolument indépendant en ce qui concerne les mesures à prendre à l'égard des aliénés ; aussi les législations qui leur sont appliquées sont-elles la collection la plus complète de lois différentes, sur un même sujet, que l'on puisse se procurer.

» Mais à côté de cette diversité de mesures officielles, les nécessités mêmes du service des aliénés, et l'identité des indications que présente le traitement de la folie, quelles que soient les lois auxquelles sont soumis les malades qui en sont atteints, a fait sentir aux médecins américains la nécessité de l'unité et de la centralisation.

» Par leur propre initiative, ils ont pu organiser spontanément cette centralisation, en dehors de tout concours officiel, en fondant l'Association des médecins des établissements américains pour les aliénés ; cette association, qui existe aujourd'hui depuis près de trente ans, et qui se réunit en sessions annuelles dans les principales villes des Etats-Unis, a acquis une autorité prépondérante et généralement reconnue pour tout ce qui concerne l'assistance des aliénés ; elle a d'abord publié, sur la construction et l'organisation des asiles, des instructions qui, sans avoir aucun caractère officiel, ont, pour ainsi dire, été unanimement adoptées dans tous les Etats ; puis, voulant étendre l'harmonie jusque sur le terrain strictement légal, elle a voté, après de longues discussions, un projet de loi sur les aliénés, destiné à servir de guide et de modèle aux

chambres législatives des différents Etats de l'Union, dans la confection des lois sur ce sujet.

» Ceci nous indique déjà que, dans une question technique aussi limitée et présentant des conditions aussi spéciales que le traitement des aliénés, la centralisation est une nécessité à laquelle il est difficile de se soustraire ; aussi, loin de croire désirable que, chez nous, les mesures de décentralisation administrative soient étendues au service des aliénés, nous considérons comme essentiel, au contraire, que la centralisation soit maintenue, et s'il est possible, renforcée par la concentration dans les mains du ministre de l'intérieur, de tout ce qui concerne le personnel médical et administratif des asiles français.

» Si maintenant nous entrons dans le détail des mesures légales à prendre à l'égard des aliénés, nous voyons qu'en Amérique comme en France, le point le plus discuté de toute cette législation spéciale est celui du meilleur mode à adopter pour l'admission des malades dans les asiles ; c'est sur lui que se concentrent toutes les méfiances des journaux, toutes les réclamations du public, et aussi, il faut bien le dire, toutes les les hésitations et les divergences d'opinion des médecins.

» Ces derniers, cependant, sont au moins d'accord sur un point ; c'est pour condamner, d'une manière formelle, absolue, le système qui consiste à faire comparaître les aliénés en jugement, devant un jury, et à n autoriser leur entrée dans un asile spécial que lorsque le jury a prononcé, contre eux, un verdict de folie. Ce système que l'on a parlé d'introduire chez nous, comme un progrès social, soulève à première vue les objections théoriques les plus sérieuses ; mais nous savons de de plus, d'après la pratique de l'Illinois, où il fonctionne depuis quelques années, que, dans l'application, il donne les résultats les plus regrettables ; il est également compromettant pour le rétablissement des malades et pour la dignité des familles ; il est une cause de scandales publics ; appliqué rétroactivement, aux quatre cents malades séquestrés dans l'asile de cet Etat, il n'a pas fait découvrir un seul placement abusif, il n'a pas provoqué la sortie d'une seule victime de l'arbitraire et de la cupidité. On peut résumer son action en disant qu'elle est à la fois impuissante pour le bien et féconde pour le mal, et l'un de ses effets les mieux constatés est d'effrayer tellement les familles que, plutôt que de s'y soumettre, elles préfèrent éloigner leurs malades et les faire soigner dans un Etat étranger,

où elles ne sont pas en butte à des exigences aussi inutiles que vexatoires.

» D'accord pour rejeter à l'unanimité l'intervention des jurys, les médecins américains se sont montrés partagés d'opinion, quand il s'est agi de formuler le meilleur mode de placement dans les asiles; les uns voulaient que l'on se contentât de la famille appuyée sur un ou plusieurs certificats de médecins respectables; les autres croyaient indispensable d'exiger, en outre, l'intervention d'un dépositaire quelconque de l'autorité publique, chargé d'assumer la responsabilité de la mesure qui prive un citoyen de sa liberté. Ces derniers avaient surtout en vue, non pas de protéger la société contre le danger des séquestrations arbitraires et abusives, qui, ils le savent bien, ne sont guère à craindre, mais bien plutôt de protéger les médecins contre des imputations calomnieuses, et de conserver à leur rôle le caractère d'expertise scientifique. Ce qui donne une valeur plus grande à ces deux méthodes, et rend le choix plus difficile entre elles, c'est que l'une et l'autre s'appuient sur une expérience pratique couronnée de succès, et que les défenseurs de chacune d'elles peuvent dire, en sa faveur, que là où elle fonctionne, elle fournit les meilleurs résultats. Aussi, sauf de rares exceptions, chaque orateur s'est-il montré, dans la discussion, surtout partisan de ce qui se fait dans son propre pays. L'entente a pourtant fini par s'établir, à l'aide d'une formule conciliante et élastique, exigeant, d'une part, que la demande de placement soit appuyée du certificat d'un ou de plusieurs médecins honorablement connus; d'autre part, que ce certificat soit vu et contresigné (*duly aknowledged*) par quelque magistrat ou officier judiciaire, chargé de légaliser la signature et de certifier l'honorabilité du signataire. Afin de bien comprendre cette dernière disposition, il est essentiel de se rappeler qu'aux Etats-Unis la pratique de la médecine est entièrement libre, que le premier venu peut s'affubler du titre de médecin, sans aucun contrôle, et qu'une des difficultés, dont les chefs des asiles se plaignent le plus, est celle de savoir quelle valeur ils doivent attribuer à la signature d'hommes qui se disent médecins et qu'ils ne peuvent pas connaître tous. Rien de semblable n'existe en France, où personne n'a le droit d'exercer la médecine, sans être muni d'un diplôme donnant un titre officiel à celui qui l'a obtenu et garantissant sa capacité.

» Si de l'Amérique nous nous reportons vers ce qui se passe

actuellement en France, nous pourrons également constater, parmi les médecins aliénistes, deux courants d'opinions : les uns maintiennent la nécessité de laisser toutes les facilités actuelles aux placements volontaires dans les asiles, c'est-à-dire de se contenter de la demande des parents ou amis, et de la production d'un certificat médical; les autres pensent qu'il serait avantageux de décharger les médecins d'une partie de la responsabilité qui pèse aujourd'hui sur eux seuls, et demandent quelque innovation dans ce sens. On nous permettra de rappeler que nous avons nous-même proposé, il y a quelques années, de laisser subsister intactes les formalités actuelles du placement, mais d'y ajouter le contrôle d'un magistrat qui prendrait connaissance des faits et des pièces à l'appui, soit immédiatement avant l'entrée du malade à l'asile, dans les cas ordinaires, soit, dans les cas d'urgence, immédiatement après cette entrée, et qui, sans rien décider par lui-même, ni avoir à trancher une question de pathologie relevant des médecins seuls, régulariserait seulement la mesure prise en déclarant qu'elle lui paraît opportune, et que, vérifications faites, il n'y a pas lieu de s'y opposer.

» Il y a, entre cette proposition et la formule adoptée par les médecins américains, une analogie très-grande et que nous pouvons signaler d'autant plus librement que, lorsque nous avons traité cette question pour notre compte, nous n'avions aucune connaissance du projet de loi voté par l'Association des médecins aliénistes américains. D'après le projet élaboré par la Société de législation comparée et soumis à l'Assemblée nationale, ce serait immédiatement après l'entrée du malade que devrait s'exercer le contrôle officiel, et il devrait être confié à une Commission permanente composée de magistrats, de médecins et d'autres hommes offrant toutes les garanties possibles d'honorabilité et d'impartialité. Ces formalités nous paraissent bien compliquées et nous les croyons d'une réalisation à peu près impossible, au moins en dehors de Paris ; mais ce projet indique, du moins, combien a gagné de chemin l'idée de faire intervenir, auprès du malade que l'on est obligé de séquestrer, les représentants du pouvoir judiciaire pour témoigner de la nécessité de cette séquestration et lui donner leur sanction.

» D'une manière générale, la comparaison entre la législation française et celle des différents Etats de l'Union américaine n'est pas de nature à nous inspirer des regrets. Dans presque toutes ses dispositions, la loi du 30 juin 1838 se montre plus

libérale et plus clairvoyante que celles dont nous venons de faire la longue énumération. Elle donne, notamment, les facilités les plus grandes pour les réclamations devant le tribunal, réclamations qui peuvent être faites aussi bien par le malade que par toute autre personne, et que rien n'empêche de répéter aussi fréquemment qu'on peut le désirer; aussi considérons-nous l'article 29 de cette loi comme absolument complet sous ce rapport.

» Une autre particularité très-précieuse de notre loi est celle qui organise l'administration provisoire des biens des aliénés non interdits et placés dans les asiles publics. Cette disposition a la plus grande importance, et pour rendre tous les services dont elle est susceptible, elle n'aurait qu'à être étendue aux asiles privés. Nulle part, aux Etats-Unis, nous n'avons trouvé rien d'analogue; aussi, toutes les fois que des questions d'intérêt sont en jeu, est-il indispensable de recourir à des mesures comparables à celles de notre interdiction, ce qui est à la fois long et coûteux.

» Malgré les mérites de notre législation française, on ne saurait se dissimuler, cependant, qu'elle présente quelques lacunes, et celles-ci deviennent plus évidentes lorsqu'on s'aperçoit que des lois étrangères ont songé à résoudre des questions qui, chez nous, n'ont pas même été abordées et qu'il y aurait cependant grand avantage à ne pas laisser ainsi de côté.

» Nous ne reproduirons pas, ici, toutes les remarques de ce genre que nous ont inspirées les lois de plusieurs Etats américains à mesure qu'elles passaient sous nos yeux. Nous nous contenterons de signaler, comme principales lacunes importantes à combler, le silence de la loi du 30 juin 1838 sur la sitution légale des aliénés évadés des asiles et sur les mesures à prendre à leur égard, et l'absence de dispositions relatives à l'examen des prévenus soupçonnés de folie, ainsi qu'à l'admission et à la sortie des asiles des différentes catégories de malades compris sous le terme impropre, mais généralement employé « d'aliénés criminels ».

» Si, comme cela paraît probable, le projet récemment présenté à l'Assemblée nationale amène une discussion publique sur ces questions, et une révision partielle de la loi du 30 juin 1838, l'occasion sera excellente pour maintenir dans notre législation tout ce qu'elle a de bon, et pour y apporter, en même temps, les quelques perfectionnements ou compléments dont elle est encore susceptible.

» Nous espérons que ce résultat si désirable sera obtenu, et nous nous estimerions heureux d'avoir pu le faciliter, en quelque minime proportion que ce soit, par l'apport, dans la question, des nombreux documents étrangers reproduits et analysés dans ce travail. »

L'Association des superintendants médicaux des institutions américaines pour les aliénés, fondée le 10 octobre 1844, avait pour but et pour résultat d'amoindrir les inconvénients graves, notamment en ce qui concerne le service des aliénés, d'une décentralisation poussée à ses dernières limites. Cette Association, en effet, dont les avantages n'ont pas tardé à être reconnus par les Comités d'administration des asiles, a formulé ses idées dans deux documents importants, le premier concernant la construction et la fondation des asiles, le second relatif à l'organisation médico-administrative des établissements, instructions qui ont servi de guide aux médecins et aux administrateurs des divers États, lorsqu'il s'est agi de construire de nouveaux établissements ou d'améliorer ceux qui existaient déjà.

La première de ces instructions, votée par l'Association en 1851, porte le titre de *Régles d'après lesquelles les asiles d'aliénés doivent être construits*; en voici le texte :

I. Tout asile pour les aliénés doit être construit à la campagne, au moins à deux milles d'une grande ville, dans un endroit facilement accessible en toutes saisons.

II. Aucun asile pour les aliénés, quel que soit le nombre de ses malades, ne doit avoir moins de 50 acres (environ 25 hectares) de terrain pour servir de jardin et de lieu de promenade. Tout hôpital d'Etat, ou autre asile contenant deux cents malades ou plus, devra posséder au moins 100 acres de terrain. C'est à un asile de ce genre que s'appliquent également les conditions qui suivent.

III. Il sera nécessaire d'assurer les moyens d'élever par jour 10,000 gallons (environ 450 hectolitres) d'eau dans des réservoirs pouvant alimenter les divers bâtiments jusqu'à leurs étages supérieurs.

IV. Aucun asile pour les aliénés ne devra être construit sans que le plan en ait été soumis à un ou plusieurs médecins placés à la tête d'établissements du même genre ou ayant la connaissance pratique de tous les arrangements intérieurs nécessaires pour le service, et sans qu'il ait complétement reçu son ou leur approbation.

V. Le plus grand nombre de malades qui puisse être traité convenablement dans un même établissement est de deux cent cinquante. Mais il est préférable que ce nombre ne dépasse pas deux cents.

VI. Tous les bâtiments d'un asile doivent être construits en pierre ou en brique, recouverts en ardoises ou en zinc, et garantis, autant que possible, contre les dangers d'incendie.

VII. Tout asile destiné à deux cents malades, ou plus, doit contenir au moins huit quartiers différents pour chaque sexe, c'est-à-dire seize pour tout l'établissement.

VIII. Chaque quartier doit comprendre un salon, une galerie, des chambres isolées pour certains malades, et, pour d'autres, un dortoir commun communiquant avec une chambre pour deux gardiens, une salle de bains, un cabinet d'aisances; un cabinet à habits, une salle à manger, un dressoir et un tube acoustique communiquant avec la cuisine ou quelque autre endroit placé au centre de l'établissement.

IX. Jamais on n'emploiera comme logement, ou comme cellule, pour les malades, aucun local qui ne soit complétement élevé au-dessus du sol.

X. On ne devra jamais permettre l'usage de locaux qui ne soient munis de fenêtres en communication directe avec l'atmosphère extérieure.

XI. Jamais aucune chambre destinée à l'usage d'un malade seul ne devra avoir, en surface, moins de 10 pieds sur 8; jamais le plafond d'un étage habité par des malades ne devra avoir moins de 12 pieds d'élévation.

XII. Le plancher des chambres des malades devra toujours être fait en bois.

XIII. Tous les escaliers devront être en fer, en pierre, ou en quelque autre substance à l'abri du feu; ils devront être nombreux, larges, d'un accès aisé, de manière à fournir des issues faciles en cas d'incendie.

XIV. Un grand établissement doit être composé d'un bâtiment central et d'ailes.

XV. Le bâtiment central doit contenir les bureaux, des lieux pour recevoir les visiteurs, et un appartement entièrement distinct et indépendant pour le directeur-médecin et sa famille, dans le cas où celui-ci demeurerait ainsi au centre de l'asile.

XVI. Les ailes doivent être disposées de telle sorte que, si elles se composent de pièces symétriquement placées des deux côtés d'un corridor central, celui-ci doit se terminer, aux deux extrémités, par de grandes fenêtres vitrées et mobiles, de manière à donner un libre accès à l'air et à la lumière.

XVII. On adoptera l'éclairage au gaz, en raison de sa commodité, de sa propreté, de sa sécurité et de son prix économique.

XVIII. Le service de la buanderie devra être séparé du bâtiment principal.

XIX. Les conduites pour les eaux devront être souterraines et les orifices des égouts devront être munis d'appareils propres à empêcher la sortie des mauvaises odeurs.

XX. Tous les asiles doivent être chauffés par le passage d'une grande quantité d'air pur, venant de l'amosphère extérieure, sur des tuyaux ou des plateaux contenant, soit de la vapeur

sous une faible pression, soit de l'eau chaude dont la température ne doit pas dépasser 212 degrés Fahrenheit (100 degrés centigrades), et placés dans les caves ou les fondations du bâtiment à chauffer.

XXI. Un système complet de ventilation forcée, combiné avec le chauffage, est indispensable pour purifier l'air d'un asile d'aliénés ; aucune dépense faite pour obtenir ce résultat ne devra être considérée comme exagérée ou inutile.

XXII. Les générateurs de la vapeur destinée à chauffer les bâtiments devront toujours être installés dans une construction séparée, dans laquelle on pourra disposer aussi la pompe à élever l'eau, le moteur des appareils de lavage et autres mécaniques.

XXIII. Tous les cabinets d'aisances doivent être contruits, autant que possible, avec des matériaux indestructibles, être très-simples dans leurs arrangements ; les siéges devront être traversés par une énergique ventilation dirigée vers le bas.

XXIV. Le sol des bains, des cabinets d'aisances et des magasins du rez-de-chaussée doit être recouvert, autant que possible, de matériaux imperméables à l'humidité.

XXV. Les quartiers destinés aux malades les plus excités doivent être composés de chambres construites d'un seul côté du corridor, ayant au moins 10 pieds de côté, et munies de grandes fenêtres donnant extérieurement sur une vue agréable.

XXVI. Autant que possible, les terrrains d'agrément d'un asile doivent être enclos à l'aide d'une muraille solide disposée de manière à ne pas produire, des bâtiments. un effet désagréable à la vue.

Nous aurions bien des réserves à faire, avec M. Foville, sur quelques-unes des règles formulées dans ce document, notamment en ce qui concerne la multiplicité des salles de bains, le mode de chauffage et de ventilation, le chiffre des malades, la disposition générale adoptée pour les bâtiments d'habitation ; mais il ne faut pas oublier que cette instruction porte la date de 1854 : à cette époque nous n'étions guère plus avancés en France.

La seconde instruction votée par l'Association en 1853 est intitulée : *Règles d'après lesquelles les asiles doivent être organisés* ; en voici le texte :

I. Le contrôle général du service doit être exercé par un conseil d'administration (*trustees* ou *managers*) ; si l'asile appartient à l'Etat, ce conseil doit être composé de manière à en éliminer, autant que possible, toute influence en rapport avec les opinions et les changements politiques ; si l'asile appartient

à une corporation privée, le conseil doit être nommé par ceux qui ont le droit de vote.

II. Le conseil ne doit pas avoir plus de douze membres ; ceux-ci doivent posséder la confiance publique et être connus pour leur libéralité, leur intelligence, leur bienfaisance active ; ils doivent être au-dessus de toute influence politique et sérieusement résolus à bien remplir les devoirs inhérents à leur poste. L'organisation du conseil doit être telle que, lorsque des changements doivent avoir lieu, il n'y ait pas plus d'un tiers des membres dont les fonctions expirent dans le cours d'une même année.

III. Le conseil doit nommer le médecin, et sur sa présentation et non autrement, le médecin adjoint, l'économe et la ménagère (*matron*). Il doit, soit en corps, soit par groupes isolés, visiter et examiner chaque partie de l'établissement à des époques déterminées, au moins une fois par quinzaine, et à tout autre moment où il le juge opportun ; il doit exercer sur les dépenses et sur l'ensemble des opérations de l'asile une surveillance assez attentive pour donner au public toute sécurité sur la régularité de l'administration.

IV. Le médecin doit être le superintendant et le fonctionnaire chargé du pouvoir exécutif dans l'établissement. En outre d'une éducation médicale complète, il doit réunir les qualités intellectuelles, physiques et sociales, nécessaires pour remplir un poste de ce genre. Il doit occuper ses fonctions tant qu'il les remplit convenablement ; il doit demeurer dans l'intérieur ou au voisinage immédiat de l'établissement ; sa rémunération doit être assez libérale pour lui permettre de consacrer tout son temps et toute son énergie au bien de l'asile ; il doit présenter au conseil des personnes appropriées aux postes de médecin adjoint, d'économe, de ménagère ; il doit être seul maître du traitement médical, moral et hygiénique des malades ; avoir toute autorité pour le choix et le renvoi des agents chargés de leur donner des soins ; exercer une surveillance et une direction générales sur tous les services de l'établissement.

V. Le médecin adjoint, ou les médecins adjoints, lorsqu'il en faut plusieurs, doivent avoir pris leurs degrés et être en état de remplacer le médecin et de s'acquitter, lorsque celui-ci est absent, de tous ses devoirs habituels.

VI. L'économe doit, sous la direction du médecin-superintendant et sur ses ordres, faire tous les achats pour l'établissement, tenir les comptes, engager, payer et congédier les gens de service, surveiller la ferme et les jardins, remplir tout autre devoir dont il peut être chargé.

VII. La ménagère doit, sous la direction du superintendant, exercer une surveillance générale sur les arrangements intérieurs de la maison et faire tout ce qui dépend d'elle pour assurer le bien-être et favoriser le rétablissement des malades.

VIII. Quand l'asile renferme plus de deux cents malades, il est nécessaire d'avoir un second médecin adjoint, chargé du service de la pharmacie.

IX. S'il est nécessaire d'avoir un aumônier à demeure, il

devra être choisi par le superintendant ; il sera entièrement sous sa direction, de même que toutes les autres personnes employées au soin des malades.

X. Dans chaque asile, il doit y avoir, pour chaque sexe, un surveillant (ou surveillante) chargé d'exercer une surveillance générale sur tous les serviteurs et sur tous les malades, et de servir d'intermédiaire entre eux et les fonctionnaires de la maison.

XI. Dans aucun asile, le nombre des serviteurs immédiatement chargés du soin des malades, ne doit être inférieur à la proportion de un serviteur pour dix malades, et le plus souvent ce nombre devra être supérieur.

XII. Le superintendant doit avoir une autorité absolue pour prendre toutes les mesures et toutes les précautions contre les chances d'incendie et d'autres accidents ; dans ce but, il est nécessaire d'assurer une bonne surveillance de nuit.

XIII. La situation des différents établissements, ou d'autres circonstances particulières à chacun d'eux, peuvent nécessiter la création de différents autres postes ; mais dans tout asile, quel qu'il soit, tous les employés qui viennent d'être énumérés sont non-seulement utiles, mais absolument nécessaires pour obtenir tous les résultats que l'on est en droit d'attendre dans le traitement libéral et éclairé des aliénés.

XIV. Toutes les personnes employées au soin des aliénés doivent être actives, vigilantes, de bonne humeur et de bonne santé. Elles doivent avoir des dispositions bienveillantes, avoir une certaine éducation, être dignes de confiance à tous égards; leur rémunération doit être suffisamment large pour assurer les services de gens réunissant toutes ces qualités.

Nous ne pouvons qu'approuver à peu près sur tous les points les sages dispositions formulées dans cette instruction.

Enfin dans un troisième document dont la rédaction est due surtout au Dr Isaac Ray, l'Association, dans sa session de 1868, tenue à Boston, a formulé le projet de loi suivant, qu'elle a proposé comme guide aux chambres législatives des différents États de l'Union, dans la confection de lois sur ce sujet :

Article 1er. Les personnes aliénées peuvent être placées dans un établissement d'aliénés, par leurs tuteurs, par leurs parents ou leurs amis à défaut de tuteurs, mais jamais sans production d'un certificat d'un ou plusieurs médecins honorablement connus, rédigé après un examen personnel ne remontant pas à plus d'une semaine ; ce certificat devra être vu et contresigné (*duly acknowledged*) par quelque magistrat ou officier judiciaire, qui légalisera la signature et certifiera l'honorabilité du signataire.

Art. 2. Les personnes aliénées peuvent être placées dans un hôpital ou quelque autre endroit convenable, par ordre d'un magistrat qui, après une enquête convenable, aura constaté que ces personnes, laissées en liberté, sont dangereuses pour elles-

mêmes ou pour les autres et qu'elles ont besoin d'être soignées et traitées dans un hôpital, leur état de folie étant du reste certifié par un ou deux médecins honorables, comme cela a été indiqué dans l'article précédent.

Art. 3. Les personnes aliénées peuvent encore être placées dans un hôpital, par ordre d'un officier judiciaire supérieur, après les formalités suivantes: sur l'affirmation écrite d'une personne respectable, qu'une telle personne est aliénée et que son propre intérêt, aussi bien que celui des autres, réclament sa séquestration, le juge devra, de suite, nommer une commission chargée de faire une enquête ; si la commission est d'avis, après l'enquête faite, qu'il y a lieu de séquestrer la personne désignée, le juge rendra une ordonnance conforme à cet avis.

Art. 4. La commission prévue dans l'article précédent sera composée de quatre personnes, ni plus ni moins, dont l'une, au moins, sera un médecin, et l'autre un homme de loi. Dans l'enquête, elle recueillera tous les témoignages propres à l'éclairer sur les faits de la cause, et elle entendra également la personne désignée comme aliénée ou son conseil. Cette personne sera avertie de la procédure engagée, et le juge est autorisé à la faire garder, s'il y a lieu, de telle manière qu'il jugera convenable, pendant la durée de l'enquête.

Art. 5. Sur la déclaration écrite par quelque respectable personne à un juge, qu'une certaine personne renfermée dans un hôpital d'aliénés n'est pas folle et est injustement privée de sa liberté, le juge nommera une commission de trois ou quatre personnes, dont un médecin au moins et un homme de loi ; cette commission recueillera tous les témoignages propres à l'éclairer sur les faits de la cause et, sans prévenir la personne désignée, elle s'arrangera pour avoir avec elle une entrevue personnelle, en évitant autant que possible qu'elle en connaisse le motif. La commission adressera son rapport au juge et, si elle est d'avis que la personne n'est pas aliénée, le juge rendra une ordonnance de sortie.

Art. 6. Si les chefs d'un asile désirent qu'une personne qui leur est confiée soit l'objet d'un examen juridique, cet examen aura lieu conformément aux clauses de l'article 5.

Art. 7. La commission désignée dans l'article 5 ne pourra pas être renommée, à l'égard de la même personne, plus souvent que tous les six mois, et pour une personne placée dans un hôpital en vertu de l'article 3, une commission de ce genre ne pourra pas être nommée avant six mois de séjour dans cet hôpital.

Art. 8. Les personnes placées dans un hôpital conformément à l'article 1er, peuvent en sortir sur la demande de ceux qui les y ont placées.

Art. 9. Les personnes placées conformément à l'article 2 peuvent sortir sur la décision des chefs de l'établissement.

Art. 10. Les indigents peuvent être placés dans un hôpital d'aliénés par les autorités municipales dont ils dépendent, l'existence de la folie étant établie, comme à l'article 1er, et peuvent être repris par les mêmes autorités.

Art. 11. Si quelque ami d'une personne placée dans un hôpital d'aliénés, en vertu de l'article 3, écrit à un juge que cette personne voit sa santé physique dépérir et que son bien-être gagnerait à sa sortie, ou que la maladie a changé de caractère, en sorte que la séquestration n'est plus nécessaire, le juge doit se renseigner sur les faits de la cause, et d'après les résultats de l'enquête, il peut ordonner la sortie ou ne pas l'ordonner.

Art. 12. Toute personne placée dans un hôpital d'aliénés peut être reprise par les personnes responsables du paiement des dépenses, si cette obligation est volontaire de leur part et non légalement obligatoire, et si elles se sont réservé le droit de faire cesser cette responsabilité.

Art. 13. Nulle personne aliénée ne pourra être rendue responsable de faits criminels, dans une cause criminelle, à moins qu'il ne soit démontré que le crime n'a été ni directement ni indirectement le résultat de la folie.

Art. 14. Aucun aliéné ne pourra passer en jugement, pour quelque acte criminel, tant qu'il sera atteint de folie ; afin d'établir son état, un des juges de la Cour devant laquelle il devrait comparaître, désignera une commission de trois à cinq médecins, dont un au moins sera expert en aliénation mentale; cette commission devra examiner l'accusé, recueillera les témoignages propres à l'éclairer et adressera au juge un rapport de ses opérations, avec son opinion sur l'état mental de l'accusé. Si elle ne le considère pas comme aliéné, il passera en jugement ; si au contraire elle le déclare aliéné, ou si elle conserve des doutes sur l'intégrité de ses facultés, le juge ordonnera qu'il soit placé dans un hôpital pour les aliénés ou dans quelque autre endroit favorable à une observation scientifique sur les conditions de son esprit. La personne à laquelle il aura été ainsi confié présentera, avant la prochaine réunion de la Cour, un rapport sur l'état mental de l'accusé, et si ce rapport n'est pas satisfaisant, le juge nommera une nouvelle commission d'enquête, qui procédera comme déjà il a été dit, et dont l'opinion aura les mêmes effets que dans le premier cas.

Art. 15. Toutes les fois que, dans une cause criminelle, un accusé sera acquitté comme aliéné, le verdict du jury devra en faire la déclaration, et la Cour ordonnera alors son placement dans quelque endroit où il pourra être traité et gardé, afin qu'il y soit retenu jusqu'à ce que sa sortie puisse être ordonnée de la manière indiquée dans l'article suivant.

Art. 16. Si quelque juge de la Cour est convaincu, par les témoignages produits devant lui, que le prisonnier est guéri, et que l'accès de folie pendant lequel l'acte criminel a été commis, était le premier et le seul qu'il eût jamais éprouvé, il peut le renvoyer sans conditions. Si, au contraire, on constate que cet accès de folie avait été précédé par plusieurs autres, ou même un seul autre, alors la Cour pourra nommer un tuteur auquel seront remis la charge et le soin du prisonnier, et qui sera responsable des dommages que pourrait commettre son pupille. En outre, dans le cas d'homicide ou de tentative d'ho-

micide, le prisonnier ne pourra être rendu à la liberté que sur le consentement unanime du médecin et des administrateurs de l'hôpital, et des membres de la Cour auxquels il avait été déféré.

Art. 17. S'il est démontré à un juge de la Cour suprême ou de quelque Cour élevée, qu'une personne aliénée souffre évidemment du manque de soins ou de traitement, ce juge devra ordonner le placement du malade dans un hôpital d'aliénés, aux frais de ceux qui lui doivent légalement des aliments.

Art. 18. Toute demande en interdiction d'un aliéné devra être adressée au *judge of probates*, ou à un juge ayant une juridiction analogue, et celui-ci, après avoir entendu les parties, prononcera l'interdiction, s'il a reconnu que la personne est réellement aliénée, et incapable de gérer sciemment ses affaires. Un avis de la demande sera adressé, en temps convenable, à la personne elle-même, si elle est en liberté ; ou, si elle est séquestrée, à ceux auxquels elle est confiée. Mais la Cour peut ne pas exiger sa comparution, ou dispenser de lui faire la lecture de la notification, si elle reconnaît que cette lecture ou cette comparution pourrait faire du tort à sa santé physique ou mentale. La même procédure sera employée pour faire lever l'interdiction.

Art. 19. Les aliénés pourront être rendus responsables, dans toute cause civile, pour tout dommage causé à la personne ou à la propriété d'autrui ; on tiendra compte, dans la fixation des dommages-intérêts, des ressources pécuniaires des deux parties, de la provocation du défenseur et de toutes les autres circonstances qui, dans un procès criminel, pourraient être invoquées comme circonstances atténuantes.

Art. 20. Les contrats passés par les aliénés ne seront pas validés, sauf lorsqu'ils auront pour objet des articles de nécessité ou d'utilité en rapport avec les moyens et la condition des malades, ou que l'autre partie n'a eu aucun motif pour soupçonner le trouble intellectuel et que la transaction ne porte aucune trace d'avantage déloyal.

Art. 21. Un testament peut être invalidé pour cause de folie du testateur, s'il est établi qu'il était incapable d'apprécier la nature et les conséquences de l'acte, ou de comprendre la valeur relative des propriétés, ou de se rappeler et d'avoir présents à l'esprit tous ses héritiers naturels, ou de résister à toute tentative faite pour substituer la volonté d'un autre à la sienne. Un testament peut encore être invalidé pour cause de folie du testateur, s'il est établi que ce dernier avait des conceptions délirantes de nature à lui inspirer des sentiments de malveillance à l'égard de quelques-uns de ses héritiers naturels.

Depuis la publication de ce document, les États de Pensylvanie et de Connecticut sont les seuls qui aient eu à voter des lois sur les aliénés et ils ont adopté à peu près textuellement le modèle de l'Association. En ce qui concerne les autres États de l'Union, sur les dispositions législatives qui étaient en vi-

gueur en 1873, nous faisons seulement observer, avec M. Foville, que ces dispositions se rapportent presque exclusivement à l'asile de l'État et ne disent rien des mesures adoptées pour la séquestration des aliénés considérés en général ; et que, dans quelques États, surtout dans les plus nouveaux, c'est uniquement à titre de mesure de police, qu'il est permis de porter atteinte à la liberté des aliénés ; en ce qui concerne le soin à prendre de leurs biens, ils sont considérés comme des mineurs.

MAINE. — Les mineurs, atteints d'aliénation mentale, peuvent être placés dans un asile, par leurs parents ou tuteurs, dans les trente jours qui suivent le début de la maladie.

Dans tous les autres cas, le placement à l'asile ne peut être ordonné que par les autorités municipales de la commune où réside l'aliéné. Ces autorités, prévenues par les amis ou par un juge, font une enquête sur l'état mental du malade ; si elles reconnaissent qu'il est aliéné et qu'il doit y avoir avantage, pour lui-même et pour les autres, au point de vue du bien-être et de la sécurité, à ce qu'il soit placé à l'asile, elles ordonnent son placement. Il doit y rester retenu jusqu'à sa guérison, ou jusqu'à ce que sa sortie soit légalement autorisée.

Appel peut être interjeté de la décision des autorités municipales. Dans ce cas, chaque partie désigne un juge de paix, ceux-ci font une enquête et peuvent infirmer ou confirmer la décision prise.

Les aliénés placés dans l'asile, qui n'y ont pas été renfermés par ordre de la Cour suprême de justice, et qui ne sont pas atteints de folie homicide, peuvent en sortir, après six mois de séjour et non plus tôt, à la demande des personnes auxquelles il incombe de leur fournir des aliments, et par ordre des autorités municipales. Dans le cas où ces autorités auraient refusé d'autoriser la sortie, une nouvelle demande, avec enquête, peut être renouvelée après un intervalle de six mois.

Les personnes placées à l'asile, conformément aux dispositions qui précèdent, peuvent être mises sous tutelle, sur la demande adressée par les autorités municipales au juge. Elles certifient que « cette demande est faite dans l'intérêt du malade » et pour empêcher le gaspillage de ses biens », et le juge désigne un tuteur, sans en donner «avis au malade».

Les prévenus d'un crime qui, lors du jugement, invoquent l'excuse de folie, sont envoyés à l'asile, par ordre de la Cour, pour y être observés. La Cour peut prendre la même mesure, avant le jugement, si elle sait que l'excuse de folie sera invoquée.

Les prévenus d'un crime qui ont été acquittés pour cause de folie doivent être envoyés par la Cour à l'asile, et doivent y être gardés jusqu'à ce qu'ils soient guéris ou que leur sortie soit légalement ordonnée. Il doit en être de même, lorsque le grand jury a reconnu l'existence de la folie. Dans les cas de ce genre, la sortie peut toujours être ordonnée par un juge de

la Cour suprême de justice; elle peut aussi l'être par deux juges de paix désigné, l'un par les administrateurs de l'asile, l'autre par la famille du malade « lorsqu'il est suffisamment » établi que ce dernier peut être rendu à la liberté sans de- » venir un danger pour la tranquillité et la sécurité publiques». La sortie peut encore être ordonnée par le juge, lorsque des garanties suffisantes peuvent être fournies.

Tout condamné qui, dans sa prison, paraît être aliéné, doit être examiné par une commission de deux médecins, ou plus, nommés par le gouverneur. S'il est reconnu aliéné, il est envoyé à l'asile.

Il n'y a dans le Maine qu'un seul asile, qui appartient à l'État. Cet asile, situé à Augusta, ville capitale, a été ouvert le 14 oct. 1840; depuis 1852, il a pour directeur le Dr Harlow.

NEW-HAMPSHIRE. — « Les parents, tuteurs ou amis d'une personne atteinte d'aliénation mentale peuvent la faire placer dans l'asile. » Le règlement de cet établissement exige, à l'appui de la demande de placement, un certificat d'un médecin constatant la folie.

Un juge des *Probates* peut ordonner la séquestration d'un aliéné dangereux, mais il doit préalablement en donner avis au maire de l'endroit où cet aliéné a son domicile, ou à son tuteur, « ou à toute autre personne que le juge peut désigner. »

Les aliénés indigents peuvent être placés dans un asile par les inspecteurs des pauvres de la localité à laquelle ils appartiennent; si les inspecteurs négligent de prendre cette mesure, elle peut-être ordonnée par le tribunal.

Un aliéné, détenu dans une maison d'arrêt quelconque, peut-être envoyé à l'asile, par une décision du tribunal.

Un aliéné, détenu dans une prison d'Etat, peut être envoyé à l'asile, par une décision du gouverneur et du conseil de la prison.

Tout aliéné, séquestré par ordre d'un juge ou d'un tribunal, doit être retenu jusqu'à ce que sa sortie soit autorisée, conformément à la loi, ou jusqu'à ce que la folie ait cessé d'exister.

Toute personne retenue à l'asile sera rendue à la liberté sur la décision de trois des administrateurs de l'asile, ou d'un des juges de la Cour supérieure, toutes les fois que les motifs de la séquestration auront cessé d'exister ou qu'un plus long séjour à l'asile ne leur paraîtra pas nécessaire.

Pour faire nommer un tuteur à une personne que l'on dit être aliénée, une requête doit être présentée au juge des *Probates;* celui-ci charge les *selectmen* (administrateurs élus) de la localité où cette personne a son domicile, d'instruire l'affaire et de procéder à une enquête. S'il résulte de l'examen personnel de la personne, que celle-ci est réellement atteinte de folie, le juge lui nomme un tuteur; mais, cependant, il doit lui donner préalablement avis de la requête et la citer à comparaître devant lui pour exposer ses moyens de défense.

Il n'y a également qu'un asile dans le New-Hamsphire. Cet asile ouvert le 24 octobre 1842, appartient à l'Etat et est situé à Concorde, ville capitale ; depuis 1857, il est dirigé par le Dr Bancroft.

VERMONT. — Les placements volontaires, à l'asile des aliénés, se font sur la demande des familles ou des amis, sur la présentation d'un certificat de folie délivré par un praticien respectable.

Lorsqu'on désire obtenir l'interdiction d'une personne aliénée, une requête doit être adressée à la Cour des *Probates* par la famille, les amis ou les inspecteurs des pauvres. Deux juges de paix sont chargés par la Cour de faire une enquête : ces magistrats examinent personnellement le malade. Après lui avoir fait notifier un avis préalable de la poursuite dont il est l'objet, la Cour prononce ou refuse l'interdiction d'après leur rapport.

Lorsqu'un prévenu est acquitté pour cause de folie, le jury doit en faire mention dans son verdict. Si la Cour juge qu'il serait dangereux, pour la paix ou la sécurité publiques, de laisser l'individu en liberté, elle ordonne son placement à l'asile ou ailleurs. Si le crime commis a été un meurtre ou un assassinat, le placement peut avoir lieu, soit à l'asile, soit dans la prison d'Etat, au choix de la Cour. Dans tout autre cas, le prévenu peut être placé à l'asile, dans une maison d'arrêt ou quelque autre endroit convenable. Les frais d'entretien seront à la charge de l'aliéné, s'il a des ressources suffisantes ; sinon, ils seront à la charge de l'Etat.

Lorsqu'un condamné, à perpétuité ou à temps, donne des signes non équivoques de folie depuis au moins un mois, les directeurs de la prison peuvent l'envoyer, de leur propre autorité, à l'asile, pour y être maintenu jusqu'à sa guérison, ou jusqu'à l'expiration de sa peine. Dans le cas où la guérison est obtenue avant l'expiration de la peine, le condamné retourne à la prison pour y achever son temps. Si, alors qu'il est déjà guéri de sa folie, mais qu'il n'est pas encore réintégré dans la prison, il parvient à s'évader, il devient passible des peines applicables à l'évasion de la prison d'Etat.

Lorsqu'un condamné, devenu aliéné, arrive au terme de sa condamnation sans être guéri, il peut être maintenu à l'asile, aux frais de l'Etat ou de ceux qui lui doivent des aliments.

Le Vermont n'a qu'un asile qui appartient à l'Etat et est situé à Brassleborough. Cet établissement, ouvert en 1836, est dirigé depuis cette époque par le Dr Rochwell.

RHODE-ISLAND. — Tout aliéné peut être placé dans l'asile consacré à ces malades, par son tuteur, s'il en a un ; sinon, par les membres de sa famille ou ses amis, ou, dans le cas d'indigence, par les autorités de la commune à laquelle il appartient. Un certificat d'aliénation mentale, délivré par un médecin, est essentiel dans tous les cas.

Sur la plainte d'une personne respectable qui affirme que telle autre personne est atteinte de folie furieuse, et qu'il est dangereux de la laisser en liberté, tout juge de paix peut ordonner le placement de cette dernière à l'asile.

Sur la déclaration écrite, adressée par une personne respectable à un juge de la Cour suprême, que tel malade est atteint d'aliénation mentale, et que dans son propre intérêt et dans celui d'autrui il conviendrait de le faire séquestrer, le juge nommera, sans délai, une commission composée de trois membres qui devront recueillir des témoignages, recevoir les explications du malade ou de son conseil et se livrer à une enquête complète. Avis de la plainte sera donné au malade, à temps pour qu'il puisse se présenter ; s'il ne le fait pas, il pourra être appréhendé, et le juge sera libre de le faire séquestrer provisoirement pendant la durée de l'enquête. Si la commission conclut, dans son rapport, à l'utilité de la séquestration, le juge rend une ordonnance pour la prescrire.

Sur la déclaration écrite, faite de même, que telle personne est à tort renfermée comme aliénée, une commission sera désignée de la même manière pour recueillir les témoignages et examiner le malade. Si elle conclut à la non-existence de la folie, le juge doit ordonner la mise en liberté.

Toutes les fois qu'un prévenu d'un crime sera acquitté pour cause d'aliénation mentale, le jury devra constater le fait. Si le juge trouve qu'il y aurait de l'imprudence à laisser l'accusé en liberté, il le fera savoir au gouverneur ; celui-ci devra pourvoir à l'entretien de l'accusé, et le faire enfermer dans un asile d'aliénés, soit dans l'Etat, soit ailleurs, pour tout le temps que durera la folie.

D'une manière générale, ceux qui ont fait entrer un malade à l'asile ont le droit de l'en faire sortir.

L'interdiction d'une personne considérée comme atteinte de folie doit être demandée à la Cour des *Probates* par la famille, les amis ou les autorités municipales. Le malade doit être convoqué à l'audience ; cependant, sur la déclaration du médecin qui soigne le malade qu'il y aurait un inconvénient sérieux, pour la santé de ce dernier, à l'avertir ou à le faire comparaître, l'audience pourra être tenue sans lui, et l'arrêt d'interdiction rendu ou refusé par décision de la Cour.

Le Rhode-Island n'a qu'un asile, dont la fondation est due entièrement à la générosité privée. Il porte le nom du principal bienfaiteur *Butler*. Fondé en 1848, cet asile a eu pour directeur jusqu'en 1867 le Dr Isaac Ray, qui avait veillé à sa construction et à son aménagement : il a été remplacé en 1867 par le Dr Sawyer. En 1870, au lieu d'agrandir l'asile Butler, devenu insuffisant, on a eu la fâcheuse idée de transférer les chroniques dans un établissement agricole appartenant à l'Etat.

Connecticut. — Les malades peuvent être placés dans l'asile des aliénés « par leurs tuteurs, ou leur famille, ou, à défaut

de tuteur, par leurs amis » ; mais il faut toujours produire un certificat assermenté d'au moins un médecin ayant examiné personnellement le malade depuis moins d'une semaine. Les malades ainsi placés peuvent être retirés de l'asile par les personnes qui les y ont fait entrer.

Tout juge de paix, sur la plainte qui lui en est faite, peut se rendre compte de l'état d'une personne que l'on dit être atteinte de folie, et s'il trouve qu'elle est dangereuse pour elle-même ou pour les autres, ou qu'elle a besoin d'être soignée et traitée dans un asile, au lieu d'être laissée en liberté, il doit la faire enfermer dans un hôpital ou quelque autre endroit convenable ; mais un certificat médical, donné dans les conditions indiquées ci-dessus, sera toujours nécessaire.

Sur la demande d'une personne respectable, tout juge de la Cour supérieure devra nommer une commission de trois ou quatre membres — parmi lesquels il y aura au moins un médecin et un légiste ou magistrat — pour faire une enquête sur l'état mental d'une personne que l'on dit être atteinte de folie. La commission recueillera les témoignages qui pourront se produire, entendra le malade et son conseil, et fera un rapport où elle se prononcera sur le fait de folie et sur l'opportunité de la séquestration. Le malade devra être régulièrement averti de la procédure dont il est l'objet. Le juge pourra faire enfermer provisoirement le malade, pendant que l'affaire restera pendante.

Sur la plainte d'une personne respectable, que telle autre personne est injustement renfermée comme aliénée, le juge de la Cour supérieure pourra, à son choix, désigner une commission, composée comme il a été dit plus haut, pour faire une enquête. Les membres de la commission devront recueillir des témoignages, et avoir avec le malade une ou plusieurs entrevues personnelles, « en s'arrangeant, si cela est possible, pour qu'il ne puisse savoir ni soupçonner le but de ces entrevues. » Si la commission déclare que le malade est sain d'esprit, le juge doit ordonner sa mise en liberté.

Une commission ayant la même composition et les mêmes devoirs devra être nommée toutes les fois que la demande en sera faite par les chefs ou administrateurs d'un asile, d'un hôpital ou d'un autre lieu de détention.

Aucune commission ne sera nommée à la requête de gens du dehors pendant les six premiers mois de la séquestration, quand celle-ci aura été ordonnée par un juge de la Cour supérieure. Dans aucun cas, une enquête de ce genre ne pourra être renouvelée avant un délai de six mois.

Tout juge de la Cour supérieure qui acquerra la preuve qu'une personne est atteinte de folie et qu'elle manque des soins ou du traitement dont elle a besoin, pourra ordonner son placement à l'hôpital, aux frais des personnes qui en sont légalement responsables.

Les malades placés conformément aux règles qui précèdent

peuvent être renvoyés par les administrateurs des hôpitaux, suivant les règlements de chacun d'eux.

Les prévenus acquittés pour cause de folie sont, par ordre de la Cour, renvoyés en prison. Toute autre personne peut ensuite les réclamer, en fournissant des garanties suffisantes, et les faire séquestrer d'une manière recommandée ou approuvée par la Cour. La demande de mise en liberté d'individus dans ce cas doit être adressée à la Cour de comté, et celle-ci en dispose comme elle l'entend.

Les demandes d'interdiction doivent être adressées à la Cour des *Probates* par quelque ami de la famille de la personne à interdire, ou par les *selectmen* de la commune à laquelle elle appartient. La Cour, si elle reconnaît l'existence de la folie, nomme un curateur. Le malade est convoqué par une citation déposée à son domicile ordinaire. Il n'y a pas de mesure légale qui prescrive la séquestration, mais celle-ci est autorisée.

Massachussets. — Les certificats de deux médecins, délivrés moins d'une semaine après l'examen personnel d'un malade, sont nécessaires pour faire admettre ledit malade dans un hôpital destiné aux aliénés. Un de ces médecins doit être, autant que possible, le médecin de la famille. Si l'hôpital est un établissement de l'Etat, avis doit être donné de la demande d'admission, au maire ou aux *selectmen* du domicile du malade. Dans tous les cas, l'hôpital doit recevoir et conserver un rapport écrit et détaillé sur l'histoire et les caractères de l'affection.

Tout juge appartenant à l'une des juridictions régulières de l'Etat peut faire placer dans un asile d'aliénés tout individu pour lequel cette mesure lui paraît nécessaire. Les certificats de deux médecins sont toujours indispensables.

Le juge peut désigner tel lieu qu'il lui convient pour examiner la demande de placement: il peut exiger la présence du malade ou ne pas la demander; il peut aussi, si bon lui semble, réunir un jury de six personnes pour décider si la personne qu'il s'agit de placer est réellement aliénée.

Les aliénés indigents peuvent être placés dans un asile par les surveillants des pauvres.

Les malades placés dans les hôpitaux d'aliénés peuvent être remis en liberté par les membres du conseil d'administration de l'hôpital, et par les juges des différentes juridictions de l'Etat.

Lorsqu'une personne accusée d'un crime est acquittée pour cause de folie, ou, pour cette même raison, n'est pas mise en jugement, la Cour peut ordonner son internement dans un des asiles d'aliénés de l'Etat.

Les condamnés qui, pendant leur séjour dans la prison de l'Etat, sont soupçonnés de folie, sont examinés par une commission composée du médecin de la prison et de quatre médecins placés à la tête des asiles d'aliénés de l'Etat. Cette commission présente son rapport à l'un des juges de la Cour supérieure qui, s'il reconnaît l'existence de la folie, ordonne

le transfèrement du condamné à l'un des asiles de l'Etat, pour qu'il y soit traité jusqu'à ce qu'il puisse être réintégré dans la prison. Les personnes enfermées dans tout autre lieu de détention, peuvent être envoyées dans un asile, en vertu de l'ordre d'un juge rendu sur le rapport du médecin de l'établissement.

Sur la plainte faite, sous serment, à un juge de la Cour suprême, qu'une certaine personne est renfermée à tort comme aliénée, ce juge peut, s'il le juge à propos, nommer une commission de trois personnes chargées de faire une enquête. Cette commission prêtera serment, avisera le plaignant et les chefs de l'asile, convoquera des témoins et leur fera prêter serment, recevra leur témoignage et examinera personnellement le malade. Aucun avis ne sera donné au malade; il ne devra pas avoir de conseil et il ne sera pas présent à l'enquête. Il ne pourra être examiné personnellement ni par le plaignant, ni par le conseil du plaignant, à moins que ce ne soit avec la permission du médecin, ou sur un ordre formel du juge. La commission visitera le malade à l'asile, sans lui faire subir de déplacement. Après le dépôt du rapport de la commission, le juge prend telle décision qu'il croit juste.

Des tuteurs sont nommés par la Cour des *Probates* sur la demande des parents, des amis, ou des autorités municipales du domicile du malade. La Cour doit avertir le malade, quinze jours d'avance, du lieu et de l'heure de l'audition de la cause. S'il est démontré à la Cour que le malade est réellement incapable, elle nomme un tuteur à sa personne et à ses biens.

En 1868, l'état de Massachussets possédait cinq asiles publics.

Le Mac-Lean Asylum, ainsi nommé du nom du bienfaiteur auquel il doit son organisation, est situé à Sommerville, près Boston. Il a été ouvert en 1818. Il dépend de l'hôpital général de Massachussets et ne reçoit que des malades payants. Directeur-médecin, le Dr Tyler.

L'hôpital des aliénés de Boston, ouvert en 1839. Directeur-médecin depuis 1851, le Dr Valker.

Les trois autres asiles appartiennent à l'Etat de Massachussets ; ce sont :

L'asile de Worcester, ouvert en 1832. Superintendant, le Dr Merrick Bemis.

L'asile de Taunton, ouvert en 1854. Superintendant depuis l'ouverture de l'établissement, le Dr Choate.

L'asile de Northampton, ouvert en 1858. Directeur-médecin depuis 1864, le Dr Pliny Earle, l'un des premiers aliénistes des Etats-Unis, précédemment médecin de l'asile de Bloomingdale à New-York.

NEW-YORK. — Toute personne contre laquelle on porte plainte, en la déclarant atteinte de folie furieuse, peut être retenue enfermée, sur la décision de deux juges de paix, à condition d'être placée dans un asile d'aliénés dans un délai de dix jours.

Si la personne atteinte de folie furieuse possède des ressources propres, ou si elle a des parents ou un tuteur tenus à lui assurer des aliments, ce sera à sa famille de pourvoir à son placement dans un asile. A défaut de la famille, c'est aux inspecteurs des pauvres de porter plainte et de provoquer le placement, sauf à poursuivre légalement le remboursement des dépenses.

Aucun malade ne peut être placé dans un asile sans le certificat, sous serment, de deux médecins respectables ; un résumé de leur rapport doit être consigné sur un registre spécial au greffe du tribunal du comté.

Lorsque deux juges de paix auront prescrit, comme il a été dit plus haut, le placement, dans un asile, d'une personne déclarée aliénée, cette personne ou ses amis pourront interjeter appel près d'un juge de comté. Ce juge devra alors s'opposer à ce que l'ordre de placement soit mis à exécution, et il réunira de suite un jury composé de six personnes pour élucider le cas. Si le jury, aidé du témoignage de deux médecins respectables, trouve que le plaignant est sain d'esprit, le juge doit aussitôt rendre la liberté au prisonnier ; sinon il confirme l'ordre de séquestration et prescrit le tranfèrement immédiat dans un asile. Si les juges de paix refusent d'ordonner la séquestration d'une personne qui leur a été signalée comme aliénée, appel peut de même être interjeté par les plaignants auprès d'un juge de comté ; celui-ci peut trancher la question de sa propre autorité, ou convoquer un jury, suivant qu'il le croit préférable.

La sortie des aliénés placés dans l'asile de l'Etat dépend entièrement des administrateurs de cet asile — sauf le cas de séquestration après crime. — Cependant, les administrateurs devront être guidés par les certificats délivrés par le superintendant et déclarant la guérison, l'innocuité, l'incurabilité du malade, ou l'impossibilité d'améliorer sa situation par un traitement plus prolongé. Les aliénés dits criminels peuvent être rendus à la liberté par ordre d'un juge de la Cour suprême, si, après enquête, il paraît sûr, légal et juste de le faire.

Lorsqu'un prévenu sera acquitté, ou mis hors de poursuite, pour cause de folie, le jury devra en faire la déclaration à la Cour ; celle-ci provoquera une enquête sur l'état actuel du prévenu, et s'il est constaté qu'il est encore aliéné, elle ordonnera son placement à l'asile.

Toutes les fois qu'un détenu paraîtra atteint de folie, le juge du comté procédera à une enquête et recueillera l'avis de deux médecins honorables et d'autres témoins, ou s'il le croit préférable, chargera un jury de se prononcer sur la question de folie. Si la folie est reconnue, le juge peut ordonner le transfert du malade dans un asile où il devra être gardé jusqu'à sa guérison.

Lorsque le médecin d'une des prisons d'Etat déclarera qu'un des condamnés est atteint de folie, l'inspecteur, ou le conseil des inspecteurs, procédera à une enquête, et si la folie est reconnue, le malade sera transféré à l'asile des condamnés aliénés. Si après l'expiration de la peine, la folie persiste, le malade pourra être rendu à la maison de secours de sa commune, ou confié à la garde de ses amis, moyennant les garanties nécessaires; ou bien sur le témoignage des médecins, le juge du comté pourra ordonner qu'il continue à être soigné dans ledit asile. Si un condamné, soigné comme aliéné, guérit avant l'expiration de sa peine, il est transféré pour le reste de son temps à la prison d'Etat d'Auburn.

Les demandes d'interdiction sont adressées avec les raisons à l'appui à l'une des Cours de l'Etat, et celle-ci, si elle le juge à propos, nomme une commission d'enquête. L'aliéné doit être prévenu de la procédure, — sauf le cas de folie furieuse ou autres circonstances exceptionnelles. — La commission réunit un jury, entend des témoins; le malade peut être présent à l'enquête et être assisté d'un conseil; il peut être visité et examiné. Si la folie est constatée, la Cour organise une tutelle, à son choix, dans l'intérêt de l'aliéné; souvent il y a un tuteur séparé pour les biens et un autre pour la personne; ce dernier est en général le plus proche parent. La Cour suprême est, d'une manière générale, chargée de protéger la personne et la fortune de l'aliéné. Lorsque celui-ci est guéri, la même Cour, lorsque la demande lui en est faite, peut mettre fin à la tutelle et à la séquestration.

L'Etat de New-York comptait en 1867 quatre grands asiles publics en fonctionnement et deux en construction, à savoir :

L'asile de Bloomingdale, dans une île près de New-York; ouvert en 1821, il reçoit surtout des pensionnaires. Superintendant depuis 1852, le Dr Brown.

L'asile de la cité de New-York, dans l'île de Blackwell, ouvert en 1849. Superintendant depuis 1865, le Dr Parsons.

L'asile de Kings County, à Flatbush, reconstruit et ouvert en 1855. Directeur-médecin depuis 1857, le Dr Chapin.

L'asile de l'Etat de New-York, à Utica, ouvert en 1843. Superintendant depuis 1854, le Dr John Gray.

Deux autres asiles étaient en construction en 1873, l'un à Poughkepsie, sur les bords de l'Hudson, l'autre à Ovid.

Il y a en outre à Auburn, comme dépendance du pénitencier, un asile spécial pour les aliénés criminels; cet asile ouvert en 1858, est dirigé par le Dr E. Van Audus.

Enfin, il y a dans l'Etat de New-York plusieurs établissements privés, entre autres la maison Brigham, à Canandaigua.

NEW-JERSEY. — Les amis d'un malade peuvent le placer dans l'asile de l'Etat, en en faisant la demande écrite et en produisant un certificat de folie signé par un médecin.

Les indigents peuvent être placés dans le même établissement, sur la demande des inspecteurs des pauvres, et par l'ordre d'un juge de la Cour du comté, pourvu qu'un certificat médical constate que la folie paraît encore curable.

Les personnes sans fortune, mais non inscrites comme indigentes, peuvent être placées dans l'asile par l'ordre de deux juges de la Cour de comté, s'il est certifié par un médecin que la folie paraît encore curable.

Les prévenus qui n'auront pas été traduits en justice, ou qui auront été acquittés pour cause de folie, devront être renfermés dans l'asile si la Cour juge que la maladie persiste.

Si une personne devient aliénée au cours d'un procès criminel ou civil, la Cour peut ordonner son placement à l'asile après avoir constaté, par enquête, la réalité de la maladie.

Les demandes en interdiction sont adressées à la Cour de Chancellerie qui nomme une commission d'enquête. Si cette commission trouve que la personne est incapable de gérer ses biens, le rapport est adressé à la Cour des Orphelins du comté et celle-ci nomme un tuteur.

Il n'y a dans le New-Jersey qu'un asile, qui appartient à l'Etat, situé à Taunton ; ouvert en 1848, il a pour directeur, depuis cette époque, le Dr Buttolph.

PENSYLVANIE. — La loi sur les aliénés en date du 20 avril 1869 est la reproduction presque textuelle du projet adopté en 1868 par l'Association des médecins d'asiles américains.

La Pensylvanie possède six asiles publics consacrés au traitement des aliénés ; ce sont :

Le quartier annexé à l'hôpital général de Pensylvanie fondé dès 1752, reconstruit séparément en 1841, et qui depuis cette époque est dirigé par le savant Dr Kirkbride.

L'asile de la Société des Amis (*vulgò Quakers*), ouvert à Francfort en 1817, et dirigé depuis 1850 par le Dr Dorthington.

Le quartier annexé à la maison d'aumône (*Almshouse*), de Philadelphie, érigé en asile indépendant en 1859, et dirigé par le Dr Richarson.

La Pensylvanie possède en outre trois asiles d'Etat pour les aliénés, à savoir :

L'asile d'Harrisbourg, ouvert en 1851 et dirigé depuis sa fondation par le Dr Curwen.

L'asile de la Pensylvanie occidentale, à Dixmont, ouvert en 1856 et dirigé par le Dr Reed.

L'asile de Danville, ouvert en 1868 et dirigé par le Dr Schultz.

District de Columbia. — Les aliénés peuvent être placés volontairement à l'hôpital du Gouvernement pour les aliénés, sur le certificat de deux médecins honorables du district.

Toutes les fois qu'un juge du tribunal de circuit ou du tribunal criminel, ou qu'un juge de paix, fait savoir au secrétaire de l'intérieur que deux médecins respectables lui ont certifié, sous serment, qu'il est à leur connaissance que tel indigent est aliéné et qu'ils jugent son placement à l'hôpital comme opportun, le secrétaire ordonne que ce placement ait lieu.

Tout individu, accusé d'un crime et que l'on reconnaît aliéné, ou tout condamné devenant aliéné dans la prison, est envoyé à l'hôpital sur un ordre du secrétaire d'Etat.

Le dictrict de Columbia possède un asile ouvert à Washington en 1855 et dirigé par le Dr Nicholles.

Ohio. — Toute plainte de folie doit être faite, sous serment, à l'un des juges de la Cour des *Probates*. Ce juge convoque l'accusé et en même temps des témoins parmi lesquels doit se trouver un médecin. S'il reconnaît l'existence de la folie, il peut ordonner le placement dans l'asile des aliénés, ou dans un autre lieu de séquestration. Il a aussi le droit de nommer un tuteur pour la personne et les biens.

Toute personne séquestrée comme aliénée a toujours le droit de faire valoir ses droits à l'*habeas corpus*. Cette réclamation peut être renouvelée indéfiniment, en alléguant que la maladie est guérie.

Tout inculpé soupçonné d'avoir été aliéné au moment où la faute a été commise est traduit devant une Cour d'examen. S'il est reconnu aliéné, il peut être séquestré comme tel.

Tout individu qui est acquitté pour cause de folie peut être séquestré si le juge trouve qu'il est dangereux de le laisser libre.

Les condamnés qui deviennent aliénés en prison, peuvent, s'ils sont condamnés à mort ou à la détention, être graciés, ou être l'objet d'une commutation ou d'une suspension de peine au choix du gouverneur. Les autres détenus peuvent être transférés dans un asile ou un hospice, sur l'ordre d'un juge des *Probates*, quand ce dernier reconnaît qu'ils sont aliénés.

L'Ohio possède quatre asiles publics :

L'asile de l'Ohio central, à Colombus, ouvert en 1838 et dirigé par le Dr Peck.

L'asile de l'Ohio du Nord, à Newburgh, ouvert en 1855 et dirigé par le Dr Byron Stanton.

L'asile de l'Ohio du Sud, à Dayton, ouvert en 1855 et dirigé par le Dr Gundry.

L'asile de Longview, à Carthage, érigé en remplacement de Lick Run Asylum, et ouvert en 1860. Directeur-médecin, le Dr Langdon.

Illinois. — Personne ne peut être séquestré autrement que par la décision d'un tribunal et conformément au verdict d'un jury.

Voici comment on procède pour faire placer un malade comme aliéné : une personne respectable adresse à un juge de circuit ou de comté la déclaration écrite que A. B. est aliéné et qu'il serait utile de le séquestrer. A cette déclaration est joint un certificat de folie signé par deux médecins. Après avoir reçu ces pièces, le juge fait amener devant lui la personne désignée et réunit un jury pour juger la question de folie. Si le verdict de folie est rendu, le juge délivre un ordre de placement à l'hôpital de l'Etat. Si le malade a des biens, le tribunal lui nomme un tuteur.

L'Illinois n'a qu'un asile public, ouvert à Jacksonville en 1851 et dirigé par le Dr Mac-Farland.

Indiana. — On peut adresser une plainte de folie à tout juge de paix. Celui-ci convoque un jury de six membres qui jurent qu'ils n'ont pas d'opinion faite d'avance, qu'ils sont désintéressés dans la question et qu'ils n'ont pas de lien de parenté avec la personne à examiner. Si le jury déclare que cette personne possède sa raison, ou qu'il n'y a pas de danger à la laisser en liberté, les frais sont à la charge du plaignant. Dans le cas contraire, le juge désigne un gardien provisoire, et, dans un espace de douze jours, transmet la cause au tribunal ordinaire. Celui-ci rejuge la cause avec le concours d'un jury de douze membres. Si l'existence de la maladie est reconnue, la nomination du gardien est confirmée, et si le malade a des biens on lui nomme un tuteur. Si, lors du premier examen, le juge de paix et le jury de six membres ne reconnaissent pas l'existence d'une folie dangereuse, le plaignant peut interjeter appel auprès du tribunal ordinaire. Si là encore il ne peut obtenir le verdict de folie, le plaignant est tenu à payer une amende de 500 francs.

La demande d'interdiction est adressée à la Cour des *Probates*. Un jury est nommé pour faire une enquête. Le juge peut dispenser de faire comparaître le malade en personne, s'il est établi que cela serait nuisible à sa santé. Si l'on reconnaît qu'il est aliéné, on lui nomme un tuteur.

Il n'y a dans l'Indiana qu'un asile public, situé à Indianopolis, ouvert en 1848 et dirigé par le Dr Wilson Lockhart.

Maryland. — Sur la demande qui en est faite, le tribunal de circuit d'un comté, ou le tribunal criminel de Baltimore, provoquera la nomination d'un jury de douze personnes, pour faire une enquête sur l'état mental de tout individu qui sera

supposé aliéné. Si l'individu est reconnu aliéné, et si, en même temps, il est indigent, le tribunal le fait garder à son choix, dans un hospice, un asile ou un autre lieu.

Si un individu est représenté comme un aliéné dangereux, la même procédure est suivie à son égard, alors même qu'il ne serait pas indigent.

Tout prévenu d'un crime acquitté pour cause de folie doit être envoyé par le tribunal dans un hospice, un asile, ou autre lieu, pour y être gardé jusqu'à ce qu'il ait recouvré la raison et qu'il puisse être remis en liberté d'une manière légale ; un jury doit toujours décider s'il a été et s'il est toujours aliéné.

Lorsqu'un des individus dont il vient d'être question possède des biens, le tribunal nomme un tuteur.

La garde et la protection des personnes *non compos mentis* appartient, d'une manière générale, à la Cour de chancellerie, à la fois en ce qui concerne la personne et ses biens. Le tuteur nommé par cette Cour ne peut placer le malade dans un asile que sur la décision de la Cour.

Le Maryland possède deux asiles publics. L'un est un espèce de quartier d'hospice annexé à l'hôpital général du Maryland, à Baltimore, et dont le médecin en 1868 était le Dr John Fonerden. L'autre est un asile d'Etat, nommé Institution du Mont-Espérance, situé également à Baltimore ; ouvert en 1842, il est dirigé depuis cette époque par le Dr Stokes.

Michigan. — Les aliénés indigents sont placés à l'asile sur l'ordre d'un juge des *Probates*. L'aliénation et l'indigence sont attestées par deux médecins respectables et par d'autres témoins appelés par le juge. S'il reconnaît l'existence de la maladie, le juge ordonne l'entretien du malade à l'hôpital, pendant deux ans, aux frais du comté, à moins que la guérison ne soit obtenue plus tôt.

Aucun aliéné ne peut être renfermé dans la même chambre qu'un criminel, ni séjourner dans une maison de détention pendant plus de dix jours.

A la suite d'une demande en interdiction présentée par la famille ou les amis d'une personne atteinte d'aliénation, un juge de la Cour des *Probates* donne un délai de quinze jours à la personne désignée, et indique le jour et le lieu où la cause sera entendue. Après un examen approfondi et une étude complète de la question, le juge nomme ou refuse de nommer un tuteur à la personne et aux biens.

Un détenu attendant son jugement peut, après un examen médical attentif, être transféré, sur une décision de la justice, de la prison à l'hôpital des aliénés et y rester jusqu'à sa guérison. Si un grand jury refuse de mettre un prévenu en jugement, parce qu'il est aliéné, le juge peut, soit le rendre à la liberté, soit le maintenir en prison.

Si le jury acquitte un prévenu parce qu'il le considère

comme aliéné, la Cour pourra le mettre en liberté ou le maintenir en prison, suivant qu'elle le considérera comme dangereux ou non dangereux.

Les condamnés qui deviennent aliénés peuvent, sur l'ordre de la Cour du comté où se trouve la prison, être remis aux mains des superintendants des pauvres dudit comté.

Il n'y a dans le Michigan qu'un seul asile public qui appartient à l'État; ouvert en 1859, il est dirigé depuis cette époque par le Dr Van Deusen.

Wisconsin. — Les malades sont admis à l'hôpital des aliénés sur les certificats de deux habiles médecins résidant dans le même comté qu'eux. La véracité de l'examen médical et des signatures est attestée par les autorités municipales du lieu.

Les plaintes de séquestration sans motif sont examinées par les administrateurs de l'hôpital, aidés d'au moins deux « médecins habiles et expérimentés, » qu'ils s'adjoignent spécialement pour chaque cas. Tous les malades conservent le droit de réclamer l'*habeas corpus*. Cette réclamation peut être renouvelée par le même malade, s'il prétend être guéri depuis le précédent examen.

Lorsqu'un jury acquitte pour cause de folie, il doit en faire la déclaration. Le juge peut, à son choix, mettre le prévenu en liberté, ou le maintenir en prison, ou le rendre à ses amis si ceux-ci s'engagent à le surveiller et à le soigner ; il peut aussi le faire placer à l'asile, ainsi que les condamnés qui deviennent aliénés ; mais il est obligé de les en retirer, si le superintendant certifie que leur présence est nuisible à la sécurité ou au bien-être des autres malades.

Les condamnés détenus à la prison d'État sont examinés par trois médecins désignés par le gouverneur. Celui-ci, sur l'affirmation que la folie est réelle, peut faire transférer le malade dans quelque asile d'aliénés donnant des garanties de sûreté, jusqu'à la guérison ou l'expiration de la peine.

L'interdiction est prononcée sur la demande faite, sous serment, à l'un des juges de la Cour de comté. A la réception de cette déclaration, le juge en donne avis à la personne qu'elle concerne, avec un délai de huit jours. La personne doit être présente, « si elle en est capable, » à l'audience. S'il reconnaît l'existence de la maladie, le juge nomme un tuteur à la personne et aux biens.

Le Wisconsin ne possède qu'un asile public, situé à Madison; cet établissement ouvert en 1860 était dirigé, en 1868, par le Dr Mac Dill.

Minnesota. — Les malades peuvent être placés volontairement à l'hôpital pour les aliénés, sur la demande de leur famille et avec l'approbation du superintendant, sans certificat médical.

Les demandes en interdition peuvent être adressées par un

juge de paix, ou par un parent ou allié, à un juge de la Cour des *Probates*. Ce juge désigne le jour et le lieu de l'audience et l'on convoque l'accusé à y comparaître, en lui donnant un délai de six jours ; le même avis est donné à un de ses parents ou alliés autre que celui ou ceux qui réclament l'interdiction. Le juge réunit un jury de six membres et cite les témoins parmi lesquels il doit y avoir un médecin ; le malade peut être représenté par son conseil. Si le jury constate l'aliénation, le juge nomme de un à trois tuteurs. Le même juge a aussi le droit de prononcer l'interdiction, sans l'intervention d'aucun jury.

En cas de folie constatée, le juge peut faire placer le malade à l'hôpital, mais seulement s'il est privé de ressources. Quand un jury acquitte un prévenu pour cause de folie, la Cour doit le faire mettre en liberté si elle ne le regarde pas comme dangereux ; sinon, elle le maintiendra en prison, ou le rendra à ses amis, s'il s'engagent à le soigner et à le garder.

L'État de Minnesota possède un asile public situé à Saint-Pierre et ouvert en 1866.

Iova. — Dans cet État, les mesures à prendre à l'égard des aliénés sont entièrement confiées à une commission permanente de trois membres désignés dans chaque comté par le tribunal de circuit. Cette commission est composée d'un homme de loi, d'un médecin et du greffier du tribunal. Il est du devoir de cette commission de recevoir les plaintes et de faire une enquête sur tous les cas qui lui sont signalés comme étant des cas de folie. Personne ne peut être admis dans l'hôpital pour les aliénés sans un ordre de cette commission. Quand celle-ci est informée qu'un habitant du comté est atteint de folie, elle désigne un médecin respectable pour aller examiner le malade et lui faire un rapport immédiat sur son état. Ce médecin examinateur peut être celui de la commission, ou celui de la famille, ou tout autre. La commission peut, à son choix, ou bien se décider sur le rapport qui lui a été remis et accorder ou refuser l'ordre de placement à l'hôpital, ou bien faire amener le malade devant elle, afin de le soumettre à un nouvel examen avant de prendre un parti à son égard. La juridiction de la commission est complète dans son comté, et elle s'étend sans distinction sur les placements d'office et sur ceux qui sont volontaires, sur les aliénés riches et sur les pauvres, sur les malades inoffensifs et sur les dangereux.

Cependant, les plaintes pour cause de séquestration illégale peuvent être adressées directement à l'autorité judiciaire ; celle-ci se charge alors de l'enquête à faire.

Les juges des *Probates* peuvent, sur la demande qui leur en est faite, nommer un tuteur à un malade, lorsque la nécessité de cette mesure leur est démontrée. La femme d'un homme aliéné peut être chargée de sa tutelle, au moins en partie.

L'asile de cet Etat ouvert à Mount-Pleasant, en 1861, est dirigé, depuis 1865, par M. le Dr Mark Ranney.

CALIFORNIE. — Tout juge auquel on fait savoir, sous serment, que tel individu ne peut être laissé en liberté sans danger, ou qu'il est affecté d'aliénation mentale, fait comparaître l'accusé devant lui. Il s'assure le concours de deux médecins respectables, et si, de l'examen du malade et de l'audition des témoins, il résulte que la plainte est fondée, il ordonne le placement à l'asile.

Des tuteurs peuvent être nommés par la Cour des *Probates*. Le juge de cette Cour auquel on a fait, sous serment, la déclaration de l'état de folie et d'incapacité de telle personne, doit en donner avis à cette dernière, en lui laissant un délai de cinq jours. « Si la personne peut assister à l'audience », elle est amenée devant le juge; si celui-ci reconnaît que la déclaration était fondée, il nomme un tuteur.

Les Cours de justice peuvent faire renfermer dans l'asile des aliénés toute personne accusée d'un crime entraînant la peine de mort ou détention, lorsqu'il aura été établi que cette personne était aliénée au moment du crime et qu'elle continue à l'être.

Il n'y a dans la Californie qu'un seul asile public, ouvert en 1851. Cet asile, situé à Stokton, et dirigé par M. le Dr Shurtleff, est devenu tout à fait insuffisant et il y a quelques années l'Assemblée législative de la Californie a voté les fonds nécessaires pour la construction d'un nouvel asile.

NEVADA. — Cet Etat n'a pas d'asile et ses aliénés sont transférés dans celui de Californie. Sa législation est à peu près la même que celle de ce dernier Etat.

VIRGINIE. — Sur le soupçon de folie, tout juge de paix peut faire comparaître devant lui celui que ce soupçon atteint. Il se fait assister de deux autres juges de paix, examine le malade et reçoit les dépositions des médecins et autres témoins. Si la folie est constatée, le malade peut, au choix du juge, ou bien être placé à l'asile des aliénés, ou bien être remis aux mains de ses amis, ceux-ci s'engageant à en prendre soin et à le garder à vue jusqu'à ce que les motifs de séquestration aient pris fin.

Les prévenus d'un crime, ou les condamnés, peuvent être séquestrés à l'asile par ordre de la Cour.

Quand une personne a été reconnue aliénée par les juges de paix, ou par la Cour devant laquelle elle passait en jugement, le tribunal de son comté nomme un tuteur chargé de prendre soin de sa personne et de ses biens.

L'hôpital pour les aliénés peut recevoir les malades qui y sont présentés, sur le vote unanime du bureau des administrateurs.

Il y a dans la Virginie des asiles publics relativement très-anciens. L'un, fondé en 1773 et situé à Williamsburg, est des-

tiné aux aliénés de l'est de l'Etat. En 1868, il était dirigé par le Dr Petitcolas.

Le second, destiné à l'ouest de l'État, date de 1828 ; il est situé à Staunton et est dirigé depuis 1836 par le Dr Stirbling.

Caroline du nord et Caroline du sud. — La loi de ces deux États ne diffère que par des points de détail de celle de la Virginie.

L'asile de la Caroline du Sud, situé à Colombia, est l'un des plus anciens des Etats-Unis : ouvert en 1827, il était dirigé depuis 32 ans, en 1868, par le Dr Parkes.

Kentucky. — Les tribunaux de circuit ont pouvoir et juridiction sur les aliénés qui résident dans leurs comtés respectifs. Ils ont le droit de nommer des tuteurs aux biens et à la personne de ceux qui sont reconnus aliénés. Les enquêtes sur la réalité de la folie peuvent être faites par les membres de ces tribunaux, et par quelques autres officiers judiciaires. La personne qui est l'objet de l'enquête doit être présente aux débats, et la décision est rendue par un jury. Si le juge n'est pas satisfait du verdict, il peut le considérer comme non avenu et prescrire une autre enquête.

Les malades peuvent encore être reçus à l'asile par la décision d'un comité composé du superintendant de l'asile et de deux membres du conseil d'administration ; dans ce cas, la famille doit consigner le paiement de la pension pendant six mois et donner des garanties pour les paiements ultérieurs.

L'asile de Kentucky, ouvert en 1824 à Lexington, est dirigé par le Dr Chipley.

Tennessee. — La présentation d'un certificat d'un ou de plusieurs médecins honorables est la seule formalité légale nécessaire pour placer volontairement un aliéné à l'hôpital de l'Etat.

Tout aliéné dont le traitement doit être mis au compte du comté ou de l'État est admis à l'hôpital sur l'ordre d'un juge de paix, ordre qui n'est délivré qu'après enquête et qui doit toujours être accompagné d'un certificat de médecin.

Les Cours de comté, lorsqu'elles sont avisées de la folie ou de l'incapacité de quelqu'un, convoquent un jury de douze membres pour faire une enquête sur son état mental et sur sa fortune. Si le jury déclare la personne malade, la Cour organise une tutelle.

L'Etat du Tennessee possède un asile public, situé à Nashville et qui a été ouvert en 1840.

Depuis 1866, on a décidé la construction de nouveaux bâtiments, séparés des anciens et destinés au traitement des aliénés de couleur.

Des mesures analogues ont été prises dans ces derniers temps à l'asile du gouvernement près de Washington et à celui de Longview, dans l'Ohio. Ce sont, ajoute avec raison M. Foville, autant d'exemples frappants de la persistance des rivalités de races qui ont survécu, au sein de la société américaine, à la guerre de sécession et à la suppression de l'esclavage.

Géorgie. — Les déclarations de folie sont adressées aux juges de paix, dans leurs comtés respectifs. Un jury de sept membres, dont un médecin, est réuni. Le jury examine le malade, entend les témoins et se prononce sur la réalité de la folie. Les amis et la famille doivent être avisés dix jours avant l'audience. Les juges de paix peuvent ordonner le placement à l'asile et mettre les frais du traitement au compte du malade, de la famille ou du comté. Ils ont aussi une autorité complète pour nommer des tuteurs à la personne et aux biens. La femme d'un homme aliéné doit être nommée tutrice, si elle se prête à toutes les formalités légales ; une autre personne est désignée pour l'assister dans la tutelle.

La réintégration à l'asile, après trois mois d'absence, exige le renouvellement de toutes les formalités accomplies la première fois.

L'asile de la Georgie, ouvert en 1842 et situé à Milledgeville, est dirigé depuis 1846 par le Dr W. Jones.

Kansas, Arkansas, Missouri. — Dans le premier de ces Etats, toutes les fois qu'un malade est atteint de folie furieuse ou de nature à compromettre, soit sa propre personne, soit la personne ou la fortune des autres, il est du devoir de son tuteur, de ses parents, « ou de ceux qui sont chargés ou qui sont tenus à lui fournir des aliments », de le tenir enfermé provisoirement. A défaut d'amis le même devoir incombe à tout juge du tribunal, ou à deux juges de paix quand ils seront avertis du fait. Les demandes d'interdiction et de séquestration doivent être adressées au juge des *Probates* du comté. Si celui-ci pense que la demande est fondée, il nomme un jury pour faire une enquête, il peut mettre de côté l'avis d'un jury ; mais si deux jurys tombent d'accord, il est tenu d'adopter leur décision et de nommer un tuteur pour la personne et les biens ; il est aussi chargé d'ordonner la séquestration.

Dans l'Arkansas et le Missouri, la législation est tout à fait analogue, sauf cette différence que, dans le premier de ces deux Etats, l'adjonction d'un jury au juge n'est que facultative, et que, dans le second, l'asile peut recevoir, outre les malades dont le placement est ordonné par l'autorité judiciaire, ceux dont leur famille ou leurs amis sollicitent l'admission en fournissant les certificats de deux médecins.

L'Etat du Kansas possède, depuis 1868, un asile public situé à Ossavotamée et dirigé par le Dr Gause.

Il n'y a pas d'asile public dans l'Arkansas.

Quant au Missouri, il possède un asile public situé à Fulton, qui a été ouvert en 1851 et qui est dirigé par le Dr Hughes.

Mississipi. — Tout malade présenté à l'hôpital d'Etat pour les aliénés, avec un certificat de folie signé par un médecin respectable, doit être admis comme malade payant, pourvu que le superintendant et les administrateurs de l'asile considèrent son admission comme opportune.

Lorsqu'un habitant d'un comté se plaint de ce qu'un aliéné est laissé en liberté dans ledit comté, la Cour des *Probates* doit réunir un jury de douze membres pour faire une enquête. Si la majorité du jury se prononce pour la réalité de la folie, la Cour ordonne le placement du malade à l'asile.

Que le malade ait été placé de cette dernière manière ou volontairement par ses amis, c'est à sa charge que sont imputés les frais du placement et de l'entretien.

Les prévenus et les condamnés atteints de folie peuvent être placés à l'asile, sur un certificat d'un juge du tribunal de comté.

Le superintendant doit faire sortir de l'asile les malades — non criminels — quand il constate leur guérison ou qu'il considère leur traitement comme inutile ; ou bien sur la demande de leurs parents ou amis, quand ceux-ci peuvent assurer auxdits malades les soins nécessaires. Ce médecin est tenu, par serment, à n'entrer dans aucune « combinaison ayant pour but de priver qui que ce soit de sa liberté et de ses droits civils. »

A la demande de la famille, des amis, ou des inspecteurs des pauvres, la Cour des Orphelins réunit un jury de douze membres pour faire une enquête sur l'état mental de toute personne réputée aliénée. Si le jury reconnaît la réalité de la folie, la Cour assure la tutelle de la personne et des biens sous sa surveillance.

Le Mississipi possède un asile public situé à Jackson et qui a été ouvert en 1855. Un quartier spécial est réservé aux aliénés de couleur ; mais il est très-petit, très-incommode, et insuffisant à tous égards. Cet asile, qui reçoit des riches et des pauvres, présente une particularité tout à fait exceptionnelle : le traitement est gratuit pour tous les malades, même pour ceux qui pourraient facilement payer leur pension.

Alabama. — Les aliénés indigents peuvent être placés à l'asile des aliénés aux frais de leur comté. La demande de placement doit être faite a un juge des *Probates* qui convoque des témoins parmi lesquels il doit y avoir un médecin honorable, et qui fait une enquête sur l'état mental et les ressources pécuniaires du malade. Le juge peut aussi, à son choix, se faire assister par un jury.

Les prévenus et les condamnés reconnus aliénés peuvent être envoyés à l'asile sur un ordre judiciaire, avec ou sans examen préalable par un jury.

Quand un jury a déclaré qu'une personne est aliénée, la Cour des *Probates* doit pourvoir à la tutelle de la personne et des biens. Si deux médecins attestent la guérison de l'interdit, la cause est portée devant le juge des *Probates*. Le tuteur est convoqué, et s'il s'oppose à la levée de l'interdiction, une nouvelle enquête est faite, avec le concours d'un jury, comme la première fois. Si le jury trouve que la raison est intacte, le tuteur peut être condamné aux frais.

L'asile de l'Alabama ouvert en 1860, est situé à Tuscaloosa ; il est dirigé depuis sa fondation par le Dr Bryce.

Louisiane. — Il n'y a dans cet État de mesure législative qu'en ce qui concerne la procédure à suivre pour l'interdiction.

Il y a cependant un asile public à Baton-Rouge, près la Nouvelle-Orléans ; cet établissement, ouvert en 1848 et dont le médecin est soumis à l'élection, a changé 11 ou 12 fois de chef depuis sa fondation.

Texas. — On peut adresser à tout juge de paix principal d'un comté une plainte déclarant que A. B. est malade, et que, dans son intérêt et dans celui des autres, il convient de le faire séquestrer. Le juge réunit un jury de douze membres, chargés de décider si A. B. est « sain d'esprit ou non », après l'avoir examiné en audience publique. Si le jury déclare que l'esprit n'est pas sain et que la séquestration est désirable, le juge peut envoyer le malade à l'asile, ou bien le remettre aux mains de ses amis, si ceux-ci s'engagent à le soigner convenablement. Il règle aussi ce qui est relatif aux frais du traitement.

L'hôpital reçoit également les malades payants, sur une demande écrite du tuteur, d'un parent rapproché, d'un ami, d'une personne ou d'un comté s'engageant à payer la dépense. Cette demande doit être faite sous serment, et accompagnée d'un certificat de folie, fait également sous serment, par un médecin, et n'ayant pas plus de deux mois de date.

Les condamnés et les prévenus, reconnus aliénés, peuvent être envoyés à l'asile des aliénés, par ordre des Cours de justice, pour y être maintenus jusqu'à ce qu'ils en sortent sur un ordre semblable.

L'interdiction est obtenue exactement par la même procédure que la séquestration, c'est-à-dire, comme il a été dit au premier paragraphe, sur la décision d'un juge de paix, assisté d'un jury, le malade étant présent.

L'asile public du Texas, situé à Austin, a été ouvert en 1860 ; comme celui de Baton-Rouge il a beaucoup trop souvent changé de médecin.

En terminant cette longue énumération, nous mentionnerons de la manière la plus honorable, avec le Dr Foville, le nom de miss D. L. Dix, qui a consacré sa vie entière à prêcher la cause de l'assistance due aux aliénés et qui a plus d'une fois, par son énergie, contribué à faire voter par les législatures des Etats des sommes importantes pour des constructions d'asiles.

L. LUNIER.

---

## JOURNAUX AMÉRICAINS.

### **American journal of insanity** (année 1873).

#### TRAVAUX ORIGINAUX.

1° *De la manie morale et de la folie transitoire;* par J. Ordronaux.

Il est assez curieux, pour des lecteurs français, de voir quel serait, d'après un médecin éminent des États-Unis, professeur de médecine légale à l'école de droit de New-York et inspecteur du service des aliénés du même État, l'origine de la théorie de la folie morale. Sans citer le nom de Pinel, le Dr Ordronaux s'exprime ainsi : « La notion de la folie morale » est née chez un médecin au cœur tendre, qui, vivant au mi» lieu des horreurs de la révolution française, et voyant le » sang couler à flots pendant ce prétendu triomphe de la » raison, se figura qu'il avait reçu une révélation nouvelle sur » la séparation possible, chez l'homme, du développement in» tellectuel et de la responsabilité morale. Comme il constatait » les preuves les plus évidentes d'une dépravation absolue se » produire chez des hommes de génie, et qu'il voyait la re» ligion ensevelie sous le matérialisme, il se dépêcha d'imaginer » que cette efflorescence d'immoralité nationale prouvait que » l'homme perdait parfois toute moralité et toute responsabilité » de ses actes, sans que son intelligence fût troublée. Envisa» geant ce phénomène à son point de vue de médecin aliéniste, » il fut amené, par l'énormité de ses manifestations extérieures, » à le considérer comme une maladie, une forme de folie, et » en même temps, il dut lui donner un nom qui exprimait » l'absence de troubles intellectuels c'est-à-dire, de délire. » D'autre part, la contemplation habituelle d'un état social » oscillant entre l'athéisme, les exécutions sanguinaires et » l'anarchie générale, devait avoir pour résultat de détruire

» toute stabilité morale parmi les malades de Bicêtre, aussi » bien que parmi le reste de leurs concitoyens, et il n'est pas » étonnant, dès lors, que leur médecin dont la vie était, par » exception, tranquille et pure, ait charitablement interprété, » dans son service hospitalier, la dépravation comme une ma- » ladie, et alors même qu'il ne constatait pas de trouble intel- » lectuel, ait pu croire à l'existence d'une maladie là où il » voyait la perversion des sentiments moraux. »

Voilà, à coup sûr, une interprétation fantaisiste dont nous ne nous serions guère avisés et qui est peu faite pour prendre rang dans la science. D'ailleurs ce n'est pas davantage aux procédés scientifiques que l'auteur a recours lorsqu'il s'agit de combattre la théorie de la folie morale ; c'est seulement à l'aide d'assertions empruntées au domaine de la littérature ou de la sentimentalité religieuse qu'il la déclare fausse, ridicule, absurde, et, surtout, indigne d'être jamais admise, comme excuse, par les cours et tribunaux. Nous avons cependant trouvé, dans son travail, un argument qui pourrait parfois paraître spécieux. Parmi tous les gens que l'on est disposé, pour les besoins de la cause, à considérer, sous prétexte de folie morale, comme inconscients du mal qu'ils font, combien en compte-t-on, demande-t-il, qui soient inconscients du mal qu'on leur fait.

Mais il n'est pas difficile de réfuter ce raisonnement, car, parmi les aliénés dont le délire intellectuel proprement dit est le mieux caractérisé, et qui, par conséquent, sont le moins responsables des actes commis par eux sous l'influence de leur délire, le plus grand nombre savent encore apprécier les procédés, bons ou mauvais, que l'on a à leur égard, et restent susceptibles de reconnaissance et de ressentiment.

Pour permettre de juger la méthode extra-scientifique de l'auteur, nous nous contenterons de traduire textuellement sa dernière phrase : « Nous n'admettons ni la folie morale, ni la » folie transitoire, dit-il, parce que, de la part de médecins, ad- » mettre l'existence de pareilles affections, c'est vouloir re- » monter le cours des siècles et réhabiliter, en médecine, la » superstition et le surnaturel. C'est une tentative pour mettre » des rideaux aux fenêtres (*sic*) de cette science dont le devoir » est de projeter la lumière et non le mysticisme sur les ma- » ladies et qui, au lieu de les traiter comme des entités diabo- » liques à soigner à l'aide de philtres ou d'exorcismes, doit les » considérer comme des efforts faits par la nature, écartée de » l'état normal, pour revenir à son équilibre primitif »

On voit à quel point se trompent, d'après M. Ordronaux, des médecins qui, au lieu de vouloir retourner vers les obscurités du moyen âge, se figurent, au contraire, de bonne foi, qu'ils marchent dans la voie du progrès et de l'évolution scientifique moderne ! Les objections de leur confrère américain suffiront-elles pour les faire changer de route ?

2° *De la responsabilité criminelle des épileptiques, à propos du cas de David Mongomery.* (N° de Janv. 1873);

3° *De la violence et de l'inconscience des épileptiques, dans leurs rapports avec la médecine-légale.* (N° d'Avril 1873) ;

4° *De la folie épileptique.* (N° de Juillet 1873), par le Dr Echeverria.

Ces trois études, publiées dans trois numéros consécutifs du journal, et traitant de sujets très-analogues entre eux, sont reliées l'une à l'autre par un enchaînement logique et progressif.

La première n'est qu'un mémoire à consulter, relatif à un cas de responsabilité criminelle très-vivement discuté : un homme de vingt ans, prédisposé héréditairement aux maladies mentales, sujet à de fréquentes attaques d'épilepsie, suivies parfois de troubles intellectuels plus ou moins durables, tue sa femme d'un coup de hache, le matin, à son réveil. Les circonstances constatées par l'instruction sont favorables les unes à l'idée de responsabilité, les autres à celles d'irresponsabilité; plusieurs médecins spécialistes, des plus considérables, sont appelés à éclairer la justice, et émettent des appréciations divergentes; l'accusé est condamné. Après sa condamnation, le Dr Echeverria l'examine dans sa prison, et rédige un long mémoire où il soutient, contrairement au Dr Hammond, l'opinion que Mongomery a agi dans une période de trouble mental dépendant de l'épilepsie, et qu'il ne saurait être considéré comme responsable. Le gouverneur de l'Etat de New-York nomme une nouvelle commission d'experts; ceux-ci admettent, comme le Dr Echeverria, que le crime a été la conséquence de la folie et Mongomery est transféré dans l'asile d'Auburn, spécialement consacré aux aliénés criminels. Ce résultat nous paraît parfaitement conforme à la justice, et les arguments invoqués par le Dr Echeverria, à l'appui de son opinion, sont, à notre avis, tout à fait de nature à imposer la

conviction. Il cite, au cours de la discussion, un grand nombre de passages et d'exemples empruntés aux auteurs français contemporains.

Dans la seconde étude, il ne s'agit plus d'un fait individuel mais d'une question doctrinale, relative à l'épilepsie. L'auteur se demande si les actes de violences commis par les épileptiques sont toujours sous la dépendance immédiate d'un accès ou s'ils ne sont pas, simplement, un effet du trouble que cette maladie fait subir à la raison. C'est encore aux auteurs français Delasiauve, Boileau de Castelnau, Falret, Morel, Trousseau, Legrand du Saulle, qu'il emprunte la description des différentes sortes d'accès épileptiques et la plupart des observations citées comme exemples; d'autres cas sont empruntés à la pratique personnelle de l'auteur, qui est très-considérable. Tout en établissant que les actes de violence peuvent se produire chez les épileptiques, sans être en relation directe avec un accès, il traite plusieurs autres questions relevant du même sujet et insiste, notamment, sur les deux points suivants : il trouve que les auteurs, et en particulier les auteurs français dont il fait, pourtant, un grand éloge, n'ont pas mis assez en relief les périodes, souvent assez longues, pendant lesquelles les épileptiques agissent sans avoir la conscience, ni conserver le souvenir de ce qu'ils font; il émet en outre, comme lui étant personnelle, l'idée que le retour des épileptiques à la saine raison, soit immédiatement à la suite d'un accès, soit plus ou moins longtemps après, est toujours précédé d'un intervalle de sommeil. L'auteur n'exprime-t-il pas là une opinion trop absolue et qui pourrait avoir l'inconvénient qu'il reproche souvent lui-même à son contradicteur, le Dr Hammond, d'être contredite par certains faits.

La troisième étude du Dr Echeverria, envisageant le sujet d'une manière encore plus étendue que la seconde, traite de la folie épileptique, en général; c'est un tableau d'ensemble de cette variété si fréquente d'aliénation mentale, lu par l'auteur à la réunion annuelle des médecins d'asiles américains, tenue en mai 1873, à Baltimore. Il y déclare que, depuis treize ans, il a observé plus de sept cents épileptiques; sur ce nombre de 700 malades, 532 observations individuelles ont été recueillies et analysées, et parmi elles, la folie épileptique a été constatée 267 fois. C'est à l'aide de ces matériaux, et en suivant, point par point, les différentes descriptions données par les aliénistes français, que le Dr Echeverria écrit ce chapitre didactique.

Parmi les opinions qui lui sont personnelles nous citerons les suivantes :

Il pense que la phthisie est souvent la compagne ou la conséquence de l'épilepsie, et sans avoir d'idée exclusive à cet égard, il est porté à croire d'après son expérience propre, comme Schrœder Van der Kolk, que, par transmission héréditaire, la folie peut se métamorphoser en épilepsie, ou en phthisie, et vice-versa.

Il considère la folie épileptique comme une manifestation indépendante (*per se*) de la névrose, prenant sa source essentielle et primitive, non dans les attaques, mais bien dans les éléments étiologiques de la maladie elle-même. Les accès de différentes espèces ne sont que des manifestations paroxysmatiques qui peuvent s'enchaîner par une rapide succession, ou bien être absolument indépendantes les unes des autres, quoique se rattachant toujours à une cause commune.

Ce qui rend les épileptiques si dangereux, c'est bien moins le dérangement de leur intelligence, que la soudaineté de leurs impulsions morbides. L'exaltation anormale du pouvoir réflexe fait que chez eux les actes se produisent sans réflexion; de là, tous leurs méfaits; ils réagissent involontairement, sous l'influence de toutes les excitations physiques ou morales. Ils sont dans un état général d'hyperesthésie qui exagère leurs sensations et les idées qui en dérivent, et qui les entraîne à commettre des actes irrésistibles. Aussi leurs actes sont-ils toujours subits et instantanés; les impressions et les sentiments ordinaires, perçus par un cerveau dont l'activité fonctionelle est aussi troublée, ne sont plus soumis au contrôle de la volonté; et il en résulte un développement automatique de la perversion des idées.

Voici comment on peut s'expliquer pourquoi les accès de trouble intellectuel des épileptiques durent plus longtemps que les crises convulsives. Le pouvoir réflexe de la moelle épinière ne peut pas être mis en action plusieurs fois de suite sans s'épuiser; il n'en est pas de même de celui du cerveau, dont les opérations sont plus continues.

Nous nous contenterons de citer ces quelques passages, sans nous laisser aller à les discuter. Ils suffisent pour prouver la parfaite compétence du Dr Echeverria dans les questions si nombreuses et encore si controversées qui se rattachent aux manifestations physiques et intellectuelles de l'épilepsie, sur laquelle il a publié, d'ailleurs, un livre estimable.

5° *De la ciguë dans le traitement de l'aliénation mentale, par le Dr Kitchen, médecin adjoint de l'asile de l'Etat de New-York, à Utica.*

L'auteur a fait, pendant dix-huit mois, des expériences sur l'action de la ciguë dans le traitement de l'aliénation mentale, en s'aidant du thermomètre et du sphygmographe. Les préparations employées ont été le suc de ciguë, article d'importation anglaise, préparé par Ramson, Hitchen et Co, et l'extrait fluide préparé par Squibb, de New-York.

Le dose de suc nécessaire pour produire l'action physiologique varie de un drachme à une once (quatre à trente grammes) selon l'activité motrice du malade; les hommes ont besoin de doses plus élevées que les femmes. La dose de l'extrait fluide est de vingt minimes à un drachme (un à quatre grammes); la première équivaut à un drachme de suc.

L'expérience physiologique, sur des sujets sains, montre que la ciguë fait diminuer la température et le nombre de pulsations, sans modifier celui des respirations. L'effet le plus marqué est un état général de relâchement du système musculaire, bientôt suivi de repos et de sommeil. Ce médicament ne possède pas d'action hypnotique directe sur le cerveau comme l'hydrate de chloral; le sommeil est le résultat de son action relâchante sur les muscles. En raison de ces propriétés, la ciguë a été très-recommandée par le Dr Echeverria dans le traitement de l'épilepsie. L'auteur l'a administrée à onze malades atteints d'épilepsie ancienne, compliquée de démence le nombre des attaques a paru un peu diminué, mais il n'y a pas eu de guérison dans un seul cas.

Chez plusieurs aliénés agités, atteints de manie et de mélancolie aiguë, la ciguë a paru produire un sommeil réparateur, sans entraîner aucun trouble de la digestion, et a procuré du repos même pendant le jour.

6° *De l'emploi de l'ergot de seigle dans le traitement des maladies nerveuses,* par le Dr Kitchen.

Des expériences analogues aux précédentes ont été également instituées par le Dr Kitchen, à l'aide de l'ergot de seigle.

Les préparations employées ont été l'extrait fluide de Squibb, à la dose de un à deux drachmes (quatre à huit grammes), et l'extrait aqueux, ou ergotine, fait par Merk, de Vienne, à la

dose de six à dix grains (quarante à soixante centigrammes).

L'effet le plus actif du médicament ne dure que de une demi-heure à trois-quarts d'heure ; il n'y a aucune modification de la température ; l'action principale est celle produite sur la circulation, à la fois sur les vaisseaux dont la tunique musculaire se contracte et sur le cœur, quoique les fibres musculaires en soient striées.

D'après cette action physiologique, l'emploi de l'ergotine serait indiqué, d'une manière générale, dans tous les cas de maladies cérébrales ou médullaires caractérisées par un état congestif du système artériel ; mais cette indication est bien vague et il est à regretter que l'auteur ne désigne pas mieux les moyens de reconnaître les cas où il croit utile de recourir à ce médicament. Il cite la manie aiguë, la manie épileptique, surtout les différentes sortes de céphalalgie, aussi bien celles qu'il attribue à l'anémie cérébrale que celles causées par l'hyperhémie.

Il rapporte un certain nombre d'observations où l'emploi de l'ergot a paru utile.

7° *Du nitrite d'amyle dans le traitement de l'asthme et de la bronchite aiguë*, par le Dr Kitchen.

Troisième étude thérapeutique du même auteur. Celle-ci est très-courte ; elle attribue aux inhalations de nitrite d'amyle les effets déjà connus : coloration des joues, suffusion et rougeur des yeux, étourdissements, refroidissement des mains, inaptitude à articuler, augmentation de la chaleur, pouls petit et rapide, quelquefois doublé. Les effets thérapeutiques ne sont pas étudiés chez des aliénés, mais seulement dans l'asthme spasmodique et la bronchite aiguë, dont les symtômes seraient très-favorablement modifiés. Quatre observations à l'appui sont brièvement rapportées.

8° *Parallèle entre l'hystérie et la manie chez les enfants*, par le Dr Landor.

Etude psychologique et physiologique, qui fait suite à une discussion soulevée l'année précédente, dans la réunion des médecins aliénistes américains.

9° *Caractère idéal des fonctionnaires des asiles pour les aliénés ;* par le Dr Isaac Ray.

Boutade humoristique d'un des doyens de la spécialité, aux

Etats-Unis, dans laquelle l'auteur suppose qu'il trace, d'après un rêve, les portraits du parfait directeur-médecin, médecin-adjoint, etc.

10° *Obligations des compagnies d'assurances sur la vie, dans les cas de mort par suicide.*

A l'occasion d'un cas de ce genre, où la folie était invoquée pour réclamer, de la compagnie, le paiement de la prime à la femme de l'assuré qui s'était suicidé, M. Hunt, magistrat à la Cour suprême des Etats-Unis, examine la question au point de vue du droit, et passe en revue un certain nombre d'espèces précédemment soumises aux tribunaux américains. Les conclusions sont favorables à la famille de l'assuré qui s'est tué par suite du trouble de ses facultés mentales.

11° *Réunion annuelle des médecins d'asiles aux Etats-Unis. Traitement des aliénés criminels. Inspection des asiles de l'Etat de New-York.*

La vingt-septième session de l'Association américaine des médecins d'asiles a eu lieu à Baltimore du 27 au 30 mai. Cette session (il serait bien désirable de voir, en France, s'établir l'habitude de réunions semblables) a réuni cinquante cinq membres, nombre supérieur à celui d'aucune des sessions précédentes. Elle a été, comme toujours, instructive et intéressante par l'échange d'un grand nombre de renseignements concernant la science, le traitement des aliénés, et l'administration des asiles. Plusieurs des travaux, précédemment analysés, y ont été lus et discutés. Une résolution importante y a été votée, à la suite d'une discussion approfondie, relativement aux mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels. Elle a été rédigée par le Dr Pliny Earle et est ainsi conçue :

« Considérant que le président du conseil de charité publique de Pensylvanie a prié l'Association d'exprimer son opinion sur les mesures à prendre à l'égard des condamnés aliénés, l'Association déclare :

» 1° Ni les cellules d'une prison ou d'un pénitentier, ni les quartiers d'un asile ordinaire d'aliénés, ne conviennent pour la garde et le traitement de cette catégorie de malades ;

2° Quand le nombre de ces malades, dans un Etat (ou dans plusieurs Etats disposés à s'associer), atteint un chiffre assez élevé, il convient de construire un asile distinct, spécialement

pour eux ; jusque-là, le mieux est de les traiter dans une infirmerie annexée à une prison, et non dans un asile ordinaire d'aliénés, ni dans un quartier spécial d'un de ces asiles. »

Une autre question qui, depuis plusieurs années, préoccupe plusieurs des principaux Etats de l'Union américaine, celle de savoir s'il convient d'avoir une inspection spéciale pour les asiles d'aliénés, a reçu, en 1873, une solution pratique dans l'Etat de New-York par la création d'un poste d'inspecteur du service des aliénés, faisant partie du conseil de charité publique de l'Etat. Cet inspecteur est chargé de la surveillance de tous les établissements publics et privés, consacrés au traitement des aliénés et des idiots. Les fonctionnaires de ces établissements doivent toujours lui en laisser l'accès libre, et lui fournir tous les renseignements relatifs aux malades et à la manière dont ils sont traités. L'inspecteur, de son côté, doit, dans les limites du possible, ne pas porter atteinte aux règles raisonnables en vigueur dans ces établissements. L'inspecteur doit, également, se tenir au courant des progrès réalisés, pour le traitement des aliénés, dans les autres Etats et pays et les faire connaître au conseil, pour en faciliter l'application dans l'Etat de New-York. Les appointements sont fixés à vingt mille francs par an, plus cinq mille francs de frais de voyage. Le gouverneur de l'Etat de New-York a nommé au poste d'inspecteur ainsi créé, le Dr John Ordronaux, dont nous nous sommes occupé au début de cette revue.

Terminons en rappelant que les comités administratifs des asiles d'aliénés, aux Etats-Unis, comprenant combien il est utile, pour ces asiles, que le directeur-médecin qui est à leur tête se maintienne au courant des progrès de la spécialité, en assistant chaque année aux sessions de l'Association, mettent les frais de ses voyages à la charge de l'établissement.

A. Foville.

---

# BIBLIOGRAPHIE

*Hygiène de l'esprit au point de vue pratique de la préservation des maladies mentales et nerveuses*, par le Dr P. Max Simon. — 1 vol. in-12, Paris, 1877. J.-B. Baillière et fils.

M. P. Max Simon, qui est médecin aliéniste, se trouve être, de plus, un esprit aimable et ouvert au goût des lettres. Il a lu et étudié les savants ouvrages des Pinel et des Esquirol, les mémoires des Baillarger, des Morel, des Falret, etc.; mais il semble aussi savoir par cœur plus d'un de nos classiques et, en particulier, nos moralistes, et je ne m'étonnerais pas que Vauvenargues, par exemple, fût son livre de chevet. Le petit volume qu'il vient de publier, et qui est de la famille des ouvrages publiés par Foissac, Jolly, etc., contient d'intéressants chapitres sur la crainte, sur l'imitation, la superstition, comme causes des maladies mentales et nerveuses. Certaines passions, telles que l'amour, la jalousie, l'ambition, y sont analysées avec soin ; on cherche à nous prémunir contre leurs excès et leurs abus. Les avantages du mariage et les inconvénients du célibat, l'influence de la civilisation comme cause d'aliénation, les qualités intellectuelles et morales nécessaires à l'exercice de chaque profession, les caractères de la vie heureuse ; toutes ces questions sont traitées, je ne dirai pas à fond, mais, du moins, avec assez de développement pour atteindre le but proposé, celui de vulgariser les notions les plus importantes d'étiologie et de prophylaxie des maladies mentales et nerveuses.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Asile public d'aliénés de Bailleul ; rapport sur le service médical pour l'année 1876 ; par M. le Dr Le Menant des Chesnais ; Lille, 1877 ; in-4°.

— Asile public d'aliénés de Cadillac ; compte rendu médical sur l'exercice 1876 ; par M. le Dr A. Péon ; Bordeaux, 1877, in-8°.

— La folie à travers les siècles ; par M. le Dr F. Lagardelle ; Draguignan, 1877 ; br. in-8°.

— Some relations of mental disease to inheritance; par M. le Dr George H. Savage ; br. in-8°, 1877; Londres.

— Thirty-Fourth annual reports of the managers of the State lunatic asylum for the year 1876 ; New-York, 1877 ; br. in-8°.

— Verslag betreffende eenige Krankzinnig engestichten in Frankrijk en hot daaraan verbonden Landbouwbedrijf der verpleegden ; Gravenhage, 1873 ; br. gr. in-8°.

# VARIÉTÉS

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Par décret en date du 7 août 1877, rendu sur le rapport du Ministre de l'agriculture et du commerce, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, M. Baillarger (Jules-Gabriel-François) ; membre de l'Académie de médecine ; 32 ans de services dans les hôpitaux. Rapporteur de la commission du goître et du crétinisme. Chevalier du 18 juillet 1849.

— Par décret en date du 7 août 1877, rendu sur la proposition du Ministre de l'intérieur, est nommé chevalier de la légion d'honneur M. le Dr Fuzier (François), directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie) ; 25 ans de services.

— *Décret du 14 août* 1877. — M. le Dr Doutrebente est nommé médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard, en remplacement de M. le Dr Taguet (1), et admis dans la 2e classe de son grade (2.500 fr.).

— *Décret du 6 septembre* 1877. — M. le Dr Deboudt, médecin adjoint de l'asile St-Gemmes-sur-Loire, est promu à la 1re classe de son grade (3,000 fr.).

— *Décret du 8 septembre* 1877. — Les fonctions administrative et médicale de l'asile de Bron (Rhône) sont et demeurent séparées et M. Fleuret, ancien secrétaire général de préfecture, est nommé directeur de l'établissement et admis dans la 1re classe de son grade (7,000 fr.).

M. le Dr Arthaud conserve les fonctions de médecin en chef.

— Par décret en date du 14 août 1877, M. le Dr Arthand, qui avait été nommé précédemment *chargé de cours* dans la chaire de clinique des maladies mentales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, a été nommé *professeur titulaire* de clinique des maladies mentales à la même Faculté.

## NÉCROLOGIE.

Albrecht Erlenmeyer. — Nous avons le regret d'avoir à annoncer la mort de l'un des aliénistes les plus distingués de l'Allemagne, le Dr Albrecht Erlenmeyer, décédé le 9 août 1877. Membre d'un très-grand nombre de sociétés savantes, notamment de notre Société médico-psychologique, le Dr Erlenmeyer avait fondé à Bendorf, près Coblentz, une importante maison de

(1) Le traitement de M. Taguet a été fixé à 3,000 fr. et non à 500 fr. comme on nous l'a fait dire dans le dernier numéro des *Annales*.

santé pour les maladies mentales et nerveuses, dont il est resté le directeur jusqu'à sa mort. Erlenmeyer a publié un assez grand nombre de bons travaux sur les maladies mentales, notamment un ouvrage qui a été traduit en français par le Dr de Smeth et qui a pour titre : *Symptômes et traitement des maladies mentales à leur début*. Vol. in-8°, Bruxelles, 1868.

### PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

*Prix proposés pour l'année* 1878.

*Prix Civrieux* ; question :

« Du rôle du système nerveux dans les maladies aiguës. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

*Prix Lefèvre*; question :

« Du traitement de la mélancolie. »

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

*Prix Saint-Lager* (v. *Annales médico-psychologiques*, 1874, t. XI, p. 328).

*Prix Falret*; question :

« Rechercher quels sont les meilleurs éléments de pronostic dans les différentes formes des maladies mentales. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1878 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mai de la même année; ils devront être écrits en français ou en latin et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresse des auteurs.

### DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DES MALADIES MENTALES.

Le Président de la République française ;

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, et du ministre de l'intérieur ;

Vu l'article 54 du décret organique du 17 mars 1808 ;

Vu l'ordonnance du 10 avril 1840 ;

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu ;

Décrète :

Art. 1er. — Il est créé des cours annexes de clinique consacrés à l'enseignement des spécialités médicales et chirurgicales ci-après désignées, dans les Facultés de l'Etat où des chaires magistrales sur les mêmes sujets n'ont pas été précédemment instituées :

Les maladies des voies génito-urinaires ;
Les maladies des enfants ;
Les maladies syphilitiques et vénériennes;
Les maladies des yeux ;
Les maladies mentales ;
Les maladies de la peau.

A cet enseignement complémentaire pourront être ajoutés ultérieurement d'autres cours, dont l'avenir démontrerait l'utilité.

Ces cours sont annoncés à la suite des programmes des cours ordinaires de la Faculté.

Art. 2. — Les cours annexes de clinique sont confiés, soit à des agrégés en exercice ou à des agrégés libres pourvus d'un service hospitalier, soit à des médecins ou chirurgiens des hôpitaux.

Une commission mixte permanente, composée de délégués du ministre de l'instruction publique et du ministre de l'intérieur, est chargée de préparer un règlement pour l'organisation des cours annexes de clinique qui seront institués dans les hôpitaux en vertu du présent décret, et d'en surveiller le fonctionnement.

Art. 3. — Les agrégés ou docteurs chargés de ces enseignements sont nommés, pour dix ans, par le ministre de l'instruction publique.

Ils peuvent être, après ces dix années, rappelés à l'exercice ; toutefois, ils cessent leurs fonctions de plein droit du jour où ils ne font plus partie du corps des médecins ou des chirurgiens des hôpitaux.

Art. 4. — Les agrégés libres ou docteurs chargés de cours annexes de clinique prennent part aux examens de la Faculté.

Art. 5. — Des services spéciaux sont mis à la disposition de la Faculté par les soins de l'administration hospitalière, pour le fonctionnement des cliniques complémentaires, sans que ces administrations soient tenues de créer des services nouveaux, si ceux qui existent sont jugés suffisants par la commission mixte.

Art. 6. — Les agrégés en exercice participent à l'enseignement de la Faculté. A cet effet, des locaux sont mis à leur disposition, soit dans les bâtiments de la Faculté, soit dans des bâtiments annexes.

Chaque année le ministre de l'instruction publique détermine l'objet et le nombre des leçons confiées aux agrégés. Ces leçons sont annoncées à la suite du programme des cours obligatoires de la Faculté.

Les agrégés chargés de cours sont entendus, sur leur demande, par l'assemblée de la Faculté, dans tous les cas où il est délibéré sur l'enseignement qui leur est confié.

Art. 7. — Le ministre de l'intérieur et le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts sont chargés de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 20 août 1877.

Maréchal DE MAC-MAHON, duc DE MAGENTA.

Par le Président de la République :

*Le ministre de l'intérieur*, DE FOURTOU.

*Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts*, Joseph BRUNET.

### ASILE DE BRON.

Un arrêté du Ministre de l'intérieur vient de nommer M. Fleuret, ancien secrétaire général de la Dordogne, directeur de l'asile de Bron. En conséquence, sont distraites les fonctions administratives des fonctions médicales exercées

simultanément, et, en conformité de l'esprit de la loi du 30 juin 1838, par le Dr Arthaud qu'on peut, en toute justice, considérer comme le créateur de notre grand établissement public d'aliénés.

Cette décision ministérielle, qui surprendra et déconcertera nos confrères aliénistes, n'a été ni imprévue ni improvisée. L'asile de Bron, destiné, en principe, à 400 aliénés, a dû en recueillir précipitamment près d'un millier. En outre, des délibérations successives et parfaitement motivées du Conseil général ont décidé presque coup sur coup l'agrandissement du périmètre de l'asile, la construction de nouvelles sections, la création d'un pensionnat, etc., etc. L'ensemble de ces projets, joint aux difficultés d'une installation hâtive, constituait un programme qui ne défiait pas la compétence du médecin-directeur de Bron, mais qui semblait au-dessus des forces d'un seul homme. Aussi, dès les premiers mois de 1877, il fut décidé, en haut lieu, qu'aussitôt que la population de l'asile aurait atteint un certain chiffre, les fonctions administratives seraient séparées des fonctions médicales. Ce chiffre, étant sur le point d'être atteint, et M. Arthaud venant d'être promu à la chaire de clinique des maladies mentales, le ministre a tranché la question en litige; la partie administrative de l'asile a été confiée à M. Fleuret, et M. Arthaud conserve la direction du service médical et de l'enseignement.

Le nouveau directeur de Bron a 28 ans de services administratifs. Il s'est fait remarquer par son aptitude dans les divers postes qu'il a occupés. Dans une carrière administrative, déjà longue, il a eu occasion de voir de près l'organisation et le fonctionnement de plusieurs asiles d'aliénés. En unissant ses efforts à ceux de son prédécesseur, il hâtera l'achèvement du bel asile dont les plans font le plus grand honneur à un médecin, l'inspecteur général Constans.

(*Lyon médical*, 23 septembre 1877.)

### COLONIE DE VAUCLUSE POUR LE TRAITEMENT ET L'ÉDUCATION DES ENFANTS IDIOTS OU ARRIÉRÉS DU SEXE MASCULIN.

La préfecture de la Seine vient de publier le prospectus du nouvel établissement dont nous avons annoncé l'ouverture dans les *Annales* (voy. année 1876, t. XVI, p. 472), voici les nouveaux renseignements que nous y trouvons.

Le Conseil général de la Seine a, par une délibération en date du 9 décembre dernier, décidé qu'il ne serait admis dans la colonie que des enfants valides de 7 à 16 ans. Toutefois et aux termes de la même délibération, les enfants, qui par un arrêt de développement physique, paraîtraient n'avoir pas atteint cette limite d'âge, peuvent exceptionnellement être admis.

Le nombre des colons pensionnaires au compte des familles est fixé à cinquante, répartis en deux classes composées chacune de vingt-cinq enfants et se distinguant par des différences dans le coucher et le régime alimentaire.

Le prix de pension est fixé ainsi qu'il suit :

1re classe, 996 fr. par an, 83 fr. par mois.
2e — 780 — 65 —

Payables d'avance par mois ou par trimestre.

Le trousseau est fourni par l'asile moyennant un prix d'abonnement de 200 fr. pour la 1re classe et de 100 fr. pour la 2e classe, également payables d'avance.

Les formalités à remplir par les familles qui voudront faire admettre un enfant à la colonie de Vaucluse sont les mêmes que celles exigées pour les placements volontaires des aliénés (art. 8 de la loi du 30 juin 1838).

### CONCOURS POUR LA NOMINATION DE TROIS INTERNES A L'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE BRON.

Lundi 9 décembre 1877, à neuf heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de trois élèves internes appelés à faire le service de médecine à l'asile public d'aliénés de Bron. Ce concours aura lieu devant un jury médical de cinq membres, dont les médecins en chef et adjoints de l'asile seront membres de droit, et se composera de trois séances.

*Première séance :* Question d'anatomie et de physiologie à traiter de vive voix, pendant au moins dix minutes, après dix minutes de préparation. — *Deuxième séance* : Question de pathologie chirurgicale à traiter par écrit. — *Troisième séance :* Question de pathologie médicale à traiter par écrit. Le temps accordé aux candidats pour la rédaction de leurs mémoires sera fixé par le jury. Les questions à traiter dans chacune des trois séances seront les mêmes pour tous les candidats. Un avis ultérieur fera connaître le local où aura lieu le concours. Les candidats devront se faire inscrire au bureau de la direction de l'asile de Bron quinze jours au moins avant l'ouverture du concours. Cette condition est de rigueur ; la liste des élèves appelés à y prendre part devant être définitivement arrêtée par M. le Préfet du Rhône.

Ils devront en outre déposer, en se faisant inscrire, les pièces suivantes : 1° Un certificat de bonne vie et mœurs récemment délivré par M. le maire de leur résidence, ou par le chef de l'école de médecine où ils auront fait leurs études (Faculté ou Ecole de plein exercice); 2° une pièce constatant qu'ils ont satisfait à la loi militaire; 3° leur acte de naissance constatant qu'ils ont moins de 27 ans accomplis le jour de l'ouverture du concours; 4° ils devront en outre justifier de 12 inscriptions de doctorat au moins, et du 3e examen de fin d'année, et prendre l'engagement, s'ils sont nommés, de se conformer entièrement aux dispositions du règlement de l'asile.

Pourquoi exiger que les candidats aient moins de 27 ans ?

### SUR LES TUMEURS SANGUINES DE L'OREILLE.

*A M. le Dr Lunier, inspecteur général du service des aliénés.*

Mon cher confrère,

Je croyais la question des tumeurs des oreilles définitivement jugée, et ce n'est pas sans un certain étonnement que je l'ai vue reparaître dans le dernier numéro des *An-*

*nales médico-psychologiques*, par un travail fort bien fait du reste, de l'interne de l'asile de La Roche-Gandon.

Il y a seize ou dix-huit ans, la chose était fort à l'ordre du jour ; les cas abondaient et l'on en cherchait de tous côtés la cause. Pour ma part, j'en voyais de fréquents exemples à l'asile de Nantes; je rédigeai même sur ce sujet une note qui fut insérée dans le journal de médecine de Nantes.

J'avais été frappé de plusieurs circonstances : 1° ces tumeurs ne survenaient jamais que chez des déments ou des maniaques, ordinairement chroniques et absolument incapables de rendre compte de quoi que ce soit, de formuler la moindre plainte. Ils disaient bien quelquefois qu'ils avaient été battus, mais ils étaient si incohérents, si agités, si difficiles à maintenir qu'on n'y faisait guère attention.

2° La tumeur frappait d'ordinaire l'oreille gauche, rarement l'oreille droite. Quand les deux oreilles étaient atteintes, la gauche l'était à peu-près toujours la première, la droite quelques jours plus tard, et même au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois. On remarquait assez fréquemment des récidives sur la même oreille.

3° La fréquence était beaucoup moins grande chez les femmes que chez les hommes; je n'en avais rencontré que dans une seule section de femmes, celle des épileptiques, précisément, auxquelles étaient mêlées des démentes malpropres ; et, chose singulière, chez les femmes on avait toujours vu la tumeur survenir à droite ; *par esprit de contradiction, sans doute* (1).

Je m'étais mis l'esprit à la torture pour trouver la cause de ces faits que j'avais observés déjà, tant à Maréville qu'à Charenton ; j'avais lu tout ce qui avait été écrit sur ce sujet, en France et à l'étranger, sans rencontrer une explication capable de me satisfaire; aussi m'étais-je borné à donner simplement les observations, la statistique, et à indiquer les théories présentées jusqu'alors. En somme, mon petit travail ressemblait assez à celui de M. Biaute, sauf que je remettais prudemment la conclusion à plus tard.

Quelques mois après, je passais un jour dans la section des enfants idiots, un de ces petits malheureux quitte subitement sa chaise, retire son sabot, et en assène un coup bien appliqué sur l'oreille de son voisin. Ce fut aussi rapide qu'un éclair. Immédiatement, j'examine l'oreille du petit malheureux, et *sous mes yeux, en quelques secondes*, apparaît une tumeur sanguine magnifique !

C'était un beau commencement de preuve. Vous devez penser que sans tarder, je m'empressai de faire une enquête sérieuse sur les autres faits. J'arrivai donc rapidement aux conclusions suivantes : 1° Si les tumeurs se voient exclusivement chez les déments paralytiques ou autres, mais toujours agités et diffi-

(1) C'est la réflexion faite par un membre de la Société de médecine de Nantes, à la lecture de ma note.

ciles ou chez des maniaques très-incohérents et très-agités, c'est que ceux-là sont seuls incapables de se plaindre, et qu'on se garderait surtout de frapper de cette manière des épileptiques qui pourraient très-bien se venger cruellement.

2° Si les tumeurs étaient beaucoup plus fréquentes à gauche qu'à droite, c'est que le coup de poing générateur était ordinairement appliqué de la main droite.

3° Si les femmes sont moins souvent atteintes de cette affection que les hommes, cela tient à ce que les infirmières, quand elles ne sont pas moins méchantes, ont moins de force dans le poignet.

4° Si la tumeur se voit quelquefois exclusivement à gauche, c'est que l'infirmier ou l'infirmière de la section est gauche, ou gauchère, *coïncidence ressortant rigoureusement de mon enquête.*

Or voici le traitement que j'employai :

Je réunis les infirmiers et infirmières, je leur montrai l'enfant, je leur signifiai qu'à la première fois que pareille affection se reproduirait sur un malade, l'infirmier ou l'infirmière responsable serait livré à la justice et puni avec rigueur.

Le remède fut efficace, car j'ai été de nombreuses années sans revoir une de ces tumeurs sanguines. Chez les femmes il n'y en a pas eu une seule depuis 16 ans ; chez les hommes, il y en a eu deux à un an de distance. La première s'est produite il y a dix-huit mois. Le traitement a consisté à mettre l'infirmier à la porte et il n'y a pas eu de récidive. Pour la deuxième, il a été à peu près prouvé que le malade, paralytique très-agité, s'était frappé lui-même contre les abords de son lit.

Vous voyez, mon cher confrère, que, pour moi, il n'y a de doute ni sur l'étiologie de la maladie, ni sur la manière de la combattre.

Il est à ma connaissance que d'autres médecins d'aliénés ont la même opinion que moi; je crois pouvoir vous citer MM. Mesnet et Motet.

Si vous pensez que cette note puisse être utile à quelque chose, je vous prie de la communiquer de ma part à la Société médico-psychologique, et de la publier dans les *Annales* si vous le jugez à propos.

Agréez, mon cher confrère, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués.

J. B. Petit.

*Pour les articles non signés :* L. LUNIER.

Paris. — Imprimerie de E. Donnaud, rue Cassette, 9.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

## PATHOLOGIE

# LA FOLIE A DEUX

### OU FOLIE COMMUNIQUÉE

Par les Drs Ch. LASÈGUE et J. FALRET

Il est de principe que l'aliéné, quelle que soit la forme de sa maladie, résiste avec une obstination maladive elle-même à tous les arguments qu'on peut faire valoir à l'encontre de son délire. La contradiction l'arrête ou le laisse indifférent, mais elle ne change rien au fond de ses idées. Intimidé ou déjà sur la voie de la guérison, il consent tout au plus à se taire, mais son intelligence ne bénéficie pas de ces réticences calculées. Il est, sous ce rapport, comparable, à quelque degré, aux enfants qui renoncent devant la menace à l'expression de leur sentiment, tout en s'ingéniant à montrer qu'ils ne s'engagent pas au delà d'une concession apparente. Si la folie n'excluait pas la persuasion, elle ne serait qu'une erreur au lieu d'être une maladie.

Par compensation, l'aliéné n'agit pas plus sur les gens sains d'esprit, que ceux-ci n'agissent sur lui. On a dit que l'aliénation était contagieuse, et que la fréquentation des malades ne devait pas être considérée comme exempte de danger pour ceux qui vivent en contact avec eux. La chose peut être vraie pour les prédisposés en quête d'une occasion, elle est absolument fausse pour l'immense majorité des hommes raisonnables. Les infirmiers des asiles ne sont pas plus exposés que ceux des hôpitaux, et la cohabitation avec les malades n'entraîne pas, pour la famille, plus de danger. De même qu'on ne réussit pas à les convaincre, de même les fous ne parviennent pas à persuader ; pour qu'il en fût ainsi, il faudrait qu'ils eussent à leur service des ressources morales et intellectuelles incompatibles avec leur état pathologique. Le prosélytisme, quand il s'agit d'idées étranges auxquelles répugne la raison, n'est pas une œuvre facile, et elle n'aurait de chances de succès qu'en se dépensant dans une lutte infatigable. Or, l'aliéné vit étranger à l'opinion des autres ; il se suffit à lui-même et peu lui importe, tant sa croyance s'impose avec une autorité irrésistible, qu'on veuille ou non le suivre sur le terrain dont on ne le déposs édera pas.

Il s'établit ainsi une ligne de démarcation absolue qui n'admet pas de compromis.

Si la vie commune avec les aliénés est nuisible, et elle l'est souvent, ce n'est pas en vertu d'une contagion du délire. L'assistant ne se résigne pas d'emblée à subir le fait accompli ; il espère qu'une éclaircie permettra à la raison de ressaisir son pouvoir, et, fort de cette confiance, il entame l'éducation du malade. L'insuccès l'irrite ou le décourage ; il surmène sa force de résistance et l'épuise. Quand cette série de tentatives se prolonge avec les perplexités qu'elle entraîne, les caractères fortement trempés sont les seuls qui n'en subissent pas la fâcheuse influence. Plus les liens qui attachaient l'assistant à l'aliéné sont étroits, plus le zèle

est ardent et la fatigue considérable. En revanche, les indifférents échappent à la fois à ce travail inutilement douloureux et à ses conséquences.

Les choses se passent ainsi dans la supposition d'un délire absolu en regard d'une intelligence correcte. C'est heureusement la condition la plus fréquente; mais il existe des cas où la scission entre l'aliéné et ceux qui vivent dans sa familiarité n'est pas aussi formelle, et c'est à ces faits exceptionnels qu'est consacrée cette étude.

Le problème comprend alors deux termes entre lesquels il s'agit d'établir une équation : d'une part, le malade actif; de l'autre, l'individu réceptif qui subit, sous des formes et à des degrés divers, son influence.

Seul, livré à ses instincts pathologiques, l'aliéné est relativement facile à examiner ; il a le goût, l'appétit même d'énoncer les idées qui l'obsèdent, ou il se résout à un mutisme systématique qui n'est pas moins significatif. Une fois qu'on a pénétré dans la place, elle est d'autant plus aisée à explorer qu'elle est moins ouverte au monde extérieur.

Il en est tout autrement de son complice involontaire et inconscient. Raisonnable à demi, raisonnant beaucoup, prêt à faire aux objections des sacrifices provisoires, apte à prendre son point d'appui en dehors des conceptions délirantes qu'il n'a pas créées, auxquelles il a souvent résisté pendant une assez longue période de temps, il échappe. Ses convictions demi-morbides, demi-motivées, sont loin d'avoir l'assise inébranlable des conceptions délirantes. C'est tout un travail d'enquête psychologique de discerner, au milieu de ces éléments assez confus, la part qui revient au contagium et celle qui appartient à la nature mentale du confident.

A un autre point de vue, l'aliéné subit la pression de celui qui s'associe à ses divagations, les encourage, les coordonne et les adapte plus ou moins à la vraisemblance. Pour

que cette solidarité, dont ni l'un ni l'autre n'est conscient, s'établisse, il faut un concours de circonstances dont il n'est pas impossible de se rendre compte.

L'aliénation brutale, en dehors des possibilités, ne sollicite pas et n'obtiendra jamais l'adhésion des assistants ; par contre, les délires qui côtoient la vérité ont d'autant plus de chance d'acquiescement, qu'ils s'accommodent mieux à un sentiment, ou, comme auraient dit les théologiens, maîtres en casuistique morale, qu'ils flattent davantage une concupiscence humaine.

L'aliéné qui affirme un fait notoirement faux est à l'instant convaincu d'imposture. L'objet qu'il regarde n'est pas visible à ceux qu'il ne saurait entraîner dans la sphère de son hallucination ; la voix qu'il entend n'est pas perçue ; la persécution organisée, rendue publique par les journaux ou par les écrits, n'a à son avoir ni livres, ni feuilles périodiques. Il n'y a pas à dire qu'un autre fou pourrait être séduit ; les aliénés confirmés n'ayant jamais de ces docilités et restant maîtres absolus de leur délire.

Si, au contraire, le malade se maintient dans le monde des conjectures et des interprétations, si les faits qu'il invoque appartiennent au passé ou ne sont que des appréhensions pour l'avenir, le contrôle direct devient impossible. Comment prouver à un autre et à soi-même que l'événement, dont l'aliéné raconte les détails avec une prolixité persuasive, n'a pas eu lieu. La leçon qu'il s'est apprise à lui-même n'admet ni variantes, ni lacunes ; sa mémoire est topique parce qu'elle fait exception de tout, à l'exclusion des idées maladives. On ne le prend jamais en défaut, à quelque date que remonte l'aventure, et sa persuasion, à force d'être monotone et circonscrite, devient communicative.

L'assistant néanmoins ne consent à se laisser convaincre que si l'histoire l'intéresse personnellement ; or, les deux sentiments qui se prêtent le mieux à cette façon d'entraî-

nement sont, à coup sûr, la crainte et l'espérance. L'un et l'autre n'empruntent aux réalités présentes qu'un point de départ ; leur domaine vrai est dans l'avenir, et partant dans l'inconnu. Autant il est facile à un homme d'acquérir la certitude que vous n'êtes pas riche, autant il lui est malaisé de garantir que vous ne le deviendrez pas. Le législateur, en définissant l'escroquerie, impose une pénalité à « quiconque, soit en faisant usage de faux noms ou de fausses qualités, soit en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de fausses entreprises, d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire, pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès, d'un accident ou de tout autre événement chimérique..... aura escroqué ou tenté d'escroquer la totalité ou partie de la fortune d'autrui. » Qu'on supprime toutes les épithètes qui impliquent une responsabilité de la part du délinquant, et on aura la formule des délires qui trouvent des adhérents.

La conformité d'idées répond à une conformité de sentiments, toutes les fois qu'il s'agit d'un possible, et que la raison ne se révolte pas. Or les aliénés, dont les conceptions délirantes se dépensent en prévisions inquiétantes ou consolantes, sont, en somme, ceux qui se rapprochent le plus de l'état physiologique. On pourrait, par des graduations insensibles, marquer le passage des simples dispositions de caractère à la folie, en commençant par des gens craintifs, ou enclins à d'infatigables espérances, pour aboutir aux aliénés terrifiés, aux mélancoliques absorbés par une appréhension incessante, ou aux ambitieux à satisfactions toujours prochaines. Cette forme d'*aspiration* délirante n'éveille donc pas une répulsion, et, à ses degrés moyens, elle appelle moins la négation que le doute. Combien de fois le médecin, même expérimenté, se demande-t-il si l'entrée en matière n'a pas été un accident réel, au lieu d'être un événement chimérique, et hésite-t-il entre une exagération et une aberration sentimentale !

Dans le délire à deux, l'aliéné, l'agent provocateur, répond, en effet, au type dont nous venons d'esquisser les principaux traits. Son associé est plus délicat à définir, mais avec une recherche persévérante, on arrive à saisir les lois auxquelles obéit ce second facteur de la folie communiquée.

La première condition est qu'il soit d'une intelligence faible, mieux disposée à la docilité passive qu'à l'émancipation ; la seconde qu'il vive en relation constante avec le malade ; la troisième qu'il soit engagé par l'appât d'un intérêt personnel. On ne succombe à l'escroquerie que par la séduction d'un lucre, quel qu'il soit ; on ne cède à la pression de la folie que si elle vous fait entrevoir la réalisation d'un rêve caressé.

Nous envisagerons successivement chacune de ces données d'après les renseignements que fournit l'observation.

## § I.

Les enfants, appréhensifs par nature, confinés dans un milieu sans expansion, sont disposés, au premier chef, à devenir les échos d'un délire auquel on les associe. Leur raison indécise n'engage pas la lutte et pour peu que l'aliéné les ait faits partie prenante, ils espèrent ou ils craignent pour leur propre compte avec l'égoïsme inhérent à eur âge. Leur foi, dans quelques cas, va si loin, que l'aliéné lui-même hésite à les suivre etqu'à première vue on croirait que les enfants ont créé les délires dont ils sont le reflet. En général, et sauf de très-rares exceptions, les conceptions ainsi transmises sont plus terrifiantes qu'agréables. On sait combien les enfants prédisposés aux troubles cérébraux sont accessibles à la crainte. Les manifestations spontanées consistent dans des frayeurs au moment du sommeil, des craintes dans l'obscurité, des rêves à cauchemar, des peurs de dangers imaginaires ou d'individus menaçants ; les mani-

festations provoquées artificiellement se meuvent dans la même sphère. Les joies de l'avenir les touchent peu ; c'est plus tard seulement, quand avec la raison croissante, la prévision s'est mieux assise qu'apparaissent les aspirations envieuses vers le plaisir, la fortune, etc., qui ne se développent guère que plusieurs années après l'éclosion de la puberté, quand l'enfant est tout près d'être un homme.

Observation I. — Deux vieilles filles ont recueilli, comme l'unique héritage d'une de leurs sœurs, une petite orpheline, grêle, pâle, âgée de 8 ans. La vie est difficile et les ressources au-dessous des besoins. Une des sœurs vient à mourir et son travail manquant, l'existence est encore plus étroite : l'autre sœur est prise d'un délire de persécution vulgaire, à forme sénile. Les voisins se sont ligués contre elle ; des voix l'injurient ; des bruits auxquels elle attribue un sens menaçant se produisent. L'aliénation avance par un progrès lent ; au bout de quatre années, elle a pris de telles proportions que les habitants de la maison s'inquiètent.

L'enfant, qui sort à peine pour les commissions urgentes, tandis que sa tante refuse de quitter sa chambre où elle s'enferme, est questionnée. On apprend d'elle que de méchantes gens ont essayé de l'empoisonner, ainsi que sa tante ; toutes deux ont éprouvé de graves accidents ; des ennemis sont entrés pendant la nuit pour l'arracher à la protection de sa parente ; à toutes les questions elle répond avec la lucidité des enfants que la cohabitations des vieillards a mûris avant le temps. Ses assertions sont d'autant plus plausibles qu'elles représentent la folie de la malade absente, atténuée, émondée par la nièce qui n'est pas une aliénée.

Il survient alors un fait curieux que nous avons vu se reproduire bien des fois. Les conceptions délirantes, réduites à leur plus faible expression en passant par la filière d'une intelligence demi-saine, sont plus près de la raison qu'aucune idée engendrée dans le cerveau d'un aliéné. Les auditeurs ont moins de répugnance à se rendre ; les objections qu'ils élevaient ont été accueillies ; l'enfant a renoncé à quelques-unes de ses énonciations, dont on lui montrait l'impossibilité ; celles qui restent n'en ont que plus de valeur. L'expérience est conforme à la règle déjà posée que : moins le délire est brutal plus il devient communicable.

Les voisins prennent fait et cause pour l'enfant ; ils en appellent à l'autorité, imaginant une fable romanesque de nature à justifier ces prétendues persécutions. L'enquête et l'examen auquel procède un de nous ne laissent subsister aucun doute. La malade est placée dans un asile, et l'enfant dans un orphelinat, où elle guérit de cette maladie pour ainsi dire parasitaire ; mais les gens du quartier conservent encore des soupçons et ne se déclarent pas satisfaits.

Dans d'autres cas, la participation de l'entourage est plus active ; non-seulement il accueille, mais il provoque les confidences et, en passant de bouche en bouche, le récit se rectifie ou s'amplifie. L'enfant se trouve alors entre deux courants. L'un, celui de l'aliénée, qui a été le promoteur de ses conceptions, l'autre, celui des assistants, qui atténuent les invraisemblances et complètent les côtés admissibles au gré de leurs passions. Dévoyé par l'un, redressé par les autres, l'enfant finit par croire et ensuite par faire croire à ses inventions de seconde main.

Cette double culture était très-marquée dans un fait que nous mentionnerons, sans entrer dans des détails intéressants mais qu'il serait trop long de rappeler.

Observation II. — Il s'agit encore d'une jeune fille élevée cette fois par sa mère, et que son père a laissée dans la misère pour s'enfuir on ne sait où. La mère est persécutée, mais son délire, sans complication de sénilité (elle a 40 ans), porte sur des objets définis. Ce sont les prêtres, un surtout, qui se sont acharnés contre elle et l'empêchent de trouver du travail. La fille a 16 ans ; elle est scrofuleuse, chlorotique, de taille et de stature moyennes, à intelligence peu développée. Elle n'a appris que laborieusement à lire, a peu fréquenté l'école, n'a été astreinte à aucun apprentissage. La mère et la fille vivent dans une étroite communauté de la petite pension que leur fait un parent plus aisé ; elles habitent la même chambre, couchent dans le même lit et ne se quittent jamais. L'enfant répète aux voisins les propos délirants de sa mère ; elle affirme avec elle qu'un prêtre vient chez elle de temps en temps, le soir quand elle est cou-

chée, que les lumières sont éteintes et qu'il les menace. Sa mère l'entend, quoiqu'il parle à voix basse, et elle aussi, mais confusément. Au matin, sa mère lui répète tout, et elle se souvient bien d'avoir entendu.

Les confidents se communiquent les détails de cette étrange aventure et y ajoutent des commentaires. Il leur plaît de découvrir que ce prêtre imaginaire en veut à la vertu de la fille et ils le lui persuadent aisément. De là, plainte, examen médical et constatation de la folie caractérisée de la mère.

Dans ces deux faits, comme dans tous les autres qu'il nous a été donné d'observer (et ils sont assez nombreux), la folie a pris naissance chez l'adulte et s'est déversée sur l'enfant ; elle a consisté dans un délire de persécutions tout appréhensif.

Nous citerons encore une autre observation, et au lieu d'un exposé, nous donnerons pour ainsi dire la sténographie du récit auquel se sont associées les deux malades. Le fait ainsi rapporté est brut et presque brutal, mais à ce titre il devient saisissant et donne pour ainsi dire la note caractéristique de la situation.

Observation III. — La femme M... a 35 ans, sa fille en a 13. Le délire vulgaire date environ de quatre mois et c'est sur les plaintes des voisins que la mère a été soumise à un examen médical. Elle est de taille moyenne, amaigrie, pâle et presque fébrile ; physiquement, elle se plaint de nausées fréquentes, d'insomnie, de fatigues sans maladie. Des troubles gastriques assez accentués sont attribués par elle à des tentatives répétées d'empoisonnement. Elle sent dans la bouche comme un goût de safran qui l'abrutit et qui l'énerve ; elle a trouvé d'ailleurs du safran dans ses aliments.

« Ça a commencé, dit-elle, qu'on me suivait dans les rues ; les voisins s'en sont mêlés et m'ont insultée. Il y a évidemment des personnes qui me sont étrangères et d'autres que je connais ; il faut qu'il y ait comme un complot.

Depuis quelques semaines, on fait la nuit des pesées à ma porte. Je me suis sauvée de chez moi il y a huit jours pour

aller coucher chez une amie au milieu de la nuit. Là aussi on a frappé à la porte cochère et essayé de la soulever avec des pinces ; je l'ai entendu.

Je n'y suis pas restée et j'ai voulu rentrer chez moi, mais il m'a fallu m'enfuir et demander à coucher à une autre dame. Là il n'y a rien eu.

Je suis revenue chez moi ; on a essayé d'ouvrir la porte en mon absence, on a changé ma clef. Bien des affaires ont disparu de ma chambre, des bandes de mérinos, de la laine, de la soie, etc.

C'est la nuit qu'on me tourmente et l'on s'en va à 7 heures du matin. Je les ai entendus remuer et me suis barricadée avec mon lit, mais je ne les entends pas parler.

Les gens qui me persécutent sont les nommés V... et S... mes voisins. V... a dit devant moi : il y a toujours ceci et cela. Sa femme a fait courir le bruit que j'allais tous les soirs livrer ma fille pour manger.

Je ne sais pas pourquoi on m'en veut ; mon mobilier ne doit pas faire envie ; c'est pure méchanceté. A l'église, on m'a déchiré ma robe en m'injuriant ; j'étais allée conduire ma fille et ne connaissais personne.

Epuisée, ne dormant que le matin, j'avais résolu de mener ma fille à la consultation de l'hôpital. Je suis descendue à deux heures du matin, du haut de la maison qui a plus d'un étage, avec une échelle, emportant mon enfant sur mon dos ; je ne sais pas comment nous ne nous sommes pas tuées. Je me suis promenée toute la nuit avec l'enfant et le matin, on nous a renvoyées de la consultation. J'ai à Paris mon beau-père qui voulait bien nous recevoir, mais j'ai eu peur pour lui parce qu'il était seul. Puisqu'on me persécute, on le persécuterait aussi. »

La fille M..., 13 ans, est grêle et porte moins que son âge ; elle est vêtue d'une robe sale et en lambeaux ; ses réponses sont entrecoupées de sanglots. Je voudrais voir ma petite mère ; quand maman sortait pour travailler, il y avait un homme qui faisait *hou ! hou !* sous la porte, comme le vent ; j'avais peur, je n'osais pas me coucher, j'étais malade. On faisait peur aussi à maman la nuit. C'était un homme qui retirait ses sabots ; on ne l'entendait pas marcher et il arrivait sous la porte, le matin, à midi ; le soir, je croyais qu'il y avait du monde caché sous le lit. On entendait comme si on soulevait les meubles et la porte. Je croyais qu'il y avait du monde

caché sous le lit. On entendait comme si on soulevait les meubles et la porte ; nous étions obligées de nous barricader avec le lit. Nous avons entendu des coups dans la nuit ; on a arraché avec une pince un morceau de la porte. Je l'ai entendu avant maman, mais je n'osais pas lui dire. Je n'ai jamais rien vu mais j'entendais bien qu'on marchait et qu'on frôlait des papiers sur le carré.

Maman m'a raconté que c'était une femme qui lui en voulait.

De ces récits sommaires mis en regard, l'un représente le délire classique de persécutions, l'autre n'exprime que des terreurs enfantines et une crédulité qu'explique l'âge de l'enfant. Il faut se rappeler que la maladie de la mère est récente, que la fille n'a été associée qu'aux manifestations les plus grossières et cependant son affirmation n'a pas été sans influence. D'un côté, elle garantissait l'authenticité des hallucinations auditives, de l'autre, elle poussait la mère à des actes qu'elle seule n'eût peut-être pas risqués. Encore au début de la folie, la femme M... s'inquiète des conséquences qu'aurait pour son beau-père une cohabitation dangereuse ; elle se préoccupe avec une anxiété plus active du sort réservé à sa fille et on a vu comment elle avait tenté de la soustraire aux persécutions. Or, dans ces folies à type psychique, être sollicité à agir c'est accélérer le progrès des conceptions délirantes.

## § II.

Les choses ne se passent pas ainsi lorsque la transmission a lieu inversement d'un jeune sujet à un individu sénile, ou seulement plus âgé et faible d'intelligence. L'adulte reflète plus passivement ; il est aussi convaincu en apparence, aussi affirmatif, mais il n'exagère ni ne développe les conceptions délirantes, faute d'un effort d'imagination qui lui coûterait. On pourrait dire qu'il s'agit moins d'une persuasion réelle que d'un assentiment qui s'énonce par des

phrases interjectives : Ah ! c'est bien vrai ; il n'y a pas à en douter ; elle ne ment pas, etc. Lorsque l'association délirante s'établit entre des adultes, l'état mental du réceptif est plus complexe. L'enfant obéissait aux instincts de son âge tandis que l'adulte a remplacé les impulsions instinctives par des habitudes, des calculs, des combinaisons dont il entrevoit le fort et le faible. Il s'installe avocat de sa propre cause et ne se livre que dans la mesure qui lui semble s'accorder avec ses intérêts. L'enfant ment quand même et l'obstination de son mensonge finit par conduire à la vérité. L'adulte trompe à son heure et sait taire les raisons intimes qui le font agir.

Néanmoins, et comme il s'agit d'intelligences débilitées, moitié par intimidation, moitié par persuasion, on arrive à élaguer le faux et à découvrir la réalité cachée sous d'assez vulgaires artifices. On s'aperçoit alors que les adultes et les enfants se rapprochent par de saisissantes analogies, et c'est pourquoi nous avons insisté sur les délires infantiles réflexes.

Il existe pourtant des différences qui tiennent moins aux procédés intellectuels qu'à l'acquit. Tout individu, mûri par l'expérience de la vie, si faible qu'on le suppose, garde les notions des misères qu'il a souffertes ou dont il a entendu parler ; il a parallèlement l'appétit des joies qu'il a goûtées ou qu'il ne connaît que par ouï dire. Chaque homme a, comme on l'a dit, son roman tout prêt dans sa tête. Il faut donc, pour le séduire, que la conception de fantaisie corresponde à ses préoccupations du moment, et cette nécessité d'une communauté de sentiments entre l'aliéné et son associé se réalise facilement dans la vie.

De la part des inconnus, bien des manifestations, même vulgaires, nous surprennent. Les gens avec lesquels nous avons pris l'habitude de vivre dans un commerce de chaque jour peuvent au contraire se permettre des bizarreries qui ne nous affligent ni ne nous étonnent, accoutumés que nous

sommes à leur humeur. Il existe pour les relations sociales une sorte d'acclimatement qui atténue l'imprévu, s'il ne le supprime pas.

La cohabitation d'un individu faible avec un aliéné, constante, sans rémissions comme sans réticences, la participation aux mêmes espoirs et aux mêmes craintes, sollicitée par des événements dont une portion n'est pas sans attaches avec la réalité, ménagent la transition entre la raison défaillante et le délire. La folie d'ailleurs, dans le milieu que nous représentons, n'est pas le fait d'une invasion subite. La période prodromique a préparé incidemment les voies. Les deux confidents ont mis en commun leurs aspirations et leurs peines, et quand l'un des deux vient à excéder la limite du raisonnable, l'autre ne la franchit pas brusquement, mais y pénètre par une insinuation progressive. C'est donc peu à peu que ce travail de solidarité s'effectue.

Rendu à lui-même, ne fût-ce que pendant quelques heures chaque jour, ou quelques journées chaque semaine, le néophyte du délire réfléchit; les doutes l'assaillent, la raison se relève. Pour que la conversion soit complète, il faut un entraînement sans répit, qui ne laisse pas de temps pour se reprendre. Tel est en effet le cas des délirants à deux. Toujours les relations ont été étroites et longtemps prolongées; toujours le second malade a été mêlé au début de la maladie et en a parcouru les phases successives. Luttant d'abord, se défendant de moins en moins, enfin prenant fait et cause pour des conceptions qu'il s'est lentement assimilées. Cette dégradation est évidente dans toutes les observations, et elle est d'autant plus manifeste qu'on a pu pénétrer plus avant dans l'évolution intime de la maladie.

On doit donc placer en première ligne dans l'étude de la *Folie à deux*, les éléments essentiels que nous venons de résumer : d'abord, la modération relative du délire, ses côtés sentimentaux, sa concordance avec les dispositions de celui

qui s'y adapte; en second lieu, la répétition incessante des mêmes propos, renouvelés sans rémission ; enfin, la débilité intellectuelle et morale du participant.

Une fois que le contrat tacite qui va lier les deux malades a été à peu près conclu, il ne s'agit pas seulement d'examiner l'influence de l'aliéné sur l'homme supposé sain d'esprit ; mais il importe de rechercher l'action inverse du raisonnant sur le délirant, et de montrer par quels compromis mutuels s'effacent les divergences.

Qu'on essaye de mettre un fou atteint d'une manie de persécutions portée aux extrêmes, halluciné, égoïste à l'excès, implacable dans ses affirmations obstinées, insensible à l'approbation comme au doute, en rapport avec n'importe quel homme doué du meilleur vouloir, il ne sortira rien de cette association que la lassitude. Le demi-persécuté, qui étend sa sollicitude maladive sur ceux qui l'entourent, les confondant avec lui dans ses appréhensions, aiguisant d'un peu d'espérance ses inquiétudes quelque peu confuses, ne se maintient pas indifférent à la résistance ou à l'encouragement de l'auditeur. Celui-ci répète, avec des variantes, la leçon qui lui a été apprise ; il ébarbe pour ainsi dire les trop brutales absurdités ; il remplit avec des données presque logiques les lacunes excessives. Petit à petit, l'histoire se dégage et se systématise, revue et considérablement amendée.

L'aliéné a profité, non pas d'une éducation à laquelle il reste fatalement insensible, mais il a contracté l'habitude d'un récit tant de fois reproduit qu'il n'exige plus d'effort.

Tous les médecins savent, avec quelle étrange fixité de mémoire, certains persécutés racontent leurs aventures imaginaires, n'oubliant ni un détail, ni une date, ni un incident. C'est l'histoire non pas inventée, mais formulée à deux qu'ils racontent.

Il résulte de cette assidue collaboration une telle homogénéité dans le dire des malades qu'il faut souvent un long

temps, doublé d'une active recherche, pour discerner le délirant primitif du secondaire. C'est quand on a séparé l'un de l'autre, pendant plusieurs jours, quand non-seulement la vie commune a été rompue, mais que le milieu a été transformé, qu'on acquiert une certitude. La donnée psychologique la plus curieuse n'est pas celle que nous fournit l'influence de l'aliéné sur l'individu sain d'esprit : c'est au contraire l'action qu'exerce le confident raisonnable sur l'aliéné. L'expérience vraie qui représente l'aliéné comme fermé à toute persuasion, aussi incapable d'être détourné par une objection que d'accepter une addition à ses idées favorites, ne se dément pas.

En étudiant le travail insidieux qui s'exécute dans l'esprit du malade, on voit bien vite qu'il n'a pas cédé un pouce de son terrain. Ses concessions apparentes se sont bornées à taire provisoirement, ou à laisser dans l'ombre, quelques-unes de ses idées pathologiques. Les fous en voie de guérison, ou dans la première période encore mal assurée de la maladie, se prêtent volontiers à de semblables réticences ; et c'est là une des difficultés bien connues de l'examen.

Qu'on prenne à part le malade primitif et qu'on se donne la peine de l'étudier attentivement, on finit par rompre la glace et par retrouver au-dessous le type et la ténacité des conceptions délirantes telles qu'on les observe chez les malades isolés. Cette enquête incisive est souvent difficile, mais il est rare qu'à force de patience on n'y réussisse pas.

Si on isole les deux malades, au lieu de les confronter côte à côte, parlant presque toujours ensemble, répétant tout au moins les mêmes idées avec les mêmes phrases, s'entendant sans s'aider du regard, à la façon des enfants qui récitent à l'unisson une fable apprise par cœur, dans quelle mesure parvient-on à détruire le parallélisme ?

C'est par cette étude comparative qu'on peut estimer le

degré de pénétration de la maladie acquise, et qu'on se convainc aisément que le nom qui convient le mieux à la situation respective des deux individus n'est pas celui de *contagion*. Le malade réel est resté le malade ; l'aliéné par par reflet n'a pas réussi à dépasser les limites de l'absurde. Or, l'absurdité, si loin qu'elle soit conduite, n'a de commun avec la folie que les grossières apparences. Elle est mobile, capricieuse, compatible avec certaines puissances de raison, et n'obéit pas aux lois qui s'imposent à toute aliénation. A force de persévérance, on ébranle les croyances erronées qui semblaient les plus fermement assises ; l'erreur a des moments d'indécision, et si on ne consent pas à s'avouer vaincu, combien de fois ne discernons-nous pas la pointe d'amour-propre ou de respect humain qui s'est mise en travers.

L'aliéné qui se résigne à déclarer qu'il renonce à ses pensées délirantes commet un mensonge qui lui coûte. L'individu dominé par des opinions absurdes, et qui affirme persister obstinément, commet le plus souvent un mensonge, mais en sens inverse. Le contraste suffit pour établir entre les deux la ligne de démarcation la plus infranchissable ; l'un est fou, au sens social et médical du mot, l'autre ne l'est pas.

Pour le faux malade, l'adhésion de l'entourage est un auxiliaire considérable. Comme il a accepté les idées qu'on lui suggérait, on admet celles qu'il énonce avec quelques réserves, et il puise dans cet appui tacite ou explicite de nouvelles forces. Mis en face d'une contradiction persistante, dominé par la volonté d'un interlocuteur qui fait presque fonction de juge, il perd peu à peu de son assurance. Le malade vrai n'est plus là pour le soutenir, et si on prend soin d'atténuer ses contradictions, au lieu de les faire ressortir, il éprouve une façon de soulagement à être délivré de ces conceptions parasitaires.

Nous avons indiqué les principaux points sur lesquels

doit porter l'étude des malades délirant à deux. Qu'on n'oublie pas qu'il s'agit d'une des formes de l'aliénation, intermédiaires entre la raison et la folie confirmée, et qui, exemptes de troubles physiques caractérisés, ne se prêtent qu'à une analyse psychologique. Les observations qu'on va lire, et que nous avons choisies en vue d'indiquer les divers types, empruntent à la nature de la maladie un aspect tout particulier, et ressemblent plus à des études de mœurs qu'à des observations médicales. Il n'en saurait être autrement quand la recherche implique un double examen : celui du malade et celui de l'individu sain entrant dans le courant des divagations. Les aventures réelles de la vie, l'organisation du milieu où ces événements s'accomplissent jouent un grand rôle dans l'évolution des délires atténués et le récit composé de données vraies, de croyances intéressées, d'inventions délirantes, d'efforts sincères mis au service des divagations, ne s'accommode pas aux formules scientifiques.

Le premier fait que nous rapporterons, résume si bien les conditions en vertu desquelles naît et se développe le délire à deux qu'on peut le considérer comme un type.

Obsevation IV. — La nommée X..., 66 ans, exerce la profession de sage-femme dans une ville de province. Son intelligence s'est abaissée avant l'âge et sa clientèle a baissé parallèlement. Les ressources du ménage suffisaient à peine aux besoins de la femme X... et de sa fille, qui vit à ses dépens ; le mari a disparu depuis longtemps.

Un dernier coup vient achever la misère ; le petit emploi de sage-femme attachée au bureau de bienfaisance, ou à une société charitable, est enlevé à la malade. Pendant cinq ans, elle vit de ses économies et en resserrant encore les liens étroits qui la rattachent à sa fille.

Celle-ci à 28 ans; elle est de stature moyenne, assez vive d'esprit, mais au fond d'une intelligence limitée. Elle a fait quelques études et a même obtenu le diplôme d'institutrice du dernier degré, sans réussir à utiliser ses quelques connaissances. A diverses reprises, elle a dû se placer en France ou

à l'étranger ; par des raisons qu'elle énonce assez confusément aucune de ces tentatives n'a abouti.

La pauvreté ainsi croissante arrive à son comble. Les deux femmes sont expulsées de leur humble logis, sans ressources, plus incommodes, à ce qu'il paraît, qu'intéressantes aux yeux de leurs rares relations ; on fait en leur faveur une petite collecte, à laquelle s'associe la municipalité locale, et qui monte à 40 francs. Avec ce pécule, on les envoie à Paris où, dit-on, elles ont toutes chances de gagner leur vie.

Elles descendent, absolument étrangères dans la ville, dans un petit hôtel où elles sont accueillies avec bienveillance.

Pour que ces deux provinciales aient consenti à un tel voyage, pour qu'on ait songé à le leur proposer, il fallait que cet absurde déplacement répondît à quelque chose de plus que la banale confiance dans l'hospitalité d'une grande ville.

La fille X... a, en effet, une visée à laquelle elle a associé sa mère. Il existe quelque part une succession Dubois, ou comme dit la mère (traduisant dans son langage les affirmations de sa fille), un *avoir* qui vient des Dubois. De cet héritage, on ignore la provenance et le chiffre, mais on sait qu'il est *conséquent*. Un parent, frère de l'une, oncle de l'autre, devait être héritier, sans qu'on puisse deviner à quel titre, car il ne porte pas le nom du prétendu testateur ; mais il avait, soi disant, rassemblé les papiers et pris des arrangements que sa mort à interrompus.

L'invention est, comme on le voit, toute populaire. De temps en temps il circule des histoires de fortunes immenses accumulées jusqu'au merveilleux, et qui attendent un heureux inconnu destiné à les recueillir, dès qu'il aura justifié de son droit. Le défunt porte d'habitude un nom vulgaire assez répandu, pour solliciter de nombreux aspirants.

Pour se résoudre à aspirer à une situation si enviable et convertir en conviction arrêtée un rêve qui excède toutes les rêveries, il faut un travail intellectuel dont les aliénés seuls sont capables.

Ici, après un examen prolongé, on parvient à suivre la filière des conceptions délirantes, imaginées par la fille, et reflétées par la mère qui leur donne l'appoint de sa sanction, l'autorité de son âge, la sobriété de l'exposé et cette apparence de sincérité qu'ont les récits romanesques reproduits de seconde main.

Le parent étant un gendarme retraité, il avait, a-t-on dit après sa mort, fait un testament. Or, pourquoi avait-il testé

puisqu'il n'avait pas un sou à léguer. On a dû mettre les scellés et on n'a jamais communiqué les papiers. C'est qu'on avait intérêt à les soustraire.

Le délire une fois assis sous cette forme, et la première conception remonte aujourd'hui à deux ans (le frère est mort il y a 5 ans), il se partage et suit deux directions : d'une part, affirmer le droit à l'héritage, de l'autre, chercher par quelles menées souterraines les vrais destinataires ont été dépouillés.

La première tâche semble, par un compromis tacite, avoir été surtout réservée à la mère ; la seconde, celle qui consiste à dépister la persécution, revient à la fille plus imaginative.

Un M. R... dont l'individualité reste assez indécise, mais qu'elles supposent attaché à un séminaire, leur a fait dire par une femme qui ne pouvait être le mandataire d'un autre individu : allez connaître. Cette phrase énigmatique, si conforme à celles que répètent les hallucinations de l'ouïe, a été la première révélation parlée ; on en cause, on la commente à deux et après un an de réflexion inquiète, on se décide à suivre sur cette entrée en matière.

Un M. C... homme d'affaires, que le parent héritier présumé a connu, doit être chargé de la succession qu'ils sont trois à se partager, les deux malades, une de leurs parentes encore vivante et le né R...

La mère, incitée par la fille, se rend chez M. C... ; elle lui demande d'avancer de l'argent ou de lui confier un titre sur lequel elle puisse provisoirement emprunter. Celui-ci refuse, met la femme à la porte, déclarant qu'il ne sait de quelles affaires il s'agit. Néanmoins, il a dit à une femme : c'est vrai, et à une autre : qu'elles s'occupent de leurs affaires.

La fille écrit à M. C... lettres sur lettres, mais ne reçoit pas de réponses, et ce silence, qu'elle n'ose rompre par une nouvelle visite, devient un argument de plus en faveur du bien fondé de ses prétentions.

C'est sur ces entrefaites qu'a lieu le voyage à Paris. Les deux femmes descendent, comme nous l'avons dit, dans une maison garnie tenue par une dame X... Elles cherchent de l'ouvrage et n'en trouvent pas. On offre à la fille une place d'institutrice en Pologne ; elle la refuse parce que son absence nuirait au succès de l'entreprise.

La maîtresse de l'hôtel paraît avoir subi, à quelque degré, l'influence de ce délire, qui serait devenu peut-être une aliénation à trois si les relations avaient été plus étroites et plus

durables. Cependant, on est de plus en plus réduit aux expédients ; on vend le peu qu'on possède, une bague, du linge, et le bagage finit par se réduire à la possession de quelques hardes.

Moitié pitié, moitié confiance dans un meilleur avenir, la dame X... avance quelques francs peu à peu ; la dette s'accroît vite, puisqu'aucune des dépenses de loyer ou de nourriture n'est payée et elle monte à près de 400 francs.

Pourquoi la maîtresse d'hôtel a-t-elle été si favorable, pourquoi y a-t-elle été de sa bourse ? On ne court pas de pareils risques quand on n'a pas de raisons pour le faire. C'est qu'elle avait pris des informations, qu'elle savait la succession prochainement réalisable. Elle l'a d'ailleurs laissé entendre par des mots équivoques. A qui fera-t-on croire qu'on fasse ainsi, sans raison, des cadeaux dans Paris ?

Le mutisme de M. C... se prolongeant, on écrit au notaire, qui ne répond pas davantage, parce qu'il n'a rien à répondre à propos d'une succession imaginaire à partager entre des héritiers de fantaisie. Le mauvais vouloir a pris les proportions d'un complot, et là commence le rôle prédominant de la fille.

R... est séminariste, ou supposé tel, car ni l'une ni l'autre ne l'ont vu ; elles savent seulement qu'il connaissait leur parent, le collectionneur des papiers authentiques. Or, une église a été bâtie dans la ville où le séminaire du diocèse est installé. Cette église a, dit-on, coûté 5,000 francs. Qui a fait don de cette somme considérable ? Evidemment R..., qui a dû hériter le premier, puisque c'est lui qui a laissé sous-entendre l'existence de la succession. Le notaire a dit à une personne : « Cette femme qui m'écrit est malade. » C'est qu'il avait fait serment de ne rien révéler.

« Le clergé est mêlé dans l'affaire, la succession existe, mais *j'y suis soustraite*, dit la fille, par la faute des prêtres. On dit partout que l'archevêque veut que nous en fassions l'abandon. Maman n'y a pas pris garde ; mais moi je suis sûre de l'avoir entendu. D'ailleurs on n'invente pas ces choses-là. »

Une fois la persécution admise, elle s'affirme à chaque pas, et on comprend combien il est facile de succomber à l'idée d'une persécution, quand tout effort est impuissant, toute ressource épuisée, et qu'on n'a plus, suivant l'expression de la mère, qu'à mourir de faim.

La part proportionnelle de chacune des deux malades

s'accuse mal dans un récit condensé ; elle est certaine pour qui conduit l'enquête et dirige l'interrogatoire. La mère, qui ne joue que le rôle secondaire, a peine à se retrouver dans le lacis des déductions logiques à l'aide desquelles la persécution se prouve et s'explique. Le thème, sans les variations, suffit et au delà à la portée de son intelligence. La fille, au contraire, se complaît au récit du complot dont elle renoue les fils avec moins d'habileté toutefois que bien d'autres persécutées. De temps en temps elle en appelle à un de ces aphorismes dont les esprits de second ordre font si volontiers les prémisses de leurs argumentations : « J'ai cherché de l'ouvrage, et on m'en a refusé. Pourquoi ? J'ai présenté des modèles, et on ne les a pas regardés. C'est la malveillance organisée qui seule peut être cause de tout cela. »

Quant à l'existence d'une aliénation vraie, aucun médecin expérimenté ne la mettra en doute. Elle se prouve, moins par l'absurdité de la donnée première que par le mécanisme intellectuel à l'aide duquel elle est mise en œuvre. En somme, tout repose sur un non-sens ; il n'existe ni succession ni parité de noms avec le testateur Dubois, ni pièces ni papiers à l'appui. Des propos indirects, des mots dépourvus de sens servent de point de départ ou de point d'appui ; comme dans toute folie, c'est la foi maladive qui commande, n'admettant ni objection ni contrôle.

L'association des deux malades, dont l'une ne délire que par *commission*, a seulement effacé les angles, limité le délire dans une systématisation convenue, et qui a pu en imposer à quelques faibles d'esprit.

L'observation suivante a tant d'analogies avec celle qu'on vient de lire qu'il convient de l'en rapprocher. Les nuances en médecine sont plus précieuses que les contrastes.

Observation V. — Il s'agit de deux sœurs jumelles, âgées de 41 ans, de même complexion, quoique se ressemblant peu de figure. Elles ont vécu en commun pendant leur enfance et

leur adolescence. Le père et la mère sont morts, et on ne peut avoir sur eux des renseignements explicites.

Lucile s'est mariée, à l'âge de 17 ans, à un homme excellent dont elle n'a jamais eu qu'à se louer. De ce mariage est née une fille, âgée aujourd'hui de 15 ans.

Le ménage, qui s'était installé en province, tandis que la sœur continuait à habiter Paris, ne réussit pas. Un petit établissement de cafetier qu'ils avaient fondé prospéra d'abord, puis l'ambition d'accroître leurs affaires les gagne, et ils achètent une brasserie. Des difficultés de tout genre, des déboires auxquels ils n'étaient rien moins que préparés, les assaillent ; en trois ans, ils perdent leur petit capital, fruit de laborieuses économies. L'associé qui, à leur dire, les avait trompés, reprend la brasserie et la relève. Des 20,000 francs perdus au cours de l'entreprise, il ne reste plus que 900 francs, insuffisants à couvrir les dettes. Le mari et la femme se remettent à l'œuvre et finissent par se libérer de ce qu'ils doivent, au prix d'énormes sacrifices. Le mari, découragé, fait quelques affaires en vins avec un demi-succès, puis il succombe en 1865 à une maladie qui paraît avoir été un cancer de l'estomac.

N'ayant plus rien qui la retienne en province, Lucile revient à Paris avec sa fille âgée de 3 ans ; elle se réfugie près de sa sœur et toutes les deux vivent de leur travail, qui suffit aisément à leurs dépenses.

Joséphine a épousé un ouvrier en 1856 et n'a pas eu d'enfants ; le mari menait une mauvaise conduite et les querelles étaient fréquentes. La femme, d'ailleurs laborieuse et régulière, a toujours été d'un caractère difficile. Dans les premiers mois de 1875, le mari est arrêté pour outrage à la pudeur. Un soir qu'il était demi-ivre, il s'est déboutonné devant une jeune fille qui a porté plainte. La prévention assez courte est suivie d'une condamnation à six mois de prison, réduits plus tard, à cause des antécédents relativement favorables du prévenu, à cinq mois.

On comprend quel coup porte le déshonneur imprévu dans la maison où les deux femmes vivaient étroitement liées par leurs affections et par un sens droit du devoir. Que faire ? A quoi se résoudre ? Faut-il pardonner ? Faut-il au contraire tenir rigueur et témoigner ainsi la répulsion profonde que la faute inspire. Les délibérations se succèdent et se multiplient, sans qu'aucun incident apporte des éléments nouveaux de décision.

Un événement terrible n'excède pas habituellement les forces des intelligences même débiles. Il en est autrement de la perplexité qui use peu à peu les meilleurs courages et creuse comme la goutte d'eau proverbiale. Peut-être ne trouverait-on pas une condition plus désavantageuse à l'intégrité de l'intelligence.

Joséphine est la plus intéressée dans la résolution ; elle hésite des mois et finit par se résoudre à quitter son logis, pour une autre installation. C'est dans le nouveau domicile que renter le mari, après l'expiration de sa peine gracieusement abrégée. Les difficultés de toutes sortes recommencent. Il est alternativement accepté et repoussé, jusqu'au jour où fatigué de cette lutte avec deux femmes, dont l'une est déjà maladive, il annonce qu'il va vivre dans un hôtel garni, mais qu'il maintient son droit à l'habitation conjugale et qu'il saura bien forcer la main à sa femme récalcitrante, en lui faisant un procès qu'elle est sûre de perdre.

La menace ne reçoit pas de commencement d'exécution ; cependant l'inquiétude augmente. Les gens du peuple n'ont qu'une idée assez confuse de la justice, de son autorité, qui garde un côté mystérieux, et de ses droits.

Joséphine entre alors dans le délire vrai dont les prodromes se sont si longuement préparés. Elle refuse le travail et comme elle était de beaucoup la plus active et la plus habile, la gêne commence. Les nuits sont insomnes ; elle se lève terrifiée, allume les bougies sur une table qu'elle a d'abord couverte d'une nappe, déclarant que le prêtre va venir les administrer parce que la mort est proche. Lucile suit de loin, d'abord résistante, puis indécise, et ce n'est qu'au bout de deux mois qu'elle prend une part active à la folie.

Ainsi associées, les deux femmes ne se bornent plus à une appréhension expectante. Elles se résolvent à quitter Paris pour fuir à l'étranger ; elles font et défont leurs malles, et leurs journées se passent en préparatifs qui n'aboutissent pas. La nourriture est insuffisante ; ni l'une ni l'autre n'ose sortir en quête de provisions ; le peu d'économies amassées finit par s'épuiser. Ce ne sont plus de vagues prévisions, mais on entend des bruits étranges dans la rue ; la police informée veut leur infliger la peine d'un déshonneur dont elles sont solidaires.

Un jour, c'était en novembre 1875, Joséphine annonce l'arrivée des gendarmes ; devant ces extrémités, il ne reste qu'une ressource : la mort. On éteint les lumières et toutes deux se

glissent sous leurs matelas, avec une inexpérience enfantine du suicide, pour s'asphyxier; la première sensation de suffocation est si pénible qu'elles ne se sentent pas le courage de persévérer. On voit par quelle progression la tristesse a monté aux degrés extrêmes de la mélancolie anxieuse. L'excitation n'a plus de trêve; les voisins se plaignent et une parente informée se décide à enlever les deux malades, l'une dans une maison de santé, l'autre dans un asile d'aliénées. Par une regrettable condescendance, les deux sœurs sont, après deux mois de séparation, réunies dans le même asile.

Joséphine, celle dont on pourrait dire qu'elle a mené l'affaire, est prise d'une agitation maniaque, croissante et communicative. Les scènes d'excitation se multiplient et malgré la violence incohérente du délire, le lien qui unissait les deux femmes ne se brise pas. Chacune semble donner son mot dans la réplique, et quand l'une s'apaise, l'autre redouble. On se décide alors à les isoler ; mais la séparation est plus apparente qu'effective ; les deux malades se voient par les fenêtres, par les grilles du préau. La plus raisonnable, la seule en réalité qui raisonne, met son intelligence au service d'une sœur en plein accès de manie. Si la malade est ainsi excitée, dit-elle, c'est qu'on la torture ; elle est dans un cas de légitime défense et a droit d'être secourue. Elle intervient alors, à la manière des enfants dans les querelles de ménage, dépassant par son agitation calculée, la violence toute pathologique de sa sœur.

La parente, qui avait fait les frais de cette surveillance imparfaitement organisée, demande le placement des deux malades à bout de ressources dans un asile départemental.

Joséphine, qui continue à subir un accès de manie à rémission, est en effet séquestrée; Lucile, après quelques jours, est rentrée en possession d'elle-même, et sa belle-sœur consent à la recevoir avec sa fille qui, malgré l'influence redoutable d'un tel milieu, n'a pas faibli.

Il est curieux de constater la rapidité avec laquelle les impressions délirantes s'effacent chez Lucile, tandis qu'elles ne se modifient pas chez sa sœur.

Le premier jour de la séparation, elle affirme timidement et raconte les péripéties qui ont précédé l'explosion délirante, non sans quelques réticences et quelques excuses: la peur de la prison, notre âge critique nous a hallucinées; nous étions toutes deux ainsi tourmentées, peut-être moi plus qu'elle.

Le lendemain, elle détourne l'entretien de ces débuts et ne

cont ent à s'expliquer que sur les faits relatifs à l'internement dans l'asile. Là, en effet, les énonciations ont plus de vraisemblance. Ce sont des récriminations encore violentes, mais qui ne touchent déjà plus que par quelques points à l'aliénation : « ma fille me dit: ma tante est folle ; je lui réponds, c'est impossible ; elle a des idées noires, mais ce n'est pas de la folie. J'exige qu'on me mène à l'asile. J'y vais, malgré une assez vive résistance. J'entends crier ma sœur attachée dans une chambre avec la camisole de force, et je m'écrie : dans quel état es-tu là et je me précipite sur elle pour la délivrer. On m'enferme moi-même. Les pensionnaires, les infirmières, les médecins disaient, les uns : ne criez pas ; les autres : criez pour qu'on sache que vous êtes ici. On nous aurait toujours gardées pour profiter de l'argent que nous payions et que nous ne dépensions pas.

» Le quatrième jour, elle est fatiguée, parle lentement, s'exprime en bons termes sur toutes choses et dit : c'est ma sœur qui a eu peur ; je l'ai crue et j'ai eu tort ; si j'avais été moins faible, je l'aurais peut-être détournée et elle n'en serait pas où elle en est. »

Cette longue observation appelle peu de commentaires. On y suit l'évolution des idées sur laquelle nous avons déjà insisté, moins les lueurs d'espérance. Dans le premier cas, les femmes étaient excitées par l'appât d'un héritage qui devait les sauver ; ici, la frayeur domine, et le délire prend une acuité incompatible avec les rêves consolants qui le modifient.

Dans l'observation qu'on va lire, c'est, au contraire, l'aspiration vers une fortune imaginaire qui domine, tandis que la persécution passe au second plan. Chacun de ces faits éclaire les diverses faces de *la Folie à deux*, et, plus le récit est détaillé, moins les corollaires ont besoin de développements. C'est, nous ne dirons pas l'excuse, mais la raison de l'étendue que nous avons cru devoir donner à nos observations.

Observation VI. — La nommée L....., veuve S....., âgée de 46 ans, sans profession ; la nommée M..., 49 ans, journalière,

demeurant toutes deux au même domicile, sont arrêtées, à une heure du matin, dans la salle d'attente du chemin de fer d'Orléans (côté de l'arrivée), où elles étaient couchées et endormies sur un banc.

De leur aveu, voilà la quatrième nuit qu'elles passent ainsi, obligées de se cacher pour soustraire à la rapacité d'une police occulte des papiers de grande valeur qu'elles ont en leur possession.

Elles sont arrivées ensemble du Midi à Paris, le 5 décembre 1872, et se sont rendues directement à Versailles demandant à voir le Président de la République et à obtenir justice des vols dont la femme M..., que nous appellerons Jeanne de son prénom, est victime.

La veuve Marie S... a fourni l'argent nécessaire au voyage et à leur modeste entretien à Paris, depuis six mois qu'elles y résident. Elle affirme que la police est incessamment à leurs trousses, et, bien que le découragement commence à la gagner, elle veut rentrer au moins dans ses déboursés. Sans être guidée par l'intérêt, elle est assurée que, quand la femme Jeanne M... sera devenue millionnaire, elles partageront.

Dès cette entame, il est facile de voir que la femme Marie S... n'est que le reflet des aspirations de sa compagne, et que, pour découvrir, ou la filouterie ou le delire, c'est à cette dernière qu'il faut s'adresser.

L'interrogatoire du commissaire de police, chargé de la première intruction, est déjà assez explicite pour que nous le reproduisions :

La femme M... dit avoir raconté l'affaire au curé de la paroisse qu'elle habitait en 1857, à l'époque de la mort de son grand-père. Celui-ci, avant de mourir, avait fait connaître l'existence d'un trésor dans une maison désignée par lui, mais sans indiquer la place. Le curé a découvert la cachette et volé le trésor, et ce n'est qu'en 1866 que le premier vol a eu lieu. Elle est venue à Paris réclamer la protection de M. Thiers. Elle déclare, en outre, avoir eu, en 1868, une maladie grave, provoquée par des outrages commis à l'aide d'une poudre qui a paralysé momentanément son fils et elle-même.

Le double élément de la persécution et de la réparation prochaine apparaissent ainsi d'emblée. Le clergé est partie prenante. Rien ne manque au délire modelé sur celui des femmes X. . Seulement, au lieu d'une succession à recueillir, c'est un trésor à ressaisir. L'histoire ainsi conçue rappelle, sous une

autre forme, les aventures romanesques où se complaisent les imaginations populaires.

Un examen médical attentif et prolongé permet de remonter jusqu'aux premières phases de la folie et d'en suivre le développement; mais un long exposé écrit et colporté par la femme Marie donne au mieux la physionomie de l'aliénation :

« Vol fait clandestinement avec effraction et escalade à mon préjudice, empoisonnement des animaux, outrages qui m'ont été faits et dont j'ai dû garder le lit plusieurs fois et plusieurs semaines depuis 1866 jusqu'en juin 1872. »

Nous nous garderons d'essayer l'analyse d'un pareil document, qui ne contient pas moins d'une vingtaine de pages et qui se compose d'une série de récits sans cohésion.

Il en résulte que la femme M... a été prévenue par une voisine de l'existence de la caisse mystérieuse, de la place où elle était déposée et de son contenu en pièces d'or.

Un nommé Victor, personnage qui remplit exactement le rôle dévolu à R... dans la première observation, est l'agent principal qui découvre le secret, s'entend avec le curé de la paroisse, intervient de sa personne, s'introduit, tantôt par des moyens habiles, tantôt avec effraction, dans la maison. La malade raconte des fragements de conversation échangés entre elle et Victor, qu'on retrouve comme les éléments essentiels de l'interprétation délirante dans les folies de cette espèce. Victor finit par organiser un complot; il n'est plus lui; il devient la société Victor, être abstrait, occulte, et qui se prête mieux qu'une personnalité même confuse à des conspirations impossibles.

La nuit, à de nombreuses reprises, des apparitions étranges ont eu lieu dans sa chambre; elles ne parlent pas, mais menacent du geste; des poignards brillent dans l'ombre; des sensations bizarres lui donnent à croire qu'elle a été l'objet de honteuses violences, et qu'avant d'abuser d'elle, on l'a endormie par des odeurs ou des breuvages. Pendant ce temps, on emporte des fardeaux de choses précieuses, et le lendemain, elle se réveille si souffrante qu'on croit devoir mander un prêtre. Les amis supposent charitablement que le diable est entré dans le domicile et qu'il conviendrait de l'exorciser.

Plus tard, les obsessions sont à la fois de nuit et de jour; les conspirateurs se déguisent, les uns en marchands, les autres en colporteurs ou en femmes de la campagne. Ils peuvent ainsi agir plus librement. Des voitures inconnues circulent

dans les rues ; des propos, dont la malade saisit le sens, sont échangés ; c'est un conflit de rencontres, de conversations énigmatiques, de démarches avortées pour arriver à la découverte de la vérité, de plaintes adressées aux autorités du pays, tantôt bien reçues, tantôt repoussées par calcul. Les noms propres se croisent, et il n'est pas une assertion qui ne s'appuie sur le témoignage d'un individu dénommé. On répète à voix haute tout se qui s'est passé dans les nuits d'anxiété. On lui donne, tantôt des conseils de prudence, tantôt des encouragements à agir. Une seule donnée reste immuable : le trésor est une fortune à ne pas y croire ; il faut le voir.

C'est après cette longue incubation que la femme M... entreprend ses voyages à la poursuite de son bien imaginaire, allant chercher un complément d'information et un surcroît de confiance par les villes voisines, et espérant ainsi échapper à ses persécuteurs. C'est en même temps qu'elle entame des relations de plus en plus intimes avec la veuve S...

Les réponses de la veuve S..., au cours de l'interrogatoire médical, sont à la fois assez explicites et assez naïves pour qu'il y ait profit à les reproduire :

« Je connais madame M... depuis avril ou mai 1872. Veuve d'un capitaine au long cours, je l'ai rencontrée chez un marin de nos amis ; j'ai pris de suite part à ses peines. Je ne suis pas bien au courant de ses malheurs et ne veux pas chercher à les approfondir.

» Je suis venue à Paris pour la soutenir ; sans moi, elle serait morte bien des fois. A Paris, je me suis adressée au ministère de la marine ; on m'a répondu qu'on ne pouvait pas s'en occuper.

» J'avais connaissance de ses affaires par elle et par les témoins, qui m'ont tout avoué. Madame C..., la femme d'un employé de chemin de fer, m'a dit que c'était exact, mais qu'elle ne déposerait qu'en justice, et nous ferons de même.

» On m'a montré les endroits, et je crois qu'elle a été volée. Quand madame C... m'a eu raconté la chose, comme me l'avait contée madame M..., j'ai été convaincue. La petite demoiselle C... m'a dit que madame L... avait fait aussi connaissance avec madame M..., mais qu'elle a déclaré ne pouvoir la servir, parce qu'elle était en rapports de parenté avec les voleurs. On a creusé et on a trouvé les débris du coffre à l'endroit où madame L... les avait cachés. Elles ont déclaré qu'elles en parle-

raient à la justice, quand on les interrogerait, mais qu'elles avaient peur de mécontenter les gens.

» Je crois que le curé du village a tout fait avec sa bande. Je ne ne sais pas ce qu'est Victor; je suppose que c'est un sorcier ; pourtant je ne crois pas aux sorciers. Pour pousser à bien cette affaire, il faudrait prendre le curé; la soutane a toujours raison. Si on ne réussit pas, c'est que le curé s'en mêle.

» Je suis étonnée que la justice ne donne pas suite à notre plainte.

» J'ai dépensé pour elle, et, si elle rentrait dans sa fortune, elle me rendrait mes déboursés. J'ai commencé et je ne reculerai pas, quoiqu'il m'en coûte d'avoir quitté mes enfants. Je n'espère pas qu'il me reviendra de l'argent ; elle m'a toujours dit qu'elle m'en donnera, mais je n'y compte pas, et, en tout cas, cela ne regarde personne. C'est d'un grand cœur que je suis partie, et je ne regrette rien, car j'aurai fait une belle œuvre ; je suis sûre qu'on l'a volée. Mon mari a sauvé une grande fortune comme cela : le bateau avait été incendié ; on a retrouvé l'or caché dans le désert. Je me suis dit : Je pourrai comme lui sauver une fortune. »

A la question ainsi posée : « Vous êtes-vous jamais demandé si la femme M... jouissait de sa raison ? » Elle répond : « Elle a bien sa tête ; je n'aurais pas suivi une folle ; d'ailleurs, on l'a fait visiter par des médecins. »

C'est la veuve S... qui paraît avoir, après bien des hésitations, décidé le voyage à Paris. Un personnge resté indéterminé, et qu'elles appellent le monsieur de Bordeaux, leur a conseillé de demander une audience au ministre. Elles se sont adressées au président du conseil d'État. Le monsieur de Bordeaux avait promis de revenir sans fixer un jour. Elles l'attendaient, et il leur avait paru qu'elles auraient plus de chance de le rencontrer au chemin de fer.

Le jugement de la femme M... sur sa compagne, la veuve S..., est confus ; mais, dans ses moments de lucidité, elle invoque son appui moral, déclarant qu'elle est au courant de tout, qu'elle a vu les témoins, et que la meilleure preuve de sa confiance, c'est qu'elle a tout quitté, famille, enfants, étant à l'abri du besoin, pour aider au succès de l'entreprise.

La veuve S..., après une courte séparation, a demandé à retourner près de ses enfants. Ceux-ci ont été mandés à Paris et l'ont reconduite. La femme Jeanne M.. a été placée dans une maison de santé.

L'observation suivante reproduit, sous une autre forme, un de ces drames intimes familiers aux médecins, inconnu aux romanciers, et qui donne une note à peine discordante dans le concert des misères humaines. Il s'agit encore de deux femmes, et cette fois de deux sœurs.

Observation VII. — L'une, D..., est veuve depuis l'âge de 20 ans et âgée aujourd'hui de 47 ans. L'autre, L..., séparée de son mari depuis une vingtaine d'années, a 51 ans. La première est petite, trapue, de bonne mine, causant volontiers et assez vive d'intelligence. La seconde est grasse, épaisse physiquement et intellectuellement ; elle répond avec peine aux questions et semble dominée par la crainte de se compromettre.

Elles sont venues à Paris il y a quelque trente ans avec leur père et leur mère établis en province, possesseurs d'un petit avoir laborieusement amassé et sollicités par l'espérance d'un gain plus élevé. Le père était tailleur, et la mère l'aidait dans son travail. Leurs affaires ont d'abord prospéré, puis des pertes d'argent sont survenues, et tous deux sont morts presque dans la misère.

D... épousa un ouvrier peintre, d'une bonne conduite et qui paraît avoir succombé à une phthisie aiguë. Une fois veuve, elle prit domicile chez sa sœur, mariée avec un ouvrier d'un caractère difficile, gagnant aisément sa vie comme peintre sur porcelaine, mais ayant des habitudes de brutalité et de dissipation.

Au bout de peu de temps, le ménage fut rompu. Le mari partit, sans que depuis on en ait eu de nouvelles, et les relations entre les deux sœurs devinrent de plus en plus étroites.

L'ouvrage ne manquait pas, et, pendant dix ans, cette union volontaire fut tout heureuse. D... était habile dans sa profession de culottière ; elle trouvait régulièrement du travail dans un grand magasin de confection pour hommes et menait une vie économe et exemplaire. Un jour, elle reçut quelques reproches pour un manque d'exactitude dans la livraison de son ouvrage. De dépit, elle refusa de retourner au magasin, et, comme elle était la seule pourvoyeuse, les deux sœurs, ne gagnant rien, épuisèrent lentement leurs ressources.

C'est alors que D... enleva, en compagnie de sa sœur, un paletot à l'étalage d'un tailleur, l'emporta ostensiblement, se fit arrêter, fut renvoyée de la plainte par ordonnance de non-

lieu et transférée à la Salpêtrière, où elle séjourna avec sa sœur de 1859 à 1864.

Vers la fin de 1864, nouvel accès. Délire de persécutions avec terreurs. Elle se croit poursuivie par des gens qui menacent de l'empoisonner. Son beau-frère lui avait dit : « Je connais des poisons que les médecins ne découvriront pas ; méfiez-vous. » Elle supposait et suppose encore que son mari est mort empoisonné.

Son second séjour à la Salpêtrière, où elle est seule enfermée, est de sept ans, et elle sort réputée guérie en 1872.

Au printemps de 1876, après quatre années de travail fructueux et non interrompu, l'ouvrage manque de nouveau, soit par le fait de la morte-saison, soit par suite d'un trouble indécis de l'intelligence. Les deux sœurs se décident sous la pression de D..., à provoquer une seconde arrestation pour échapper à la misère. C'est elles-mêmes qui vont se dénoncer au commissaire de police, s'accusant d'avoir volé deux chandeliers de cuivre appartenant à leur logeuse. On fait une perquisition sommaire, et, avant même qu'elle soit terminée, elles soulèvent leur matelas et montrent dans leur paillasse les chandeliers qu'elles prétendaient avoir vendus.

Placées administrativement comme aliénées le 25 mars 1876, elles quittent l'asile le 5 octobre de la même année.

Cette fois, la période laborieuse est plus courte. On leur refuse de l'ouvrage, parce qu'elles ne rapportent pas en temps utile celui qu'on leur a donné. La maîtresse du garni ne consent à continuer la location que si elles paient d'avance. L'épargne minime s'use vite, et, réduite aux derniers extrêmes, elles n'ont plus que six sous en leur possession. D... est reprise des impulsions qui l'ont déjà entraînée et qui succèdent toujours à un malaise mental incompatible avec un travail assidu. Elle emmène sa sœur, et, après d'assez longues hésitations, non pas sur la conduite qu'elles vont tenir, mais sur le procédé dont elles feront choix, elles dérobent chacune une paire de mitaines sans valeur chez un marchand de nouveautés. On les arrête, et elles sont écrouées à Saint-Lazare sous prévention de vol.

Après deux mois, elles sont remises en liberté, assez calmes, rassurées par le pécule qu'elles ont amassé en prison et qui monte à une trentaine de francs, mais encore sous le coup d'une notable confusion d'esprit.

Rien n'est plus facile, en interrogeant séparément les deux malades, que de discerner celle qui a été active de celle qui

s'est bornée à un rôle passif. L'aînée, L..., n'a qu'un souvenir confus du passé ; elle avoue avoir été placée à la Salpêtrière, mais elle ne sait ni quand, ni pendant quelle période de temps. Sa réponse monotone à toutes les demandes est : « Il faudrait donc se laisser mourir de faim ? »

A la prison de Saint-Lazare, on la mande trois fois chez le juge d'instruction. Ces déplacements répétés lui semblent extraordinaires, et elle en conclut qu'on allait lui couper la tête. Si on objecte qu'on ne condamne pas les gens à mort pour un tel délit, elle ajoute : « Que voulez-vous que je vous dise, on le disait là-bas ; moi je ne dis rien. »

La veuve D..., la plus jeune, a une tout autre activité intellectuelle. Elle est la seule des deux qui sache lire et écrire, la seule qui se chargeât de procurer de l'ouvrage. Elle se souvient qu'on s'est amusé d'elles à Saint-Lazare ; les détenues contaient à sa sœur qu'on lui couperait la tête ; elle savait bien qu'il n'en était rien et n'est pas niaise à ce point, mais il lui tardait d'être jugée.

« En somme, dit-elle avec une certaine animation, je connais mon métier ; pourquoi me refuse-t-on du travail ? pourquoi me coupe-t-on l'herbe sous le pied ? pourquoi ? qui ? Je n'en sais rien, je ne parle à personne, je ne connais personne. On veut donc que je me tue ou que je meure de faim ? Il y a là quelque chose que je ne puis dire. Peut-être que j'ai été folle. Admettez que je l'aie été ; à présent vous voyez bien que je suis guérie. Je pensais... Non, je ne me le rappelle plus... Si, je pensais qu'on voulait m'empoisonner dans ma nourriture... Est-ce que je ne mange pas de tout à présent ? Je ne répondrai plus, parce que tout ce que je dirais serait folie. Si j'ai volé, ce n'était pas pour m'enrichir ; tout cela n'est pas de la folie, c'est du malheur. »

Les deux mois de détention préventive, l'assurance de vivre au moins quelque temps sur son pécule, ont amoindri, sinon fait cesser la crise, et les deux sœurs sont rendues jusqu'à nouvel incident à la liberté.

Aux observations que nous venons de rapporter, nous pourrions encore en ajouter une autre déjà publiée dans les *Archives cliniques*, par le Dr Dagron (1).

(1) *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, 1862, Dr Dagron.

Cette observation très-intéressante, également relative à deux sœurs atteintes du même délire, prouve que les faits dont nous avons donné l'analyse plutôt que le récit complet ne sont pas de rares exceptions.

Mais nous devons nous borner ici à y renvoyer le lecteur.

## § III.

3° Dans des conditions assez différentes et peut-être plus communes qu'on ne le croirait, c'est un vieillard qui imprime la direction au délire qu'un adulte, relativement jeune et faible d'intelligence, finit par adopter.

Les délires séniles, quand ils n'arrivent pas à la démence absolue, gardent un aspect raisonnable, ou commandent, par l'âge du délirant, une sorte de respect. Intermittents avec des intervalles de lucidité, excusés par des lacunes de mémoire, ils imposent tout au moins l'indulgence.

Nous ne suivrons pas la folie communiquée sur ce terrain, où les problèmes que soulève la sénilité multiplient les difficultés de la recherche. Aux deux âges extrêmes de la vie, chez l'enfant et chez le vieillard, les troubles de l'intelligence empruntent une partie de leurs caractères à l'évolution ou à l'involution, et ne se dégagent pas, stables, immobilisés, tout prêts pour l'étude, comme chez l'adulte.

## § IV. — Conclusion.

Pour résumer ce travail sur la *Folie à deux*, nous le terminerons par les conclusions suivantes :

1° Dans les conditions ordinaires, la contagion de la folie n'a pas lieu d'un aliéné à un individu sain d'esprit, de même que la contagion des idées délirantes est très-rare d'un aliéné à un autre aliéné.

2° La contagion de la folie n'est possible que dans des conditions exceptionnelles que nous venons d'étudier sous le nom de *folie à deux*.

3° Ces conditions spéciales peuvent être résumées ainsi :

*a*. Dans la folie à deux, l'un des deux individus est l'élément actif ; plus intelligent que l'autre, il crée le délire et l'impose progressivement au second, qui constitue l'élément passif. Celui-ci résiste d'abord, puis subit peu à peu la pression de son congénère, tout en réagissant à son tour sur lui, dans une certaine mesure, pour rectifier, amender et coordonner le délire, qui leur devient alors commun et qu'ils répètent à tout venant, dans les mêmes termes et d'une façon presque identique.

*b*. Pour que ce travail intellectuel puisse s'accomplir parallèlement dans deux esprits différents, il faut que ces deux individus vivent, pendant longtemps, absolument d'une vie commune, dans le même milieu, partageant le même mode d'existence, les mêmes sentiments, les mêmes intérêts, les mêmes craintes et les mêmes espérances, et en dehors de toute autre influence extérieure.

*c*. La troisième condition, pour que la contagion du délire soit possible, c'est que ce délire ait un caractère de vraisemblance ; qu'il se maintienne dans les limites du possible ; qu'il repose sur des faits survenus dans le passé, ou sur des craintes et des espérances conçues pour l'avenir. Cette condition de vraisemblance seule le rend communicable d'un individu à un autre et permet à la conviction de l'un de s'implanter dans l'esprit de l'autre.

4° *La folie à deux* se produit toujours dans les conditions ci-dessus indiquées. Toutes les observations présentent des caractères très-analogues, sinon presque identiques, chez l'homme et chez la femme, comme chez l'enfant, l'adulte et le vieillard.

5° Cette variété de la folie est plus fréquente chez la femme, mais on l'observe aussi chez l'homme.

6° On pourrait faire intervenir dans sa production l'hérédité, comme cause prédisposante, lorsqu'il s'agit de deux personnes appartenant à la même famille, comme la mère

et la fille, les deux sœurs, le frère et la sœur, la tante et la nièce, etc. Mais cette cause ne peut plus être invoquée dans les cas où il n'existe entre les deux malades aucun lien de parenté, par exemple lorsque la maladie se produit entre le mari et la femme.

7° L'indication thérapeutique principale consiste à séparer l'un de l'autre les deux malades. Il arrive alors que l'un des deux peut guérir, surtout le second, quand il est privé du point d'appui de celui qui lui a communiqué le délire.

8° Dans la plupart des cas, le second malade est moins fortement atteint que le premier. Il peut même quelquefois être considéré comme ayant subi une simple pression morale passagère, et comme n'étant pas aliéné, dans le sens social et légal du mot. Il n'a pas alors besoin d'être séquestré, tandis que l'on fait enfermer son congénère.

9° Dans quelques cas rares, la pression morale exercée par un aliéné sur un autre individu plus faible que lui, peut s'étendre à une troisième personne, ou même, dans une mesure plus faible, à quelques personnes de l'entourage. Mais il suffit alors presque toujours de soustraire l'aliéné actif à ce milieu qu'il a influencé à divers degrés, pour que l'entourage abandonne peu à peu les idées fausses qui lui avaient été communiquées.

# DE L'ÉTAT

ET DU

# DÉLIRE MALICIEUX

Par M. le Dr DALLY

Le groupe confus des affections si improprement appelées *hystériques* devrait être depuis longtemps fragmenté, et c'est peut-être faute de qualificatifs précis que les praticiens ont conservé l'habitude d'un nom par trop inexact et en tous cas par trop vague pour désigner une foule d'états névropatiques qui n'ont entre eux rien de commun.

Sans aller jusqu'à prétendre que l'utérus, l'ovaire et les fonctions qui s'y rattachent ou peuvent s'y rattacher n'ont aucune participation aux troubles si variés du système nerveux, on peut dire qu'en tous cas cette participation n'est pas dominante et que l'état du sang, de l'estomac, du cerveau, de l'intestin, de la moelle et des nerfs exerce une non moindre influence sur les manifestations pathologiques dites hystériques.

Il est néanmoins certain qu'il existe un plus grand nombre de femmes que d'hommes atteints d'affections de cet ordre. Mais ce fait peut être expliqué par bien des motifs d'une importance prépondérante tirés du genre d'éducation et de vie si profondément distinct dans les deux sexes. Les déformations du rachis et celles des hanches sont aussi beaucoup plus fréquentes chez les femmes sans que l'on ait ici à invoquer une action sexuelle directe. Il

suffit d'ailleurs que la plupart des types d'affections hystériques aient été observés chez l'homme pour qu'il soit un jour nécessaire de faire disparaître de la nomenclature médicale une expression qui devient absurde.

Bien plus, si notre éducation médicale ne nous avait accoutumé à ranger dans la même catégorie, sous la même dénomination, des phénomènes morbides qui n'ont entre eux aucun lien nécessaire et qui se présentent le plus souvent sans ensemble et sans succession déterminée, l'observation pure et simple ne nous eût point conduits à les confondre. Ainsi, l'œsophagisme, le météorisme, les anesthésies, les contractures, les paralysies, les convulsions, le coma, les chorées, la constipation, les chloro-anémies, les sanglots et les larmes, les tristesses et les joies, les délires variés, les névralgies fictives ou réelles et, en un mot, cette extrême variété de symptômes que nous groupons sous le nom d'hystérie ne relèvent certes pas d'une lésion uniforme de plusieurs organes non plus que des lésions variées d'un même organe. On ne saurait logiquement comprendre pourquoi on applique la même dénomination à une maladie qui se caractérise par de l'anesthésie cutanée, partielle, sans plus; à une autre maladie qui, sans anesthésie, offre des phénomènes paralytiques; à une autre qui, sans anesthésie ni paralysie, se traduit par des attaques convulsives; à une quatrième enfin, — et j'en pourrais multiplier le nombre — qui consiste en troubles des sensations, des idées et des perceptions sans aucun des symptômes précédents. Il faut une foi robuste, une habitude invétérée d'éducation ou une double vue mystique pour voir au fond de tout cela une même et insaisissable cause, l'*hystérie*. Tout cela est par trop vague.

Je n'ai certes pas la prétention en cette courte notice de tracer des voies dans ce labyrinthe, qu'il me soit permis, cependant, de réclamer contre l'application toujours fâcheuse, dans la pratique, de cette expression certains états

d'esprit, à certains troubles psychiques que je crois devoir désigner sous le nom d'*état et de délire malicieux*.

Je crois devoir écarter immédiatement de cette catégorie les excitations génésiques, les extases, les accès de somnambulisme, la mélancolie et d'autres troubles d'esprit, ou du moins j'entends ne les rattacher à l'état malicieux qu'en tant qu'ils sont simulés, et ils le sont très-souvent.

L'état malicieux, qui prend parfois les proportions d'un véritable délire avec conscience, est une disposition mentale en vertu de laquelle on accomplit certains actes, on simule certaines affections, on adopte certaines pratiques soit en vue de produire sur les observateurs une impression extraordinaire, soit pour se fortifier dans la conviction où l'on se trouve que l'on est soi-même un être extraordinaire ou exceptionnel. Il nous a paru que l'expression de malice appliquée à cet état souvent grave rendait bien la nature de cette perversion mentale que l'on rattache uniquement et sans raison à l'hystérie.

On rencontre souvent dans la pratique médicale des individus, de tout âge et de tout sexe, qui frappent l'observateur par la singularité de leurs idées, de leur caractère et souvent de leurs actes : sans raison apparente, des enfants ne veulent plus manger ou refusent obstinément certains mets ; ils simulent des maladies qu'ils n'ont pas ou se plaignent de souffrances imaginaires; ils recherchent et affectionnent des qualités, des défauts, des vertus ou des vices qui leur sont exclusivement propres ; l'extraordinaire les séduit ; ils se déclarent étrangement affectés de certaines couleurs, de certains sons, de certaines odeurs; ils prétendent avoir des pressentiments, des visions, et racontent des hallucinations tout à fait fictives ; ils recherchent évidemment tout ce qui peut attirer l'attention sur eux-mêmes ou paraissent la fuir. A cette préoccupation ils sacrifient tout ; insensiblement la recherche de l'exception

les conduit souvent à des actes coupables ; mais dans la grande majorité des cas le malicieux ne pousse jamais les choses à l'extrême. Idées bizarres, maladies simulées, tristesse sombre ou joie délirante, ils sont heureux lorsque les préoccupations que font naître leur état plongent leur famille dans l'inquiétude ou dans le chagrin. Le plus souvent les malicieux ont la conscience parfaitement nette de leurs actes ; ils savent que ce qu'ils font ou ce qu'ils disent n'est point dans la vérité, mais ils ne peuvent résister à leur entraînement. Une jeune fille annonce qu'elle va mourir tel jour, à telle heure ; elle s'étonne qu'on ne prépare rien pour ses obsèques et s'irrite violemment de ce qu'elle dit être de l'indifférence ; au jour annoncé, elle fait la morte, résistant avec une étonnante force de volonté à toutes les excitations employées pour la sortir d'un état en apparence cataleptique ou comateux. Puis après trois jours de cette comédie, elle se lève, s'habille prétend sortir d'un rêve et jouit de la stupéfaction de sa famille et des assistants. Pressée de questions par le médecin qui avait vu trop de contradictions physiologiques dans son prétendu coma pour y croire un instant, elle avoue qu'elle a joué la comédie et qu'elle n'a jamais été aussi heureuse que pendant qu'elle assistait aux efforts, aux menaces, aux prières des assistants. Dix autres scènes plus ou moins variées, plus ou moins intenses se sont produites depuis, et cependant cette jeune fille a tout ce qu'on appelle les qualités de l'esprit, du cœur. Rien dans sa conduite, dans sa conversation ne peut faire soupçonner cette malice qui depuis trois années ne s'est pas renouvelée.

— Un jeune homme ne veut pas manger de viande ; pendant plusieurs mois toutes les instances, toutes les médications sont vainement employées ; — or on apprend qu'il employait des ruses inouïes pour s'en procurer quand il était hors de vue.

— Un homme de loi, très-raisonnable, au courant de

la littérature, raconte qu'il n'a pas dormi depuis plusieurs années et consulte à grands frais des médecins. Son valet de chambre, interrogé, affirme que M. X... dort habituellement très-bien. M. X..., apprenant cette *dénonciation*, renvoie violemment son ancien serviteur et ne souffre plus personne auprès de lui. La prétention de vivre sans dormir, d'étonner l'univers par cette singularité et de jouer de beaux tours aux médecins, constitue une sorte d'espièglerie malicieuse qui persiste.

— Une jeune femme, fille d'un médecin distingué, très pieuse, fort instruite et très-versée dans la controverse religieuse la plus orthodoxe, cesse de pratiquer la communion tout en fréquentant assidûment le confessionnal. Interrogée, elle soutient que la communion et la confession sont identiques, et qu'il n'est pas nécessaire de communier, du moment qu'on a reçu l'absolution. De là, d'interminables discussions. Le clergé et même un évêque interviennent ; mais la jeune femme se fortifie d'autant plus que sa conviction, qui sent quelque peu le fagot, que quelque bruit se fait autour de ce cas extraordinaire, qui plonge une famille très-attachée à l'Église, dans la consternation. A bout de polémique, on consulte des médecins spécialistes, qui la déclarent hystérique et conseillent l'hydrothérapie. Or, cette jeune femme n'offre aucun des symptômes que l'on rattache à cette entité fictive. Sur ma demande, on cesse absolument de parler théologie, on ne prête plus aucune attention à ses opinions ni à ses actes, tout en lui laissant le libre aller du confessionnal. Après six semaines de traitement hydrothérapique, associé au traitement moral de l'indifférence, on a lieu de penser que la jeune femme, dont la force, l'appétit et la digestion se sont manifestement améliorés, est revenue de son hérésie.

— Une jeune femme est affectée d'hystérie convulsive, sur la réalité de laquelle j'ai eu plusieurs fois des doutes sérieux Elle se plaint un jour de ne pouvoir soulever la pau-

pière et associe à ce phénomène les sensations nouvelles les plus insolites. Peu à peu la paupière se resserre, et l'affection fut qualifiée, à la grande joie de la malade, de contraction de l'orbite de l'œil. On fit grand bruit autour de ce symptôme, d'autres très-variés qui faisaient l'objet des entretiens d'une nombreuse famille. Malgré l'extrême attention de la malade à contracturer son œil, j'eus fréquemment l'occasion de la surprendre l'œil très-naturellement ouvert. La malade, guérie depuis plusieurs années, et devenue une femme remarquablement intelligente, excellente mère, a à peu près avoué à son médecin sa simulation, d'après elle irrésistible. L'expression hystérie, appliquée à ce trouble nerveux, avait mis, dans cette famille, tout le monde en tel émoi, qu'on appliquait au médecin qui l'avait employée les plus outrageantes qualifications.

Le chapitre des simulations malicieuses est, d'ailleurs, inépuisable. On se rappelle la jeune fille qui, pendant des mois entiers, avait défié toute surveillance en se colorant les paupières, et réussissait à faire croire qu'elle était affectée de chromidose; les simulations de tics nerveux, de spasmes, de claudication, de déformation du rachis, sont poussées très-loin ; parfois la simulation n'est qu'une suite de l'imitation, mais ces deux espèces de vésanies ont souvent la même origine malicieuse. Cependant l'imitation est parfois indépendante de toute envie de provoquer l'attention, mais c'est là un fait exceptionnel. Le plus ordinairement, l'imitation maladive prend sa source dans le désir de produire chez autrui des impressions d'étonnement, de chagrin, de pitié, et même d'horreur. On a vu souvent de jeunes sujets voués du jour au lendemain, et sans en avoir le goût, à la pratique des vices les plus détestables, pour avoir assisté à quelque scène orgiaque, ou avoir lu quelque roman pernicieux. Des crimes ont été commis sous la seule impulsion du désir d'être le héros ou l'héroïne de quelque sombre drame dont les journaux raconteront avec

complaisance toutes les péripéties. Mais à ce point l'analyse psychologique devient très-difficile.

Dans de moindres proportions, l'état malicieux conduit aussi à organiser une série d'intrigues, à la suite desquelles éclatent des brouilles, des querelles, des haines ; on écrit des lettres anonymes ; on rapporte des propos qui n'ont jamais été tenus ou que l'on envenime ; on jouit de la colère et de la confusion des uns et des autres (*folie lucide* de Trélat) ; on a pleine conscience de la gravité des actes que l'on commet, et pendant plusieurs années, peut-être, on ne se sent pas la force de s'arrêter sur cette pente du délire. A l'ordinaire, la guérison survient soit à la suite d'un traitement, soit spontanément par voie d'évolution intellectuelle et morale.

Cet état malicieux que j'ai tenté d'esquisser dans ses traits généraux, est d'ordinaire, quand il est reconnu, qualifié d'hystérie, sans qu'aucun lien nécessaire l'unisse soit à l'hystérie convulsive, soit à la folie hystérique, affection elle-même très-mal dénommée ; je le considère comme étant d'origine cérébrale sans chercher à lui assigner un siége, une région, une symptomatologie plus précise. Il paraît atteindre plus fréquemment les individus à intelligence précoce, les anémiques, le sexe féminin, les jeunes sujets ; chez ceux-ci il guérit presque toujours. Il est essentiellement héréditaire en ce sens que l'on trouve toujours dans l'ascendance quelques types analogues.

Le traitement est avant tout, un bon traitement moral. On sait que quand les enfants tombent sans s'être fait aucun mal, ils se mettant à pleurer dès qu'on les relève et qu'on les plaint. Pour peu qu'on les abandonne sans même les aider à se relever, ils ne se plaignent pas et on leur évite des pleurs inutiles. Ainsi des bizarreries malicieuses. Elles se développent, se renforcent et prennent une extension qui fait le désespoir des familles si l'on y prend garde. Peu à peu les enfants se font des appréhensions et du chagrin de

leurs parents une véritable jouissance. D'un autre côté les réprimandes, les menaces, les châtiments mêmes ne font que les exaspérer. Le raisonnement à lui seul ne réussit pas souvent, mais il doit toujours être employé. Montrer aux jeunes malades que l'on n'est point leur dupe et rester indifférent à leurs simulations et à leurs manies, telle doit être la règle du traitement moral.

A d'autres égards, le déplacement, le repos intellectuel, la gymnastique et surtout l'hydrothérapie médicale, non cette barbare pratique de la douche, de menace ou de châtiment, mais l'emploi judicieux de l'eau froide avec les plus grands ménagements, et en assurant les réactions périphériques, rendent les plus grands services.

---

A la suite de cette communication faite à la session du Havre devant la section de médecine de l'*Association française pour l'avancement des sciences* (séance du 25 août), MM. Lecadre, Brierre et Fieuzal ont cité plusieurs faits de simulation qui ont paru rentrer exactement dans le cadre qui a été tracé. De plus, M. le docteur Edouard Seguin, délégué de l'*American medical Association*, adoptant les vues exprimées dans ce travail, nous a cité le cas fort intéressant d'un jeune garçon de 12 ans qui, à plusieurs reprises, et simplement pour attirer l'attention sur lui, avait accumulé des matériaux combustibles et y mettait le feu. Ni les menaces ni même l'intervention sollicitée de la police n'avaient réussi à guérir cette simulation de monomanie. Un changement complet de milieu produisit la guérison complète et durable de cet état malicieux, et l'enfant a avoué à M. Seguin qu'il n'avait jamais eu d'autre but que de provoquer l'attention sur un cas extraordinaire.

---

UN

# CAS D'APHASIE

AVEC AUTOPSIE

## CHEZ UN MÉGALOMANE

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL
Médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Toulouse.

L'aphasie est certainement une des maladies qui ont le plus éveillé la curiosité des médecins dans ces derniers temps, et sur lesquelles ils ont le plus écrit. Pourtant la lumière est loin d'être faite et la discussion qui vient de se dérouler à la Société *médico-psychologique* a montré de nouveau que l'accord n'existe pas entre les pathologistes. Notre intention n'est pas de prendre part à ce grand débat. Nous avouons en toute sincérité, que nous ne sommes pas encore convaincu et que nous serions fort embarrassé de choisir entre les diverses théories et les diverses classifications qui ont été formulées relativement à ce singulier état. Le travail que nous publions aujourd'hui est plus modeste : c'est une œuvre d'observation et non de synthèse, c'est un simple cas d'aphasie avec autopsie chez un mégalomane. Nous nous bornons à apporter une pierre à une œuvre dont l'édification est réservée à des mains plus expérimentées que les nôtres. Cette étude a pourtant une valeur, celle d'un fait, et, aujourd'hui, les faits doivent servir de base à toute

science vraiment digne de ce nom. Les théories passent, les interprétations se succèdent et se remplacent, mais les faits restent. On ne saurait donc trop, à mon avis, multiplier les observations, qu'elles soient originales ou qu'elles viennent à l'appui ou à l'encontre d'autres antérieurement publiées.

Ces considérations nous semblent justifier suffisamment ce petit travail; il en est pourtant d'un autre ordre que nous tenons à faire ressortir. Si le mutisme volontaire est fréquent chez les aliénés, si on rencontre journellement chez eux le silence par suite d'obtusion ou d'anéantissement intellectuel, l'aphasie proprement dite ne rentre point dans le cadre symptomatologique de la folie. Elle n'est jamais qu'une complication, mais une complication des plus intéressantes, car elle peut masquer la vésanie concomitante, et dans tous les cas rendre difficile, sinon impossible, le diagnostic. On se heurte parfois à des obstacles insurmontables quand on veut chercher quel est l'état mental d'un aphasique, sain d'esprit avant de perdre le langage articulé. Combien plus grands ne sont pas ces obstacles quand l'aphasique est un aliéné et qu'il faut faire la part de l'une et de l'autre affection ? N'est-on pas exposé à attribuer à celle-ci ce qui est sous la dépendance de celle-là, et, cette analyse comparative des deux états, n'est-elle pas pleine d'intérêt tout autant que de difficultés ?

## I.

Le 7 mai 1870, le nommé Théophile B.... né à Paris le 4 mai 1829, célibataire, professeur de dessin et de français, était transféré de l'asile de Ville-Evrard à l'asile d'Evreux. Les lettres qui suivent nous initieront à l'état mental de ce malade beaucoup mieux que nous ne saurions le faire par une description.

Evreux, le 15 mai 1870,

« *A Monsieur Piétri, Préfet de Police.*

» Monsieur le Préfet,

» Sans vous, Monsieur le Préfet, j'eusse été assassiné à » Ville-Evrard, car si vous n'eussiez pas fait défendre à M. » Dagron par M. l'Inspecteur Général de multiplier si hor- » riblement ses bains de 27 heures en 3 jours, j'eusse été » perdu !

» Je suis un homme d'ordre et l'ennemi des calamités et » des guerres civiles et, je dois le dire franchement, ce mi- » sérable homme de Ville-Evrard, natif du Mans, âgé d'en- » viron 48 à 50 ans, veuf, taille et grosseur, je ne dis pas » des officiers mais des cuirassiers, se figure par le fana- » tisme dû à l'état sédentaire où il se trouve plongé, qu'il » est le gouvernement. C'est un grand malheur de voir un » pareil halluciné, un pareil fou à la tête d'un établissement » aussi important que Ville-Evrard. Non seulement il in- » sulte grossièrement, mais il assassine une adjudication au » commencement de sa gestion sous forme de rapport à » Mr le Préfet de la Seine, par lequel il dénature, d'une » manière scandaleuse, l'état existant des vivres.

» A lire ce rapport tout est première qualité, en citant » les aliments et l'année où ils sont recueillis. Cela est trop » fort, cela est !

» On n'a fait que se plaindre au commencement, quan- » tité, nature ou qualité : haricots rouges, sauce épaisse à » la couleur brique; il est vrai qu'il y entre un peu plus » d'albumine (aliment plus nutritif) que dans les haricots » blancs.

» Fromage de Gruyère, imitation, espèce de parchemin. » Le raisin à moitié gâté. Sardines 3e et je dirai même 4e » qualité.

» Le 3e quartier, quartier agité, où il m'avait mis, était » dans un état fort triste : ces pauvres malheureux avaient

» tous les rebuts des autres quartiers et en très-petite » quantité : foie, peau, gras, os. J'y suis resté assez de » temps pour faire améliorer le triste état des choses.

» Pas de salubrité. Enfin, je m'en suis plaint si forte- » ment que ce vilain homme est monté lui-même dans les » dortoirs et il a avoué que : «ça sentait très-mauvais. » A » force de paroles et d'observations je faisais ouvrir les » fenêtres. Bains de 8 heures, 10 heures, multipliés à » des 38, 40 et 45 degrés mettaient les hommes dans une » espèce de paralysie nerveuse qui durait des 48 et 50 » heures. — Le sang n'agissait plus et les veines dispa- » raissaient comme par les fortes gelées. — Ces bains » étaient si forts et si terribles que la malheureuse victime, » qui se sent généralement bon appétit, n'a qu'à satisfaire » sa passion, elle est dans le cas d'étouffer, car les voies » digestives se trouvent paralysées.

» Me trouvant victime de ce misérable que je qualifie » ici « de l'homme au Merlin » car à St-Anne comme à » Ville-Evrard, comme à Evreux, je ne dis jamais rien, je » marche toujours seul !

» Je répondis à un des internes qui me voyait étendu » sur le lit : « La soif me dévore, veuillez me faire don- » ner à boire, » car je sentais trop bien les terribles » effets des symptômes qui sont occasionnés par ces ter- » ribles bains.

» Dans cet hôpital on ne donnait jamais à boire et ce » n'est qu'après cet accident et mes plaintes que l'on est » arrivé à mettre des brocs sur les tables de ces pauvres » malheureux du 3e quartier. On a mis également des » cylindres à coco dans tous les quartiers. Quant au 3e » quartier on a fait retirer le cylindre dernièrement.

» Par vous, M. le Préfet, et les fortes observations de M. Gi- » rard de Cailleux, il y a aujourd'hui à Ville-Evrard les deux » tiers d'amélioration, seulement ce vilain homme s'est » encore réservé, pour des cas isolés, ces terribles bains de 8

» heures à 10 heures et les douches en s'arrogeant le droit » d'empêcher de faire parvenir les lettres auprès de votre » haut Ministère.

» Il y a environ trois semaines, il s'est mêlé de salubrité » assez singulièrement en faisant river une chaîne à l'ouver- » ture des fenêtres de droite de tout l'établissement; l'ouver- » ture est si étroite que le poing ne peut y passer. Les surveil- » lants, gens sans éducation, sans instruction, préfèrent » ouvrir les fenêtres ainsi condamnées et ce sont toujours les » pauvres malades qui sont les victimes.

» De la manière dont les hopitaux sont etablis, le bien » être des malades se trouve sous la surveillance du maître » de l'établissement et sous la haute surveillance des Inspec- » teurs Généraux et de vous, M. Piétri, et du Préfet de la » Seine ; et je dois le dire, ces gens honorables, Messieurs » Magnan, Dagonet, de St-Anne, aiment à reconnaître ce » droit, et leur honorabilité est telle qu'ils ne se permet- » traient jamais d'insulter, jamais au grand jamais! en vous » mettant sous la protection de l'Inspecteur Général ou du » Préfet. »

Evreux, le 22 mai 1870.

« Monsieur le Préfet de Police,

» J'ai l'honneur de vous confirmer ma lettre du 15 cou- » rant. En quelques lignes je vais vous exposer, M. le » Préfet, ma triste position à Evreux.

» A mon arrivée j'ai été privé de tabac et ce n'est qu'en » insistant et en faisant valoir que le tabac qui m'était » donné à Ville-Evrard était un tabac, non pas du Gouver- » nement, mais délivré par l'argent qui m'est envoyé, que » l'on est arrivé à me donner après huit jours, le quart de » de ma tabatière. Cependant j'ai un dépôt de 17 francs et » certes j'ai le droit d'acheter mon tabac et de faire emplir » ma tabatière et d'acheter du tabac à fumer. Au reçu de

» l'argent à St-Anne, on vous le remet et vous achetez la » quantité que vous désirez.

» A St-Anne et à Ville-Evrard on ne m'a jamais empêché » de boire la boisson rafraîchissante « le coco ». Il y a » non-seulement le coco, mais une fontaine à la disposi- » tion des malades et des carafes sur les tables.

» A Evreux il n'y a ni fontaine, ni boisson rafraîchissante, » ni carafes sur les tables. Par la grande chaleur, c'est hor- » rible pour les hommes qui sont habitués à boire. A Paris » le monde est habitué à boire et c'est une calamité de se » trouver à Evreux où on vous refuse même le verre d'eau.

» Depuis huit jours je souffre et je souffre beaucoup de la » soif. J'ai été même jusqu'à me priver de manger à ma » faim. Hier samedi, ce n'est qu'après une discussion que ce » Monsieur le Directeur m'a accordé un petit pot de bois- » son rafraîchissante.

» Les surveillants d'Evreux font des objections pour tout, » même pour une allumette et à la façon campagnarde ils » vous tutoient. Un de ces individus ne voulant même pas » se déranger m'appelle très-impérativement deux fois par » mon nom ! Je me rends encore à l'impertinente invita- » tion : « Il faut que je vous fouille. »

» Je me suis plaint à M. le Directeur du manque de po- » litesse et de courtoisie, mais il m'a répondu qu'il ne me » connaissait pas comme professeur et ex-professeur de » l'Honorable Vaisseau, *La Britania*, le vaisseau royal. » Ce Monsieur le Directeur me fait l'effet d'un homme fort » peu poli et ne me reconnaissant pas comme professeur, » je ne le reconnais nullement comme médecin.

» Vraiment, M. le Préfet, je suis assez l'horrible victime, » par tous ces grands malheurs qui me sont arrivés depuis » près de trois ans, pour obtenir de vous, M. le Préfet, un » mandat de protection.

» Je suis homme de société ! et je me demande ma triste » position (entre 4 murs) si le noble établissement d'Evreux,

» qui semble vouloir lever le merlin, fraternisera avec l'as-
» sassin de Ville-Evrard ?...

» Veuillez, M. le Préfet, prendre en considération ces
» deux méditations : l'*Immortelle* et *la Nuit*. Et faisant
» appel, de toute la force de mes poumons, à votre haut
» caractère de Préfet, je vous demande ma sortie.

» J'ai l'honneur d'être, M. le Préfet, votre t.humble et
» t.respectueux serviteur — Théophile B... Le Professeur
» en vogue en Angleterre et Ex-Professeur à bord l'honora-
» ble vaisseau « La Britania », le vaisseau royal. »

L'IMMORTELLE.

C'est l'adieu d'un ami, c'est une larme qu'il envoie
Reposer sur ton corps, en te disant : c'est toi !
Qui frappé par le vent, frappé par la tempête,
Semblable a ce vaisseau que la fureur arrête,
Qui brisé par le choc, renversé par la lutte
Voit ses lambeaux épars que la mer lui dispute
. . . . . .
Ce n'est qu'à pareille heure que tout est effacé,
Que le Mausolée s'élève à ton corps frappé!!!

LA NUIT.

Le jour à la nature donne la vraie beauté
Comme le lapidaire au diamant la pureté,
L'heure est sonnée,
Et la carrière du grand astre est terminée.
Qu'est devenue la clarté et ses couleurs variées
Dont l'éclat donne au cœur ces milliers de pensées!
Qu'est devenue la prairie, le bois et le vallon?
Ah! le jour en cessant a oté le blason.
Tout dort, tout repose,
Et c'est à cette heure que le soleil en impose !
Là-bas une lumière éveille l'idée du foyer;
Est-ce la pauvre chaumière où le toit du fermier?
Semblable à ce falot que l'on voit en pleine mer,
La vue est frappée, la pensée est l'éclair!
Le feu a paru! c'est le signal!!! c'est le feu!!!
. . . . . .

Ainsi, dans le calme du crépuscule du soir,
La pensée cherche en vain et reste sans espoir.
La nuit, rien que la nuit au jour jette le linceul,
Et, sans le grand lustre, la nature est en deuil,
Le bois intimide, la forêt épouvante.
C'est ainsi que le foyer, agréable tente,
En chassant le malheur, en chassant le danger,
Donne la sécurité à l'heureux berger.

Evreux, le 26 mars 1872.

« Aujourd'hui en vous faisant ma nouvelle réclame, je » dois vous dire, Monsieur le Directeur, que le surveillant » L... m'a signifié très-insolemment : « que je n'aie plus à » lui demander du pain et qu'il n'en donnerait qu'aux » travailleurs. » Il prend comme argument un ordre du » major.

» Hier pour le repas de 5 h, il y avait très-peu de » haricots et j'ai été un des plus mal servis ; j'ai cru cepen- » dant devoir ne pas faire d'observation. Peu après, j'ai été » étonné de voir le plus jeune surveillant servir une deu- » xième fois des haricots à quatre ou cinq malades. Comme » il passait devant moi sans m'en donner, j'ai réclamé, mais » on m'a refusé très-insolemment en me disant qu'on n'en » donnait qu'aux travailleurs et la voix du surveillant L... » se faisait fortement entendre... Non ! non ! n'en donnez » pas! Ainsi que je vous l'ai dit, Monsieur, depuis la dernière » corvée qu'on a imposé à ce surveillant d'enlever le soir » tous les effets des malades, il est comme un furieux et sa » colère est des plus dangereuses et à éviter. Quant à sa » récente victime le nommé B..., pauvre enfant ! il lui a » jeté une chaise à la figure et il se trouve dans un triste » état : œil, nez, etc. etc. fort endommagés.

» Ainsi que je vous l'ai écrit dans ma dernière lettre, je » me propose de faire part à ces Messieurs les Préfets d'une » grande nouvelle... d'une très-grande nouvelle !!! « Le » succès du fameux talent-éclair » et à cet effet j'ai grande-

» ment besoin de ne pas être assailli pareillement par le » surveillant L..., car je déploie en ce moment toute ma » force d'expérience de vingt ans de professorat. Théo- » phile B... Le talent-éclair, professeur-artiste, homme » scientifique, etc. »

Evreux, le 1er octobre 1872.

« Monsieur le Préfet de la Seine,

» Je vous envoie du fond de cet horrible quartier-cellules » une note littéraire relative à l'*Immortelle*, note qui vous » donnera mon genre d'enseignement :

» L'homme ne doit pas se laisser impressionner par l'as- » cendant du public, mais céder au naturel et à l'élan de » son sujet. Le récit est triste, navrant, enfin c'est l'adieu » d'un ami à un corps froid, glacé, corps qui a perdu » toutes ses émotions de société, corps dont il faut se sé- » parer et le livrer au tombeau de l'Eternité !!! Mot pénible » à prononcer et qui fait couler tant de larmes !!!

» Cette immortelle se présente et vient lui donner cet » adieu qui fait courber la tête, comme un gage dû à la » mortalité...

» ... L'impression est triste, navrante, enfin c'est l'adieu » d'un ami !!!

» Si l'art oratoire ou la déclamation se laisse intimider, » se laisse impressionner par le public, il arrive un acci- » dent qui est une véritable calamité : que l'assemblée ou » les personnes qui vous entourent, prennent la place de » l'immortelle et du moribond, et, en véritable société de » civilisation, c'est un bonjour que l'on souhaite aux talents » timides.

» Ce n'est pas à vingt-cinq ans que l'on arrive Professeur » à bord de l'honorable vaisseau : « La *Britania* »; il faut une grande expérience et une grande honorabilité et » je dois dire, tout en gardant ma qualité de Français, que

» ce Professorat est un titre marqué du sceau de la couronne,
» comme l'ordre de la Jarretière, titre élevé, qui est con-
» féré, non-seulement aux Anglais, mais aux étrangers.

» Vraiment! vraiment! on prend des droits en France
» qui équivalent à la nuit profonde, nuit qui fait sensation
» en France : « De Pralin assassinant rue St-Honoré. »

» Mon talent est un talent de grande réalité; comme tal-
» lent, comme promptitude, ce talent fera époque... c'est
» un talent-éclair !!!

» Or donc, M. le Préfet, j'ai l'honneur de vous prier de
» m'accorder ma sortie ou de m'accorder mon transport à
» Vaucluse, en m'autorisant de mettre à exécution mes
» grandes expériences.

» Dans ma note scientifique, il y a environ quatre ans,
» en faisant valoir mes grandes études, études spéciales, je
» me suis écrié sous Napoléon III : oui, l'aliénation est un
» de ces mots empruntés à la faculté de médecine et cette
» même faculté verserait des larmes en voyant la force et
» la puissance se débattre au milieu des quatre murs de
» Saint-Anne et je demandais alors mon tranfert à Ville-
» Evrard. Qu'a été la réponse de M. Girard de Cailleux...
» Vous demandez votre transfert, votre transfert vous est
» accordé. »

» A ce moment-là, Ville-Evrard venait d'être installé et
» qu'ai-je trouvé à la tête de cet établissement : un scélérat
» du Mans, agissant sous l'influence d'un affreux fanatisme,
» en un mot, un bandit agissant le merlin à la main.....

» ... J'ai été horriblement assassiné !!!

» *P.-S.* — Ci-inclus une lettre, polie, distinguée, datée du
» 12 juin 1872, adressée au gérant. Que m'a-t-il répondu
» lors de l'horrible assassinat commis envers ma personne
» par ce scélérat d'interne ! « Il a eu raison. » Il faut dire,
» M. le Préfet, que depuis mon séjour à Evreux il n'a ja-
» mais employé l'inquisition de bains, de douches envers
» moi... il a eu raison ! très-raison ! car les Corneille, les

» Raphaël, les Ernest Picard, les Latour-Dumoulin, les » Horace Vernet ont leur genre de porter le chapeau; que » ce gérant n'essaye donc pas de le porter comme ces mes- » sieurs, car il s'exposerait à recevoir un mauvais coup de » pied. »

5 septembre 1873.

« Monsieur le Directeur,

» En réponse à votre demande : « Comment marche le » Talent-Éclair », je dois vous dire, Monsieur, en attendant » le papier que vous m'avez promis pour dimanche, je dois » vous faire part que la marche du Talent-éclair, dépend » de deux catégories de jeux : grands jeux et jeux moyens.

» Je ne me suis servi que des jeux moyens jusqu'à l'é- » poque récente du départ de M. Védie; or donc je crois de- » voir vous dire que les progrès rapides que j'ai faits m'ont » donné des résultats extraordinaires et j'entends par ré- » sultats extraordinaires : « résultats réels, renversant l'E- » cole Italienne. » Ce que j'aime dans le Talent-Eclair, c'est » la rapidité, laissant en arrière ce fanatisme d'inspiration » qui ne peut faire qu'à certaines heures désignées ou cette » inspiration qui est donnée par l'effet musical, effet si bien » détaillé par quelques grands auteurs, relativement à cer- » tains grands maîtres de la vieille Ecole Italienne.

» Or donc je vous serais obligé de faire mettre à ma dis- » position le jeu de rondins... huit à dix à degrés de gros- » seurs différentes dont je me suis servi jusqu'au départ de » M. Védie.

» Agréez, Monsieur le directeur, mes civilités empres- » sées. Théophile B... petit-filleul de son Excellence l'Am- » bassadeur de Russie, etc., etc. »

3 novembre 1873.

« Monsieur le Docteur,

» Désirant remettre à Messieurs les Préfets les épreuves » artistiques par l'effet physique du Talent-Eclair, je vous

» serais obligé de me faire remettre quelques portraits de » photographie représentant hommes, femmes, enfants, » animaux divers ; plusieurs études représentant l'intérieur, » le chez-soi ; diverses études représentant édifices, maisons, » paysages.

» A cette série d'épreuves photographiques, veuillez avoir » la bonté, M. le Docteur, de joindre quelques gravures » sur acier, représentant portraits d'hommes, d'enfants de » divers paysages.

» En cas d'impossibilité de votre part de me faire remettre » ces photographies et gravures sur acier désignées ci-des- » sus, veuillez me le dire. »

## II

Essayons d'analyser d'après ces lettres quel était au mois de novembre 1873 l'état mental de Théophile B... Cette analyse a une haute importance, car, recherchant plus tard dans quelles conditions psychiques se trouvait le malade après son aphasie, nous devrons nous en servir comme terme de comparaison.

Nous dirons tout d'abord que les nombreuses lettres que nous avons rapportées prouvent à notre avis que Théophile B..... était dans un état stationnaire et qu'il ne nous semble pas possible, en rapprochant celles de 1870 de celles de 1873, de trouver les preuves d'une aggravation bien marquée de l'affection mentale. Tel était le malade lors de son admission à l'asile d'Évreux, tel il paraît être à l'époque où s'arrête sa correspondance. Ce fait n'a rien d'étonnant, car, si la démence marche à pas rapides dans la folie engendrée par l'hystérie ou l'épilepsie, il n'est pas rare de rencontrer dans les asiles un certain nombre de malades, atteints de folie simple, qui restent de longues années sur les confins de cette terminaison irrémédiable et qui, mal-

gré l'ancienneté de leur maladie, sont plus aliénés que déments. Théophile B.... se range dans cette catégorie.

Quel a donc été durant ces trois ans l'état mental de cet homme? Théophile B... a été, par excellence, un type de mégalomane. Professeur de dessin et de français, sous l'influence d'une perturbation maladive, il se crut doué d'aptitudes extraordinaires, appelé à réformer l'art oratoire et la peinture, à renverser la vieille École italienne. Son intelligence a tant de clarté et de vivacité qu'il est amené à la comparer à l'éclat et à la rapidité de la lumière et que, dans son délire, il désigne le talent dont il se croit doué par un mot imagé qui permet d'en saisir tout le brillant et d'en mesurer toute la promptitude : il l'appelle le Talent-Eclair. Et qu'on veuille bien le remarquer, toutes les fois qu'il emploie ces deux mots, c'est lui-même, ce sont ses propres facultés qu'il désigne ainsi.

Comme presque tous les mégalomanes il ne s'est pas arrêté là, il ne s'est pas limité à l'art oratoire et à la peinture, et à l'entendre, partout où il passe, il réforme les abus et se rend utile : c'est ainsi qu'il a fait voter un blâme sévère au directeur de Ville Évrard et qu'il a sensiblement amélioré les divers quartiers dans lesquels il a été séquestré.

La correspondance de Théophile B... ne révèle pas chez lui des idées lypémaniaques. Le délire des persécutions s'associe très-fréquemment avec la mégalomanie et ces deux variétés vésaniques peuvent s'engendrer l'une l'autre. En effet, il n'est pas très-rare de voir des délirants par persécution se persuader qu'ils sont des personnages de grande importance et expliquer par là l'attention qu'ils éveillent et les tourments dont on les abreuve. Beaucoup de mégalomanes au contraire, sont portés à expliquer par un complot ourdi contre eux les déceptions qu'ils éprouvent et l'accueil railleur qu'on fait à leurs dires. Il n'en était pas de même de notre malade. Sans doute, il se plaignait souvent

des surveillants et de la nourriture; il répétait sans cesse qu'on n'avait pour lui ni soins ni égards et qu'on lui donnait des aliments de qualité très-inférieure; mais ces plaintes avaient leur point de départ, non dans des conceptions délirantes de persécution, mais bien plutôt dans le trouble expansif de l'émotivité qui engendre certaines mégalomanies. Il était froissé qu'un homme de son importance n'eût pas des domestiques plus empressés et une table mieux servie.

Les lettres de Théophile B... indiquent aussi chez lui une perversion des sentiments qui le portait à accuser calomnieusement les personnes qui l'entouraient et qui lui donnaient des soins. C'est ainsi qu'il porte les accusations les plus graves et les plus fausses soit contre M. le Dr Dagron, alors directeur-médecin de Ville-Évrard, soit contre M. le Dr Broc, directeur-médecin de l'asile d'Évreux, soit contre les surveillants.

On nous excusera de nous arrêter ainsi à tous ces détails; on en comprendra mieux plus loin toute l'importance, quand, analysant l'état mental de Théophile B... aphasique, nous aurons à rechercher si l'état antérieur ne s'y réflète pas et dans quelles proportions. C'est pour nous faciliter cette étude comparative que nous avons fait ressortir toutes ces particularités et que nous appelons encore l'attention sur la tendance qu'avait cet aliéné à répéter plusieurs fois des mots pompeux et à multiplier les points d'exclamation, tendance commune d'ailleurs à tous les mégalomanes avec affaiblissement intellectuel.

Nous venons de parler d'affaiblissement intellectuel; y en avait-il chez notre malade? Certainement oui. Dans toutes ses lettres il y a de l'incohérence, et cette incohérence ne porte pas seulement sur l'enchaînement des idées, quelquefois elle atteint l'idée même. Sa correspondance fourmille de phrases ampoulées, bien construites grammaticalement, mais qui n'ont absolument aucun sens. Il est facile de

montrer, pièces en mains, que Théophile B..., bien que dans un état stationnaire depuis plusieurs années, présentait un commencement de démence. En effet, aucune des lettres que nous avons rapportées n'offre de suite, sauf la dernière, qui n'a que quelques lignes. Dans celle du 1er octobre 1876, par exemple, qu'il écrit au Préfet de la Seine pour lui donner une idée de son genre d'enseignement, il commence une dissertation incohérente sur l'art oratoire, puis immédiatement après, abandonnant sans transition aucune sa théorie de la déclamation, il vante son intelligence, demande sa sortie, fait une charge à fond contre la Faculté de médecine, un éloge de M. Girard de Cailleux, une critique acerbe de M. Dagron et termine en disant qu'il a été horriblement assassiné. Nous voilà bien loin du point de départ, sans compter un post-scriptum curieux où il est question d'inquisition, de bains et de douches et de certains grands hommes qui ont une manière à eux de porter le chapeau. Il en est à peu près de même de toutes les autres lettres.

En résumé, nous voyons donc qu'au mois de novembre 1873, Théophile B... était un mégalomane avec commencement de démence, perversion des sentiments, se plaignant continuellement de la nourriture, du manque d'égards des surveillants et écrivant sans cesse aux autorités des lettres ampoulées avec répétition exagérée de certains mots et abus de points d'exclamation.

Tel était le malade avant d'être aphasique.

## III

Théophile B... sous prétexte d'obtenir les épreuves artistiques du Talent-Eclair se couchait à plat ventre sur le sol et restait ainsi des heures entières à écrire des signes cabalistiques. Dans le courant de janvier 1874, comme il ne se levait pas pour se mettre à table, le surveillant s'approcha

de lui et s'aperçut qu'il avait perdu connaissance. Appelé aussitôt, l'interne de garde constata chez lui une attaque d'apoplexie : il était dans le coma et paralysé de tout le côté droit. Grâce à des soins éclairés, le malade ne succomba pas, mais il resta hémiplégique et aphasique. Ne pouvant se manifester par la parole ni écrire de la main droite, cet aliéné résolut de faire l'éducation de sa main gauche. Il parvint, en s'asseyant sur son lit et en utilisant sa jambe mobile comme pupitre, à écrire un aussi grand nombre de lettres que par le passé. En voici quelques-unes. Les mots soulignés sont effacés par des traits dans la correspondance du malade.

1° « Monsieur Procureur,

» *Le* Le Prévenu qui est le 6 ou 6,7, à niveau *quoi* ce *lui* » quoi charger une lettre, qui une docteur *Plus* avoir le met- » tre, le *tac* mettre poste-lettre.

» Docteur est 2 ans *il* mais *mais* l'heure *non* pas mais » qu'aura qu'il aura lui impasa.

» P. S. Aub. B. Honoré.

» Beauveau Place.

» Paris. France. »

« Monsieur Théopile B... de Paris, ancien professeur de » français et dessin-docteur.

» Leter professor Britaria.

» J'ai Failli P. B.

» J'avais dessin —

» Professeur pendant 60 ans à Ville-Evrard et Evreux.

» Viveau et suis arrivé à grande *us ressace* reussite. »

2° 1er juillet 1875.

« Mon cher bon Jules et chère bonne Louisa.

» *Parasa* Paralysie *déclairs déclaison* déclairé à la jambe » et à la droite et *tein* aujourd'hui n'est dangereux.

» Dernairent j'aime laison de mourir... déclaire la nuit » *plais* je mourir plus fois, c'est *p* manqué, j'ai 2 fois à » boire. »

» *J'ai* Père *quel* quelque de fois de filleul plus *amb* am- » basseur de Russie.

» Et son père et mère n'ont *m'*a dire *la* à leurs enfants. » — Ma tante *jam* je *vous va* faire voir quelque papiers, *quelq*

» Le filleul *Bass* le *Bass* Babasseur de Russie, le grand » père à Russie et les pères a.....

» *Quelques les* à 36 ans, Théophile B... »

» Envoie une 1|2 tateille de cahobelle. »

3° 22 février 1876.

« Monsieur Mac-Mahon,

» La jambe *est* et le coté droit *dont* j'étais si paralysé. » Maintenant la jambe et le côté droit presque guéri !

» Monsieur Théophile B... est dessin le plus extraordi- » naire qui est l'auteur.

» L'artillerie il *j* me faudra deux ans (le dessin est fini) » Messieurs les malades sont très-souffrants aux lits.

» Le médecin est plus sujet aux convulsions, il lui arrive » même de quitter la visite et dit aux interne : allez pour » moi.

» Le Préfet de Seine est venu à Evreux le envers 15 » février ; et Monsieur le Médecin le lendemain à la visite de » l'interne parcequ'il ne pouvait pas y aller, il *aur* était trop » souffrant.

» Les malades, moi, nous trouvons le pain, le cidre, la

» nourriture qui a horriblement mal — car le manger a sur » moi fait mal.

» M. Jules Fabvre, député...et une autre député celui-là.

» Votre très-humble, très-dévoué

» Théophile B...»

» Britania H. B.

» M. Théophile B... est dessin le plus extraordinaire qui » est l'auteur !!! »

4e Normande — Evreux 14 décembre 1876.

» Bureau d'alliéné.

» 2e lettres. Monsieur Broc, directeur.

» 3e lettres. Monsieur Jules B... Monsieur Directeur de la » santé.

» Pas réponse.

» Espagne.

» Madrid.

» M. Broc, directeur de l'administration des maisons » d'alliénés.

» M. Broc, Directeur.

» J'ai 8 huit ans, je me suis enfermé à St-Anne — à Ville- » Evrard — à Evreux — J'ai 3 ans en paralysie, et bras et » jambes droites, il très-seront guéris.

» Monsieur Broc, Directeur, j'attendais votre visite — 8 » jours s'étant coulés sans de visite — Le médecin par s'ar- » racha de mes pots de médecine; s'arracha de mes — pot » de tisane, s'arracha de mes — pot de tisane.

» Je suis sans pot de tisane. . . . . .

» Les hommes de police de s'obtenaient de nourriture est » très-mauvaise. Je suis enfermé d'un préau Nord, la nour- » riture est très-mauvaise, Monsieur Médecin 1er Monsieur » Médecin 2e, mais ils n'ont que la nourriture non !...non !... » non !!!. . . . . .

» Les hommes de police, ces ânes donnent les hom me
» des préaux jouissent du Midi une bonne nourriture.
» Six millions, M. Théophile B... Mesors 1er Corneil
» Racine.
» 1er Molière.
» 1er Voltière.

» Monsieur Directeur,
» votre tout dévoué
» Théophile B... Britania M. B.
» Inspecteur de général dessin. 6 millions. »

Ce malade succomba à une entérite chronique le 8 mars 77. Les dernières lettres étant du même genre que celles que nous venons de relater, nous avons jugé inutile de les rapporter toutes.

## IV

Une chose frappe dans la lettre de mars 1874 et dans celle du 1er juillet 1875, c'est que le malade n'arrive à écrire certains mots qu'à la suite de tâtonnements et encore n'arrive-t-il souvent qu'à demi. Ainsi dans la première lettre il écrit *us, ressace, reussite*. Dans la seconde il veut mettre *paralysie déclarée à la jambe*, et il écrit: *Parasa paralysie déclairs déclaison déclairé à la jambe*, et il se contente du mot *déclairé* qui n'est pourtant pas français. De même pour : *filleul de l'ambassadeur de Russie*, il met : *Le filleul Bass, le Bass, Babasseur de Russie*.

Le 22 février 1876 il s'adresse au Maréchal de Mac-Mahon et nous constatons par cette troisième lettre que les hésitations ont à peu près disparu. Dans la missive du 14 décembre, elles font complétement défaut et n'ont plus reparu depuis.

Quelquefois aussi, peut-on remarquer dans la première

partie de la correspondance, le malade commence un mot qu'il n'achève pas, trace une lettre qui reste isolée ou écrit des phrases entières qu'il faut deviner tant l'orthographe est dénaturée, comme : *Envoir une 1/2 tateille de cahobelle*, ce qui veut très-certainement dire *envoyez une 1/2 tablette de chocolat.*

Quelle interprétation donner à ces constatations? Est-ce à une amnésie ou à un trouble agraphique qu'on doit les attribuer? Il n'y a pas de doute que ce soit à une agraphie que tenaient les hésitations du malade quand il s'y prenait à trois fois pour écrire *réussite* et qu'il arrivait au but, car l'orthographe du mot était évidemment connue. Ne peut-on pas, par induction, supposer qu'il en a été de même pour *ambassadeur* et *déclarée* et que c'est de guerre lasse qu'il a abandonné la partie. Nous croyons aussi que les mots : *envoyez, tablette* et *chocolat* étaient parfaitement sus du malade et cela, non-seulement parce que l'induction le permet encore, mais aussi parce que l'interne du service qui avait suivi attentivement Théophile B... durant toute sa maladie, nous a certifié que le jour où cet aliéné a demandé par signes du papier et un crayon, il comprenait tout ce qu'on lui disait et qu'il était facile de s'assurer de ce qu'il voulait en traduisant à haute voix le sens qu'on donnait à ses signes. Si ce n'était pas l'expression de son désir, il s'ingéniait à se faire comprendre et était tout joyeux quand par les paroles qu'il entendait il comprenait qu'on l'avait deviné. Nous croyons donc que Théophile B... n'était pas amnésique, mais que par suite d'un défaut ou d'un trouble de transmission il ne pouvait parler ni arriver à retracer exactement de la main gauche ce qu'il avait dans la pensée. Nous exposons plus loin ce que nous avons observé chez cet homme durant le mois que nous l'avons connu, et ce que nous rapportons vient corroborer cette interprétation. Cette agraphie incomplète ne tarda pas d'ailleurs à se dissiper entièrement, car, comme nous l'avons dit un peu plus

haut, à partir de décembre 1676, elle disparut pour ne plus se montrer.

Si nous interrogeons cette correspondance, non plus au point de vue de l'écriture, mais au point de vue des idées, nous ne tardons pas à remarquer que les deux premières lettres sont à peu près inintelligibles, que la troisième adressée au Maréchal se comprend assez et indique un progrès réel et que la quatrième par contre, incohérente et pleine de répétitions, est caractéristique d'une démence avancée. A considérer cette correspondance, il y aurait eu donc dans l'état mental de Théophile B..., après son apoplexie, une période d'augment, une période d'état ou d'apogée et une période de déclin. En a-t-il été réellement ainsi et l'état mental a-t-il passé par le cycle que nous venons de retracer ? Nous ne le pensons pas. En effet que l'on étudie les lettres, non pas alternativement au point de vue de l'écriture et des idées, mais simultanément à ce double point de vue, et, l'on verra que dans les trois premières lettres, l'incohérence est en raison directe des hésitations dans l'écriture des mots, tandis qu'au contraire, dans la quatrième, les mots sont écrits sans hésitation, sans reprises, alors que les idées sont incohérentes et les phrases inachevées. Si nous rapprochons de cette étude comparative les renseignements qui nous ont été fournis par l'interne du service, il ressort que le décousu des deux premières lettres relève de l'agraphie et que le décousu de la dernière relève de l'état mental. A notre avis, guéri de son attaque d'apoplexie, Théophile B... redevint ce qu'il était avant, un mégalomane avec perversion des sentiments, se plaignant continuellement de la nourriture, du manque d'égards des surveillants et écrivant sans cesse aux autorités des lettres ampoulées avec répétition exagérée de certains mots et abus de points d'exclamation, seulement la démence s'était accentuée et marcha alors d'un pas rapide, quand jadis elle était à peine déclarée et stationnaire ; seulement aussi le

malade par défaut ou trouble de la transmission nerveuse était devenu aphasique et agraphique et le jour où il fut complétement guéri de son agraphie, la démence avait à ce point progressé qu'il ne pouvait plus rien écrire de convenable.

Dans la lettre nº 3, en effet, rédigée le 22 février 1876 à une époque où l'affaiblissement intellectuel n'était pas extrême et où l'agraphie avait à peu près disparu, dans cette lettre nous retrouvons le Théophile B... des anciens jours, avec cette seule différence que nous l'avions laissé plus aliéné que dément et que nous le trouvons aussi dément qu'aliéné. Suivant sa vieille habitude, il écrit à une autorité, au Président de la République, et dans quel but lui écrit-il? Pour lui faire savoir qu'il est presque guéri de sa paralysie, qu'il est l'auteur du dessin le plus extraordinaire, que ses compagnons d'infortune souffrent beaucoup, que la nourriture est exécrable; pour accuser aussi le Directeur, dire qu'il est sujet aux convulsions, qu'il ne peut faire son service et se fait remplacer par son interne, et il a soin de signer Britania H. B. N'est-ce pas là le même aliéné que nous avions connu et chez lequel les facultés ont baissé par suite des progrès de la démence? A ce moment il était bien un mégalomane dément qu'une attaque d'apoplexie avait mis dans l'impossibilité de manifester ses idées incohérentes et confuses de grandeur et qui, aphasique et hémiplégique du côté droit, était parvenu à utiliser son membre gauche et à suppléer à la parole par l'écriture.

L'affaiblissement intellectuel fit des progrès de plus en plus rapides et la lettre du 14 décembre 1876 en fait preuve. Dans cette lettre, il parle encore de certains grands personnages, de 6 millions, il se plaint encore de la nourriture, des préaux et de ses pots de tisane, il accuse encore le Directeur de rester huit jours sans visiter ses malades ; mais il n'y a pas une phrase qui soit achevée et qui ait un sens complet, les mots sont répétés plusieurs fois sans signifi-

cation aucune et plus que jamais les points d'exclamation abondent. Théophile B... était devenu plus dément qu'aliéné.

A cette étude de la correspondance du malade, nous devons ajouter ce que nous avons été à même de constater durant le mois que nous l'avons suivi. Nous avons vu Théophile B.... pour la première fois le 1er février 1877, à notre arrivée à l'asile d'Évreux, et il succomba le 8 mars de la même année. Il nous remettait chaque jour des lettres adressées à toutes les autorités, aux plus hautes comme aux plus humbles, et une observation attentive nous convainquit qu'il n'était nullement amnésique. Son intelligence était très-affaiblie, sa mémoire n'était plus fidèle — non pas celle des mots mais celle des faits et des dates — mais il comprenait ce qu'on lui disait et était encore assez habile à traduire sa pensée par des signes. Il était tout joyeux quand on lui parlait du Talent-Eclair et se fâchait tout rouge quand on avait l'air d'en rire. Il ne se passait pas de visite qu'il ne se plaignît des gardiens et de la nourriture; il gardait sous son oreiller du pain, de la viande pour nous les montrer et nous en faire constater la qualité exécrable. Gâteux, il s'indignait à l'idée qu'on l'accusait d'être malpropre, et il certifiait avec énergie que c'étaient les autres malades qui la nuit venaient salir ses draps. Enfin, et c'est par là que nous voulons finir, quand Théophile B.... était très-surexcité, que la colère l'agitait, il retrouvait la parole, et il lui arrivait alors de débiter de longues phrases incohérentes avec une volubilité extrême. Deux fois nous avons été témoin de ce fait et M. le Dr Broc nous a rapporté que lors de l'inspection ce malade avait recouvré la parole pour demander sa sortie à M. l'Inspecteur général.

## V.

Voici maintenant les résultats de l'autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort :

Les vaisseaux de la dure-mère sont engorgés; à la partie

supérieure de la circonvolution pariétale postérieure. toutes les méninges sont adhérentes entre elles et à la couche corticale ; on ne peut les détacher sans entraîner une mince couche de substance cérébrale.

Bien que ce malade ait eu un délire des grandeurs bien accentué, nous ne trouvons pas chez lui les caractères anatomiques de la paralysie générale progressive. Les circonvolutions frontales et la circonvolution pariétale antérieure ne présentent aucune adhérence aux méninges. Les lésions qui paraissaient prédominer dans la couche corticale sont celles de la démence, c'est-à-dire l'atrophie avec dégénérescence graisseuse des cellules cérébrales et état athéromateux des petites artères. La partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche ne nous a semblé offrir rien de particulier.

L'insula du côté droit est intacte et bien marquée. L'insula du côté gauche est au contraire atrophiée ; des trois circonvolutions qui concourent à former la griffe, deux manquent ainsi qu'une partie des divisions terminales de la méningée moyenne. — La couche opto-striée droite est saine, mais le corps strié gauche présente dans tout le noyau extra-ventriculaire et dans la partie externe du noyau ventriculaire les traces d'une ancienne hémorrhagie ; nous y trouvons un gros caillot fibrineux.

Les organes thoraciques sont sains, sauf un peu d'engouement à la partie postérieure des deux poumons. — Dans l'intestin on constate les lésions anatomiques de l'entérite chronique sans ulcérations.

Comme nous l'avons dit au début de ce travail, nous désirons simplement relater un fait qu'il nous a été donné d'observer. Nous n'essayerons donc pas de rechercher les conséquences qui, au point de vue des théories de l'aphasie, peuvent découler de cette observation. Nous nous arrêterons ici, laissant à de plus expérimentés le soin de conclure.

# Médecine légale

## RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

# L'ETAT MENTAL

DE

## LE RAY (VICTOIRE)

INCULPÉE D'INCENDIE VOLONTAIRE

SEMI-IMBÉCILLITÉ, HYSTÉRO-MANIE

**Par M. le Dr Henri BONNET,**
Médecin-directeur de l'asile public d'aliénés
de la Roche Gandon.

Nous soussigné, docteur Henry Bonnet, médecin-directeur de l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon, commis par ordonnance, en date du 19 octobre 1875, de M. Duchemin, président du tribunal civil de Mayenne, faisant l'office de juge d'instruction, à cette fin d'examiner l'état mental de la nommée Le Ray (Victoire), inculpée d'incendie volontaire, avons pris connaissance du fait, des pièces de la procédure, des antécédents, procédé à un examen direct, et, après avoir cru en notre âme et conscience nous être fait une opinion que nous pouvions nettement formuler, avons rédigé le Rapport suivant.

*Fait.*

Le 14 septembre 1875, un gendarme à cheval de la brigade d'Ambrières étant en tournée, fut informé qu'un in-

cendie venait d'éclater dans la commune de St-Loup-du-Gast. A son arrivée, le feu était éteint et, après enquête, il constata la destruction de barges de paille, etc., dont la perte pouvait être évaluée à 260 francs. Il se rendit chez la fille Le Ray qu'on accusait du sinistre. Celle-ci fut impressionnée de la présence du gendarme; mais elle n'hésita pas à s'avouer coupable. Elle avait, dit-elle, mis le feu dès le point du jour avec un tison de son foyer. Elle ajouta que, s'il fallait payer les dégâts, elle le ferait, parce qu'elle avait de l'argent à la Caisse d'épargne. — La fille Le Ray, dit le rapport du gendarme, passe pour folle; mais, « à moins, » dit-il, qu'elle ne soit atteinte d'un genre de folie qu'il ne » peut apprécier, il ne peut la considérer ainsi.» Le maire ne croyant pas à la folie, la fille Le Ray fut arrêtée et conduite devant M. le procureur de la République, à Mayenne.

*Commémoratifs.*

L'interrogatoire de la fille Le Ray par M. le juge d'instruction, l'enquête testimoniale, les antécédents de l'inculpée nous fournissent des éléments précieux qui viennent corroborer notre observation directe personnelle et aideront à nos conclusions.

Tout d'abord je dois dire qu'au début de mon expertise je n'ai voulu prendre connaissance que du fait brut sans m'inquiéter des pièces de la procédure et des antécédents de l'inculpée. Ce n'est que beaucoup plus tard et au moment où mon opinion a été à peu près formée, que j'ai mis les renseignements à côté de mon observation propre. — En agissant ainsi, j'évite toute préconception vis-à-vis de moi-même et je me tiens dans la plus étroite ligne d'impartialité.

L'interrogatoire du 15 septembre devant M. le juge d'instruction a laissé ce magistrat fort perplexe. — La fille Le Ray se présente tout naturellement devant lui, et répond

précisément, sans aucune arrière-pensée, aux questions qu'on lui adresse. Elle est restée, dit-elle, dans sa maison, tout le temps qu'a duré l'incendie, car, *puisqu'elle l'avait allumé, elle ne pouvait pas l'éteindre.*

Sur la demande qui lui est faite des motifs qui l'ont poussée au crime, elle répond que le sieur Quellier répétait sans cesse qu'elle était sa femme, puis une malheureuse, et qu'elle irait aux galères. Depuis trois ans chacun la persécute. Elle a mis le feu pour en finir avec les injures *et tient à être ramassée pour en finir avec l'existence qui lui est faite.*

M. le juge d'instruction se trouve indécis en face des réponses de l'inculpée et prend les mesures nécessaires pour qu'une information ait lieu afin de rechercher si la fille Le Ray a été réellement persécutée, et jusqu'à quel point. Du rapport qui lui a été fourni par la brigade d'Ambrières ressortent de sérieux renseignements qui s'accorderont essentiellement avec certaines appréciations que nous fîmes au commencement de notre observation directe, avant que nous ayons encore pris connaissance d'une seule pièce de la procédure et que nous énoncerons bientôt.

Il est dit, dans le rapport, que la fille Le Ray poursuivait presque journellement de ses obsessions le nommé Quellier, qu'elle allait danser devant sa porte; elle cherchait sans cesse à lui persuader qu'il lui avait dit qu'il la considérait comme sa femme; elle disait qu'il allait coucher avec elle. La fille Le Ray aurait, de toute évidence, dû agir différemment et montrer de la reconnaissance de ce que la mère du jeune homme lui fournissait fréquemment des aliments.

Le rapport du brigadier d'Ambrières mentionne encore un fait très-important. La fille Le Ray poursuivait aussi de ses obsessions un sieur Betton et répandait encore le bruit que cet homme allait coucher avec elle. Un jour, elle se serait jetée sur lui en plein chemin; il la repoussa violemment sans lui faire de mal et en criant au viol.

A côté de ces actes, il en est rapporté d'autres qui montreraient une méchanceté inexplicable. Un jour elle poursuivait une petite fille de six ans prétendant que cette enfant l'avait injuriée en disant que c'était elle qui l'avait faite.— Une autre fois elle soufflette sans motif un petit enfant de sept ans. — Une autre fois, entrant chez un habitant du village, elle coupe sournoisement avec ses ongles l'oreille d'un petit garçon de trois ans ; la raison qu'elle donnait est que ce pauvre petit l'avait offensée en tenant un rameau de gui à la main.

L'information provenant des témoins appelés par M. le juge d'instruction corrobore complétement l'enquête du brigadier d'Ambrières.

Je relève encore dans la seconde déposition du sieur Quellier un point fort important pour ce qui me concerne. — L'incendie des barges de paille aurait eu lieu à quatre heures du matin et prit de très-grandes proportions. Chacun fait ce qu'il peut pour arrêter les progrès sans pouvoir réussir à rien. — A un certain moment survient la fille Le Ray qui se déclare l'auteur du crime et dit qu'elle recommencera ailleurs. Elle raconte elle-même comment elle s'y est prise pour mettre le feu; puis, elle dit aux gendarmes que le sieur Quellier lui reprochait d'être sa femme ; qu'au surplus, elle paiera.

Le jugement chez elle ne va pas loin. Perverse instinctive, il est simple pour elle de faire du mal et de payer sans qu'aucune autre suite protectrice des conditions sociales survienne.

De la déposition du sieur Betton il résulterait que la fille Le Ray, à certains moments donnés, est très-injurieuse et agitée sans motif. Elle attaque, tantôt sa femme, tantôt lui, puis reporte son animation sur le sieur Quellier. Le principe d'excitation serait toujours le même et reposerait sur l'impulsion génitale qui, par action réflexe,

agissant sur le cerveau, amènerait un déterminisme dangereux pour le milieu ambiant.

Les autres dépositions n'ont de signification importante que parce qu'elles sont entièrement confirmatives de l'enquête qu'a fait faire par la gendarmerie, M. le juge d'instruction. — Elles prouveraient de plus en plus la méchanceté de la fille Le Ray et ses mauvaises dispositions envers ceux qui se trouvent autour d'elle.

En face de tous ces renseignements qui lui arrivaient, de la conduite bizarre de la fille Le Ray, M. le juge d'instruction pensa que sa ligne de conduite était toute tracée et que la justice devait s'enquérir de l'intégrité d'esprit de l'inculpée. Il commit à cet effet M. le docteur Roullois qui procéda à l'expertise ; je donne ici l'ampliation de son rapport.

« Je soussigné, docteur en médecine, certifie que, conformément au réquisitoire de M. le juge d'instruction à Mayenne, en date du 18 septembre 1875, je me suis, ce même jour, transporté à la maison d'arrêt de la ville afin d'examiner une nommée Victoire Le Ray, âgée de 43 ans, tisseuse, domiciliée dans la commune de Saint-Loup-du-Gast, laquelle se trouve détenue pour incendie volontaire, et afin de rechercher dans quel état mental cette fille se trouve être aujourd'hui et jusqu'à quel point elle peut être responsable d'actes répréhensibles qu'elle peut avoir commis.

» De l'examen physique et moral que nous avons fait de la fille Le Ray, des renseigements que nous avons pu obtenir sur la façon dont elle se comporte avec ses compagnes de captivité, tout nous porte à croire que c'est un esprit faible avec fixité d'idées et fausseté dans la manière d'aprécier les choses. Ainsi, elle se croit déshonorée parce que le sieur Quellier lui a dit qu'elle était sa femme. — Elle est très-crédule et impressionnable comme les faibles d'intelligence. Elle a ajouté que Quellier lui

» avait dit qu'il la ferait mettre aux galères. Elle croit à » l'influence de cet homme; mais, comme elle a le senti- » ment de son innocence, elle nous a dit que, pour n'être » pas punie injustement, elle aurait incendié celui qui la » poursuivait afin d'être punie justement. »

» Cette fille raisonne tous les actes de sa vie habituelle. » — Elle serait inoffensive dans la vie privée. — Dans les » dispositions morales où elle se trouve, elle peut servir » d'instrument pour mal faire. — Elle a droit, selon nous, » à une indulgence pour le méfait qu'elle a commis. — » Pour compléter l'avis que nous émettons sur l'état men- » tal de la fille Le Ray, il serait opportun de prendre des » renseignements sur sa manière d'être habituelle, sur ses » antécédents près de ses voisins et des personnes qu'elle » fréquente habituellement. »

Un supplément de rapport fut demandé, et voici ce qu'ajoutait M. le docteur Roullois :

« Nous avons dit, dans notre précédent rapport, que, pour » fixer notre opinion d'une manière précise sur l'état men- » tal de la fille Le Ray, et nous assurer si les faits relatifs aux » divers délits qu'elle avait commis et aux diverses person- » nes qu'elle faisait intervenir étaient vrais ou s'ils étaient » le produit de son imagination malade (hallucinations), » nous avons pu interroger les témoins qui sont ses voi- » sins et qui ont assisté aux scènes qui ont eu lieu; nous » les avons confrontés avec elle et nous nous sommes as- » suré que des excitations et des agaceries avaient provo- » qué chez elle le désir de réagir et de se venger de leurs » attaques.

» Ainsi on l'accuse de faire la fraude en vendant du » cidre; elle répond que c'est faux puisqu'elle n'a que de » l'eau pour boisson. — On envoie porter chez elle une bran- » che de gui en signe d'enseigne de cabaret par un enfant » de trois ans; elle s'en offense, elle lui tire l'oreille. — » Le fait le plus grave est celui de l'incendie. Elle dit que,

» ne pouvant se venger autrement du sieur Quellier, elle l'a » fait pour répondre à ses injures. Son esprit n'a pas vu » de crime dans cet acte répréhensible. »

» Tous ces faits confirment l'opinion que nous avons » émise précédemment, relativement à la valeur mentale » de la fille Le Ray que nous regardons comme étant » faible d'esprit, facile à irriter, chez qui des agacements » produisent une surexcitation momentanée qui la por- » tent à réagir instantanément; qu'elle a conscience de ses » actes et qu'elle les raisonne; mais que contrariée et ir- » ritée, elle n'est plus maîtresse de sa volonté. »

Nous devons tout à l'heure répondre succinctement au rapport de notre honoré confrère, avec lequel nous ne pouvons faire différemment que d'être sur beaucoup de points en séparation d'idées.

En dehors des éléments qui nous ont été fournis, nous avons cru faire une enquête personnelle sur la vie antérieure de la fille Le Ray avant son arrivée au village de la Bonnevière, commune de Saint-Loup-du-Gast

Il ne semblerait pas y avoir d'hérédité dans la famille. — Une fois grande, elle a travaillé de son métier de tisseuse, ou du moins essayé de travailler, dans cinq ou six grandes fabriques de Mayenne. Sa conduite a paru bonne; mais son intelligence était très-défectueuse; elle n'a pu rester nulle part; dans la dernière maison, elle était trouvée bizarre par chacun et l'on disait qu'elle affolait. — Elle rentre avec son père, qui meurt bientôt. Elle reste seule et essaie de se subvenir; elle y parvient un peu, non pas grâce à son initiative et ses qualités intellectuelles d'assimilation de son état, mais grâce à quelques économies antérieures, à la charité de la commune et à la charité privée.

Tous ces commémoratifs ont un sérieux caractère. En se reliant avec notre observation directe nous pourrons en faire ressortir tout ce qui peut être utile à l'établissement de

notre diagnostic et arriver à des conclusions que nous croyons légitimes.

*Observation directe.*

La fille Le Ray nous est confiée en observation par la justice et entre à l'asile le 19 octobre 1875.

Les premières paroles prononcées par elle au moment de son admission indiquent de suite que la fille Le Ray doit offrir quelque chose d'insolite, mais cependant ne montrent pas encore la nature des perversions mentales et de délire, s'il y en a. — En effet, on demande à l'agent qui la conduit en quelle qualité elle entre à l'asile. D'elle-même alors elle dit « *qu'elle est observée dans tout ce qu'elle fait,* » *et ce n'est que pour faire porter des accusations vraies* » *qu'elle a mis le feu.* »

Le soir elle nous dit très-bien son nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile.

*D.* Pourquoi êtes-vous venue ici ?

*R.* C'est un gendarme qui m'a conduite.

*D.* Est-ce bien un gendarme ?

*R.* Le brigadier (l'agent de police avait un galon).

*D.* Ressemble-t-il à ceux d'Ambrières ?

*R.* Ils ne sont pas tous habillés la même chose.

La fille Le Ray est physiquement une dégénérée. Sa physionomie exprime un mélange de bêtise et d'astuce. Ce doit être une simple d'esprit. Déjà on voit par nos dernières questions qu'elle se rend un compte imparfait des choses élémentaires. — Elle répond avec une certaine précision à d'autres demandes fort ordinaires que nous lui posons; sur des sujets légèrement plus élevés qu'on entame, elle est arrêtée. — Un point nous frappe quand nous l'interrogeons, c'est qu'elle regarde avec une attention soutenue, qui nous montre très-tangiblement qu'elle cherche notre pensée. Dans d'autres instants elle baisse la tête et ne répond pas. — Evidemment l'observation devra demander un peu de

temps ; mais, dès aujourd'hui, tout en réservant la faiblesse d'esprit qui saute aux yeux, on doit envisager des corollaires qu'on ne peut toucher aujourd'hui, et peut-être des complications de délire. — En tout cas, il y a de toute certitude pour moi fausseté et dissimulation chez la personne, et je me tiens, *a priori*, en méfiance.

20 *octobre*. — La fille Le Ray entre dans tous les détails de son passé, énumère les différentes places qu'elle a occupées, soit comme tisseuse, soit comme domestique; parle de ses parents, de l'époque de leur mort. — Il ressort de là que ses parents exerçaient encore une certaine tenue sur elle et qu'à leur disparition il lui a fallu penser seule pour elle-même et se diriger seule. C'était le difficile. — De ce moment datent fort certainement les premiers principes d'impulsions mauvaises dont la cause prédisposante est originelle et se retrouve dans une arriération congéniale.

*D*. Quel âge avez-vous?

*R*. 43 ans.

*D*. En quelle année êtes-vous née?

*R*. Je ne sais pas.

Elle nous dit qu'elle a passé deux ans à l'école, qu'elle a appris à lire et qu'elle n'a jamais pu écrire.

La circonscription d'actes de la sphère des qualités intellectuelles est de plus en plus appréciable et, dans des questions fort simples pourtant et que je trouve superflu de rapporter je remarque des disparitions de pensée continuelles. L'inculpée ne s'élève pas à la connaissance de la médiocrité des devoirs généraux de la vie qui sont pour elle une lettre morte. Mais, on la fait causer et s'animer quand on lui parle de Quellier, de Betton et de choses amoureuses. La physionomie change; la rougeur de la face se développe et l'œil prend une expression inaccoutumée qui me frappe par un caractère *sui generis*. — J'appelle sur ce point l'attention de mon interne, et, sans vouloir rien préjuger encore, je lui dis que nous allons probablement

entrer dans la voie et que l'hystérie a dû se greffer sur des conditions diverses d'imbécillité. — Je lui recommande ainsi qu'aux sœurs d'observer la dissimulation, et de tenir un compte exact des sentiments qu'ils éprouveront.

Interrogée sur ses idées fixes sans que rien, dans nos paroles, lui fasse présumer nos réserves, la fille Le Ray s'agite, devient loquace, parle de ses ennemis, du fils Quellier, tout d'abord, chez qui elle a mis le feu pour se venger de lui. — Celui-ci, dit-elle, voulait la faire ramasser, et aurait trouvé des gens ayant leur conscience sous leurs pieds pour l'accuser. — On la poursuivait toute la journée, on l'abîmait d'injures et on lui crachait au visage. — Un jour qu'elle travaillait avec d'autres personnes on lui a attaché une épingle derrière sa robe.

Jusqu'ici, dans l'interrogation et dans les allures de toute la journée on ne constate pas d'hallucinations apparentes. On voit des perversions d'esprit, des illusions de différentes formes et des idées de persécution; je ne crois pas à ces dernières, tant à cause de la façon dont l'inculpée les énonce qu'à cause de toute son attitude, le jour et la nuit, et de son mode d'être qui n'existent point chez les lypémaniaques. — De plus en plus, il y a pour moi un côté occulte qu'on devra découvrir.

On la fait travailler à de grossière couture. Elle fait ce qu'elle peut et est docile vis-à-vis des sœurs. De temps en temps on aperçoit quelques petits gestes et sourires.

21 *octobre*. — Il est demandé, tout d'abord, à la fille Le Ray comment elle a passé la nuit. Elle répond qu'elle s'est réveillée plusieurs fois, qu'en somme elle a mal dormi, mais non par cause de préoccupations. Elle n'a pas, dit-elle, *recherché les motifs et ne les connaît pas*.

Nous avouons qu'il y a là un mode d'être si distinct de ce qui existe chez les lypémaniaques avec prédominance de convictions persécutives que notre méfiance redouble.

Elle tient, fait-elle observer, à ne pas quitter d'ici à

cause de Betton, Quellier, qui lui faisaient des menaces chez elle en lui montrant le poing (*Elle fait le geste à plusieurs reprises*). — Elle voudrait rester à l'asile.

Un instant, nous nous sommes demandé si, à l'instar de certains lypémaniaques se croyant persécutés, elle n'est pas dans le vrai et si elle désire l'asile pour être protégée contre ses ennemis. — La méfiance vient encore chez nous; nous pensâmes de suite, parce que la fille Le Ray se rend compte, malgré ses énormes imperfections d'esprit, de certaines choses, que la misère est un côté de ses préoccupations; bien habillée, bien nourrie, bien couchée à l'asile, elle voit, comme ses congénères d'imbécillité, la condition matérielle avant tout et, sans pouvoir se l'avouer à elle-même parce que c'est de toute impossibilité, elle a néanmoins la sensation instinctive de son infériorité et de son impuissance d'initiative pour chercher à gagner sa vie et se diriger seule. — Elle reviendra très-souvent sur ce point sans qu'on lui en fasse l'observation.

Elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant son travail. — La sœur avait constaté beaucoup d'animation, des rires auxquels succédaient une mauvaise figure et des soliloques.

Pour moi, elle se souvient, mais elle ne veut rien dire.

22 *octobre*. — Elle nous raconte une petite scène assez intéressante qui démontre bien la faiblesse d'esprit, le peu de perspicacité d'une personne qui se sent surveillée, le défaut de jugement et l'absence de pertinente compréhension d'une situation réelle.

Une malade qui prend son repos à côté d'elle a dérangé tout le dortoir pendant la dernière nuit. — C'est seulement ce qui l'a interrompue dans son sommeil. — Cette malade et la fille Le Ray causent ensemble. — La fille Le Ray lui demande si elle se rend compte pourquoi on l'a amenée; la malade dit que non.

*D.* Et vous, Le Ray ?

*R.* Des gendarmes m'ont conduite.

*D.* Qui entre ici?

*R.* Des malades.

*D.* L'êtes-vous?

*R.* Je ne sais pas.

*D.* Cependant vous êtes ici?

*R.* C'est pour m'observer.

*D.* Qu'entendez-vous par là?

*R.* C'est pour savoir si je suis folle.

*D.* Comment le savez-vous?

*R.* Je l'ai entendu dire.

*D.* Où?

*R.* Avant de venir ici.

Et, en effet, la fille Le Ray a dit à une de ses camarades qu'à la prison, ses compagnes l'avertissaient.

*D.* Me trouvez-vous aliénée?

*R.* Je ne sais pas.

Dans cette conversation existe de la puérilité et du besoin de causer. — Mais aussi qu'on considère ces deux personnes qui se donnent la réplique, l'une profondément aliénée et l'autre ayant une conscience des plus relatives ; très-certainement cette dernière, qui est très-dissimulée et fort rouée comme les imbéciles de son genre, aurait voulu savoir de sa compagne ce qu'on pouvait dire d'elle ; elle n'a rien obtenu.

D'un autre côté, nous l'interrogeons sur ce qui s'est passé la nuit, et c'est elle-même qui nous raconte.

Devant cette simplesse mentale et cette incohérence, il n'y a qu'à suivre l'observation et à attendre. On trouvera le résumé de tout sans se presser.

Les interrogations des jours suivants n'offrent rien de particulier. Les réponses sont identiques à celles précédemment faites. — Même physionomie, même attitude, mêmes allures.

La fille Le Ray n'est pas communicative avec les autres malades. Quand elle travaille, elle s'excite seule et part d'éclats de rire bizarres. — Quand le travail est fini, elle se tient assise et ne se mêle pas avec ses compagnes.

Le sommeil n'est pas toujours bon. — Les règles viennent assez régulièrement. Depuis leur établissement à l'âge de 14 ans elles n'ont pas été suspendues; du retard quelquefois, mais peu.

*Le 30 octobre.* — N'étant point arrêté dans mon opinion, ou plutôt voulant suivre plus longtemps l'inculpée par la conviction que j'ai que d'un moment à l'autre elle se dévoilera, je demande à la justice une prolongation d'examen.

A ce moment, le fille Le Ray est prise d'un embarras gastrique fébrile. J'en suis satisfait parce que je n'ignore pas que très-souvent, chez les aliénés, l'embarras gastrique est un symptôme précurseur d'excitations mentales et d'agitation maniaque.

L'embarras gastrique suit son cours sans particularité jusqu'au 4 novembre. — C'est alors que nous allons entrer dans une autre phase d'examen où les choses vont se dessiner conformément aux prévisions que j'avais au début de l'expertise.

5 *novembre.* — La sœur du quartier fait remarquer qu'elle ne trouve plus la même la fille Le Ray, qu'il y a chez elle quelque chose d'insolite et de l'incohérence dans les actes.

*D.* Comment vous trouvez-vous, ce matin?

*R.* Assez bien; suis-je guérie?

*D.* De quoi?

*R.* De ce que je viens d'avoir.

*D.* Avez-vous été inquiétée cette nuit?

*R.* Non.

*D.* Pensez-vous à ce que vous avez commis, à ce qui vous a fait arrêter?

*R.* Non; s'ils ont à me condamner, ils me condamneront; cela m'ennuyait trop.

*D.* Mais, pourquoi étiez-vous si amoureuse de Quellier. Pourquoi, ne pouvant décider Quellier à coucher avec vous, attaquiez-vous Betton?

*R.* (*Elle s'anime un peu, rougit, me regarde fixement avec un air de colère*). C'est des mensonges; c'était pour me faire arrêter qu'on dit cela; on m'en voulait.

*D.* Vous souvenez-vous d'avoir mordu un enfant?

*R.* (*Elle a l'air très-mécontent*). Non. Si on dit cela, c'est qu'on m'en veut.

Elle baisse la tête, se met à son ouvrage; sa figure prend une mauvaise expression; elle semble tout interloquée de ce qu'on commence à la deviner.

Rien de nouveau, les jours suivants, mais soliloques fréquents, rires bruyants, excitation, moins d'attention à ce que lui dit la Sœur. Elle commence à agacer et tourmenter ses camarades. — Suivant son même système, ce sont toujours ces dernières qui l'ennuient. — Elle va même jusqu'à danser dans la salle et en s'agitant davantage de sa propre agitation.

Je suis fixé maintenant sur l'état mental de la fille Le Ray; mais, comme je l'ai dit déjà, je tiens à ce qu'elle se dessine elle-même et qu'elle donne elle-même la clef que je tiens de ses perversions intellectuelles et morales.

10 *novembre*. — Je la fais venir à part à mon cabinet et je lui dis: « Je ne veux pas vous parler devant tout le » monde de tout ce qu'on vous a fait; mais vous avez dû » être bien malheureuse avec votre bon cœur et les qualités » chrétiennes que vous avez. — Cela devait bien vous » dégoûter que tous les mauvais gars de votre village vou- » lussent sans cesse coucher avec vous? »

*R.* Tous les jeunes hommes et les hommes mariés, ils ont tous voulu de moi. — Ils venaient frapper à ma porte la nuit; je n'ai jamais ouvert. Ils demandaient tous à cou-

cher avec moi. Ils faisaient courir toutes sortes de bruits sur moi pour se venger. — Les femmes me traitaient de fille publique, et elle cite à cette occasion l'histoire d'une couronne qu'elle ne méritait pas de porter.

(*J'avoue la déformation mentale qu'accusent ces dernières paroles; je n'en comprends pas le sens délirant; mais le côté de perversion morale se laisse saisir sans qu'on se donne la peine de l'expliquer*).

*D.* Puisque vous avez toujours manifesté le désir de rester avec nous, je vais vous garder parce que je vous porte intérêt. — Cela vous va-t-il?

*R.* Elle me regarde fixement; mais j'ai un air si paterne qu'elle est convaincue de ma franchise et qu'elle me répond que « oui » parce que, si on la mettait en liberté, elle ne rentrerait pas à son domicile.

Du reste, de son domicile et du peu qu'elle y aurait, de l'argent qu'elle a à la Caisse d'épargne, elle ne s'en inquiète guère. On voit chez la fille Le Ray une indifférence morale complète.

On fait toujours la remarque que nous avons émise plus haut, c'est que, dans son quartier, la fille Le Ray n'est plus ce qu'elle était avant. — Avant elle paraissait douce et on l'occupait; aujourd'hui, elle est aigre, excitée et provocante. — Dans la première période de l'examen elle était concentrée dans elle-même et se donnait une contenance. — Mais, chez les natures de son espèce, cela ne peut durer; il vient un moment où, malgré l'effort de volonté, la prédominance de l'état mental prend le dessus et se dévoile inconsciemment.

On dirait que la fille Le Ray, après la dernière conversation qu'elle a eue avec nous est maintenant *sûre d'elle même*.

Cela dénote bien la faiblesse d'esprit. — Aussi n'est-elle plus passive et souple comme elle l'était après son entrée. — Elle reprend sa nature et ses mauvais instincts.

La Sœur qui, dans les premiers temps, s'était laissé surprendre par des allures intéressantes qui n'étaient que de l'hypocrisie, nous dit que la fille Le Ray commence à tourmenter les autres malades, à vouloir être la maîtresse et que, lorsqu'elle n'y arrivait pas, c'est qu'elle ne pouvait pas. Sa manière de répondre est souvent aigre et très-insolente. — Aujourd'hui, les Sœurs se méfient très-fort d'elle et sont revenues sur leur premier intérêt.

Comme on voit, il y a dans ces faits de conduite une analogie frappante avec les faits de conduite du village de la Bonnevière.

L'interrogatoire du 20 novembre et notre attitude vis-à-vis de la fille Le Ray va définitivement fixer les choses. — Il faut, du reste, que la terminaison ait lieu maintenant, que le résultat de l'examen direct s'énonce clairement.

C'est ce que nous voulions démontrer.

20 *novembre*. — *D*. Je vous portais de l'intérêt ; mais, vous êtes une mauvaise fille et, d'après ce que je sais de vous, vous m'avez trompé.

*R*. Je ne sais pas si je vous ai trompé.

*D*. J'ai appris beaucoup de choses sur vous.

*R*. Qui donc vous les a dites ? Je voudrais bien le savoir.

*D*. Vous tourmentiez tout le monde du village et vous vouliez coucher avec tous les hommes.

*R*. (*Elle rougit ; sa figure prend une expression de colère*). Ce n'est pas vrai ; on ment ; c'est moi qu'on cherchait.

*D*. Vous alliez après Betton parce que Quellier ne voulait pas de vous.

*R*. (*Son œil devient de plus en plus brillant.*) J'étais donc comme une poule, et je m'accouvais sur eux comme pour monter sur un coq. (*Elle s'abaisse alors en relevant ses jupons et s'accouve*).

*D*. Si ce n'est pas vrai, c'étaient donc eux qui vous tourmentaient.

*R.* Ils sont encore là *quatre* qui sont après moi tout de même !

L'obstination, la méchanceté et le délire érotique se manifestent ici tangiblement.

*D.* Mais vous avez été fâchée de ce qu'ils ne voulaient pas de vous?

*R.* Je n'avais pas besoin d'eux, et j'avais tous ceux que je voulais ; je n'avais qu'à me secouer comme une poule.

*D.* Vous auriez encore mis le feu si on ne vous avait pas arrêtée ?

*R.* Oui ; si j'étais roi, je brûlerais tout le village.

*D.* Vous êtes donc bien méchante?

*R.* Oui, je suis méchante ; qu'on prenne garde.

Si on pouvait photographier sa figure en ce moment, on verrait une expression de furiosité et de perversité étonnante. — Il y a excitation permanente à ce moment de l'interrogatoire. Elle ne tient en place que retenue par la crainte de nous contre qui elle ne peut agir.

Je continue l'excitation chez elle.

*D.* Vous êtes furieuse que je découvre la vérité et que je démontre à chacun combien vous êtes immorale, fausse et méchante.

Pas de réponse à cette demande qui est renouvelée plusieurs fois sous différentes formes ; elle cherche à ne pas en faire en disant autre chose. — Puis, enfin :

*R.* D'après cela, je courais donc toujours la nuit ?

*D.* Vous couriez le jour et très-tard avant la nuit. (*Elle se met à rire*).

*D.* Vous voyez bien que j'ai bien vu ce que vous faisiez et que je suis plus fin que vous.

*R.* Oui, vous êtes plus fin que moi. (*Elle rit et s'assied*).

L'examen direct devant se clore, nous savions ce que nous voulions saisir; mais, quelle que fût notre opinion, nous voulions, pour la justice, la preuve démonstrative par la personne elle-même.

Cette preuve nous pensons l'avoir démontrée *de facto*.

Nous entrons actuellement dans la généralisation du rapport.

*Discussion.*

L'observation de la personne soumise à notre examen est des plus intéressantes.

Sans doute, le fait en lui-même reproché n'a rien de très particulier, mais il tombe dans la même application pénale que s'il eût été beaucoup plus grave, et je n'hésite pas à dire qu'à un moment donné la fille Le Ray n'aurait pas hésité à agir beaucoup plus mal.

Son examen offre un grand intérêt parce qu'il nous prouve, *une fois de plus*, qu'il serait nécessaire que l'internement des aliénés ait lieu plus tôt qu'on ne le fait parce que, dans beaucoup d'endroits, il est presque de jurisprudence administrative que les imbéciles et semi-imbéciles ne sont point dangereux.

Tout en déplorant un incendie, je suis heureux que le cas se soit présenté pour qu'il y ait une clarté des plus démonstratives de la nécessité d'internement d'individus qui semblent au premier abord bien raisonner, qui ont la vie tranquille en apparence et qui, faux, sournois, instinctivement pervers, feront du mal à un instant dont on ne saurait se douter parce que les imbéciles, avec une logique illogique, mais vraie dans sa fausseté, calculent parfaitement leurs moyens pour arriver à un but. *A fortiori*, comme présentement, le danger deviendra plus grand si un délire vient s'enter sur l'arriération des facultés. L'imbécile est bien souvent la représentation exacte de l'animal instinctif guettant, attendant, déroutant les gens raisonnables qui sont devant lui et ne se méfient pas; aucune hypocrisie ne lui coûte pour arriver au mal.

Avant de présenter mes réflexions générales sur les développements dans lesquels je suis entré au cours de ce rapport, je crois devoir préalablement combattre divers

points de l'argumentation de mon honoré confrère le docteur Roullois.

Je dois dire que, différemment de lui, il me faudra conclure d'une façon très-affirmative en faveur de l'exonération psychologique de l'inculpée.

Mais, je ne saurais adopter des conclusions qui, dans son premier rapport, sont en désaccord entre elles. La conclusion du supplément de rapport est plus accentuée dans le sens de l'irresponsabilité ; elle laisse néanmoins beaucoup à désirer comme explication.

Je suis parfaitement en communion d'idées avec le docteur Roullois quand il représente la faiblesse d'esprit de la fille Le Ray et ses résultats dans les modes de penser et d'agir de la vie. Mais je me refuse de la façon la plus nette et la plus extrême d'admettre son interpellation sur les conditions délirantes spéciales auxquelles il soumet l'inculpée.

Un certain délire qui vient se surajouter à la simplesse primordiale d'esprit doit, dans la pensée du docteur Roullois, exister. Mais, pour moi, mon honoré confrère a fait fausse route, et je voudrais rétablir la question précise de diagnostic, parce qu'elle est grandement capitale et qu'elle se lie intimement, dans une majorité de cas, avec les phénomènes de l'imbécillité.

Le docteur Roullois a fait de la fille Le Ray, qui ne l'est pas du tout, une lypémaniaque avec prédominances de conceptions délirantes de persécution qui peuvent réagir d'une façon dangereuse. De très-bonne foi il a cru tout ce que lui disait la fille Le Ray, qui est presque devenue une martyre pour lui. A mon avis, une balance plus exacte eût pu être tenue entre les conditions d'enquête, d'une part, et, de l'autre, entre l'observation de la personne qui, après examen bien suivi des paroles, des contenances, etc..., ne mérite d'autre intérêt que celui qu'on doit accorder à ceux qui ne jouissent pas de leur libre arbitre. Je veux bien que

le docteur Roullois n'ait pas oublié les ennuis et tracasseries que le public exerce fréquemment sur les imbéciles; mais, *non est hic locus.*

D'un côté, mon confrère dit que l'inculpée serait inoffensive dans la vie privée. D'un autre côté, il ajoute qu'elle peut servir d'instrument pour mal faire. Elle n'aurait droit, selon lui, qu'à l'indulgence. D'autre part, et en dernier lieu, il conclut qu'irritable elle n'est plus maîtresse de sa volonté.

A l'entrée, la fille Le Ray nous donne la preuve physique d'une dégénérée, et nous ne tardons pas à voir qu'il y a un arrêt de développement mental et congénial dont il faut disséquer avec soin les éléments de façon à tirer les conclusions psychologiques nécessaires à la justice.

Pour éviter des longueurs, nous ne répéterons pas ce que nous avons énuméré avec le plus de soin possible dans la relation de l'observation directe. Les déductions que nous avons dû faire sortir des diverses phases de l'examen ont été énoncées suffisamment, je crois, de façon à éclairer la religion du magistrat. On remarquera que, dès le début, j'entrevoyais la vérité des choses et que le genre de perversion intellectuelle et morale avec ses complications était, de ma part, une supposition qui s'est justifiée.

La fille Le Ray est de petite taille ($1_m$ 36). La tête est mal conformée. La face est imparfaite; les dents sont implantées comme celles des crétins; il y a la dépression ogivale de la voûte palatine qui accompagne toujours l'imbécillité. La faiblesse d'esprit qui se décèle de suite n'empêche point la personne de répondre avec une certaine précision aux choses simples dont on lui parle. Mais, la sphère d'action de son activité propre et de la spontanéité normale utile pour se conduire d'une façon pertinente dans l'existence est des plus restreintes. Sa réceptivité cérébrale est circonscrite dans des limites très-bornées, et ce serait peine inutile d'exiger d'elle plus qu'elle ne peut comprendre.

La fille Le Ray n'a jamais rien pu faire au dehors. Elle allait d'atelier en atelier d'où on la congédiait bientôt comme incapacité et on observait souvent chez elle des bizarreries et des allures insolites.

Le mode de perversions que j'ai énoncées me donne tout lieu d'avancer qu'elle a dû toujours être méchante et rusée. Si, pendant longtemps, l'autorité n'a point entendu parler d'elle, cela doit évidemment tenir à ce que ses parents l'ont soutenue pendant une grande période de la vie, à ce que son entourage lui a montré de l'indulgence, et aussi à ce que, comme ses congénères, la crainte la retenait. Mais elle est, de toute certitude, une personne dangereuse, et d'autant plus qu'elle sait parfaitement se rendre intéressante avant de donner le coup de griffe qu'on ne prévoit pas.

Il y a beaucoup à se tenir en garde contre ce mode d'imbéciles.

Connaissant leurs habitudes, leur manière d'être, je devais difficilement me laisser induire en erreur par la fille Le Ray. Tout, dans son langage, sa physionomie, son attitude, me dénotait la ruse. Je n'ai pu me laisser prendre à un soi-disant délire de persécution qui ne cadre en rien chez elle avec les symptômes ordinaires de la lypémanie.

Rien dans ses paroles, dans sa tenue, dans sa façon de se promener, dans le repos de la nuit, dans les rapports avec ses camarades, avec les Sœurs et avec nous, ne m'a fait voir le délire dépressif. J'éloigne toute comparaison de ce qui se passe chez la fille Le Ray avec ce qui se passe chez nos lypémaniaques.

Le délire existe véritablement, mais il est de tout autre nature et si, le plus souvent, il est spécial, il apparaît d'autres fois dans la forme simple d'excitation maniaque et d'agitation. Toujours il est intimement lié aux éléments pervers de l'imbécillité.

C'est principalement sur le sieur Quellier qui l'aurait

étrangement persécutée que se porte davantage l'excitation mentale, ce qui ne l'empêche pas d'être mauvaise avec d'autres, et en particulier avec des enfants. — Mais elle n'hésite pas à dire qu'elle aurait agi avec tout le monde comme avec le sieur Quellier, parce qu'il fallait que cela finisse; qu'elle est bien contente d'être délivrée, et elle nous supplie de la garder parce qu'on est bien nourri et couché ici.

Dans son obstination à toujours se plaindre elle n'a qu'un but, celui de donner le change sur ce qui s'est passé chez elle et de chercher ici, comme là-bas, à occasionner du mal aux sieurs Quellier et Betton. — Sa nature perverse s'est bien dessinée à l'Asile, et nous avons raconté que, sans motif, elle aime à tourmenter ses camarades. — Mais, pour les sieurs Quellier et Betton, elle ne peut leur pardonner d'avoir résisté à ses provocations et de n'avoir pas couché avec elle. — De notre observation directe l'incitation et le délire hystérique découlent continuellement et, en s'associant à la faiblesse mentale congéniale, viennent corroborer davantage la méchanceté et les écarts d'actes. — Ainsi, le véritable état des choses est que la fille Le Ray est incapable de résister à ses excitations génitales dont l'influence réflexe sur le cerveau est manifeste. Elle sent bien qu'elle ne devrait pas faire ainsi; son silence et son attitude révèlent fort bien de la honte, mais les sensations qu'elle éprouve dans ce sens sont fugaces et n'expriment pas la conscience vraie et normale qui donne au jugement la distinction saine des choses avec *le pouvoir* et *le vouloir* de se réprimer. Elle *voudrait* peut-être bien, et encore par instants, mais elle *ne peut*. C'est l'équilibre de ces deux termes qui fait le libre arbitre. Or, elle *ne veut pas* toujours parce qu'elle est subjuguée par l'instinct impulsif, et *elle ne peut jamais*.

Nous attachant au fait de l'incendie pris seulement en lui-même, et faisant des reproches à la fille Le Ray, elle

ne trouve qu'à répondre que, *puisqu'elle avait allumé le feu, elle ne pouvait pas l'éteindre.* C'est tout naturel pour elle, et elle est inconsciente d'avoir commis un acte délictueux ou criminel ; elle n'a qu'à payer, dit-elle, et tout sera dit; puis l'excitation délirante à caractère spécial la reprend. De plus en plus, à mesure qu'on observe, on constate, avec l'arrêt de développement mental primordial, les excitations, et de la liaison du tout résulte l'empêchement de la liberté, d'arbitrer sciemment les choses.

On se souvient qu'après l'incendie la fille Le Ray rentre chez elle ; puis elle en ressort au bout de quelque temps et vient tranquillement dans l'aire du sieur Quellier; elle se déclare l'auteur en disant que ce n'était qu'un peu de paille brûlée et qu'elle allumerait d'autres feux. — Elle a bien tenu à faire voir, *selon son expression,* qu'elle se vengeait.

La philosophie de ses allures n'a pas échappé au bon sens du gendarme qui a arrêté la fille Le Ray, puisque, tout en constatant des précisions dans ses réponses, il met dans son procès-verbal qu'il ne la considère pas comme folle « *à moins qu'elle ne soit atteinte d'un délire spécial qu'il est impuissant à constater.* »

De toute façon, et sans insister plus sur ce point parce que je considérais la chose comme puérile, il y a tout un monde entre le mode d'agir, au moment et après l'incendie, de la fille Le Ray et celui du criminel doué de raison.

La fin de notre observation fait toucher très-positivement l'état mental et ses conséquences. Nous avons tenu, en dehors de toutes nos réflexions, à le démontrer *par la personne elle-même.*

Et, en effet, quelque dissimulés et pervers que soient des individus, ils sont toujours découverts. — Leur persistance et leur obstination doivent céder devant l'enserrement dans lequel on les tient, devant l'examen que chacun

fait, et devant des excitations se manifestant à un moment donné, excitations auxquelles il sont incapables de s'opposer et qui aident puissamment à creuser le fond des choses.

On voit donc que ces cas qui, de prime-saut, paraîtraient ordinaires, sont très-délicats et se rangent parmi les plus difficiles de la pathologie mentale pour leur examen et leur exposition.

C'est ainsi que des manifestations d'agitation maniaque s'étant en dernier lieu dessinées chez l'inculpée, manifestations dont un embarras gastrique nous avait fait présumer l'éclosion, nous en avons profité pour *faire se vendre* la personne.

En résumé le caractère psychologique de la fille Le Ray me paraît actuellement compris. — N'importe quel crime elle commettrait et quelle qu'en fût la gravité exceptionnelle, il aura toujours pour elle la même valeur, tant il y a, chez l'inculpée, d'imperfections d'entendement et de moral, tant la conscience est inerte, tant il y a impossibilité pour elle de résister à ses impulsions instinctives et à ses exacerbations maniaques.

*Conclusions.*

1° — L'inculpée est atteinte de semi-imbécillité avec instincts pervers.

2° — La faiblesse mentale congéniale se double d'un délire hystéro-maniaque très-accentué.

3° — Des exacerbations d'agitation maniaque rémittente développent des écarts d'actes dont la nocuité ne saurait échapper.

4° — Elle est en nullité complète de liberté d'action et n'est point responsable.

En foi de quoi j'ai rédigé le présent rapport pour servir ce que de droit.

Mayenne, le 22 novembre 1875.

## Société médico-psychologique.

*Séance du 30 juillet* 1877. — Présidence de M. Billod.

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

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre annonçant le décès de M. Carlo Livi, de Libourne, associé étranger ;

2° Une observation de catalepsie consécutive à une manie aiguë, suivie de guérison, par le Dr Lagardelle. Renvoi au comité de publication ;

3° Une lettre de M. Solaville, médecin en chef de l'Asile de Poitiers, sollicitant le titre de membre correspondant. Commission : MM. J. Falret, Legrand du Saulle et Lunier, rapporteur

La correspondance imprimée comprend :

1° *Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe ;*

2° *L'art dentaire ;*

3° *Etude sur l'acide salicylique*, par Schlumberger ;

4° *La Tribune médicale ;*

5° *L'Année médicale de Caen et du Calvados ;*

6° *Bolletino del privato manicomio Fleurent.*

M. Legrand du Saulle. — J'ai l'honneur d'offrir en hommage à la Société un ouvrage qui a paru aujourd'hui même et qui a pour titre : *Etude médico-légale sur les épileptiques*. Bien que j'aie principalement insisté dans ce livre sur la description minutieuse de certains caractères cliniques peu soupçonnés encore ou trop souvent méconnus, sur toute la série des troubles de la raison, sur le *modus faciendi* le plus habituel des délits et des crimes, et sur la valeur légale des actes importants ou solennels de la vie civile, je me suis cependant efforcé, chemin faisant, de n'omettre aucun détail significatif sur la classe si considérable d'infortunés dont il s'agit.

En déroulant l'histoire clinique et médico-légale des épileptiques, j'ai dû introduire des divisions nécessaires. J'ai été amené ainsi à décrire les nuances différentielles qui distinguent les épileptiques proprement dits, les épileptiques aliénés,

les épileptiques larvés, les épileptiques alcooliques et les épileptiques paralytiques. En dehors de ces cinq grandes familles pathologiques, j'ai incidemment traité les points relatifs aux épileptiques méconnus, aux épileptiques homicides, aux épileptiques diffus et aux faux épileptiques. Chaque assertion a pu s'appuyer sur un ou plusieurs exemples probants.

A ces titres divers, l'ouvrage m'a paru digne de vous être offert et je le dépose sur le bureau.

*Rapports de candidature.*

M. Motet communique le rapport suivant sur la candidature de M. Bini au titre de membre associé étranger.

Messieurs,

Un homme d'une haute valeur scientifique, médecin depuis plus de trente ans de l'asile d'aliénés de Florence, professeur à l'Institut des Études supérieures de cette ville, M. le Dr Bini, sollicite l'honneur de faire partie de la Société médico-psychologique, au titre de membre associé étranger.

Vous ne pouviez manquer, Messieurs, d'accueillir favorablement cette candidature, et la commission que vous avez nommée, composée de MM. Espiau de Lamaëstre, J. Falret et Motet, est heureuse d'avoir à vous rendre compte de travaux dignes de fixer votre attention.

M. le professeur Bini vous adresse de nombreuses monographies, qui, à l'exception d'une seule, ont trait à la médecine mentale, à l'économie des asiles d'aliénés ; elles sont remarquables par l'esprit pratique qui les inspira : on sent à chaque ligne combien est grande l'expérience clinique, combien est droit et sûr le jugement du médecin, de l'administrateur ; et, ce qui nous flatte particulièrement, nous retrouvons dans ces pages finement écrites, la confirmation d'opinions qui sont les nôtres, soit qu'il s'agisse de l'administration intérieure des asiles, soit qu'il s'agisse de discussions purement scientifiques, ou encore de l'enseignement clinique des maladies mentales. C'est que M. Bini est profondément versé dans la connaissance de notre littérature médicale spéciale ; les œuvres d'Esquirol, de Falret, de Renaudin, de Parchappe, lui sont familières, et c'est sous le couvert de ces autorités qu'il cite souvent, qu'il propose les modifications reconnues par lui nécessaires.

M. le professeur Bini nous paraît avoir été aux prises avec des difficultés de plus d'un genre : l'histoire est curieuse et instruc-

tive de ses efforts, de ses luttes. L'Italie a passé par les mêmes phases que la France, et l'amélioration du sort des aliénés a été chez elle plus lente encore que chez nous. A Florence, les hommes de talent n'ont pas manqué cependant : il suffira de rappeler le nom du savant Chiarugi, mais à cette époque (1788) l'organisation des hôpitaux était subordonnée à des influences puissantes, devant lesquelles le souverain lui-même s'inclinait. La distinction entre les aliénés, les malades atteints de maladies de la peau, les incurables, était fort incomplète. Si un moment on avait pu penser à traiter les aliénés dans un établissement spécial, à Sainte-Dorothée, les locaux mal disposés furent bien vite insuffisants ; il fallut les ramener dans un quartier de l'hospice de Sainte-Marie-Nouvelle, où le médecin, sans indépendance, sans liberté d'allures, ne put avoir ni l'influence ni l'autorité qui lui étaient nécessaires.

M. Bini a fait l'historique des projets conçus, abandonnés pendant un grand nombre d'années. Les difficultés politiques d'une part, les choix mauvais de l'autre, puis l'explosion du choléra, retardèrent jusqu'en 1860 les améliorations depuis longtemps demandées. Une commission fut nommée, M. Bini en faisait partie ; il fut assez heureux pour faire accepter ses vues, et pour dédoubler un service qui fonctionnait mal, à cause de l'encombrement. En 1866, l'asile de Sainte-Marie-Nouvelle eut enfin son existence propre, dont il fallut régler les conditions. Nul n'y était mieux préparé que M. le professeur Bini, il fut chargé par la députation provinciale de préparer un projet de règlement, et voici comment il a compris sa tâche : « J'ai fait, dit-il, tout mes efforts pour ne pas rendre vaines les espérances du gouvernement et de la province, et pour atteindre le but vers lequel tendent tous les perfectionnements, tous les progrès de la science, toutes les mesures d'humanité introduites dans les établissements du même ordre. »

Il serait trop long, Messsieurs, d'analyser pour vous un règlement qui porte sur une infinité de détails, mais, ce que votre rapporteur doit tenir à faire remarquer, c'est que, mis en présence d'une création nouvelle à laquelle il fallait donner la vie, l'ordre, le mouvement, M. le professeur Bini s'est trouvé à la hauteur de sa tâche par les connaissances qu'il avait acquises. Il savait tout ce qui se fait à l'étranger, et par une sélection heureuse, il a pris un peu partout ce qui lui a semblé le meilleur. Il n'hésite pas à faire justice des objections élevées au sujet

de la réunion dans la même main de l'autorité administrative et de l'autorité médicale. Pour lui, cette concentration des pouvoirs est une nécessité absolue, et il appuie son opinion sur une citation textuelle du livre de notre collègue M. Dagonet, une autre de Renaudin, et il répète cette parole bien connue de Falret : « Dans un asile d'aliénés je cherche en vain la part d'un directeur, je n'y trouve que celle d'un médecin. »

Nous avons lu avec le plus grand intérêt ce règlement de service ; nous n'en connaissons pas de plus prévoyant, de plus étudié, et où les attributions soient mieux définies.

Voici maintenant, Messieurs, des recherches statistiques qui portent sur un grand nombre d'années ; pour les premières périodes, M. Bini ne pouvait fournir que des renseignements incomplets, mais cependant on y peut relever des chiffres instructifs. Le mouvement de la population, ce qui revient immédiatement à dire l'augmentation dans la population de l'asile, a suivi, pour le manicôme de Florence, la même progression que dans tous les autres pays. En 1830, il y avait au 1er janvier, 279 malades ; en 1839, on en comptait 295 ; mais à partir de 1840, le chiffre s'élève, pour atteindre 483 en 1849. M. Bini se demande comment peut s'expliquer l'accroissement de population dans les asiles, et, dans sa réponse, il ne croit pas suffisamment prouvée l'opinion qui affirme un plus grand nombre de cas de folie ; il ne veut pas non plus qu'on accuse les progrès de la civilisation : si ces deux facteurs entrent en ligne de compte, ils ne sont pas les seuls, et alors est développée cette opinion qui est la nôtre, c'est que les améliorations introduites dans ces derniers temps dans l'organisation des asiles, la confiance plus grande, les conditions d'hygiène meilleure qui contribuent à prolonger la durée moyenne de la vie des aliénés, multiplient le nombre des présences.

Ce n'est pas encore la seule cause, il y faut ajouter la facilité plus grande à se séparer d'un aliéné, par le fait des exigences de la vie moderne, le relâchement des liens de la famille, les ordonnances mêmes de l'administration chargée de pourvoir à la sécurité publique ; si donc les aliénés, d'un côté, sont plus facilement conduits à l'asile ; si, d'un autre, la durée de leur séjour est plus longue, il ne faut pas s'étonner de ce que le nombre des admissions annuelles ne changeant pas beaucoup, il n'y en ait pas moins une réelle augmentation dans le nombre des présents. Ce fait se reproduit de même dans nos asiles, et toutes les observations de M. Bini sont

aussi justes pour notre pays qu'elles le sont pour le sien. Nous n'insisterons pas sur ce travail un peu aride, nous ne voulons que vous signaler un point qui nous a frappé.

Dans un des tableaux (Tab. III, p. 17), nous trouvons pour deux années, 1850 et 1851, un détail qui n'a pas pour nous encore une explication satisfaisante.

Pour la première année on a fait sortir de l'asile 24 hommes et 6 femmes reconnus non aliénés; pour la seconde, 18 hommes, 19 femmes dans les mêmes conditions; pour les deux années, 67 individus des deux sexes sur une population variant de 503 à 527, ont pu être admis dans l'asile, et renvoyés comme non aliénés. Ce chiffre nous paraît énorme; M. Bini l'a bien senti, car il cherche à expliquer comment il est possible que des hommes et des femmes cherchent à se faire passer pour aliénés, afin d'être admis à l'asile; la misère, mauvaise conseillère, les a poussés à une simulation, soit; mais comment peut-elle se répéter aussi souvent? comment l'autorité administrative se laisse-t-elle aussi facilement égarer? Nous devons le dire, nous n'avons pas en France de complications de ce genre, et les cas de simulation qui nous sont connus se rapportent à des individus inculpés de crimes ou de délits.

Dans une brochure intitulée : *Les aliénés, d'après les progrès de la médecine et de la législation*, M. le professeur Bini rend justement hommage aux efforts qui depuis la fin du siècle dernier ne se sont jamais ralentis; le sort des aliénés s'est amélioré partout, dit-il, et c'est la France qui a donné le signal. Ce travail est encore une revendication de M. Bini en faveur des aliénés de Florence. Il ne se lasse pas de réclamer des modifications qui lui paraissent de plus en plus nécessaires. Il ne lui suffit pas d'avoir à Castel-Pulci une section d'incurables, à San-Bonifazio un quartier d'hospice destiné aux formes aiguës, il voudrait mieux, et l'on sait combien vivement il désirerait un grand asile, construit, aménagé sur un plan sérieusement étudié, et réunissant tous les perfectionnements qu'une connaissance parfaite des asiles de l'étranger permettrait d'y introduire. Nous cédons au plaisir de vous citer textuellement une appréciation d'Esquirol et de son œuvre : elle vous donnera l'idée juste de l'estime profonde en laquelle est tenu, en Italie, l'homme dont le souvenir est toujours vivant parmi nous : « Celui qui, le premier entre tous, se voua tout entier à ces études spéciales; qui eut à la fois le génie, la science, l'influence, l'abnégation; celui qui sût le

mieux saisir le moment de recueillir les fruits de l'expérience, ce fut Esquirol, homme aussi modeste que sage, qui sut avec ses publications scientifiques, mises à la portée de tous, avec son activité, avec son enseignement clinique, mettre en ordre, compléter, et répandre les connaissances psychiâtriques, créer pour ainsi dire, la famille du médecin aliéniste. »

Après cet hommage rendu à l'un de nos maîtres, M. Bini, ne veut pas oublier nos contemporains, Brierre de Boismont, Falret, Renaudin, Guislain et Parchappe, dont il apprécie hautement les travaux, dont il s'inspire le plus souvent. Nous avons trouvé encore dans cette brochure une discussion des plus intéressantes sur l'interdiction des aliénés. Il paraît que les choses se passent en Italie comme chez nous, et que les magistrats n'y sont pas plus qu'en France d'accord avec les médecins, quand il s'agit d'examens où la compétence des juges est plus que douteuse. Dans les questions d'administration provisoire, la loi italienne offre les mêmes lacunes que la nôtre, surtout pour les aliénés placés dans les établissements privés. M. Bini demande sur ce point une modification dont nous avons nous-même, depuis bien longtemps déjà, signalé l'importance.

Les imbéciles et les idiots doivent-ils être compris parmi les aliénés? Grave question soulevée par la province et par les communes à un point de vue purement budgétaire. Ferrus eut un jour à la traiter chez nous, et il n'eut pas de peine à démontrer que la plupart des imbéciles et des idiots sinon tous, étaient des êtres dangereux, et que dès lors leur admission dans les asiles ne devait pas être contestée. M. Bini, arrive à la même conclusion, par des arguments scientifiques, et démontre que la distinction qu'on prétendrait faire ne répond sur rien de sérieux.

Nous ne pourrions sans dépasser de beaucoup les limites d'une analyse, vous parler d'une question dont vous aurez un jour à vous occuper, Messieurs. Il s'agit des mesures à prendre vis-à-vis des aliénés inculpés d'un crime ou d'un délit, et bénéficiant d'une ordonnance de non-lieu. M. Bini, consulté par la Commission chargée de revoir le Code pénal, a exprimé des opinions que la Société de législation comparée, la Société de médecine légale ont discutées avec tout le soin que méritait un aussi difficile problème. Nous devons le dire, l'accord ne s'est fait ni dans l'une ni dans l'autre de ces sociétés savantes, pour des raisons que nous ne pouvons exposer ici.

Les vues de M. Bini, celles de M. le professeur Miraglia qui vous envoyait dernièrement un travail sur le même sujet, prêtent à la discussion. C'était notre devoir de vous signaler avec éloge un travail où l'auteur faisant appel à sa longue expérience, s'est montré surtout préoccupé des intérêts des aliénés, qu'il défend avec une énergique conviction.

J'ai réservé pour terminer cette étude trop rapide à mon gré, une brochure qui était au moment où elle a paru, le plaidoyer le plus opportun, le plus habile, dans une affaire où nous étions particulièrement intéressés. M. le professeur Bini, en reprenant, au mois de novembre 1875, ses conférences cliniques sur les maladies mentales, fit une leçon d'ouverture des plus intéressantes : « Il vous paraîtra peut-être étrange, dit-il à ses élèves, que je vienne, au début de mon trente et unième cours clinique sur les maladies mentales, vous entretenir de la nécessité de ces études spéciales, comme si on en pouvait mettre en doute l'importance, et discuter s'il convient de le continuer après une expérience aussi longue. Pourtant il n'est point hors de propos que je m'arrête un instant sur ce sujet, puisque l'année dernière s'est élevée contre cet enseignement une opposition inattendue, dans ces lieux mêmes où il fut le plus brillant et le plus fécond, puisque l'autorité l'a suspendu à l'asile Sainte-Anne, construit précisément pour répondre à ce besoin, et nommé à cause de cela l'asile clinique. »

Vous le voyez, Messieurs, cette mesure contre laquelle vous n'avez cessé de protester, sur laquelle on est enfin revenu cette année même, avait eu à l'étranger un singulier retentissement. Nous sommes heureux de retrouver sous la plume de M. Bini, l'expression de nos propres sentiments. Tant il vrai que la science n'a pour ainsi dire pas de patrie, et que les hommes qui la cultivent se rencontrent toujours dans une communauté de sentiments et d'efforts dès qu'il s'agit de la défendre là où ses intérêts sont menacés.

Messieurs, la candidature de M. le professeur Bini, a paru digne à votre commission de rallier tous vos suffrages. Nous sommes unanimes à vous demander d'accorder à notre savant et honorable confrère le titre de membre associé étranger qu'il sollicite de vous.

M. LE PRÉSIDENT. — Encore que les titres de M. Bini à l'honneur qu'il sollicite ressortent assez visiblement du remarquable rapport que vous venez d'entendre, je vous demande la permission d'appuyer d'un mot les conclusions de ce rapport.

Dans le cours des divers voyages que j'ai faits en Italie, je me suis trouvé en rapport avec cet éminent confrère et j'ai été, par suite, à même d'apprécier sa haute valeur scientifique, non moins que sa parfaite honorabilité ; j'ai pu me convaincre de plus dans mes relations avec la plupart des aliénistes de l'Italie, qu'ils tenaient en très-haute estime leur collègue de Florence et qu'ils partageaient conséquemment mon opinion à son endroit.

M. Bini est, à l'hôpital Boniface de Florence, un des successeurs de Chiarugi, de Chiarugi qu'on peut à bon droit appeler le Pinel de l'Italie car, comme Pinel en France, il a attaché son nom à la réforme qui a eu pour objet de faire tomber les chaînes des mains des aliénés et, suivant l'expression dont Esquirol s'est servi depuis, d'élever ces infortunés à la dignité de malades.

M. Bini m'a montré dans ledit hôpital un cachot que, comme pour perpétuer le souvenir de la réforme opérée par Chiarugi, l'on conserve précieusement avec ses anneaux de fer et son tour pour y introduire les aliments, sans avoir besoin d'y pénétrer, tant était grande la terreur qu'inspiraient alors les aliénés.

M. Bini continue dans son service les traditions de son illustre prédécesseur, et j'estime que la Société médico-psychologique, en se l'attachant comme associé étranger, ne peut que s'honorer elle-même.

M. Legrand du Saulle, dans un voyage qu'il a fait à Florence, a eu l'occasion de voir M. Bini et a été frappé de la parfaite connaissance qu'avait ce médecin de la littérature aliéniste française. Non-seulement il connaissait à fond les savants mémoires de nos maîtres, mais il n'ignorait aucun des mémoires insérés dans les *Annales médico-psychologiques*.

M. Bini est nommé, par acclamation, membre associé étranger.

M. Bouchereau lit le rapport suivant sur la candidature de M. Stacchini au titre de membre associé étranger.

Messieurs,

Je viens, au nom d'une commission composée de MM. Legrand du Saulle, Magnan et Bouchereau, vous présenter un rapport sur les travaux de M. le Dr Carlo Stacchini, assistant du professeur Carlo Morelli, de Florence.

M. Sacchini vous a adressé deux mémoires consacrés à l'étude des différentes maladies du système nerveux : tous les

faits qui servent de base à ses travaux sont patiemment et scrupuleusement décrits. L'auteur s'est attaché avec un soin particulier à mettre en relief les lésions anatomiques qui ont déterminé les phénomènes morbides constatés durant la vie ; c'est en précisant avec exactitude le siége des lésions et leur topographie, que l'on arrivera à fixer d'une manière définitive les fonctions des différentes parties de l'encéphale.

La première observation est relative à un cas d'aphasie produite par un ramollissement cérébral : l'intelligence était conservée, et il existait une hémiplégie du côté droit ; l'autopsie a montré l'existence d'un ramollissement jaune très-étendu, comprenant le corps strié et la couche optique du côté gauche ; la substance blanche était envahie depuis la corne antérieure de la cavité ventriculaire jusqu'à la partie postérieure de la couche optique ; transversalement le ramollissement atteignait la substance grise, de sorte que quelques-unes des circonvolutions latérales étaient intéressées ; les vaisseaux étaient sains.

La deuxième observation a pour titre : Aphasie et hémiplégie à droite pas embolie de l'artère sylvienne ; l'intelligence était restée normale, les mouvements de la face et de la langue faciles. La malade ne pouvait prononcer que le seul mot — No.

L'examen anatomique a fait voir en dehors du ventricule latéral gauche la substance cérébrale ramollie dans toute la longueur du ventricule. Les deux tiers antérieurs du lobe sphénoïdal, et un segment du lobe frontal du côté gauche, celui le plus voisin de la scissure de Sylvius, la substance corticale est envahie dans un point très-limité. La carotide était oblitérée depuis sa sortie du sinus caverneux jusqu'à la scissure de Sylvius par un caillot très-ferme, très-adhérent aux parois des vaisseaux. Ces deux observations confirment l'opinion des auteurs qui soutiennent que les troubles fonctionnels de la parole désignés sous le nom d'aphasie ont pour cause des lésions cérébrales occupant les parties antérieures et médianes du cerveau, et principalement le lobe gauche ; nos recueils contiennent beaucoup d'autres faits du même genre, qui ont servi à constituer l'histoire du ramollissement cérébral. L'auteur rappelle à ce propos ce que la science doit à nos compatriotes, et notamment à MM. Charcot et Vulpian, et à leurs élèves.

Une observation mérite de nous arrêter plus longtemps : il s'agit d'un individu atteint d'un coup violent à la tête : une inflammation de l'oreille droite se développe à la suite, avec

écoulement purulent ; un matin le blessé tombe subitement à terre et se trouve hémiplégique du côté gauche, le membre inférieur droit paraissant en même temps affaibli. Après un examen très-approfondi et une analyse sévère des phénomènes accusés, on est conduit à admettre l'existence d'un abcès placé entre la dure-mère et la paroi cranienne et d'un autre plus profondément dans la substance cérébrale ; on pratique la trépanation et l'abcès situé au-dessus de la dure-mère est constaté : arrêté par un scrupule, le chirurgien n'ose pas pénétrer plus loin dans le tissu nerveux ; alors le malade succombe, et les deux abcès sont reconnus à l'autopsie, occupant le siége indiqué. Récemment plusieurs de nos compatriotes plus confiants ont osé aller chercher du pus réuni en foyer dans le cerveau et le succès a justifié l'opération proposée.

Messieurs, il ne me paraît pas nécessaire d'insister plus longtemps sur le mérite des travaux de M. Stacchini ; d'ailleurs il n'est pas un inconnu pour beaucoup d'entre vous. Il a assisté à nos dernières séances, il a visité nos asiles et suivi nos services. Je viens donc vous proposer, Messieurs, d'accorder à M. Stacchini le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Stacchini est nommé membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

*Discussion sur la paralysie générale.* (Suite.)

M. Falret ne veut que faire quelques observations au sujet de la communication sur la paralysie générale, faite par M. Baillarger dans la dernière séance. D'après ce dernier, il faudrait admettre, dans l'étude de cette affection, deux séries distinctes, ou plutôt parallèles de symptômes : d'un côté les vésanies et de l'autre les symptômes essentiels de la démence paralytique. De cette théorie il résulte nécessairement que les cinq formes vésaniques en question, c'est-à-dire la manie, la mélancolie, la monomanie, la folie à double forme et la démence sont des formes naturelles et accompagnent la paralysie générale dans certains cas. Ce fait de la présence de ces formes vésaniques dans le cours de la paralysie générale doit plutôt être considéré comme la négation absolue de la classification régnante, à la conservation de laquelle M. Baillarger semble vouloir apporter une nouvelle force par sa théorie sur la paralysie générale. L'existence des quatre formes de

cette affection (formes maniaque, mélancolique, etc.) va au contraire contre le but qu'il cherche à atteindre. Certes la classification des vésanies d'Esquirol, acceptée par tous ses élèves, a rendu de grands services à la science; mais il faut reconnaître aujourd'hui qu'elle n'est que temporaire; que l'étude clinique des diverses variétés de la folie, celle de l'évolution naturelle des maladies mentales, ont démontré que les entités morbides autrefois acceptées n'étaient le plus souvent que des phénomènes transitoires, des symptômes passagers, qui ne constituent pas toute la maladie. Si de ce fait ou plutôt de ce principe aujourd'hui acquis, la paralysie générale est un exemple frappant, elle n'est pas le seul. On peut encore citer l'alcoolisme. L'alcoolisme, en effet, aussi bien que la paralysie générale, ne présente-t-il pas les altérations diverses (manie, monomanie, mélancolie, etc.) qu'autrefois on considérait comme des maladies distinctes, existant par elles-mêmes? Plus tard, le même fait a été reconnu dans la folie épileptique, dans l'hystérie; dans chacune de ces affections, on constate des accès plus ou moins longs de manie, de mélancolie ou même de monomanie. Faudra-t-il dans ces cas admettre que la manie, la mélancolie, la monomanie se sont surajoutées à l'épilepsie, à l'hystérie; ou bien n'est-il pas plus logique et cliniquement plus juste de dire que dans ces cas, l'épilepsie et l'hystérie se sont présentées sous des formes et des variétés diverses avec des symptômes différents? D'ailleurs ces symptômes ne se rencontrent-ils pas aussi dans les maladies cérébrales bien déterminées, dans les cas de tumeurs cérébrales, de syphilis, etc.? Le progrès consiste aujourd'hui, non à rester dans la voie tracée par l'ancienne classification, mais à rechercher des états pathologiques généraux, qui se manifestent à nous par ces phénomènes que nous avons l'habitude de considérer comme des entités morbides et qui ne sont que des états symptomatiques provisoires.

M. Baillarger. — Pour la discussion des rapports de la paralysie générale et de la folie, les malades atteints de démence paralytique me semblent devoir être divisés en trois classes.

La première comprendrait tous les cas de démence paralytique primitive et simple.

Dans la seconde on placerait tous les malades offrant, dès le début, des symptômes tranchés de démence et de paralysie, mais ayant en même temps des conceptions délirantes ambitieuses, hypochondriaques ou autres. Ce délire, accompagné ou

non par intervalles d'excitation ou de dépression, a chez ces malades peu de relief; ce qui domine chez eux dès le début, c'est la démence.

L'étude de ces deux premières classes de malades n'a aucun intérêt pour la discussion, tout le monde étant d'accord pour leur interprétation.

Il n'en est pas de même pour les faits que renferme la troisième classe.

Il s'agit ici des cas dans lesquels on observe dès le début un délire très-accentué dominant toute la scène et qui offre l'une des formes des vésanies: manie, mélancolie, monomanie. Les symptômes paralytiques sont très-légers, ou même nuls. Cependant le caractère du délire, l'âge des malades, les causes qui ont produit la maladie, les accidents congestifs qui ont précédé servent à porter le diagnostic et permettent au moins d'affirmer la gravité du pronostic.

Les accès de manie ou de mélancolie, à part les symptômes surajoutés, ont alors une telle ressemblance avec les accès de manie ou de mélancolie vésaniques, que même aujourd'hui on commet des erreurs; que dans d'autres cas on croit devoir suspendre le diagnostic.

Ces accès de manie ou de mélancolie avec signes légers ou même nuls de paralysie et qui cependant se terminent presque toujours par la paralysie générale, ces accès s'observent surtout chez les jeunes gens, chez les femmes, mais principalement chez des sujets qui n'ont pas eu antérieurement d'accidents congestifs.

C'est chez ces malades que se produisent souvent ce qu'on appelle des rémissions qui ne sont en réalité que la guérison de l'accès de manie ou de mélancolie, mais laissant à sa suite quelques signes légers de démence et de paralysie.

C'est aussi dans ces cas qu'on a observé quelques guérisons malheureusement encore rares.

Enfin parmi ces malades il en est quelques-uns qui tombent dans la démence simple sans paralysie.

Il importe d'ajouter que dans ce groupe se trouvent des faits qui peuvent en quelque sorte servir de transition entre la folie simple et la folie paralytique et qui sont ainsi très-favorables pour éclairer la nature et les rapports des deux maladies.

Il convient de rappeler que les folies qui éclatent au début de la paralysie générale offrent les mêmes formes que les vé-

sanies : manie, mélancolie, monomanie, folie à double forme. C'est là un fait important et qu'on ne doit pas oublier dans la discussion.

Cette discussion me paraît d'ailleurs pouvoir être ramenée aux termes suivants :

Quels rapports existe-t-il entre les quatre formes des vésanies et les quatre formes des folies paralytiques ?

Je dois peut-être rappeler ici que pour certains auteurs, pour Morel par exemple, la solution de la question serait des plus simples.

La manie, la mélancolie, la monomanie ne constituent pas des entités morbides distinctes, ce sont simplement des symptômes communs à plusieurs états différents ; les formes naturelles dans les maladies mentales sont donc encore à chercher. La manie (exaltation), la mélancolie (dépression), sont, dit Morel, des symptômes que l'on rencontre dans toutes les variétés de folie et qui par conséquent ne constituent pas des formes essentielles.

Ces symptômes se rencontrent aussi dans la folie paralytiques.

Les maladies des poumons, les maladies du cœur ont aussi des symptômes communs ; il en serait de même pour la folie simple et la démence paralytique.

La question est tout autre pour les auteurs qui admettent que la manie et la mélancolie par exemple, sont des entités morbides distinctes.

Pour ceux-là se pose véritablement la question des rapports de la manie et de la mélancolie simples vésaniques et de la manie et de la mélancolie paralytiques.

Il importe avant toute discussion de rappeler les opinions qui ont été ou peuvent être soutenues pour ces rapports des folies simples et des folies paralytiques.

Elles sont, il me semble, au nombre de quatre.

La première opinion consiste à soutenir que les accès de folie paralytique, manie ou mélancolie, ne peuvent point être comparés aux accès vésaniques. Les malades, dit-on, ont un délire maniaque ou mélancolique, symptôme pur et simple de la paralysie générale à son début.

On affirme que la paralysie générale est une maladie primitive et simple, et que le délire maniaque ou le délire mélancolique ne sont que des symptômes au même titre que l'embarras de parole, que les signes de démence.

Une seconde manière d'envisager ces faits a été défendue par Parchappe devant la Société.

Ces accès de manie ou de mélancolie sont en tout comparables, disait-il, aux accès de manie ou de malancolie vésanique; mais ils offrent des symptômes surajoutés qui aggravent le pronostic. Quand ce pronostic fâcheux se réalisera, je classerai ces maniaques ou ces mélancoliques dans ceux qui passent à l'état paralytique. Parchappe ne voulait voir quant au diagnostic, que la manie ou la mélancolie. Le reste était, comme il le disait, affaire de pronostic.

J'ai essayé de faire admettre une troisième opinion.

Je crois, comme Parchappe, que ces accès de manie et de mélancolie sont bien comparables aux accès de manie et de mélancolies vésaniques ; mais les symptômes surajoutés, qui pour lui aggravaient le pronostic, me paraissent suffisants pour ne pas laisser ces accès dans la classe des vésanies simples. Ce ne sont pas des maladies nouvelles, c'est toujours la manie ou la mélancolie, mais tellement aggravées par l'élément congestif, que j'ai proposé de les séparer sous la dénomination de *folies congestives*.

Enfin il reste une quatrième opinion qu'on peut aussi défendre.

Un malade atteint de pleurésie entre dans un hôpital. Cette pleurésie offre quelques particularités spéciales; en outre l'âge du malade, sa conformation, ses antécédents héréditaires font craindre des tubercules pulmonaires.

La pleurésie guérit, le malade sort de l'hôpital ; mais, un an plus tard, il rentre avec tous les symptômes d'une phthisie confirmée.

On dit de ce malade que sa pleurésie était symptomatique des tubercules pulmonaires.

Cette pleurésie a guéri, mais les tubercules sont restés.

On peut dire la même chose pour les maniaques avec délire ambitieux quand ils guérissent de leur accès, mais qu'ils deviennent plus tard paralytiques. Ils avaient une manie symptomatique d'une paralysie générale encore latente, paralysie qui n'a été confirmée qu'après un temps plus ou moins long.

Dans les deux cas, la pleurésie et la manie sont des maladies qui en compliquent une autre et qui en outre ont avec elle des liens plus ou moins étroits.

On ne prend pas les symptômes de la pleurésie pour en faire des symptômes des tubercules. On laisse les symptômes

réunis pour constituer la pleurésie, qu'elle soit ou non symptomatique. — De même pour la manie, on ne devrait pas disjoindre ses symptômes pour les rattacher à la paralysie elle-même. On doit les laisser réunis pour constituer la manie qui n'en reste pas moins la manie, alors même qu'elle serait liée à une paralysie générale.

Les accès de manie ou de mélancolie au début de la paralysie générale devraient donc, comme la pleurésie au début d'une phthisie encore latente, être considérés comme des complications.

Telles sont, il me semble, les quatre opinions qui peuvent être discutées.

M. Lunier accepte la distinction des formes vésaniques de l'ancienne classification ; il croit que la manie, la mélancolie, la monomanie doivent être considérées comme des types morbides. Quant à la seconde question que soulève la théorie de M. Baillarger, il fait des réserves. Les types morbides énumérés plus haut se présentent dans la paralysie générale, mais avec un caractère spécial, souvent même avec des différences symptomatiques sérieuses. Ainsi la mélancolie hypochondriaque du paralytique diffère de la mélancolie ordinaire, de même le délire des grandeurs, fréquent dans cette affection, se distingue de la mégalomanie proprement dite. Ce sont des complications, à caractère particulier, entées sur une maladie toujours primitive, la paralysie générale. — Quant à la marche de cette maladie, elle peut être longue, présenter des rémissions et cependant offrir dès les premiers accès des symptômes caractéristiques de la paralysie générale ; c'est ainsi qu'à Charenton, on a pu observer un malade qui a été reçu dans cet établissement huit à dix fois. Les premières fois, il est sorti guéri d'une mélancolie ; à la dernière il était déclaré paralytique ; néanmoins, M. Calmeil, dès la première entrée, avait indiqué une paralysie générale probable. A l'asile de Blois, j'ai observé une malade atteinte de paralysie générale qui, sous le rapport de la durée, peut paraître extraordinaire : son affection paralytique date de plus de vingt ans.

M. Legrand du Saulle demande si ce ne serait pas là, par exemple, une héréditaire.

M. Lunier répond affirmativement, et fait remarquer combien il est important de tenir compte de tous ces faits.

M. le Président, après un court débat, met en tête de l'ordre du jour de la prochaine séance, la lecture du rapport

sur les observations de M. Azam et, à la suite, la discussion sur la question de la paralysie générale.

La séance est levée à six heures.

Dr ANT. RITTI.

---

*Séance du 29 octobre 1877.* — Présidence de M. BILLOD.

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

*Correspondance manuscrite.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de remerciement de MM. Bini et Sisteray ;

2° Une lettre de M. le Dr GALLOPAIN, sollicitant le titre de membre correspondant, avec l'envoi de la liste de ses travaux et d'une observation inédite de cancer encéphaloïde du cerveau chez un épileptique ;

Commission : MM. Legrand du Saulle, Falret et Dagron, rapporteur.

3° Une lettre de M. le Dr RUDOLPH ARNDT, professeur de psychiâtrie à Greifswald, sollicitant le titre de membre associé étranger.

Commission : MM. Dagonet, Dumesnil et J. Falret, rapporteur.

*Correspondance imprimée.*

La correspondance imprimée comprend les travaux suivants :

1° *Etude sur la folie puerpérale*, par G. Rocher, interne des asiles de la Seine ;

2° *Mémoires de la Société de médecine de Nancy* ;

3° *Bulletins de la Société de médecine légale*, t. IV, 2e fascicule ;

4° *Plusieurs brochures* de M. Miraglia, sur divers sujets de médecine mentale ;

5° *La folie à deux*, par les docteurs Ch. Lasègue et J. Falret ;

6° *Année médicale de Caen et du Calvados* ;

7° *La Tribune médicale* ;

8°. M. LEGRAND DU SAULLE fait hommage à la Société, au nom du professeur de Krafft-Ebing, de Gratz, en Styrie, d'une brochure dans laquelle ce savant aliéniste énumère, en les analysant le plus souvent, les travaux publiés sur la littérature psychiâtrique, de 1866 à 1875. Comme on peut le voir

par la lecture de ce travail, M. de Krafft-Ebing est très au courant des publications françaises sur l'aliénation mentale.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la promotion de M. Baillarger au grade d'officier de la Légion d'honneur et lui annonce le décès de M. Albrecht Erlenmeyer, membre associé étranger.

La Société procède ensuite à la nomination d'une commission chargée de s'occuper de toutes les questions relatives au congrès international de médecine mentale qui doit se tenir à Paris, l'année prochaine. Cette commission est composée, outre le bureau, de MM. Blanche, Dumesnil, J. Falret, Legrand du Saulle et Lunier.

## *Discussion sur la paralysie générale.*

### *(Suite.)*

M. JULES FALRET ne cherchera pas, dans cette communication, à envisager la question de la paralysie générale dans son ensemble ; il ne s'appliquera qu'à préciser quelques points sujets à discussion. Depuis les travaux de Delaye, de Bayle, de Calmeil, etc., l'étude de la paralysie générale s'est considérablement étendue ; depuis vingt ans, surtout, des faits nouveaux et importants ont été reconnus, non-seulement des faits particuliers, mais aussi des faits généraux. Toutes ces acquisitions faites sur la science exigent une refonte, pour ainsi dire complète, de l'histoire de la paralysie générale. Exposons ici quelques-unes de ces acquisitions.

Et d'abord la question de la *durée de la maladie*. Il y a trente ans la durée moyenne de cette affection n'était pas mise en doute; tous les auteurs admettaient qu'elle oscillait entre six mois et trois ans. Mais cette opinion, résultat d'observations exclusivement faites dans les asiles d'aliénés, ne peut plus être acceptée aujourd'hui et l'on admet maintenant que les faits de paralysie générale présentent au point de vue de la durée la plus grande diversité. Ainsi, si l'on peut observer des cas à marche rapide, de véritables cas de paralysie générale aiguë, il en est d'autres au contraire dont la chronicité est très-longue, qui durent cinq, six, dix ans et même davantage.

Un second fait qu'ignoraient les premiers auteurs qui ont écrit sur cette maladie, c'est celui des *rémissions*. Autrefois, en effet, on admettait que la paralysie générale était régulièrement progressive et que, si elle présentait quelques pa-

roxysmes suivis de courtes rémittences, elle n'en était pas moins continue. Aujourd'hui, tout en admettant pour la majorité des cas ce que nous ont enseigné nos prédécesseurs, nous reconnaissons qu'il y a un grand nombre de faits, dans lesquels se présentent des rémissions. Ces rémissions ne sont pas seulement des modifications dans le degré d'intensité de la maladie, mais des changements complets et quelquefois même elles peuvent être considérées comme de véritables guérisons. Les malades, qui se trouvent dans ce cas, conservent, il est vrai, un peu d'affaiblissement intellectuel, quelques symptômes physiques ; mais à première vue ils paraissent presque guéris. Cette question a, comme on le pense, une grande importance pour la théorie et la pratique ; elle présente beaucoup d'intérêt au point de vue de la médecine légale et en particulier de la capacité civile.

Un troisième point sur lequel il faut maintenant insister est la distinction qui a été établie de *formes variées de paralysie générale*. Autrefois on ne décrivait qu'une forme, la forme commune, présentant une marche et des symptômes toujours identiques : c'est-à-dire la manie ambitieuse, l'excitation maniaque, la démence, des accès congestifs, la paralysie des membres inférieurs, les troubles de la parole, puis des escharres, et enfin la mort. Est-ce là la forme unique? Depuis longtemps on n'oserait plus l'affirmer; car de nombreuses variétés ont été décrites au point que M. Lasègue a pu dire justement que la paralysie générale était non une espèce de maladie, mais un genre. Nous allons essayer non pas de décrire ici, mais d'indiquer quelques-unes de ces variétés, constituant dès maintenant des espèces diverses d'affections paralytiques.

Dans une première catégorie rentrent tous les malades atteints de cette forme appelée *paralysie générale simple* ou *sans délire* et dont MM. Baillarger, Lunier, Brierre de Boismont et Sandras ont publié un grand nombre d'exemples. Dans ces cas les phénomènes paralytiques prédominent sur les symptômes mentaux. Les malades peuvent rester longtemps — plusieurs années — dans ce degré et quand l'affaiblissement mental arrive, c'est presque toujours sans qu'il y ait eu conceptions délirantes antérieures.

Une seconde forme est la *forme médullaire* ; on en doit la description aux travaux de Westphal et de Magnan. La maladie débute par des symptômes médullaires, par des phénomènes

d'ataxie locomotrice, on voit quelquefois de l'amaurose, des altérations des nerfs crâniens, puis viennent les symptômes de la paralysie générale. M. Baillarger, le premier, a publié trois observations sur les rapports qui existent entre la paralysie générale et l'ataxie locomotrice ; depuis, M. Foville fils a publié un travail sur le même sujet, sur la paralysie générale par propagation. Parmi les malades atteints de cette forme médullaire, les uns arrivent à la forme de paralysie que nous avons décrite sous le nom de paralysie générale simple ; les autres se transforment en paralytiques généraux types ; la maladie alors dure peu longtemps, le délire aigu survient, puis des convulsions et enfin la mort.

La troisième variété est la *variété épileptique*, qu'il est souvent difficile de distinguer de l'épilepsie ordinaire. Cependant la caractéristique de la paralysie épileptique, c'est que les attaques d'épilepsie ne surviennent qu'à un âge déjà avancé ; le bromure de potassium a sur ces malades une action aussi favorable que sur les épileptiques ordinaires. Pendant plusieurs années les malades dont nous parlons peuvent rester dans cet état ; ils ont des attaques par séries, avec des intervalles quelquefois assez longs ; seulement on constate chez eux un plus grand abaissement intellectuel, des troubles mentaux plus sérieux que dans l'épilepsie ordinaire. Enfin apparaissent les symptômes de la paralysie générale. M. Billod a, le premier, en France, insisté sur le rapport qui existe entre l'épilepsie et la paralysie générale. Il existe, dans la science, un exemple célèbre de cette variété, c'est celui du comte Chorinsky. On connaît tous les détails de ce procès, dans lequel Morel joua un grand rôle et l'on sait aussi que l'autopsie donna raison à l'aliéniste français. Le Dr Hagen a publié un ouvrage très-intéressant sur ce fait avec les détails anatomo-pathologiques.

Une quatrième variété est la *forme mélancolique*. Cette forme, dont on trouve un exemple dans l'ouvrage de Bayle, ne doit pas être confondue avec le stade mélancolique que l'on observe dans la forme commune, au début ; ni avec la période mélancolique de la forme circulaire de la paralysie générale, dont un élève de M. Billod, M. Fabre, a publié plusieurs cas. Dans la variété dont nous parlons, la mélancolie n'existe pas seulement au début, mais pendant tout le cours de la maladie ; en outre c'est une lypémanie à conceptions délirantes particulières et surtout cette lypémanie à délire hypochondriaque, que M. Baillarger a décrite le premier. Les malades disent qu'ils ont une

tête de fer, une tête de cheval, une tête d'animal quelconque ; ils n'ont plus de gorge, plus d'estomac, plus de ventre ; leurs conduits naturels sont bouchés, etc. Il y a un refus d'alimentation obstiné, et en particulier une répugnance profonde pour la viande. Cette cause amène un grand amaigrissement ; mais comme cet état mélancolique s'accompagne d'une lésion profonde de la nutrition, ces malades maigrissent alors même qu'ils mangent beaucoup. En outre on constate une augmentation excessive de l'urine. Cette augmentation porte et sur la quantité et sur la qualité; ainsi il y a surabondance de sécrétion urinaire comme chez les polyuriques ; mais on constate aussi un excès d'urée et pas de sucre. On comprend que ces troubles amènent rapidement un état cachectique profond et la production d'escharres. Mais fait curieux, cet état qui peut durer plusieurs mois ne se termine pas toujours par la mort ; souvent en effet une amélioration rapide se produit et même la guérison. Les cas de ce genre peuvent se rapprocher de ceux cités par M. Baillarger, c'est-à-dire des faits de rémissions à la suite de suppurations prolongées.

Nous pourrions encore citer d'autres variétés, mais ce que nous avons dit suffit pour préciser ce fait, que l'histoire de la paralysie générale est à refaire. Certes il ne s'agit pas ici de méconnaître les services rendus à la science par les anciens observateurs ; mais il ne faut pas non plus fermer toute issue au progrès. Il est un fait établi, c'est que des observations cliniques nouvelles ont été recueillies et qu'elles sont inexplicables par l'ancienne théorie. Une nouvelle théorie, qui se produira tôt ou tard, devra naître pour grouper tous les faits. Peut-être cette théorie, qui arrivera à concilier toutes les opinions, faudra-t-il la demander à l'étude anatomo-pathologique de la maladie ? On sait aujourd'hui — et M. Luys l'a démontré dans une des dernières séances — que la paralysie générale est une sorte de sclérose cérébrale. Ne pourrait-on pas admettre qu'il y a diverses variétés de sclérose cérébrale, de même qu'il y a diverses variétés de sclérose de la moelle ? L'avenir nous éclairera sur ce sujet ; en attendant il appartient à la clinique de rassembler les faits. Dans tous les cas il est impossible aujourd'hui d'affirmer qu'il n'y a qu'une seule forme de paralysie générale ; tout au plus peut-on admettre qu'il y a dans toutes les variétés de cette affection un *dessous* commun sur lequel viennent se greffer des symptômes variés, produisant alors de véritables maladies distinctes.

M. Baillarger. M. Falret vient de tracer un tableau très-exact et très-complet des faits nouveaux dont l'histoire de la paralysie générale s'est enrichie depuis vingt ans ; mais je crois devoir faire remarquer que ce tableau ne se rattache qu'indirectement à la question en discussion, c'est-à-dire aux *rapports des folies* simples et des *folies paralytiques*. Cependant je ferai quelques observations sur plusieurs des points abordés par M. Falret.

Quant aux rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale par exemple, je crois devoir rappeler que les malades atteints d'ataxie locomotrice ont assez souvent des congestions cérébrales et qu'il n'y a point à s'étonner, en dehors même de la progression de l'affection de la moelle, de voir éclater chez quelques-uns la forme maniaque de la paralysie générale. Tel était le cas d'un malade de M. Marchand, de Toulouse, qui atteint d'ataxie eut un accès de manie ambitieuse avec embarras de parole, accès qui guérit après 4 mois de durée.

Quant aux paralysies générales à la suite des accès d'épilepsie, il y a, je crois, à distinguer deux choses. On constate en effet de véritables paralysies générales accompagnées même du délire ambitieux chez des épileptiques ; mais dans des cas plus nombreux on observe chez eux, après une longue durée de la maladie, un état avancé de démence avec lésion générale des mouvements. Cette démence semi-paralytique ne s'accompagne pas d'embarras de la parole et ne correspond pas aux mêmes lésions que la paralysie générale.

M. Falret a paru en présence de la variété des faits que présente la folie paralytique, incliner à voir dans cette maladie un genre qu'il faudrait diviser en plusieurs espèces.

Je ne crois pas qu'il y ait lieu d'établir ainsi plusieurs espèces différentes. Toutes les variétés aboutissent à une démence paralytique ayant des symptômes, une marche et des lésions qui lui sont propres : La paralysie générale malgré ses variétés de début est donc une entité morbide bien définie.

La séance est levée à six heures.

Dr Ant. Ritti.

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

## JOURNAUX FRANÇAIS.

(Année 1873-1874.)

### Gazette hebdomadaire.

1° *Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium*; par M. Edv. Clarke et R. Amory (de Boston), trad. de l'anglais, par M. Labadie-Lagrave (n° 1 à 6 de l'année 1873).

Voici les conclusions de cet important travail :

1° Les muqueuses absorbent facilement le bromure de potassium toutes les fois qu'on les met en contact avec lui.

2° La peau absorbe facilement le bromure si la solution de ce médicament est à une température inférieure à 75 degrés Farenheit (environ 24° centigrades); si la température dépasse 96 degrés F. (environ 35°, 5 cent.), l'absorption n'a pas lieu.

3° L'élimination se fait par la peau et par les reins ; la salive étant une sécrétion, la présence de ce médicament dans ce liquide ne prouve pas que l'élimination s'opère.

4° A doses thérapeutiques, le bromure ne s'élimine ni par les intestins ni par les poumons.

5° Le bromure de potassium traverse l'organisme sans se décomposer. Claude Bernard ayant démontré que la plupart des transformations chimiques que subissent les médicaments s'opèrent dans les reins, la théorie du Dr Bill qui admet un échange mutuel, dans le sang, entre les chlorures et les bromures me semble erronée. S'il y a échange, il se fait dans les reins ou en d'autres termes hors de l'économie.

6° L'effet du médicament s'opère par l'action directe qu'exerce celui-ci sur les vaisseaux sanguins où sur le système vasomoteur d'où dépend la contraction de ces vaisseaux. Cette explication est applicable à toutes les conditions physiologiques où thérapeutiques auxquelles donne lieu l'administration du médicament.

7° Il est probable que l'action du médicament ne varie pas en raison inverse des doses administrées. Plus forte est la dose,

plus forte et plus durable sera l'action sur le système vaso-moteur.

8° L'action du bromure sur le système nerveux en général est une action secondaire connexe de celle que subissent les vaso-moteurs. Que cette action se fasse sentir sur certaines parties congestionnées, cela n'est pas contraire au lois de la physiologie. L'état pathologique du malade ne lui permettant pas de résister aux influences perturbatrices, les vaisseaux sanguins se dilatent et par conséquent sont surchargés : la présence du médicament détermine une action contraire qui fait contracter les vaisseaux. Cette influence s'exercerait sur la partie malade de l'organisme plus puissamment que sur la partie saine.

9° L'action du bromure d'ammonium est presque à tous égards la même que celle du bromure de potassium. Plus de vingt expériences ont confirmé la vérité de ce que j'avance.

2° *Cas de pachyméningite* ; leçon clinique de M. le professeur Béhier, recueillie par M. Liouville (1873, n° 10).

Observation intéressante à tous égards notamment sous le rapport des difficultés que présenta le diagnostic. Le malade qui en fait le sujet était âgé de cinquante ans ; adonné depuis l'âge de 15 ans aux excès alcooliques, il présentait au moment de son entrée à l'hôpital une certaine obtusion intellectuelle, le regard indécis, la langue lourde, mais non embarrassée, les membres, surtout les membres supérieurs, agités par un tremblement particulier, continuel, rhythmique, un peu de contracture du bras droit, un défaut de précision des mouvements. La sensibilité cutanée était conservée et il y avait même un peu d'hyperesthésie sur un point de la cuisse gauche ; pas de fièvre; quelques râles ronflants disséminés.

Trente-six heures après son entrée le malade tomba dans le sommeil et succomba assez inopinément dans la nuit.

L'autopsie révéla l'existence dans la fosse temporale gauche d'une tumeur dure et volumineuse adhérant à la dure-mère et correspondant au tiers moyen du lobe sphénoïdal du cerveau. En ce point, la face externe de la méninge paraît épaissie, tandis qu'en avant elle est comme érodée et réduite à sa trame fibreuse.

La tumeur est constituée par une masse intra-méningée, immédiatement placée sous la dure-mère. Elle mesure 9 centi-

mètres de long et 5 centimètres de large, est ovoïde et excavée, d'apparence et de consistance comme osseuses, rappelant l'aspect d'un os de sèche.

A la coupe, on trouve des alvéoles circonscrites par des parois dures et renfermant un magma grisâtre caséeux.

L'examen microscopique démontre qu'on a affaire à une tumeur résultant très-probablement d'anciens hématomes qui se sont calcifiés dans certains points, caséifiés dans d'autres.

Hypérémie très-manifeste de la pie-mère avec léger épanchement séreux; sur plusieurs points, surtout à la base du cerveau, granulations miliaires au niveau desquelles l'hypérémie est plus prononcée (méningite tuberculeuse.)

A la face supérieure du cerveau, les deux lobes sont recouverts de membranes très-épaissies qui se détachent tout d'une pièce ; pie-mère épaissie, mais non adhérente : il n'y a donc pas de méningo-encéphalite.

Les circonvolutions de la partie moyenne du lobe gauche sont comme légèrement aplaties, comme tassées.

Granulations tuberculeuses dans le poumon.

Il s'agissait donc dans cette observation d'une pachyméningite en voie d'incrustation calcaire.

Quant à la mort, elle n'a pas été, comme M. Béhier l'avait supposé, le résultat d'une nouvelle hémorrhagie; elle a été déterminée par la méningite tuberculeuse, qui constituait une complication grave de la pachyméningite et rendait le diagnostic difficile.

M. Béhier discute, à l'occasion de cette observation, les diverses théories qui ont été émises sur le mode de formation des fausses membranes de la dure-mère; il se rattache à l'opinion de ceux qui croient que la phlegmasie des méninges précède toujours l'hémorrhagie et que les fausses membranes se composent de feuillets successivement développés sur la face profonde de la dure-mère.

3° *De la nature de la méningite cérébro-spinale épidémique* ; par M. le Dr Laveran (1873, n° 20).

M. Laveran croit que la méningite cérébro-spinale est une forme anomale de la scarlatine, comme le catarrhe suffocant est une forme larvée de la rougeole.

4° *Considérations critiques sur la nature de la méningite cérébro-spinale épidémique*; par M. le professeur Chauffard (1873, nos 23 et 24).

M. Chauffard combat avec d'excellents arguments les idées émises par M. Laveran, sur la nature de la méningite cérébro-spinale épidémique; pour lui, cette maladie n'est autre qu'une fièvre purulente à détermination locale sur les méninges.

5° *De la méningite et de l'encéphalite syphilitiques*; par M. le Dr Lancereaux (1873, n° 32).

Etude intéressante, dont nous ne pouvons malheureusement donner qu'un résumé succinct.

*Méningite syphilitique*. La dure-mère est de toutes les enveloppes cérébrales, celle qui subit le plus fréquemment les atteintes de la syphilis. Les lésions syphilitiques de la dure-mère sont constituées par l'épaississement de la membrane, qu'infiltre un néoplasme plus ou moins abondant; tantôt elles sont dues à des formations jaunâtres, caséeuses, étalées ou circonscrites sous forme de tumeurs, ayant le volume d'un grain de chènevis, d'une noisette ou d'une noix, peu vasculaires, fermes, mais susceptibles de se ramollir, par le fait de la métamorphose régressive que subissent leurs éléments constitutifs.

Les méninges molles, qui souvent participent à l'altération de la dure-mère, sont quelquefois aussi affectées isolément.

Les troubles fonctionnels liés aux dépôts syphilitiques de la dure-mère et des méninges molles varient avec le siége, l'étendue de ces lésions et le degré de compression qu'elles déterminent. Dans les cas d'affection de la dure-mère cérébrale, les symptômes consistent en une céphalée plus ou moins violente, avec exacerbations nocturnes qui, souvent, s'accompagnent de vertiges, d'étourdissements, d'accès épileptiformes, rarement d'une paralysie hémiplégique, à moins d'une obturation artérielle concomitante. On observe, en outre, des signes particuliers subordonnés au siége anatomique de la lésion: aphasie passagère, vomissements, photophobie ou strabisme, plus rarement contracture ou paralysie, léger affaiblissement de l'intelligence, perte subite de connaissance, avec ou sans attaques convulsives.

L'épilepsie syphilitique présente des caractères particuliers tels que la succession rapide des accès, avec coma dans les intervalles, perte incomplète de connaissance et quelquefois hémiplégie consécutive; le plus souvent sans aura, ni cri

initial, ni écume à la bouche. Parfois, un petit nombre de muscles ou quelques groupes seulement entrent en convulsion et ces muscles occupent d'ordinaire la moitié du tronc ; puis, des groupes différents de muscles peuvent être successivement atteints. L'épilepsie syphilitique, d'ailleurs, survient habituellement sans cause appréciable, à un âge avancé de la vie. Enfin, la céphalée et les vertiges qui précèdent ordinairement les attaques, persistent dans les intervalles.

Lentes dans leur développement, les affections syphilitiques des méninges ont quelquefois une marche intermittente, surtout à leur début ; plus rarement continues et progressivement croissantes, elles peuvent durer pendant des années, s'il ne survient aucune complication. Elles guérissent dans un certain nombre de cas.

*Encéphalite syphilitique*. Le cerveau peut, sous l'influence syphilitique, devenir le siége d'une altération qui, suivant son degré d'acuïté et sa durée, se traduit tantôt par une induration partielle, tantôt par un foyer de ramollissement, modification en tout comparable histologiquement à l'hyperplasie conjonctive diffuse, qu'on constate dans d'autres organes.

L'encéphalite circonscrite ou gommeuse est plus commune et mieux connue que l'encéphalite syphilitique diffuse ; les observateurs en ont depuis longtemps signalé l'existence aussi bien dans le cervelet que dans le cerveau, et la plupart des faits rapportés sont remarquables par la coexistence avec les tumeurs cérébrales de lésions diverses, manifestement syphilitiques.

Les tumeurs gommeuses de l'encéphale, assez semblables, à une certaine période, aux tubercules, aux tumeurs connues sous le nom de gliome et de sarcome, offrent plus tard de l'analogie avec les kystes séreux ou hémorrhagiques anciens.

Des lésions dont le siége est si variable devaient déterminer et déterminent, en effet, des symptômes très-divers ; aucun désordre cérébral ne leur est étranger. Cependant, grâce à des localisations morbides assez spéciales, les manifestations symptomatiques peuvent se rattacher à un petit nombre de types cliniques, assez nettement définis.

L'un de ces types a pour principal caractère une paralysie plus ou moins étendue, qui revêt d'ordinaire la forme hémiplégique, dont le début est tantôt insidieux, tantôt brusque et qui est fréquemment accompagné de roideur ou de contracture, surtout quand elle est ancienne. Elle ne détermine pas d'atroph

musculaire, et il s'y joint rarement des phénomènes convulsifs.

Assez généralement, on observe en même temps de l'hébétude, la diminution ou la perte graduelle de la mémoire, et surtout de l'aphasie, plus ou moins accusée, principalement dans les cas d'hémiplégie droite.

Dans un second type, les troubles intellectuels s'accentuent progressivement de façon à constituer un état de véritable démence, qu'il est parfois assez difficile de distinguer de la démence paralytique.

Dans un troisième et dernier groupe, rentrerait une série de symptômes se rattachant à la présence de gommes dans l'encéphale. Une céphalée plus ou moins violente et persistante, des étourdissements, des vertiges, des pertes subites de connaissance ou des attaques analogues aux attaques apoplectiques, quelquefois de la somnolence ou un simple assoupissement, du délire ou du coma, tels sont les symptômes qui ont pour caractère une mobilité et une fugacité peu communes.

Les convulsions épileptiformes s'observent principalement quand les gommes occupent la périphérie de l'encéphale, la paralysie et la contracture, quand le protubérance est spécialement affectée. Enfin, chez quelques malades, le seul symptôme appréciable est une tendance à exécuter des mouvements giratoires ou de manége, ou l'impossibilité de marcher en ligne droite.

Lorsque le cervelet est atteint, les manifestations symptomatiques les plus communes sont des nausées, des vomissements, l'ivresse des mouvements, la titubation dans la marche, des spasmes dans les muscles de la face ou de l'œil, et parfois des troubles de la vision.

Dans les lésions du bulbe, surtout au niveau de son plancher, il se produit de la polyurie, tantôt simple, tantôt accompagnée de la présence du sucre dans l'urine, tantôt enfin avec passage de l'albumine dans les urines.

La marche des affections syphilitiques de l'encéphale est lentement progressive ; leur durée varie entre quelques semaines et plusieurs années ; leur guérison spontanée est rare; mais en général, elles subissent vite l'influence d'un traitement spécial. Toutefois, elles ne disparaissent complétement qu'autant que les éléments nerveux ont conservé leur intégrité, ce qui malheureusement est assez rare quand la maladie a déjà une certaine durée.

Le diagnostic de l'encéphalite syphilitique n'est pas toujours des plus faciles ; pourtant la succession et la modalité des symptômes peuvent mettre presque toujours sur la voie de la cause spécifique.

Le traitement de la syphilis cérébrale consiste dans l'emploi de l'iodure de potassium à la dose de un à quatre grammes dans les vingt-quatre heures. Souvent on se trouve bien de l'association de ce médicament avec le mercure.

6° *De l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique* ; par M. le Dr Magnan (1873, nos 46 et 47).

Ce travail a été reproduit par l'auteur dans son ouvrage sur l'alcoolisme dont M. Foville a donné l'analyse dans les *Annales* (1874, t. XI, p. 488).

7° *Troubles nerveux syphilitiques chez l'homme; névralgies*; par le Dr Desbayes (1873, no 48).

L'auteur conclut de trois faits qu'il a recueillis dans son service d'hôpital que les troubles nerveux syphilitiques de la période secondaire ou tertiaire, observés surtout chez la femme, se rencontrent également assez souvent chez l'homme et affectent principalement chez lui la forme névralgique.

8° *L'endémie du goître et du crétinisme envisagée dans les Pyrénées au point de vue de ses rapports avec la nature géologique du sol*; par M. le Dr Garrigou (1874, nos 17 et 18).

M. Garrigou conclut de ses recherches dans les Pyrénées que le goître endémique est:

« Le résultat de l'action sur l'homme et sur les animaux d'une substance encore inconnue accompagnant les terrains à base de magnésie (surtout les diverses espèces d'ophites). Cette substance peut même arriver à produire le crétinisme soit par action directe, soit en rendant un couple goîtreux capable d'engendrer des enfants crétins. L'hygiène et l'iode sont les deux moyens les plus efficaces de combattre les effets toxiques de cette substance ».

Ces conclusions diffèrent bien de celles que j'ai formulées en 1869 dans l'article sur le crétinisme inséré dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

9° *De l'excitabilité de l'écorce grise du cerveau* ; par M. le Dr Ach. Chéreau (1874, nos 23 et 24).

Etude critique des derniers travaux concernant une très-

intéressante question sur laquelle nous nous sommes assez longuement étendu dans le dernier numéro des *Annales* à l'occasion de l'analyse que nous avons donnée des travaux de la Société de Biologie.

10° *Du délire et du coma digitaliques* ; par M. le Dr P. Duroziez (1874, n° 49).

M. Duroziez croit que la digitale produit bien plus souvent le délire qu'on ne le croit généralement. Le délire passe inaperçu pendant la nuit, ou bien on l'attribue à la maladie.

En principe, toutes les fois qu'il y a anémie, il faut redouter la digitale. Les cerveaux congestionnés par le delirium tremens s'en trouvent bien.

L'auteur ne fait du reste qu'appeler l'attention de ses confrères sur le délire produit par la digitale; il n'a pas encore observé un assez grand nombre de cas pour tracer les caractères distinctifs du délire digitalique.

11° *Attaque d'hystérie chez un homme traitée et guérie par la compression des testicules* ; par le Dr P. Fort (1874, n° 50).

La disparition de l'attaque doit-elle être attribuée à la compression des testicules, ou à la douleur qu'elle provoque ? l'auteur hésite à se prononcer, et rien dans l'observation ne nous permet d'émettre une opinion à ce sujet.

L. Lunier.

---

## JOURNAUX ANGLAIS

### Le Mental Science.

1er trimestre 1874.

Analyse par MM. les Drs E. Dumesnil et Pons.

TRAVAUX ORIGINAUX :

1° *Leçons sur la folie* (suite), Drs Skae et Clouston ;
2° *Hallucinations auditives*, par le Dr G. Fielding Blandford ;
3° *La perception du temps dans la maladie mentale* ; par le Dr W. A. F. Browne ;
4° *Quatre asiles départementaux dans le nord-ouest de la France*, par le Dr J. Wilkie Burman.
*Notes et observations cliniques*, analyses, revues, nouvelles, etc.

La suite des leçons du Dr Skae est consacrée à l'étude sommaire des espèces morbides contenues dans sa nomenclature.

La *folie épileptique* vient la première, et il s'en félicite, dit-il, car elle lui permet : 1° d'aller au-devant de l'objection faite à sa classification, à savoir, que les symptômes de l'ordre mental peuvent essentiellement différer dans des cas qu'il rapporte à une commune cause (manie chez l'un, monomanie chez l'autre, démence chez un troisième). C'est incontestablement vrai, et pourtant qui a jamais mis en question la convenance de ce terme comme une forme de la folie; 2° de montrer que par ce système on obtient ce que l'ancien ne permettait pas, c'est-à-dire de décrire comme une maladie distincte, ce qui tout en pouvant présenter trois genres de symptômes, manie, mélancolie et démence, à différentes périodes de sa course, conserve néanmoins son individualité; 3° de montrer encore, comment, dans une forme de folie où les symptômes maniaques peuvent revêtir le type le plus formidable, la monomanie être persistante et la démence irrémédiable et complète, comment, cependant, dans ces trois états, les symptômes mentaux peuvent présenter et présentent de fait des particularités qui leur impriment le cachet *épileptique*.

L'épilepsie dans l'enfance arrêtant le développement de l'encéphale, il ne peut être question dans cette étude que de l'épilepsie chez l'adulte. Quand la folie l'atteint après une épilepsie de longue date, comme cela est l'ordinaire, il est maniaque, monomaniaque ou dément. Voyons-le dans ces trois états.

Est-il nécessaire de rappeler ici le caractère impulsif des accès maniaques et leur violence inouïe? La bizarrerie commise par quelques-uns de ces malades est aussi à noter. Un épileptique cité par M. Skae avait l'habitude dans ses moments d'excitation de parler sur les Pères de l'Eglise avec un ton de fausset très-élevé; puis, à la première occasion, il se précipitait sur un des assistants à sa portée, lui donnait un coup de pied aux testicules ou cherchait à le jeter par terre et à lui arracher les yeux. Un autre marchait la tête en bas et les pieds appuyés contre le mur. Les épileptiques maniaques sont extrêmement difficiles à maintenir, leurs accès durent depuis quelques heures jusqu'à une dizaine de jours.

La monomanie des épileptiques présente le plus souvent la forme homicide, plus rarement ils sont suicides. On observe aussi fréquemment chez eux des soupçons injustes et des désirs chimériques. Mais il convient d'insister surtout sur le

caractère religieux du délire chez la plupart de ces malades. La conception délirante de nature religieuse s'accompagne fréquemment de tendances homicides.

Le Dr Howden a parfaitement décrit cette phase religieuse de l'épilepsie.

Il est assez curieux de constater l'origine de certaines sectes religieuses qui ont eu pour chefs des épileptiques inspirés. Les visions d'Anne Lée ont fait la religion des *Shakers*. Le délire de Swedenborg a donné naissance à un schisme très-répandu en Suède et en Angleterre. Enfin l'origine épileptique de l'islamisme a été mise en évidence par M. Moreau, de Tours, et l'on peut se demander avec M. Howden comment deux cents millions d'hommes sont, à l'heure actuelle, des fidèles d'une religion enfantée par un cerveau malade.

L'importance de l'impulsion homicide chez les épileptiques, au point de vue médico-légal, est connue de tout le monde et l'auteur insiste avec raison sur ce point.

Les hallucinations de tous les sens sont plus fréquentes dans la folie épileptique que dans toute autre affection mentale. Avant les attaques ou dans l'intervalle des attaques, les malades voient des corps lumineux ou sombres qui menacent de les envelopper. Les hallucinations de la vue ont parfois une grande netteté. Celles de l'ouïe acquièrent une intensité qui les rend très-incommodes et de nature à exaspérer les malades. Ce sont des coups de tonnerre, des décharges d'artillerie, etc.

Certains crimes pour lesquels de malheureux épileptiques ont été sévèrement punis ont été commis sous des influences hallucinatoires. Un homme commet coup sur coup trois meurtres. Il raconte qu'il se croyait environné de flammes, et que la couleur du sang lui faisait du bien (Brierre de Boismont).

Après avoir établi l'existence des hallucinations du goût et de l'odorat, toujours de nature désagréable, l'auteur dit quelques mots d'un phénomène intéressant, l'aura épileptique, qu'il appelle une « hallucination des sensations internes. »

On peut observer l'aura avec les attaques d'épilepsie, avec le petit mal ou même avec la simple absence. Dans tous les cas, les malades peuvent présenter l'impulsion homicide ou suicide. Ici se trouve le résumé d'une observation très-intéressante.

Il s'agit d'un homme qui avait une aura partant des orteils,

produisant une constriction de la poitrine et déterminant une perte momentanée de connaissance. Il y avait ensuite quelques mouvements involontaires des membres. Ce malade n'avait ni conceptions délirantes ni aberrations intellectuelles, mais il était sujet à des impulsions irrésistibles. Un jour il tente de se noyer; une autre fois il se jette sur les personnes, et l'on a peine à le maintenir. Deux ans plus tard s'établissait dans la même direction un développement psychologique intéressant, quoique des crises épileptiques ne se fussent pas encore manifestées, le malade ayant presque chaque jour une vive et frappante hallucination visuelle. Il lisait à haute voix un long paragraphe d'un journal imaginaire. Ce malade n'ayant pas de conceptions délirantes et discernant le bien du mal aurait été responsable devant la loi anglaise s'il eût commis un acte homicide sous l'influence de cette impulsion morbide épileptique.

Il y a peu de chose à dire sur la démence des épileptiques, elle a comme les autres formes mentales, ses effervescences caractéristiques, ses violences aveugles et impulsives et elle offre à un degré plus ou moins marqué, les mêmes hallucinations.

La *folie de puberté* est causée, comme l'indique son nom, par les modifications profondes que subit le système nerveux à l'époque de la puberté. Elle peut naître sous une influence futile, si l'hérédité favorise son développement. Elle est plus fréquente chez les filles que chez les jeunes garçons. M. Blandford met cette prépondérance en faveur du sexe féminin sur le compte de la fonction menstruelle.

Voici les symptômes observés par le docteur Skae chez des jeunes garçons affectés de folie pubère. Les jeunes malades présentent des alternatives d'excitation et de dépression. La première période a comme symptôme prédominant, outre la loquacité et le besoin de mouvement propres à tous les maniaques, un état psychique particulier : une grande opinion de soi-même et une tendance à la fanfaronnade. Le malade est incommode, turbulent, tout chétif qu'il est, il veut se mesurer avec tout le monde; après, vient la phase dépressive, caractérisée par des larmes et une pusillanimité exagérée. Cet état présente plutôt les signes de l'affaissement moral que ceux d'une véritable mélancolie. L'expansion et la tristesse peuvent alterner plusieurs fois. La folie de puberté se complique parfois de chorée ou de catalepsie. Un jeune homme observé par

M. Skae présente d'abord un accès d'agitation caractérisée par des larmes abondantes et le remords d'un péché imaginaire, puis par des tentatives pour déchirer et jeter au feu ses vêtements. Il tombe ensuite dans une sorte de catalepsie, ne répondant pas et refusant toute nourriture. Il se livre enfin à des mouvements bizarres que l'on peut arrêter en le secouant doucement. Cette complication est plus fréquente chez les filles.

La folie de puberté tend vers la démence quand elle se lie à des habitudes d'onanisme. Dans ce cas, on conçoit qu'elle participe, au point de vue de la forme, de la troisième variété morbide, qui va nous occuper maintenant.

A la quatrième page des journaux, servant de réclame à certains docteurs, on trouve sous le titre « débilité » un tableau assez exact des souffrances des onanistes. Elles sont les signes précurseurs de la *folie de masturbation* « faiblesse nerveuse, » dépression physique et mentale, palpitations, bruits dans » les oreilles, indécision, affaiblissement de la vue et de la » mémoire, indigestions, perte de l'appétit, douleurs dorsales, » timidité, défiance de soi-même, craintes sans fondement, et » relâchement musculaire. » Si l'on ajoute à ces symptômes l'aversion pour l'autre sexe, le regard fuyant, la crainte du suicide, dégénérant en une véritable impulsion suicide ou même homicide, on aura un tableau d'ensemble de la folie des onanistes. Ils ont aussi parfois des conceptions délirantes de nature religieuse se croyant coupables de péchés imaginaires et poursuivis pour des crimes. L'état mental qui suit la masturbation excessive est la stupeur.

Cette forme d'aliénation est curable quand l'esprit conserve encore la puissance de contrôle. Lorsque la démence s'annonce par la perte de la mémoire et de l'énergie, une sotte vanité, une grande satisfaction de soi-même, le sujet présente peu de chances de guérison, et l'état mental s'aggrave avec la persistance des habitudes solitaires contractées.

*Le satyriasis et la nymphomanie* se placent à côté de l'affection précédente. Ils en diffèrent par la cause qui réside dans les centres nerveux et non dans une excitation des organes sensuels. En outre, dans ces deux maladies l'excès vénérien est provoqué par un désir pour l'autre sexe.

Comme les quatre vésanies qui précèdent, la *folie hystérique* est liée intimement à la fonction sexuelle. Elle est déterminée par les modifications apportées par la puberté à l'organisation

de la jeune fille en y ajoutant des habitudes probables de masturbation La folie hystérique est marquée, au milieu du désordre maniaque par des symptômes d'un caractère sexuel ou érotique. Elle porte avec elle, pour employer la pittoresque expression de l'auteur, *la marque sexuelle*. « La malade a un » amant, se plaint d'une rétention d'urine, d'une douleur au » voisinage de l'utérus, enfante des souris et des cra- » pauds, etc. » En un mot, l'organe vénérien est impliqué dans le délire hystérique et ce signe seul suffit à caractériser la maladie et à en faire une espèce morbide bien définie.

*Par folie aménorrhéique* il faut entendre l'affection mentale qui se rapporte d'une façon bien évidente à la suppression du flux cataménial.

C'est pour M. Skae une folie sympathique ou réflexe. Elle a son origine dans la périphérie. Les rapports de cause à effet sont ici palpables. Les règles se sont supprimées; la malade en fait quelquefois la remarque elle-même. Les premiers symptômes observés sont ceux qui accompagnent l'arrêt subit du flux ménorrhéique: céphalalgie, rougeur de la face, battement des tempes, vertiges, palpitations, etc.; enfin comme dernière preuve la guérison arrive avec le retour des menstrues.

Les symptômes varient un peu suivant les malades. Chez les jeunes filles robustes, on observe en général de la manie. La malade est violente, déchire, est malpropre ; elle a parfois des tendances au suicide. Il peut y avoir après cette période une phase de mélancolie ou de l'apathie poussée jusqu'à la stupeur. Au début les malades refusent souvent la nourriture.

Les anémiques se comportent un peu différemment. Après une phase d'excitation légère, la malade tombe promptement dans la dépression. Elle a des conceptions délirantes de nature triste, « elle a commis un crime, elle s'est damnée, on » est à sa poursuite... » Elle devient ensuite stupide et se refuse à toute réponse.

Enfin les malades âgées de plus de vingt-huit à trente ans, sont d'emblée profondément mélancoliques avec idées de persécution et hallucinations de la vue. Cet état peut être précédé d'une courte période d'agitation dépressive avec cris et pleurs.

Ces malades guérissent en quatre ou six mois, quand la fonction menstruelle est rétablie. Toutefois quelques cas se terminent par la démence.

Quand la ménorrhagie ou la dysménorrhée se lie à l'alié-

nation mentale, les symptômes sont semblables à ceux de la folie aménorrhéique.

M. Blandford fait à propos de ces aliénations, qui dépendent de la fonction génésique, une remarque très-juste : c'est qu'elles peuvent se combiner et se compliquer réciproquement. Une maladie peut même, comme dans un exemple que nous donne M. Skae, relever de causes multiples et avoir une physionomie complexe. Dans cet exemple la puberté conduit à la masturbation, la masturbation à l'hystérie, qui s'associe elle-même, comme il arrive souvent, à l'aménorrhée.

La folie *post-connubiale* est encore liée aux organes sexuels et mieux à l'*orgasme sexuel*. Elle s'observe chez des individus vigoureux qui ont gardé une continence sévère jusqu'à l'époque de leur mariage. La première nuit de bonheur est suivie chez eux d'attaques de courte durée semblables aux congestions épileptiformes de la paralysie générale progressive. Le plus souvent les symptômes présentés par ces malades sont ceux d'une démence aiguë. Ils sont stupides et incapables de répondre. Ces symptômes sont passagers et le pronostic est favorable. Chez les femmes les désordres sont plus graves, c'est notamment un changement d'humeur qui fait que la femme déteste l'homme pour lequel elle avait de l'adoration. De pareils malades sont dangereux pour eux-mêmes et pour les autres. Le délire suicide est surtout d'une intensité qui mérite toute la sollicitude du médecin, les malades déployant pour arriver à leurs fins une adresse incroyable.

Les excès sexuels qui suivent le mariage donnent lieu à des désordres d'un autre genre, au *tabes dorsalis*, à la manie aiguë, et, suivant le docteur Blandford, à la paralysie générale.

Cette partie du travail du docteur Skae se termine par une observation trop curieuse pour que nous ne la résumions pas. Un homme âgé de quarante-deux ans, après de longues années passées dans les affaires, se marie et présente, immédiatement après ses noces, les symptômes de la folie post-connubiale, caractérisée, comme on sait, par une haine spontanée et injustifiable contre sa femme qu'il menace de tuer. Celle-ci a le courage de cacher l'état mental de son mari pendant quatre années après lesquelles la maladie change de forme. Il s'éprend tout à coup de sa femme et ses ardeurs ont pour résultat de le rendre père, mais à partir de ce moment il tombe en démence et meurt peu après de paralysie générale progressive.

2° A la quatrième réunion de l'association médico-psychologique de Londres, M. Blandford lit une monographie très-intéressante sur les hallucinations de l'ouïe. Les hallucinations de l'ouïe et de la vue sont celles dont l'observation est la plus commune; il en fait une étude comparative. Ces dernières appartiennent surtout aux périodes aiguës de la folie. Le délire et la manie aigus, le *delirium tremens*, les fièvres graves donnent lieu à des hallucinations de la vue. Ces désordres ne sont que transitoires et cessent complétement dans les cas de non-guérison, aussitôt que la maladie prend la forme chronique. Néanmoins cette règle n'est pas absolue.

Au contraire, les hallucinations de l'ouïe apparaissent chez les aliénés chroniques et lorsque la maladie mentale a quitté l'état aigu. Il y a, au début de chaque affection mentale, une période passagère aiguë ou subaiguë. Les symptômes d'excitation peuvent disparaître, mais les hallucinations de l'ouïe, « les voix » persistent.

Les hallucinations de la vue sont la conséquence de l'épuisement, de l'asthénie. On les voit, en effet, chez des malades affaiblis par une violente agitation, chez les fébricitants dont les forces sont prostrées par une fièvre intense. Les hallucinations de l'ouïe au contraire se montrent chez des hommes vigoureux, et sont compatibles avec une santé physique relativement bonne.

Chez l'homme sain, les hallucinations sont possibles; mais tandis que celles de la vue sont assez fréquentes, celles de l'ouïe sont extrêmement rares. On comprend aisément l'importance de ce point en médecine légale.

Comment expliquer l'incurabilité presque constante et la persistance des hallucinations de l'ouïe? L'auteur établit d'abord que l'hallucination n'a pas sa source dans les organes externes. L'œil et l'oreille ne sont pour rien dans la perception de l'image ou de sons imaginaires. Il y a dans le cerveau, en un endroit que l'expérience n'a pas encore su relever, un centre qui a pour fonction de servir d'intermédiaire entre les sens et les circonvolutions. C'est ce centre qui est le générateur de l'hallucination. Il nous arrive souvent d'être tourmentés d'un air musical que le souvenir nous apporte malgré tous nos efforts, cet air nous poursuit sans relâche. Ce phénomène est de même ordre que l'hallucination, seulement l'un est physiologique, l'autre pathologique. Tous les deux ont leur siége dans cette portion intermédiaire des centres cérébraux non encore

connus, que M. Brandford croit être la moelle allongée. Cette *oreille* interne du cerveau, pour l'appeler comme l'auteur, subit par les causes pathologiques, des altérations de structure qui en vicient les fonctions pour longtemps sinon pour toujours. Ainsi s'explique la persistance de ce phénomène morbide.

Recherchant ensuite sa fréquence dans les différentes affections mentales, M. Blandford constate d'abord qu'il ne l'a pas trouvé chez les malades devenus aliénés à un âge avancé de la vie, c'est-à-dire après la soixantième année. En effet, la folie climatérique est une mélancolie sans hallucination et cette circonstance nous rend compte de sa curabilité habituelle.

Les hallucinations de l'ouïe sont tout aussi rares chez les aliénés âgés de moins de trente ans. Quand elles existent, ce symptôme rend le pronostic fâcheux, quelle que soit la jeunesse du malade. On les voit s'améliorer sans guérir et l'on finit par découvrir qu'ils entendent des voix. On a alors l'explication de la persistance des troubles intellectuels. Dans la paralysie générale progressive, la gravité du pronostic est imputable aux altérations organiques de la surface corticale. Il n'y a pas habituellement d'hallucination de l'ouïe, parce que le siége de la légion morbide n'est pas celui de l'hallucination.

En recherchant maintenant dans les différentes vésanies décrites par M. Skae la fréquence des hallucinations de l'ouïe, on arrive aux résultats suivants.

Nous avons déjà vu que la folie de puberté et la folie climatérique sont exemptes des hallucinations de l'ouïe, et que cette circonstance rend leur pronostic favorable. Par contre, les maladies de l'âge mûr sont exposées à cette complication et guérissent difficilement. Une autre espèce morbide appelée par M. Clouston folie héréditaire de l'adolescence est aussi marquée par des hallucinations de l'ouïe. Cette affection mentale qui atteint, suivant ce médecin, les jeunes gens âgés de vingt-cinq à trente ans, embrasserait un grand nombre de cas de folie accompagnés d'hallucinations auditives.

La folie idiopathique, dans laquelle l'hérédité est une circonstance aggravante, a des hallucinations de l'ouïe. On les trouverait aussi chez les masturbateurs ; toutefois l'auteur réserve ce dernier fait, il nécessite pour être définitivement acquis, de nouvelles études et l'on doit se demander, par

exemple si l'onanisme est la cause de la folie, s'il coïncide avec elle ou s'il en est la conséquence.

La fréquence des hallucinations de l'ouïe dans le groupe de maladies mentales liées à la fonction génésique : satyriasis, nymphomanie, folies hystériques, aménorrhéique, post-connubiale, ovarique, puerpérale, de gestation et d'allaitement a été incomplétement étudiée par M. Blandford qui croit néanmoins pouvoir affirmer qu'elles n'existent pas dans la folie de gestation, et qu'on les observe, mais rarement, dans la première période de la folie puerpérale. Elles dépendent alors de l'irritation utérine ou ovarique. Il les a constatées deux fois chez des jeunes femmes mariées à des hommes âgés et privées d'enfants.

L'alcoolisme est souvent compliqué d'hallucinations de l'ouïe. On entend ici, bien entendu, non le *delirium tremens* ou la dipsomanie, mais l'alcoolisme chronique, résultant de l'abus prolongé des boissons.

Le phénomène des voix est rare dans les variétés suivantes folie hypochondriaque, sénile, phthisique, métastatique, rhumatismale, goutteuse et syphilitique. La folie post-fébrile a plutôt des hallucinations de la vue. Il ne faut pas non plus rechercher les hallucinations de l'ouïe dans les folies choréiques et anémiques et, en général, dans toute aliénation liée à une autre maladie physique.

Les illusions constituent un trouble aussi grave que les hallucinations de l'ouïe. Par la théorie qu'il en donne, l'auteur paraît les considérer comme de véritables hallucinations ; « l'oreille interne du cerveau » stimulée par une impression quelconque de l'organe externe, entre en activité et produit des voix. C'est donc une véritable hallucination qui a seulement besoin pour se produire d'une excitation de l'organe extérieur. Elle peut avoir un caractère extrêmement dangereux. Un homme entendait, chaque fois qu'on marchait près de lui, des voix qui lui enjoignaient de commettre un meurtre. On doit donc attacher la même importance à l'illusion qu'à l'hallucination elle-même. Il n'en est pas de même du simple bruit dont se plaignent certains malades. Il ne détermine pas chez eux la même exaspération. Il n'offre pas la même persistance et d'ailleurs les malades finissent par s'y habituer.

Quelques-uns contractent aussi pour l'hallucination une véritable assuétude. Tout convaincus qu'ils sont de la réalité des voix qu'ils entendent, il les souffrent patiemment et

vaquent à leurs affaires. Ces malades ne sont généralement pas susceptibles d'amélioration malgré la forme bénigne de leur désordre mental.

En 1855 et 1856 eut lieu à la Société médico-psychologique de France, un long débat sur la nature pathologique des hallucinations. Reprenant cette étude, M. Blandford se demande 1° si les hallucinations peuvent arriver dans l'état normal ; 2° si elles sont compatibles avec l'état de santé mentale. Il répond d'abord que les hallucinations de quelque nature qu'elles soient sont sous la dépendance d'un désordre de l'organe cérébral ou de la circulation du cerveau. En second lieu, elles sont l'indice d'une altération intellectuelle pathologique, quand le sujet n'est pas en état de les corriger par le raisonnement et la réflexion et d'en reconnaître l'inanité.

Le pronostic des hallucinations de l'ouïe est extrêmement fâcheux. Les malades qui en sont affectés sont les plus impatients et ceux qui guérissent le moins. Ils peuvent être dangereux, et la plus grande partie des homicides sont imputables aux hallucinations de l'ouïe. On doit surveiller ces malades avec d'autant plus d'attention que leur disposition morale peut changer tout à coup et qu'ils peuvent passer spontanément de l'aménité la plus douce à une fureur aveugle.

Les voix peuvent disparaître momentanément et reparaître plus tard. Cette considération rend M. Blandford sceptique au point de douter d'une guérison possible. Il ne faut pas oublier aussi que certains hallucinés sont capables de dissimuler leurs hallucinations auditives, sachant qu'elles font obstacle à leur sortie de l'asile. Il faudra alors une étude attentive du malade et de sa conduite pour arriver à découvrir son état mental. Les hallucinations de l'ouïe n'ont aucune tendance à disparaître. Elles persistent même alors que le malade est capable de les corriger comme dans un cas de Sir H. Holland cité au courant de cette étude. Aussi doit-on se défier des affirmations d'un malade qui dit ne plus entendre ses voix. Il est raisonnable, sa famille le réclame, méconnaissant le caractère grave de ces hallucinations. Or quand elles existent, l'état du malade, loin de tendre vers la guérison, s'aggrave au contraire tous les jours. Le diagnostic des hallucinations de l'ouïe peut être difficile, on y arrive en observant le malade seul et à son insu.

Les hallucinations de l'ouïe sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Sur 34 femmes qui sont dans l'asile du docteur Blandford, 14 et peut-être 16 ont des halluci-

nations de l'ouïe, tandis qu'il n'a que 9 hallucinés sur 43 hommes.

3° Comment nous vient la notion du temps? Dans un mémoire lu à l'association médico-psychologique d'Edimbourg, M. Browne entreprend de traiter cette question difficile, résolue si diversement par les écoles philosophiques. Chaque groupe de philosophes comprend en effet la chose à sa manière. Les uns confondent l'idée de temps avec celle d'étendue et affirment que la notion du temps s'acquiert avec celle des mouvements de nos muscles, l'expérience établissant une comparaison entre ces mouvements et leur durée. Les autres placent cette notion dans la conscience et la font dériver de la succession de nos idées. L'école physiologique plus pratique admet que les impressions extérieures sont apportées au *sensorium*, et que le cerveau acquiert par la notion des intervalles de ces impressions, celle de durée. Les réflexions personnelles de l'auteur le portent à accorder un rôle important dans la perception du temps à la fréquence des pulsations des artères cérébrales.

Quelle que soit la manière dont le temps est perçu, nous savons par expérience que différents individus ont la perception du temps plus ou moins rapide. C'est ainsi que le passage d'un astre au fil de la lunette méridienne n'est pas vu au même moment par plusieurs observateurs. Les états morbides ont le pouvoir de modifier la rapidité de cette perception. Ainsi dans le cours d'une affection fébrile grave, il est connu de tout le monde que les malades perdent plus ou moins la notion de durée ; il n'y a plus pour eux ni heures, ni jours, ni mois, ni années.

A l'état normal on trouve certains hommes qui ont une connaissance très-imparfaite de la division du temps et de son application aux actes sociaux. Ils se règlent par l'habitude et par l'imitation plutôt que par les heures et les minutes. C'est ainsi que les Celtes, nos aïeux, comptaient les époques de leur histoire non par les dates, mais par les événements et les catastrophes dont ils avaient gardé le souvenir. Certaines peuplades sauvages modernes marquent le temps par la succession des saisons et des récoltes.

Par contre on trouve des hommes d'une aptitude extraordinaire à compter les divisions du temps. Tels sont lord Stowell et l'homme-horloge, Chavallay, qui était sourd et qui avec une sûreté que ne pouvaient compromettre les distractions

ni les interruptions, était capable de dire à un moment donné le nombre de minutes et de secondes écoulées depuis un certain temps. Il indiquait d'un signe de tête les divisions de l'heure. Ce singulier calculateur dont on doit l'histoire à M. Chavannes, allait jusqu'à dire, après son sommeil, combien de temps il avait dormi, c'est-à-dire combien de temps il avait été inconscient. Il faut citer dans le même ordre de faits les musiciens prodiges dont la précocité est due à une aptitude toute spéciale à compter le temps : Crotch qui joue de l'orgue à trois ans, Mozart auquel sa sœur apprend la musique à trois ans et qui compose à cinq, Hendel qui touche de l'orgue à première vue à l'âge de sept ans ; enfin un enfant hydrocéphale cité par Brigham, chante et bat la mesure à quinze mois. M. Browne remarque d'ailleurs que certains idiots possèdent la notion du temps sans pouvoir néanmoins comprendre nos procédés de mensuration. Leurs mouvements se font suivant un certain rhythme, de même que ceux qu'on observe chez les choréiques.

Ce serait agrandir singulièrement la question que d'aborder l'étude des manifestations périodiques, des névroses et de certaines affections mentales. L'auteur veut restreindre ce travail au cas où le temps est un élément saillant, constitue un symptôme de la maladie. A mesure que nous avançons en âge il se fait dans notre mémoire des lacunes et certaines portions de notre histoire sont effacées de notre souvenir. La maladie a aussi le pouvoir de produire de semblables effets et de laisser certaines impressions d'une netteté parfaite, tandis que celles qui sont placées avant ou après celles-ci sont obscures et indécises ou même nulles. Il en résulte une perte de souvenir du temps écoulé. Dans la manie cet effet doit être attribué à l'extrême rapidité dans la succession des idées et des sentiments, qui n'ont pas le temps de se graver dans l'esprit. Dans la démence les perceptions sont obtuses. Dans la paralysie générale avancée et l'épilepsie ces lacunes de mémoire sont fréquentes et s'allient au souvenir parfait d'autres impressions. Dans la monomanie le phénomène est le résultat d'une conception délirante, et dans la double conscience il est causé par la substitution régulière et alternative d'un état mental à un autre.

Une malade soignée par M. Browne avait complétement perdu le souvenir de vingt années de sa vie, pendant lesquelles elle avait grandi et s'était mariée. Elle n'a jamais reconnu

son mari et a dû recommencer son éducation. Un fait du même genre est rapporté par le docteur Abercrombie. Il s'agit d'une jeune femme qui perd le souvenir de douze années de son existence, se rappelant parfaitement d'ailleurs les événements qui ont précédé cette période. Un autre malade atteint de manie religieuse, perd absolument la notion d'une année (1836) pendant laquelle il est devenu pubère.

Un phénomène du même genre est la transposition des jours et des mois que nous voyons si souvent opérer à nos malades des asiles. Quelques déments sont capables de se rappeler exactement une date sans garder la mémoire des enchaînements de faits qui y conduisent ; chez d'autres, au contraire, il se fait un effacement des dates. Le temps subit alors une sorte d'élongation. L'esprit exagère la durée et le nombre des années, et le «souvenir voyage en arrière, recueillant çà et là des preuves de son ancienne existence». Cette erreur s'observe dans la mélancolie, la manie, la paralysie générale, et dans certaines intoxications qui produisent une perte totale de la notion du temps et d'étendue ( de Quincey, *Confession d'un mangeur d'opium*).

M. Browne passe ensuite à un autre groupe de phénomènes qu'il rattache à la même cause, la perte de la notion exacte du temps et il se livre à l'étude des mouvements bizarres et cadencés de certains aliénés. Ici les faits sont nombreux et tous les aliénistes pourraient apporter leur contingent à la collection de l'auteur. Nous nous contenterons de noter l'exemple suivant, qui présente un intérêt tout particulier.

Un enfant de huit à neuf ans, après divers accidents nerveux, est pris d'un besoin invincible de sauter. Il se jette à quatre pattes et fait quatre sauts de gauche à droite accompagnant chaque mouvement d'un cri inarticulé Cet exercice se répète jusqu'à ce que les forces lui manquent. M. Browne rappelle à cette occasion l'épidémie singulière de « leaping ague» observée dans le comté de Forfar, il y a cinquante ans. Elle était caractérisée non-seulement par des gestes extraordinaires et des sauts périlleux qu'eût enviés un acrobate, mais encore par des mouvements oscillatoires exécutés *en mesure* autour des solives des toits, l'épigastre servant de point d'appui, etc L'épidémie se limita aux femmes. En 1835, M. Browne observait encore quelques sujets atteints ; l'un d'eux tournait en cadence sur un pied jusqu'à perte de connaissance. Ce mouvement de rotation était involontaire.

Quelle est la part de la volonté dans les mouvements des individus atteints du *leaping ague* ? L'auteur croit qu'ici comme dans la chorée la volonté n'agit qu'au début et que dans la suite ces mouvements obéissent à d'autres lois. Il veut que ces phénomènes relèvent d'une faculté spéciale, celle de la mesure instinctive du temps. Elle est connue seulement par ses effets et elle préside aux contractions du cœur, aux mouvements rhythmés de la respiration, au retour régulier des sécretions ; « elle a pu mieux que l'oscillation de la lampe dans la cathé- » drale de l'ise, suggérer à Galilée la loi de la pesanteur et la » mesure du temps par le pendule. »

Le *leaping ague* est quelque chose de plus qu'une chorée intense. Il est impossible de ne pas être de l'avis de notre confrère quand on lit le fait suivant. — Le sujet de l'observation ne se contente pas de se livrer à toutes sortes de mouvements excentriques, mais encore il parle un langage inconnu, il écrit de droite à gauche, et, en parlant et en écrivant il transpose les lettres de chaque mot, de sorte que la dernière devient la première.

La danse de St-Guy, le tarentisme, le tigritia d'Abyssinie sont des affections similaires qui ont régné épidémiquement dans diverses contrées. Toutes ces maladies se touchent par un point commun. C'est, indépendamment des troubles intellectuels, la production de mouvements rhythmés qui pouvaient s'amender par la musique. On a conservé des airs qui avaient une influence reconnue sur le mouvement des malades ; ces airs ont un caractère particulier : ils contiennent des transitions d'une mesure rapide à une mesure lente et passent graduellement d'un ton élevé à un ton très-bas. Dans les temps qui suivirent l'épidémie qui a désolé la Pouille, l'asile d'Aversa conserva une certaine célébrité pour le traitement des maladies mentales par la musique.

Le mémoire de M. Browne est rempli de faits curieux que la forme restreinte de ce travail ne nous a pas permis de relater ici. Il termine par les conclusions suivantes :

1° La mesure subjective du temps étant possible à des organisations imparfaites et rudimentaires chez lesquelles elle se fait instinctivement, cette mesure ne peut être un acte de la conscience notant la succession des états de l'âme. 2° Elle ne résulte pas davantage de la succession d'impressions extérieures ; les danses exécutées avec grâce et précision par des sourds-muets ne permettent pas d'admettre l'hypothèse d'une

succession régulière d'impressions externes. 3° Il existe en nous un pouvoir percepteur et régulateur du temps, créé et conduit par quelque opération physico-psychique ou par des intuitions semblables à celles qui reconnaissent les relations du nombre. Ce pouvoir dépend certainement de l'intégrité et de l'activité de l'ensemble ou d'une portion des centres nerveux.

4° Un médecin touriste de beaucoup d'esprit et de savoir, M. le docteur Wilkie Burman, a visité dans une de ses excursions quatre asiles du nord-ouest de la France, les asiles de Lehon (Dinan), Saint-Athanase (Quimper), St-Meen (Rennes) et Pontorson.

M. Wilkie Bukman est directeur de l'asile du comté de Wilts et point n'est besoin de dire que ses impressions sont écrites avec un talent de spécialiste, mais la courtoisie de la forme n'exclut pas dans son travail une certaine sévérité de critique. Notre confrère n'aime pas les camisoles et s'apitoie volontiers sur le sort des malheureux malades *transformés en momies*. Nous partageons son antipathie pour ce moyen de contrainte. Nous croyons cependant que la camisole est parfois une nécessité du traitement des aliénés, et que son exclusion systématique est une erreur. Le docteur Richard, que le corps des aliénistes vient de perdre, était un praticien éprouvé et consciencieux, et l'application des camisoles dans la maison de Dinan avait considérablement diminué depuis qu'il était chef de service. L'auteur reconnaît du reste que l'emploi des camisoles dans les quatre asiles qu'il a parcourus n'avait en général rien de *formidable* et ne mettait nul obstacle à une libre locomotion, les bras étant simplement maintenus dans les manches réunies d'une camisole en toile légère. Système, ajoute-t-il, qui contraste favorablement avec celui des vieux asiles de la Seine, Bicêtre et la Salpêtrière.

Les visites de notre confrère Anglais sont racontées avec une scrupuleuse bonne foi et ses descriptions, d'un style agréable, sont en même temps très-fidèles. Mais leur analyse serait sans intérêt pour nos lecteurs qui connaissent déjà de visu ou par d'autres écrits les asiles susnommés. Nous n'y insisterons pas davantage.

— Sous le titre « *Notes et cas cliniques* » sont réunies quelques observations intéressantes que nous allons résumer rapidement.

1. *Folie traumatique guérie par la trépanation.* (Dr Holland Skae). Un ouvrier mineur est renversé par une pierre qui le blesse grièvement à la tête. Il échappe aux premiers accidents, mais, quelques semaines plus tard ses facultés commencent à s'altérer. Son naturel, de bon qu'il était, devient insociable; il a des idées de persécution, menace de tuer sa femme et finit par présenter des symptômes maniaques et tente de se suicider. Il a en même temps des attaques d'épilepsie. Tel est son état lors de son admission à l'asile, quatre ans après l'accident. Dans l'établissement, il est tranquille, mais il a des préventions, des idées de persécution à l'égard de ses amis et de sa femme. A la tête, on observe une dépression très-nette avec une cicatrice, à trois pouces au-dessus de l'extrémité gauche de la paupierre gauche qui est un peu tombée, ce qui lui donne un air demi-stupide. L'opération du trépan a été heureusement faite, et l'on a pu enlever un fragment osseux qui comprimait la surface cérébrale. La cicatrisation de la plaie a coïncidé avec un retour progressif des facultés mentales. La guérison ne s'est jamais démentie, ainsi qu'il a été constaté dans les fréquentes visites faites depuis à l'asile par le sujet de cette observation.

2. *Notes sur un cas de folie dépendant de la syphilis* (Dr Hayes Newington). C'est l'observation d'une femme qui, à l'époque de la ménopause, est atteinte d'aliénation mentale, et présente des accidents que l'auteur attribue à la présence d'une tumeur syphilitique du cerveau. Voici, à grands traits, l'histoire pathologique de cette malade. Elle est indemne de toute prédisposition héréditaire de folie; son père buvait et un de ses oncles maternels était ivrogne. Elle s'est mariée à 17 ans et a souvent été maltraitée par son mari dont elle est séparée depuis douze ans. Elle a eu huit enfants dont quatre sont décédés. Ses règles cessèrent il y a trois ans, et de ce moment, date, selon elle, tous les troubles actuels. Alors elle a été sujette à des attaques revenant régulièrement à l'époque où les menstrues auraient dû apparaître. Enfin un mois avant son admission à l'asile d'Edimbourg elle offre des signes positifs de folie: bruyante, agressive, dangereuse, etc.

Ces signes et les crises épileptiformes sont constatés au bout de quelque temps d'observation, et la maladie est considérée comme un cas de *folie climatérique*.

Les attaques épileptiques se manifestent par une chute soudaine sans cri, de la pâleur de la face, sans écume à la bouche,

sans morsure de la langue, ni secousses musculaires subséquentes; et si ce n'était le coma profond ayant toute l'apparence de la mort, on aurait plutôt songé à un état syncopal. Plus tard il est survenu de petites formications dans les deux membres supérieurs précédant la crise ; puis les attaques sont devenues plus fréquentes, mais en diminuant d'intensité et ont été suivies de légers spasmes cloniques qui persistent jusqu'au retour de l'intelligence. Durée de 10 à 30 minutes. Les urines sont toujours répandues, mais aucun symptôme hémiplégique n'est noté soit pendant les attaques, soit dans leur intervalle.

L'apparition de ces crises à une époque si avancée de la vie, ainsi que leur caractère anomal éloignant l'idée d'une épilepsie essentielle, on suspecta une affection cérébrale, ce que des signes d'abord légers ont ensuite confirmé.

Il y avait une dépression de l'os frontal à la région sus-orbitaire gauche avec une petite cicatrice en ce point. Douleur constante, sujette à exacerbations dans cet endroit et s'étendant de là au vertex. La pression ne semble pas l'augmenter; les deux paupières sont tombantes, mais la gauche est en état de prolapsus; le côté gauche de la face sans être paralysé est lourd, impassible et dépourvu de ces lignes et de ces sillons qui donnent la vie à la physionomie. La langue parfois tremblotante est un peu déviée à gauche. La douleur de tête est souvent augmentée au moment où la malade se réchauffe dans son lit après le coucher.

Alors on a obtenu une relation complète concernant la syphilis dont cette femme a été atteinte, ce qui a complété le diagnostic en jetant la lumière sur l'origine de la dépression frontale. Il paraît que quelque temps avant son mariage elle a eu une sérieuse attaque de cette maladie qui ne fut pas soignée, d'où prirent naissance des accidents secondaires et tertiaires. Six mois après son mariage, un fragment d'os se détacha et laissa la dépression et la cicatrice dont il vient d'être parlé. Il y eut aussi iritis et inflammation de la cornée, etc., etc. Elle perdit trois enfants en très-bas âge nés faibles et chétifs, le quatrième est mort phthisique à 21 ans. Les quatre autres sont restés bien portants.

L'étiologie de ce cas est intéressante et compliquée. Sans doute la syphilis est le premier anneau de la chaîne des facteurs et la folie peut être regardée comme le dernier, mais la difficulté réside dans l'assignation exacte à donner à ces divers facteurs.

L'affection des os et des méninges s'est-elle avancée aussi loin qu'on la voit aujourd'hui, dit l'auteur, et est-elle restée alors latente attendant des temps plus favorables à son développement? Cela est probable. Dans le jeune âge, à l'époque où se contracte la syphilis, les affections des méninges, si une sérieuse inflammation s'y développe, ont une grande tendance à suivre une marche aiguë et dangereuse, dont la suite est souvent la démence. Ici plus de trente ans s'écoulent sans que rien de semblable apparaisse.

D'un autre côté, l'affection primitive peut-elle s'être arrêtée à l'inflammation des méninges, laissant derrière elle, en puissance, pour ainsi dire, un futur développement pour l'époque où le système deviendrait trop faible pour résister, ce qui dans ce cas et selon toute probabilité arrive au moment de la ménopause?

La cessation des règles, en tout cas, a été la cause déterminante; on sait d'ailleurs quel rôle elle joue dans le développement de la folie chez les femmes.

Quant à la tumeur, on peut la considérer comme la cause immédiate et elle peut avoir agi directement par pression, ou par irritation, ou par inflammation, influençant la nutrition des parties subjacentes du cerveau. Ou bien, secondairement et indirectement par l'effet des convulsions épileptiformes. Les deux modes d'action sont du reste le plus probables.

Maintenant comment classer cette observation d'aliénation mentale? Assurément, il faudrait la considérer comme un cas de folie syphilitique.

Cette forme, ajoute le Dr Hayes Newington, aurait besoin d'être nettement définie. D'après le Dr Wille, l'origine syphilitique aurait été assignée en Allemagne à 2,5 pour cent des cas d'aliénation mentale; l'auteur dans les rapports de 47 asiles anglais, irlandais, écossais et américains, pour 1872, trouve la proportion de 1 pour cent. Dans son ouvrage, le Dr Maudsley en parle uniquement comme cause de maladies intercrâniennes tangibles et le Dr Blandford dénonce un changement de nutrition produit par la syphilis comme susceptible de produire la folie. Il écrit de plus : la folie syphilitique est ordinairement désignée comme une *démence* syphilitique. Or, il résulte des recherches de l'auteur, que :

A. Une maladie mentale aiguë peut se manifester en même temps que la phase éruptive où même la précéder ou la suivre;

c'est une forme rare et qui pour se produire a vraisemblablement besoin d'une grande vulnérabilité du cerveau ;

*B*. Comme compagne de la phase tertiaire, peut paraître une condition que l'on rencontre avec d'autres formes de méningite et qui est souvent suivie de démence. Parfois aussi la démence s'établit sans aucun changement appréciable, et alors il serait impossible de dire que la syphilis seule en a été cause;

*C*. Nous rencontrons des cas semblables à celui de l'observation précédente, causés non tant par une destruction cérébrale de cause spécifique que par les effets d'un syphilome, et cette condition pourrait être désignée : folie syphilomateuse.

On trouve enfin la syphilis en rapport avec la mélancolie, et le Dr Wille attribue une proéminence considérable à la mélancolie comme symptôme spécial de la folie syphilitique.

L'auteur se croit donc autorisé d'après les données précédentes à proposer les subdivisions suivantes dans l'aliénation mentale de cette origine: savoir, démence syphilitique, mélancolie syphilitique, folie syphilomateuse, etc., etc.

3° Viennent ensuite *deux cas de folie syphilitique* (Dr Batty Tuke). Un homme est atteint de syphilis quelques années avant son entrée à l'asile. Il a un chancre avec des accidents secondaires. En même temps il devient inapte aux affaires et tombe dans un état dépressif, interrompu par des intervalles d'excitation, pendant lesquels le travail est possible. Cet état mental était en voie d'amélioration quand il est pris d'accès épileptiques suivis d'agitation maniaque. Il présente en outre de l'aphasie, une paralysie incomplète du côté droit et une atrophie musculaire du même côté.

Le second cas débute aussi par un chancre contracté trois ans auparavant, accompagné d'une éruption cutanée et d'iritis. Puis apparaissent de la céphalalgie, des vertiges, des mouches volantes. Peu après, le malade a des accès de vomissement et son caractère change. Enfin, il est agité, se livre à des actes délirants et son état nécessite des soins spéciaux. Il y a une parésie du côté droit et une diminution de la sensibilité avec de l'engourdissement à gauche. On observe, comme troubles psychiques, de l'optimisme, le délire des richesses et l'affaiblissement de la mémoire. Le sommeil est bon et la tenue convenable. Cet état s'était modifié avantageusement quand il s'est aggravé tout à coup à la suite d'une attaque d'épilepsie qui a déterminé une recrudescence d'agitation et de l'insomnie.

4. *Cas d'excitation mentale pendant la deuxième période de la syphilis* (Dr Francis Codell). Cette observation est intéressante par la concomitance des troubles vésaniques et des accidents vénériens. Le malade a eu un chancre en janvier 1870 au mois d'avril ; il a une syphilide squammeuse et présente en même temps un accès d'agitation maniaque qui finit au mois de décembre avec la disparition de l'exanthème.

L'année suivante, au mois d'avril, une nouvelle poussée syphilitique a lieu. La chute des cheveux, de la barbe et des cils s'accompagne d'un accès de mélancolie, affaissement moral avec tendance au suicide. La guérison arrive seulement en juin 1873, avec le rétablissement de la santé physique.

5. *Memorandums cliniques* (Dr Georges Thompson). — Deux essais thérapeutiques sont relatés sous ce titre : 1° l'emploi de la teinture de belladone, dans l'excitation maniaque quand il y a syphilis héréditaire. Il a pleinement réussi chez une jeune idiote atteinte de syphilis congénitale ; 2° le traitement topique des pustules de gale par le perchlorure de fer.

6. *Cas de manie aiguë idiopathique* (Dr Thomas Chapman). — La malade, qui n'a pas d'antécédents héréditaires connus, a eu un accès de mélancolie deux ans auparavant. Elle entre à l'asile dans un état maniaque violent, affectant un désordre complet, déchirant et refusant la nourriture. L'apparition d'une parotide amène un amendement des symptômes. Un abcès se forme derrière l'oreille, et la malade sort guérie physiquement et mentalement, deux mois après son entrée. M. Thomas Chapman croit devoir attribuer au sulfo-carbonate de soude l'honneur de cette cure et il propose d'appeler ce cas morbide « *manie aiguë avec parotidite* ».

Cette forme n'a pas de nom, ajoute l'auteur, dans la classification du Dr Skae, étant placée dans le groupe des manies sthéniques ou asthéniques.

— Les *notes du trimestre* donnent un passage du discours prononcé par lord Derby à l'asile d'idiots de Royal Albert, à l'occasion du festival annuel, qu'il a présidé. Le noble lord constate avec orgueil les progrès faits dans le traitement des aliénés et des idiots en Angleterre depuis un siècle. Il ne croit pas que le nombre des cas d'aliénation mentale ait augmenté, et il prévoit au contraire le jour où une diminution sera obtenue par les efforts de la science. Il exprime seulement un doute sur la possibilité de découvrir les conditions d'éclo-

sion et les causes de la folie, et c'est sur ce point que notre savant confrère du *Mental Science* vient protester en quelques lignes à la fois profondes et spirituelles. Le médecin aliéniste est plus avancé que ne le croit le comte de Derby. Il est des causes de la folie parfaitement connues qu'il est au pouvoir de l'homme de combattre, sinon de supprimer complétement, ce sont : les prédispositions héréditaires, l'intempérance et l'anxiété mentale. Il fait remarquer avec raison que les sauvages ont moins d'aliénés que les peuples civilisés, et il l'explique par leur sobriété, par l'interdiction parmi eux des mariages consanguins, et par l'absence des passions qui énervent l'homme en société. Aussi, devons-nous espérer dans l'avenir non de voir disparaître l'idiotie et la folie, mais d'acquérir avec la connaissance plus parfaite des lois qui les engendrent, le moyen de combattre leurs fâcheux effets et d'obtenir par là l'amélioration de l'espèce humaine.

Des travailleurs illustres sont à l'œuvre pour arriver à notre régénération et il ne faut pas douter que leurs efforts ne soient couronnés de succès, pourvu que l'espèce humaine consente à être régénérée. Voici M. Georges Darwin qui publie dans le *Contemporain Review*, un véritable projet de loi en trois articles, dans le but de relever la sélection naturelle affaiblie par la civilisation. Il demande à la société à venir : 1° le divorce obligé, à la manifestation de certaines maladies ; 2° au moment de se marier, un examen médical destiné à constater la non-existence de ces mêmes maladies ; 3° la production d'une généalogie sans tache.

Ces réformes auront pour effet de donner à l'homme la santé et le bonheur à la fois, nous en convenons, mais il est à craindre que l'humanité ne se refuse aux sacrifices qui lui demande M. Georges Darwin.

— Avant de fermer ce paragraphe, enregistrons une nouvelle classification des maladies mentales proposée par le docteur Bucknill. Cette classification est plus complète que celle du docteur Skae, qui négligeait de tenir compte de l'élément psychique. Ici « les caractères ou phénomènes psychiques sont » combinés avec les relations pathogéniques et les conditions » pathologiques. Les premiers forment les classes, les secondes » les ordres et les genres, et les troisièmes les espèces, etc. »

— L'article *Revue* contient l'analyse d'ouvrages nombreux dont quelques-uns ont une véritable importance scientifique. Le livre de M. Baïn, intitulé : « *Esprit et corps. — Les théories de*

*leurs relations*, » est surtout un livre de physiologie, où l'auteur a entrepris d'expliquer les phénomènes vitaux en suivant les procédés de l'école scientifique moderne. L'anatomie occupe naturellement une bonne place. On y trouve quelques aperçus ingénieux, et nous avons lu, par exemple, avec intérêt, la théorie physique de la production de la volonté. L'auteur établit que cette production demande le concours de deux éléments primordiaux. Le premier est une énergie spontanée, et un surcroît d'activité du système, en vertu duquel les organes entrent en jeu, sans avoir besoin de la stimulation des sens et des sentiments. L'éducation subordonne plus tard cette spontanéité aux sentiments. Le second élément est le principe de la conservation de soi-même, ou la loi fondamentale de la peine et du plaisir. Le plaisir supposant une augmentation, la peine une diminution du pouvoir vital. A l'article de l'activité intellectuelle, l'auteur se livre à un laborieux calcul pour déterminer le nombre des cellules nerveuses et arriver à cette conclusion que leur nombre et leur disposition sont en rapport avec la production des phénomènes psychiques.

— Le Dr Eward Liveing a écrit un traité complet sur la migraine ; son livre a le mérite de réunir tout ce qui a été dit sur la matière, en y comprenant les recherches les plus modernes. Un fragment très-remarquable est une théorie nouvelle des névroses. D'après le Dr Edward Liveing la cause fondamentale des névroses réside dans un vice primitif et souvent héréditaire, ou une disposition morbide du système nerveux lui-même. Cet état consiste dans une tendance à l'accumulation et à la décharge irrégulière de force nerveuse dans les centres, à une action intermittente et non coordonnée de cette force. La concentration de cette tendance dans des lieux particuliers d'élection détermine le caractère de la névrose. Une attaque veut préalablement l'existence d'un état d'équilibre instable, d'une tension accumulée dans certaines parties du système nerveux. Le paroxysme qui se manifeste est comparable à un orage, à la suite duquel l'équilibre et le calme sont rétablis pour un certain temps.

— Des écrits d'une sérieuse valeur composent les rapports médicaux de l'asile de West Riding. Le premier, du professeur Turner, est une étude des *rapports des circonvolutions cérébrales avec le siége de l'intelligence*. Les principales opinions émises par l'auteur sont : 1° que le volume et le poids du cerveau ne sont pas nécessairement en rapport avec la capacité intellec-

tuelle ; 2° après avoir établi anatomiquement les connexions qui unissent les différentes parties des centres nerveux et en font un tout continu, il établit que la fonction d'une circonvolution ne saurait se spécialiser, pas plus que ses détails anatomiques ne peuvent s'isoler. Il est plus naturel de croire que certaines circonvolutions communiquant entre elles et ne communiquant pas avec les autres, un acte intellectuel résulte du fonctionnement d'un groupe, d'une combinaison de circonvolutions.

Le deuxième travail est un compte rendu des recherches expérimentales qu'a faites le professeur Ferrier, sur les circonvolutions cérébrales à l'asile de West Riding.

Le docteur Herbert, major, continue ses observations sur l'histologie du cerveau chez les aliénés. Il faut signaler dans ce travail la découverte, dans la paralysie générale, de cellules nerveuses, de grande dimension, de forme pyramidale, et présentant des prolongements nombreux, situées dans la couche moyenne de la substance corticale.

Le docteur Milner Fothergill étudie les bruits du cœur dans la paralysie générale, et M. M. Dowald la perception des couleurs chez les aliénés.

Le nitrite d'amyle a été employé par le docteur Crichton Browe, qui en a surtout retiré de bons effets dans l'*état épileptique*, c'est-à-dire dans cet état qui se caractérise par une série d'attaques sans retour de la connaissance.

Le docteur Hughliags Jackson publie deux mémoires intitulés : l'un ; « *Observations sur la localisation des mouvements dans les hémisphères cérébraux* ; l'autre, *Investigations anatomiques, physiologiques et pathologiques sur l'épilepsie.* »

Le mémoire du docteur Wilkie Bukman sur les relations entre l'affection cardiaque et la folie, termine cette liste d'excellentes monographies.

— Sur un plateau des montagnes Nilagiri, dans les Indes du sud, vit une tribu sauvage, « les Todas, » qui a reçu la visite du colonel Marshall. Ces hommes ont une existence tout à fait primitive. Ils sont paresseux et vivent sans travailler, des produits que le sol, d'une richesse extrême, leur fournit en abondance. Ils ont peu ou point de religion et ont été jusqu'ici réfractaires à toute tentative de civilisation. M. le colonel Marshall, qui est un ardent phrénologiste, a étudié les têtes de ces sauvages, qui appartiennent à la variété dolicho-céphalique et il a publié sur ce sujet un travail d'anthropologie

qui a pour titre : *Un phrénologiste parmi les Todas, ou étude d'une tribu primitive dans le sud de l'Inde*.

— La quatrième séance de l'Associationmédico-psychologique de Londres, dont le compte rendu se trouve dans les « actes et nouvelles», a été marquée par une intéressante discussion surlemémoire du docteur Bladford, sur les hallucinations, dont il a été question dans le cours de ce travail. D'excellentes choses ont été dites dans cette séance, notamment sur le siége des hallucinations de l'ouïe. Le docteur Maudsley ne pense pas que ce siége, comme le croit l'auteur, soit les centres ganglionnaires ; mais il le localise dans les centres élevés du cerveau. On doit distinguer, selon M. Maudsley, entre la sensation et la perception. La première peut avoir lieu dans les centresinférieurs de l'encéphale, mais la seconde doit se passer dans les circonvolutions, auxquelles appartient aussi, quand elles sont saines, le pouvoir de corriger les erreurs commises par le *sensorium*. La nature pathologique de l'hallucination a été recherchée ensuite. Le docteur Sabben a émis l'opinion que l'hallucination résultait d'un état morbide du cerveau, d'une nutrition imparfaite. Les hallucinés ont les artères athéromateuses. Il ajoute qu'on peut reconnaître avec certitude l'existence des athéromes cérébraux, à la production de petites taches vasculaires à la surface du tégument externe.

Ce fascicule se termine par un court article nécrologique concernant un médecin aliéniste des plus distingués, le Dr Thurmann, né en 1810 et décédé le 24 septembre 1873, médecin-directeur de l'asile du comté de Wilts. Outre des travaux importants sur l'aliénation, il a publié un ouvrage ayant pour titre « *Crania britannica* », des observations sur les crânes bretons et gaulois, etc., etc. Il a été deux fois président de la Société médico-psychologique et il a contribué grandement à la rédaction des tableaux statistiques actuellement adoptés dans presque tous les asiles de comté de l'Angleterre, etc., etc.

# BIBLIOGRAPHIE

## Revue des thèses (1).

### FACULTÉ DE PARIS (année 1877).

16. — *Des paralysies du larynx* ; par Georges Poyet, interne des hôpitaux de Paris (1 broch. in-8°. Paris, Delahaye et C°, libraires-éditeurs).

L'auteur admet trois sortes de paralysies du larynx : 1° celles de causes générales (hystériques, par refroidissement, par peur, etc.) ; 2° celles de causes locales (anévrysmes, tumeurs diverses, etc.) ; 3° celles de causes centrales (tumeurs du bulbe, hémorrhagies cérébrales). Comme exemple de ces dernières, il ne cite qu'un cas de paralysie de la corde gauche, publié par un auteur allemand ; que M. Poyet me permette de lui en rappeler un autre publié par M. Luys (hémiplégie du larynx, coïncidant avec une hémiplégie d'origine cérébrale, in *Ann des mal. de l'oreille et du larynx*, numéro de septembre 1875). L'étude des causes, des symptômes, du diagnostic, du pronostic et du traitement de ces affections est faite avec un grand soin et on peut en contrôler l'exactitude en lisant les vingt-trois observations qui sont publiées à la fin du travail.

18. — *Étude sur l'épilepsie alcoolique* ; par Michel Guillemin, ancien interne de Clermont-Ferrand.

Deux doctrines différentes sur les causes de l'épilepsie alcoolique sont en présence : l'une, défendue par M. Magnan, admet que les accidents convulsifs ne sont produits que par l'absinthe ; l'autre, au contraire, admet avec les D^rs Legrand du Saulle, Aug. Voisin, etc., que toutes les boissons fermentées peuvent donner lieu à des convulsions et partant à l'épilepsie. M. Guillemin se range à cette dernière opinion. Quant aux accidents épileptiques, on les rencontre dans l'alcoolisme aigu et dans l'alcoolisme chronique. L'auteur rattache avec raison les vertiges et les attaques épileptiques au premier, et au se-

(1) On peut se procurer toutes ces thèses chez M. Coccoz, libraire, 14, rue de l'Ancienne-Comédie, à Paris.

cond les convulsions épileptiformes. Dans ses descriptions, il s'est surtout inspiré du dernier ouvrage de M. Legrand du Saulle (*Etude médico-légale sur les épileptiques*), auquel il a emprunté un grand nombre d'observations intéressantes.

23. — *Des hémorrhagies cérébrales intra-ventriculaires;* par Clovis Gallopain, interne à l'asile de Ville-Evrard, lauréat de la Société médico-psychologique (prix Esquirol, 1876).

L'auteur étudie les hémorrhagies intra-ventriculaires d'origine cérébrale, afin de bien déterminer la valeur, la signification exacte, en un mot, la pathogénie du symptôme contracture, que l'on observe généralement dans ces cas. Nous ne pouvons mieux faire que de donner les conclusions de ce travail :

« Les foyers hémorrhagiques de la couche optique sont ceux qui s'accompagnent le plus souvent d'inondation ventriculaire ;

» Les phénomènes convulsifs, dans l'hémorrhagie intra-ventriculaire, existent dans plus de la moitié des cas ;

» Il n'y a aucun rapport de cause à effet entre l'inondation ventriculaire et les phénomènes convulsifs ;

» L'apparition de ces derniers accidents ne peut indiquer que les rapports plus ou moins immédiats du foyer avec des parties excito-motrices ;

» Enfin, dans la grande majorité des cas d'hémorrhagies intra-ventriculaires accompagnées de phénomènes convulsifs, ces derniers sont dus à une irritation des pédoncules cérébraux, irritation qui est souvent directe. »

25. — *Quelques observations d'hystérie chez l'homme ;* par Octave Lallemant, aide-major stagiaire au Val-de-Grâce.

Ce travail contient trois observations inédites d'hystérie chez l'homme, intéressantes à consulter, et se termine par un cas curieux de simulation d'anesthésie.

28. — *De la température dans l'hémorrhagie cérébrale et le ramollissement* ; par Camille Hutin.

Cette thèse confirme, à l'aide d'observations nouvelles, les recherches aujourd'hui classiques de M. Charcot et de ses élèves sur la marche de la température dans l'hémorrhagie cérébrale et dans le ramollissement.

42. — *Le décubitus aigu dans l'alcoolisme chronique* ; par Victor Lemoine.

Des faits cliniques et des opinions que l'auteur rapporte et discute dans son travail, il croit pouvoir conclure :

1° Qu'il peut se former rapidement des eschares au sacrum chez les alcooliques obligés, pour une cause quelconque, de rester quelques jours dans le décubitus dorsal ;

2° Que les altérations imprimées aux tissus par l'alcool les prédispose à se mortifier, et que la pression suffit pour déterminer et localiser cette mortification.

De là certaines applications qu'il ne faut pas oublier dans la pratique et qu'on peut formuler ainsi qu'il suit :

1° Chez les alcooliques, surveiller les effets des bandages et des appareils, de peur de la mortification des tissus comprimés ;

2° Examiner chez eux, tous les jours et dès le début de la maladie, les parties du corps qui sont soumises à la pression dans le décubitus, telles que le sacrum, les grands trochanters, les talons, la face interne des genoux, les coudes, les omoplates ;

3° Empêcher les alcooliques de rester constamment couchés dans la même position, et, si on le peut, les tenir levés le plus longtemps possible.

44. — *Des phénomènes oculo-pupillaires dans l'ataxie locomotrice progressive et la paralysie générale des aliénés* ; par Charles Vincent.

Voici la méthode suivie par l'auteur pour arriver à des résultats précis. Il place d'abord le malade dans un milieu juste assez éclairé pour que l'on puisse se rendre compte de l'état des pupilles, dont il note alors le diamètre ordinaire ; puis, recherchant les modifications qui s'opèrent dans le diamètre de ces mêmes pupilles, il les étudie : 1° sous l'influence de l'augmentation de l'éclairage, le sujet regardant un point fixe ; 2° sous l'influence de l'accommodation pour lire à la distance ordinaire ; 3° quand la vue se porte sur des objets situés à plus de vingt pieds du sujet en expérience.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans ses recherches sur les ataxiques ; elles sont importantes et méritent d'être consultées. Nous préférons ici analyser les résultats qu'il a obtenus en étudiant les modifications oculo-pupillaires sur vingt et un

paralytiques généraux. Tous ces malades d'ailleurs, observés à l'asile de Sainte-Anne, dans le service de M. Magnan, sont au début de leur affection. Néanmoins voici les faits : le myosis a été constaté huit fois; la mydriase, trois fois ; l'inégalité pupillaire, dix-sept fois. Deux fois seulement on a constaté la modification normale des pupilles et sous l'influence du passage de l'ombre à la lumière et pendant l'accommodation; dix-neuf malades au contraire ont présenté ce fait singulier, que les pupilles ne se contractaient point ou se contractaient très-peu sous l'influence du passage de l'ombre à la lumière, tandis qu'elles se contractaient normalement pendant l'accommodation.

M. Vincent termine son travail par un chapitre consacré à l'origine des accidents pathologiques. Pour ce qui regarde l'inégalité pupillaire dans la paralysie générale, il accepte l'explication déjà donnée, en 1850, par M. Baillarger, qui, le premier, appela l'attention sur ce symptôme et l'expliqua par la prédominance des lésions organiques dans l'un des deux hémisphères.

Dr Ant. Ritti.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Statische untersüchungen über Geisteskrankheiten ; par M. F.-W. Hagen ; Erlangen, 1876, vol. in-8°.

— Maison de santé de Préfargier ; exercice 1876 ; rapport présenté par le Dr Chatelain ; Neuchatel, 1877, br. in-8°.

— Periencefalite fronto-parietale cronica (Paralisi progressiva) ; par le professeur Augusto Tamburini ; Reggio-Emilia ; 1877, br. in-8°.

— Nuove osservazioni di osteomi dell' arachnoide spinale nella paralisi progressiva ; par le professeur Aug. Tamburini ; 1877, br. in-8°.

— Insanity and its treatment ; lectures on the treatment, medical and legal of insane patients ; par le Dr G. Fielding Blandford ; Edimbourg, 1877, vol. in-12.

— La metallothérapie dans le service de M. le professeur Verneuil ; par le Dr Burcq ; br. in-8°, 1877.

— A quali specie di lavori agricoli sia opportuno far attendere e mentecatti nelle colonie ; par le Dr C. Bonfigli ; Milan, 1877, br. in-8°

— Des localisations cérébrales et des rapports du crâne avec le cerveau au point de vue des indications du trépan ; par le Dr Samuel Pozzi ; Paris, 1877, br. in-8°.

— Studii medico-psychologice ; alienatulu in faça societatii si a sciintei; par le Dr A. Sutzu ; Bucharest, 1877 ; vol. in-8o.

# VARIÉTÉS

—

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Par décret du Président de la république en date du 12 octobre 1877, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur : M. LEBLOND (Pascal), directeur de l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, à Paris: 28 ans de service dans les asiles départementaux ; successivement receveur de l'asile de Stéphansfeld (Bas-Rhin), directeur de l'asile de Bailleul (Nord) et directeur de l'asile Sainte-Anne, dont il a fait une maison modèle.

— *Arrêté du 10 octobre* 1877. — M. le Dr BIGOT, directeur-médecin de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir), est nommé directeur-médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne, en remplacement de M. RENAULT DU MOTEY, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— *Arrêté du 12 octobre* 1877. — M. BOSSE, chef de division à la préfecture de Vaucluse, est nommé directeur de l'asile de Bailleul, en remplacement de M. Vierne, appelé à d'autres fonctions, et placé dans la 3e classe de son grade.

— *Arrêté du 15 novembre* 1877. — M. le Dr DOUILLOT, médecin militaire en retraite, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Blois, en remplacement de M. Max Simon et placé dans la 3e classe de son grade.

— *Arrêté du 20 novembre* 1877. — M. le Dr LEMENANT DES CHESNAIS, médecin en chef de l'asile de Bailleul, est nommé directeur-médecin de l'asile de Bonneval.

— *Arrêté du 20 novembre* 1877. — M le Dr FABRE, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse, est nommé médecin en chef de l'asile de Bailleul, et placé dans la 4e classe de son grade.

### ENSEIGNEMENT CLINIQUE DES MALADIES MENTALES.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 11 octobre 1877, M. le Dr Auguste VOISIN, médecin des hospices publics d'aliénés, a été chargé, pour l'année scolaire 1877-1878, d'un cours complémentaire des maladies mentales à l'hospice de la Salpêtrière.

### CONCOURS POUR UNE PLACE DE CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES, A LYON.

Ce concours s'est ouvert à l'asile de Bron le 18 octobre et s'est terminé le 20 du même mois. Le jury était composé de MM. Arthaud, Mayet et Carrier. Un seul candidat, M. Féa, interne à l'asile de Bron, était inscrit.

M. Féa a subi fort honorablement les différentes épreuves ; en clinique, il a su montrer un grand sens pratique et une

remarquable habileté dans l'examen des malades ; aussi le jury a-t-il été unanime à proposer sa nomination.

(Le *Petit-Lyonnais* du 29 octobre 1877).

### DES REPRÉSENTATIONS THÉATRALES DANS LE TRAITEMENT DE LA FOLIE.

Si l'on a pu dire, sans paradoxe, que la folie devenait de plus en plus fréquente, suivant en cela une marche régulière, en rapport avec les progrès de la civilisation ; il est juste de dire aussi, que les médecins aliénistes s'ingénient, de plus en plus, à trouver ou à développer par l'hygiène, le travail, l'hydrothérapie et les distractions choisies, des modes de traitement variés, précis et pratiques.

Sans prétendre au mérite de la nouveauté, nous avons la persuasion que le théâtre, mis à la portée de toutes ces intelligences surexcitées ou déprimées, paresseuses ou fatiguées, peut et doit procurer, aux aliénés, des plaisirs et des émotions dont l'effet curatif ne paraît pas encore scientifiquement démontré ou explicable, mais dont l'effet palliatif est hors de doute.

La guérison des maladies est le but principal vers lequel tendent tous nos efforts, et nous sommes en droit d'affirmer que dans la folie, la moyenne des guérisons est de 33 p. 100 pour les malades traités une première fois. Les moyens curatifs sont donc plus sérieux et plus variés qu'on ne semble généralement le croire. Cela tient, peut-être, à ce que chacun se réjouit, se flatte et au besoin se vante de la guérison d'une maladie du foie, des poumons ou de l'estomac, mais cache avec soin, tout ce qui a trait au départ et à l'invasion de la folie. La santé est assurément de tous les biens le préférable ; et de tous les maux, le meilleur est le pire : malheureusement, nous n'avons pas le choix. Il nous faut donc lutter, travailler sans relâche à cette œuvre philanthropique pleine de périls, mais bien douce et consolante lorsqu'elle est couronnée de succès, *le traitement des maladies mentales*.

Dans l'un des splendides établissements créés par le département de la Seine et destiné au traitement des aliénés, l'asile de Ville-Evrard, le théâtre est en vogue ! les malades calmes s'y amusent, les mélancoliques s'y déridents, les agités y trouvent un remède à la surexcitation de leurs facultés intellectuelles surmenées par le délire et les hallucinations. Nous disons, avec intention, *les agités*; car samedi dernier, 17 novembre, nous avons conduit au théâtre 150 malades, choisis parmi les plus criards, les plus désagréables de chaque section; en un mot, ceux qui par la violence de leur maladie (c'est là ce que nous croyons avoir fait de nouveau) avaient jusqu'alors été regardés comme trop dangereux ou incommodes pour assister aux représentations lyriques ou dramatiques.

Le croira-t-on ! tous ces malades ont conservé pendant deux heures un calme et une réserve que ne surent pas toujours conserver, le lendemain, à la seconde représentation, les autres malades calmes et choisis parmi les plus agréables ou les convalescents.

Le compte rendu de la soirée a été fait par un malade du cinquième quartier des hommes (agités) ; nous le reproduisons, en lui conservant son cachet d'originalité.

Non, ce n'est pas un rêve ; c'est de La réalité. Je suis à Ville-Evrard, depuis X*** ans, deux mois et treize jours. — J'accomplis ma 65e année. = Et me voilà, moi, qui avais renoncé, dès avant mon entrée dans l'asile, *à Satan, à ses pompes et à ses œuvres.....*

transporté tout à coup par le hasard qui est un grand maître ou plustôt *par la gracieuseté bienveillante* de M. le docteur, adjoint à la direction de l'établissement, dans une salle de théâtre qui me rappelle les plaisirs mondains *de ma jeunesse*. —

La salle de spectacle dans laquelle je suis introduit par un de MM. les surveillants chefs qui a la bonté de me guider par la main, à cause de mon âge, *est une charmante bonbonnière*.

La superficie représente une étendue assez vaste pour contenir aisément plus de deux cents personnes.

Au lever du rideau, un jeune interne en pharmacie, fait entendre un solo de flute. L'exécution de ce morceau est assez sentimentale pour nous faire regretter de n'en pas connaître les paroles. Les applaudissements du public en disent assez pour que je me dispense de complimenter ce jeune homme. Je ne puis que faire des vœux pour qu'une union ait lieu de sa personne avec une cantatrice et musicienne de ma famille.

Mais revenons à la scène de Ville-Evrard. J'avoue que mes connaissances littéraires ne me permettent pas de dire si les Deux pièces qui ont été jouées aujourd'hui, 17 novembre 1877, devant moi, appartiennent à quelque répertoire, ou si Elles ont été composées tout exprès pour amuser les malades qui assistaient à la représentation, tout ce que je puis dire, c'est que s'il est une spécialité dans le genre, celle-là a remporté le prix. Oh! oui, l'auteur de ces charmants impromptus a réalisé le projet du poëte *Horace*.

*Omne tulit punctum qui miscuit utile dulci.*

Oh ! oui, c'est bien le cas de dire :
Il a joint L'*utile* à L'*agréable*.
les saillies pleines de verve, dont ces deux œuvres sont semées ont été bien goûtées des auditeurs, — et les oreilles féminines ont été charmées, car nous avons entendu leurs bons rires, — et on ne pouvait pas dire d'elles :

*Ridere sine re, Signum est stultitiæ.*

Oh ! non, cette fois, ces pauvres folles elles étaient dans leurs intervalles lucides, car, au moment, où elles riaient, je riais et je dirai bien les passages où je riais. — Par exemple, dans la seconde pièce, quand le prisonnier de la Bastille chante, à plusieurs reprises, une chanson sur L'*Amour*, et qu'il traite L'*Amour de monarque*, il y a des sourires approbateurs. —

hélas! oui. L'amour est un *monarque* et celui-Là, on ne le détrônera pas !!!

Louis XV avait donc doublement *triplement* tort, d'avoir enfermé à la Bastille un homme qui avait (pour tout *crime*), dit que L'*amour était un monarque*.

Mme de Pompadour ne pouvait en être alarmée. =

Je ne saurais trop féliciter l'auteur de cette amusante pièce, de l'avoir terminée par un acte de clémence, par un mariage et par des chansons. — C'est ainsi que tout doit finir d'après les principes du *Figaro* de *Beaumarchais*

Ce soir le papier me manque = A demain mes impressions.

18 novembre 1877. Dimanche matin.

Mes lecteurs et mes lectrices, j'ai du nouveau à vous apprendre, *Nil sub sole novum* (où *novi* au génitif), eh ! bien, le vieux proverbe Latin est en flagrant délit de mensonge. — Il y a du nouveau à Ville-Evrard. — *Les Fous jouent la comédie*. — Ils la jouent à merveille, il y a progrès. — Ce n'était dans ces deux dernières années que l'Enfance de l'art dramatique. — Voilà bientôt que c'est à l'apogée — et à qui doit-on cet heureux succès? — Mon Dieu ! je suis forcé de redire ce que d'autres on dit avant moi. — C'est au principal surveillant-chef qu'il faut rapporter cet honneur, oui, c'est la vérité que j'avais lue dans le *Petit journal*, fin de l'an 1875, ce surveillant chef est un véritable protée. Ne voilà-t-il pas qu'il se métamorphose en acteur. — Avant le lever du rideau, il est l'amabilité même ; il fait les honneurs dans la salle du théâtre sur lequel tout à l'heure il va jouer. — Il faut voir sa pantomine expressive dans la pièce qui nous représente un cabanon de la Bastille.

son partenaire, auquel nous décernerons aussi des éloges mérités, y met tout l'entrain et toute la verve possible chez un *malade* de l'*esprit* et du *corps*.—Car,il ne faut pas oublier; qu'à Ville-Evrard, un pensionnaire ne peut pas dire de lui, avec outrecuidance : — *Mens sana in corpore sano*. — Il manquerait à la loi d'Esculape; Hyppocrate pourrait, comme le médecin du Malade imaginaire, le menacer de tout les maux qui finissent en *ie*, la dyssenterie, la catalepsie, l'épilepsie, etc., etc.

Je vous renvoie à Molière.

Mais quel est donc l'Auteur de ces *bleuettes* désopilantes qui font le charme des élus que la bienveillance de M. le directeur appelle à cette fête de famille??

C'est le cas de citer ces vers :

« Seigneur un bruit étrange est venu jusqu'à moi.
« Ce bruit....., il est digne de foi !

Ce serait ce même surveillant chef, qui comme le grand Molière, cumulerait les fonctions de compositeur, acteur et régisseur. =

à le voir si pénétré de son rôle, et à l'entendre chanter le couplet final au milieu de l'hilarité de tout l'auditoire, on n'a plus à s'étonner de la Création de ses œuvres, et à douter que ce soit son esprit qui leur ait donné le jour.

— Mais, à quoi pensent ces deux prisonniers dans cette Bastille, au vieux temps de Louis XV ?

ils pensent, ils aspirent à ce qu'ont toujours désiré les prisonniers de tout temps et sous tous les régimes....

Dans la première pièce, celle qui a précédé la pièce d'une scène à la Bastille, nous sommes transportés dans une ferme. Nous voyons le Bon fermier et le garde champêtre (un ancien gendarme) revêtu de l'uniforme traditionnel ; tous deux sont assis à une table, ils boivent un verre de vin. = Je ne vous dirai pas, avec Tibulle ou avec Ovide, qu'ils vont dessiner sur la table, avec des gouttes de vin les camps et les batailles de leurs jeunes années. — « *Pingere castra mero*. — C'est de l'Ovide.

Non. = Le Bon fermier a bien d'*autres chiens à fouetter*, pour le moment, il s'occupe de découvrir son voleur. — Vous voyez (à ce mot de voleur) se dresser l'oreille du garde champêtre (de l'ex-gendarme) et quand le fermier lui dit : « qu'il a, pour le » surprendre en flagrant délit, attaché un cordon à la porte de » son armoire : lequel cordon communique avec la cloche de » la ferme, » le garde-champêtre fait un signe d'approbation, et il donnerait *volontiers au fermier un brevet d'invention*.

Le stratagème était infaillible. — Jacques, le voleur, le garçon de la ferme est arrêté. — C'est un vol de confiance. C'est l'article 386 du Code pénal. — C'est de la réclusion, qu'il s'agit. = Jacques demande grâce. — Il y a des *circonstances* atténuantes en sa faveur. = Le fameux article 463, qui joue un si grand rôle aux Cours d'assises, depuis l'année 1832, est applicable. — Mais il y aura plus. — Il y aura l'absolution. — Le fermier fera grâce, quand il saura que Jacques voulait voler seulement des papiers et un passeport, pour faire *sauver Julien*, — le déserteur, son ami. — Et ce déserteur, c'est un Déserteur imaginaire ! il n'y avait pas Désertion. = Un pli remis ou plus tôt destiné au garde-champêtre lui faisait savoir que le conseil de guerre séant à Tours (Indre-et-Loire), l'avait absous, par la raison que « son congé de libération avait été signé avant » son départ du régiment. » — C'est bien là le cas de dire avec le poëte Horace :

*Nec deus intersit, nisi dignus vindici nodus.*

Ce dénouement inattendu produit sur L'auditoire des Fous et des folles une impression indicible, et un sourire de satisfaction se reflète sur tous les visages, quand un des acteurs (je ne me rappelle plus lequel) s'écrie, dans son rôle : « *Le gouvernement est trop bon.* »

Il y a dans cette petite composition littéraire, tout ce qui faut pour émouvoir et captiver le cœur. Sur une scène quelconque, il y aura matière à de douces émotions, toutes les fois qu'il s'agira d'un Déserteur. — Un conseil de guerre aura toujours le pouvoir de faire frémir, — car on sait que le Code militaire ne plaisante pas, encore bien qu'il ait été révisé en 1857.

Heureux le Déserteur qui, comme Julien, a des amis semblables à Jacques ! —

Ah ! L'amitié ! L'amitié ! c'est un compagnon de voyage ! comme dit la chanson.

Croiriez-vous que le dialogue entre ces deux amis sur cette

charmante scène de Ville-Evrard, m'a rappelé ces beaux vers ou Nisus dit en parlant d'Euryale (dans Virgile) :

*Me, me ! adsum qui feci ; in me convertite ferrum*
*O Rutuli ! Mea fraus omnis ! nihil ille, nec ausus,*
*Nec potuit.....*
*Tantum infelicem nimium dilexit amicum.*

Oui, ce sont les supplications de Julien qui font obtenir la grâce de Jacques.

J'ai fini, car je connais le précepte de Boileau « qui ne sut se borner ne sut jamais écrire ». Toutefois, je ne puis oublier une mention honorable pour cette charmante et mélodieuse voix de femme qui s'est fait entendre pendant l'intervalle de temps nécessaire pour changer les décors.

C*** C.

*Pour copie conforme,*
Dr Doutrebente.

### DES SUICIDES EN FRANCE EN 1875.

Nous empruntons les chiffres qui suivent au résumé, qui vient d'être publié dans le *Journal officiel*, du compte rendu général de l'administration de la Justice criminelle en France pour l'année 1875 (voy. *Annales médico-psychologiques*, 1877, t. XVII, p. 300).

Le nombre des suicides dénoncés, en 1875, au ministère public, 5,472, est inférieur de 145 à celui de 1874 et de 53 à celui de 1873 ; mais il est supérieur de 197 au chiffre de 1872. En tenant compte des oscillations inévitables d'une année à l'autre, on peut donc dire que les suicides restent dans un état stationnaire.

4 suicides sur 5 sont commis par des hommes.

En adoptant pour indiquer l'âge des suicidés la division appliquée aux accusés, on trouve les groupes suivants :

| | Hommes. | | | Femmes. | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Moins de 21 ans. | 116 | 3 p. 100 | | 67 | 6 p. 100 | |
| 21 à 40 ans. . . | 1.093 | 26 | — | 275 | 26 | — |
| 40 à 60 ans. . . | 1.658 | 39 | — | 414 | 39 | — |
| Plus de 60 ans. . | 1.336 | 32 | — | 307 | 29 | — |

On n'a pu découvrir l'âge de 184 hommes et de 22 femmes. Il en est de même en ce qui concerne l'état civil de 124 suicidés. D'après les renseignements fournis à ce dernier point de vue pour les 5,348 autres, 1,717 (32 p. 100) étaient célibataires, 1,698 (32 p. 100) mariés et avaient des enfants, 1,041 (19 p. 100) mariés sans enfants, 575 (11 p. 100) veufs avec enfants et 317 (6 p. 100) veufs sans enfants.

Les suicides sont relativement plus fréquents dans les villes que dans les campagnes ; car la population de celles-ci, qui est deux fois plus considérable que l'autre, ne donne qu'une proportion de huit centièmes plus élevée : 2,909 (54 p. 100 suicides ruraux et 2,491 suicides urbains (46 p. 100) ; le domicile de 72 suicidés est demeuré inconnu.

Eu égard à la profession, on relève 1,728 individus (32 p. 100) qui étaient attachés à l'agriculture, 1,557 (28 p. 100) à l'industrie, 445 (8 p. 100) au commerce, 904 (17 p. 100) rentiers ou exerçant des professions libérales, 245 (4 p. 100) domestiques, et 623 (11 p. 100) vivant dans l'oisiveté ou dont le métier n'a pas été mentionné sur les procès-verbaux.

Les trois quarts des suicides sont commis par submersion (1,610) ou par strangulation (2,439).

On en a signalé 1,661 (30 p. 100) au printemps, 1,550 (28 p. 100) en été, 1,246 (23 p. 100) en hiver, et 1,015 (19 p. 100) en automne.

Un tiers des suicides, 1,615 ou 33 p. 100 ont été occasionnés par des maladies cérébrales ; les procès-verbaux en attribuaient 505 (10 p. 100) à la misère ; 774 (16 p. 100) à des chagrins de famille ; 787 (16 p. 100) à la débauche et à l'inconduite ; 1,227 (25 p. 100) à des peines diverses (dont, souffrances physiques : 789) ; enfin 22 auteurs de crimes capitaux ont mis fin à leurs jours pour ne pas avoir à répondre à la justice de leurs méfaits. Les motifs de 542 suicides sont restés complétement ignorés.

### LE SUICIDE EN ITALIE.

En 1875 on constata en Italie 922 suicides, dont 747 par des hommes et 175 par des femmes; 469 avaient été perpétrés par des célibataires, 392 par des gens mariés, 106 par des veufs, 25 par des personnes dont l'état civil était inconnu. En 1873 il y eut 975 et, en 1874, 1,015 suicides dans le même pays. Le suicide n'augmente donc pas chaque année en Italie. En comparant la proportion des gens mariés et des veufs avec celle des célibataires, et les mettant en rapport avec le nombre des suicides de chaque catégorie, on arrive à la conclusion que le nombre relatif des suicides, comme celui des aliénés, est moins grand dans la classe des célibataires que dans celles des gens mariés ou veufs.

Le plus grand nombre des suicides a lieu à l'âge de vingt à vingt-cinq ans, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Les modes de suicide les plus fréquents sont, chez les hommes, les armes à feu ; chez les femmes, la submersion.

Une des causes les plus fécondes de suicide c'est la pellagre. Mais elle est exclusive au Piémont, au pays de Venise, à la Lombardie et à l'Emilie. Puis viennent les revers de fortune, l'aliénation mentale, les chagrins domestiques, la misère, etc.

La période de l'année la plus riche en suicides va du mois de mars au mois d'août. (*Archivio italiano*, juillet 1877.)

### HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.

— M. le professeur Charcot a commencé son cours clinique sur les maladies des centres nerveux, à la Salpêtrière, le dimanche 11 novembre, à 9 heures 1/2.

*Pour les articles non signés :* L. LUNIER.

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XVIIIe VOLUME DE LA CINQUIÈME SÉRIE.

## PREMIÈRE PARTIE.

### MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

### I. Pathologie.


PAGES.

De l'hérédité dans l'alcoolisme; par M. le Dr Taguet . . . . . 5
Observations statistiques sur les aliénés du Nord, traités à l'asile d'Armentières; par M. le Dr Bouteille . . . . . 12
Délire des persécutions; tumeur carcinomateuse chez un malade atteint de ce délire; étude histologique de la tumeur; par M. Ch. Duterque. . . . . 48
De l'Épilepsie par malformation du crâne; par M. le professeur Lasègue. . . . . 161
Des Hémorrhagies dans l'hystéro-catalepsie; par M. le Dr Maurice Binet. . . . . 179
Névrose complexe et exceptionnelle : vie en partie double; par M. le Dr Berthier. . . . . 201
De la folie à deux ou folie communiquée; par MM. les Drs Lasègue et J. Falret. . . . . 321
De l'état et du délire malicieux; par M. le Dr Dally . . . . . 356
Un cas d'aphasie, avec autopsie chez un mégalomane; par M. le Dr Marandon de Montyel . . . . . 361


### II. Médecine légale.


Rapports médico-légaux : 1° sur l'état mental du nommé Vinc., inculpé de destruction de tombes, etc ; faiblesse mentale, manie; ordonnance de non-lieu. — 2° Sur l'état mental du nommé G..., inculpé d'attentat aux mœurs; imbécillité; ordonnance de non-lieu ; par M. le Dr V. Combes . . . . . 69
Rapport sur l'état mental de Benjamin A..., inculpé de dégradation de monuments; par M. le Dr Etoc-Demazy. . . . . 207
Affaire Caillot : double assassinat; amnésie simulée; épilepsie, alcoolisme et monomanie allégués ; condamnation à mort ; par M. le Dr Lagardelle. . . . . 220
Rapport médico-légal sur l'état mental de Le Ray (Victorine), inculpée d'incendie volontaire; hystéro-manie ; par M. le Dr Henry Bonnet. . . . . 388

# DEUXIÈME PARTIE.

## REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

### I. Société médico-psychologique.

PAGES.

*Séance du* 30 *avril* 1877. — Correspondance et présentation d'ouvrages : M. Legrand du Saulle. — Rapports de M. Lunier et Motet sur les candidatures de MM. Prosper Despine et Rothe; admission. — Discussion sur l'aphasie (suite) : MM. Falret, Legrand du Saulle, Lunier, Bourdin . . . . . 86

*Séance du* 27 *mai* 1877.—Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Motet et Loiseau. — Rapport de M. Fournet sur la candidature de M. Fournié; admission. — Anatomie pathologique de la paralysie générale : MM. Luys et Baillarger. . . . . 97

*Séance du* 25 *juin* 1877. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Mordret, Despine, Rothe, Lubelski, Bini, Stacchini, Miraglia, Paul Moreau (de Tours).— Rapport de M. Motet sur la candidature de M. le Dr Sisteray; élection. — Discussion sur l'aphasie ; M. Legrand du Saulle. — Épilepsie méconnue ; un assassin de quinze ans et demi : MM. Legrand du Saulle, Lasègue, Delasiauve, Bourdin . . . . . 249

*Séance du* 30 *juillet* 1877. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Lagardelle, Solaville, Legrand du Saulle. — Sur les candidatures de MM. Bini et Stacchini, par MM. Motet et Boucherea u : MM. Billod et Legrand du Saulle; élection. — Discussion sur la paralysie générale (suite) : MM. Falret, Baillarger, Lunier, Legrand du Saulle . . . . . 412

*Séance du* 29 *octobre* 1877.—Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Bini, Sisteray, Gallopain, Arndt, de Krafft-Ebing.—Nomination d'une commission chargée des questions relatives au congrès aliéniste international. — Discussion sur la paralysie générale : MM. Jules Falret, Baillarger . . . . . 427

### II. Revue des journaux de médecine.

#### SOCIÉTÉS SAVANTES (1873-1875).

Analyse par M. le docteur Lunier.

Sur la dégénérescence palustre. . . . . 112
Injections de chloral dans les veines . . . . . 112
Cas de rage survenu après deux ans d'incubation. . . . . 112
Physiologie et instruction des sourds-muets. . . . . 113
Nature inflammatoire de la paralysie générale. . . . . 113
La volonté considérée comme puissance morale . . . . . 114
Sur la classification des maladies mentales . . . . . 123
Sur le vertige et la migraine . . . . . 123
Sur les moyens de protéger la société contre les actes des aliénés dangereux. . . . . 124
Hémorrhagie de la protubérance . . . . . 124
Tubercule de la dure-mère . . . . . 124
Origine du nerf moteur oculaire commun. . . . . 125
Cas d'hémiplégie avec rotation de la tête du même côté . . . . . 125

PAGES.
De l'oligurie hystérique. . . . . 125
Hémiplégie droite incomplète avec paralysie du moteur oculaire externe gauche. . . . . 125
Cas intéressant de tumeur cérébrale . . . . . 126
Cas de pseudo-pellagre. . . . . 126
Inflamm. de la substance grise de la moelle. . . . . 126
Cas de goître exophthalmique . . . . . 127 et 133
Cas de paralysie ascendante aiguë . . . . . 127
Rhumatisme cérébral guéri par les bains froids. . . . . 127
Cas de myélite aiguë généralisée . . . . . 127
Cicatrice d'hémorrhagie cérébrale . . . . . 127
Congestion du cerveau dans l'épilepsie absinthique. . . . . 128
Hémorrhagie dans la protubérance . . . . . 128
Cas de paralysie spinale générale aiguë. . . . . 128
Diagnostic du délire alcoolique fébrile . . . . . 128
Hémorrhagies chez des hémiplégiques du côté opposé à la lésion. 129
Deux cas de mort par hydropisie du 4e ventricule.. . . . . 129
Lésion prédominante de l'ataxie locomotrice . . . . . 129
Sur l'excitation électrique de la substance corticale. . . 129, 131 et 134
Aphasie et ramollissement des lobes sphénoïdal et occipital gauches. . . . . 130
Lésion des cordons de Gull sans ataxie . . . . . 130
Sclérose symétrique des cordons antéro-latéraux . . . . . 130
Du chloral dans le rhumatisme cérébral. . . . . 131
Phénomènes produits par la section de la 5e paire. . . . . 131
Température dans les attaques épileptiques des paralytiques . . . . 131
Deux cas de myélite centrale. . . . . 132
Cas d'hémorrhagie cérébelleuse.. . . . . 132
Sur l'état de mal épileptique. . . . . 132
Sur les fonctions du cerveau. . . . . 132
Sur les centres de l'écorce grise des hémisphères . . . . . 133
Convulsions avec abcès superficiel du cerveau . . . . . 133
Lésions médullaires dans un cas de paralysie générale spinale. . 133
Crampes des employés télégraphiques . . . . . 134
Nitrite d'amyle dans l'épilepsie . . . . . 134
Cas d'hystéro-épilepsie avec anurie . . . . . 134
De l'arthropathie dans l'ataxie locomotrice. . . . . 135
Lésions médullaires à la suite des lésions des nerfs . . . . . 135
Troubles trophiques par lésion du lobe postérieur. . . . . 135
Sur les localisations cérébrales. . . . . 136
Sur la physiologie de l'apoplexie. . . . . 136
Anthrapathies et fractures chez un ataxique . . . . . 136
Maladie de Bright ; lésion de la circonvolution de Broca. . . . . 137
Cas d'hémorrhagie de la protubérance. . . . . 137 et 139
Foyer hémorrhagique chez une idiote . . . . . 137
Tumeur cérébelleuse . . . . . 137
Fracture de l'occipital et épanchement dans le frontal . . . . . 137
Lésion traumatique du crâne. . . . . 137
Fracture spontanée chez une ataxique . . . . . 137
Maladie de Bright ; hémorrhagie cérébrale. . . . . 137
Otite et abcès du cervelet. . . . . 138
Méningite tuberculeuse . . . . . 138
État du système nerveux ganglionnaire dans l'atrophie musculaire. 138
Tubercules de la protubérance et du cervelet.. . . . . 138
Tumeurs cérébrales. . . . . 138 et 139
Méningo-encéphalite traumatique. . . . . 139
Pachyméningite spinale . . . . . 139
Hémorrhagie dans le corps strié.. . . . . 139
Tumeur de la couche optique. . . . . 139

PAGES.
Lésions anatomiques de l'atrophie musculaire . . . . . 139
Hémi anesthésie de cause cérébrale . . . . . 139
Abcès du cervelet suite de la lésion du rocher . . . . . 139
Hydrocéphalie congénitale . . . . . 140
Tumeurs de la protubérance . . . . . 140
Aphasie avec lésion de la 3e circonvolution frontale gauche . . . . . 140
Sur un cas de microcéphalie . . . . . 140
Microcéphalie . . . . . 140
Tubercules des artères cérébrales . . . . . 140

## JOURNAUX FRANÇAIS (1873-1874).

Anal. par M. le Dr Lunier.

Les aliénés aux Etats-Unis ; législation et assistance . . . . . 269
Effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium . . . . . 433
Cas de pachyméningite . . . . . 434
De la méningite cérébro-spinale épidémique . . . . . 435 et 436
Méningite et encéphalite syphilitiques . . . . . 436
Hémianesthésie dans l'alcoolisme chronique . . . . . 439
Troubles nerveux syphilitiques . . . . . 439
Endémie du goître et du crétinisme . . . . . 439
Excitabilité de l'écorce grise du cerveau . . . . . 439
Du délire et du coma digitaliques . . . . . 440
Hystérie guérie par la compression des testicules . . . . . 440

## JOURNAUX AMÉRICAINS (1873).

Analyse par M. le Dr Ach. Foville, fils.

Manie morale et folie transitoire . . . . . 303
De la responsabilité des épileptiques . . . . . 305
Violence et inconscience des épileptiques . . . . . 305
De la folie épileptique . . . . . 305
De la ciguë dans le traitement de la folie . . . . . 307
De l'ergot de seigle dans les maladies nerveuses . . . . . 308
Nitrate d'amyle dans l'asthme . . . . . 310
Hystérie et manie chez les enfants . . . . . 310
Caractère idéal des fonctionnaires des asiles . . . . . 310
Obligation des compagnies d'assurances dans les cas de suicide . 311
Traitement des aliénés criminels . . . . . 311

## JOURNAUX ANGLAIS (1874).

Analyse par MM. les docteurs Dumesnil et Pons.

Leçons sur la folie . . . . . 440
Hallucinations auditives . . . . . 447
Perception du temps dans la maladie mentale . . . . . 451
Quatre asiles dans le nord de la France . . . . . 455
Folie traumatique guérie par la trépanation . . . . . 455
Folie dépendant de la syphilis . . . . . 456
Deux cas de folie syphilitique . . . . . 459
Cas de manie aiguë idiopathique . . . . . 460
Progrès réalisés dans le traitement des aliénés . . . . . 460
Classification des maladies mentales . . . . . 461
Esprit et corps ; théories de leurs relations . . . . . 461
Nouvelle théorie des névroses . . . . . 462
Etudes sur la tribu des Todas . . . . . 463
Discussion sur les hallucinations . . . . . 463

## III. Bibliographie.

PAGES.

Des périodes raisonnantes de l'aliénation mentale; par M. le Dr Bigot (anal. par M. Doutrebente) . . . . . 141
Recherches physiologiques sur l'innervation du cœur; par M. le Dr Miot (anal. par M. Ritti). . . . . 146
Contribution à l'étude du sommeil naturel et artificiel; par M. le Dr A. M. Langlois (anal. par M. Ritti). . . . . 147
Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémichorée, l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques; par M. le Dr F. Raymond (anal. par M. Ritti) . . . . . 149
Le système nerveux périphérique au point de vue normal et pathologique; leçons de physiologie professées à Nancy; par M. le Dr Poincaré (anal. par M. Ritti) . . . . . 150
Hygiène de l'esprit au point de vue pratique de la préservation des maladies mentales et nerveuses; par M. le Dr P. Max Simon (anal. par M. le Dr Ritti). . . . . 313
Thèses de Paris, année 1877 (analyse par M. Ritti). . . . . 464
Bulletins bibliographiques. . . . . 152, 313 et 468

## IV. Variétés.

Nominations et promotions: MM. Binet, Cortyl, Dufour, Max Simon, Marandon de Montyel, Pons, Hildenbrand, Lapointe, Gallopain, Taguet, Florimont, Peeters. — Nécrologie : Salerio, Bulckens, Carlo Livi. — Prix Alfaro. — Prix de la Société de médecine de Gand. — Enseignement clinique des maladies mentales. — Des criminels aliénés en Italie. — Des suicides à New-York. —Faits divers . . . . . 153
Nominations et promotions : MM. Baillarger, Fuzier, Doutrebente, Deboudt, Fleuret, Arthaud. — Nécrologie : Albrecht Erlenmeyer. — Prix de l'Académie de médecine. — De l'enseignement clinique des maladies mentales. — L'asile de Bron. — La colonie de Vaucluse pour les enfants idiots ou arriérés. — Concours pour la nomination des internes de l'asile de Bron. — Les tumeurs sanguines de l'oreille. . . . . 314
Nominations et promotions : MM. Leblond, Bigot, Bosse, Douillot, Lemenant Des Chesnais, Fabre. — Enseignement clinique des maladies mentales. — Des représentations théâtrales dans le traitement de la folie. — Des suicides en France en 1875. — Le Suicide en Italie. . . . . 469

Paris. — Imp. de E. Donnaud, rue Cassette, 9.