

Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n° 19. - Paris: Masson, 1878.

Cote : 90152, 1878, n° 19



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)

Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?90152x1878x19>

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-NEUVIÈME
TRENTE-SIXIÈME ANNÉE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

10, rue Hautefeuille (*installation provisoire*).

1878





ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PATHOLOGIE

CONTRIBUTION

A

L'HISTOIRE DE L'ÉPILEPSIE

DANS SES RAPPORTS

AVEC L'ALIÉNATION MENTALE

Par le D^r GARIMOND,

Agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier,
Médecin en chef de l'Asile privé du Pont-Saint-Côme.

Lorsque l'idée déjà ancienne des transformations épileptiques entra dans la phase nouvelle que l'esprit novateur de Morel lui avait préparée, telle fut l'unanimité avec laquelle fut acceptée cette conception hardie qu'elle ne fut même pas mise en discussion, chacun se hâtant de réclamer la part qu'il pouvait avoir prise à cette création d'une entité morbide spéciale désignée sous le nom d'épilepsie larvée. Aussi, dans leurs écrits comme dans les sociétés savantes, les aliénistes ne se préoccupèrent-ils que de lui trouver des

ANNAL. MÉD.-PSYCH., 5^e série, t. XIX. Janvier 1878 1. 1

caractères incontestables qui pussent permettre de la reconnaître au milieu des formes multiples de la folie. Leurs efforts jusqu'ici ont été si peu fructueux que lorsque l'Académie mit au concours la question des rapports de l'épilepsie avec la folie dont la solution semblait devoir naturellement ressortir de cette doctrine, non-seulement elle ne reçut aucun éclaircissement, mais elle n'obtint même pas de réponse. C'est qu'en effet, avant d'établir les rapports de l'épilepsie avec l'aliénation mentale, il faudrait savoir ce qu'est la maladie convulsive. Est-elle réellement un état morbide spécial ou simplement une expression symptomatique? Or les médecins aliénistes, malgré leur esprit forcément philosophique, ont montré une répugnance qui ne paraît pas légitime à soulever ces problèmes. Subissant à leur tour l'influence des doctrines modernes, ils s'éloignent de tout ce qui ne leur paraît pas se rapporter à l'observation pure et simple, n'acceptent d'autres arguments que ceux des faits et s'efforcent de les plier à une théorie acceptée d'avance, quelque douteuse qu'elle paraisse. Plusieurs d'entre eux, exagérant même cette tendance, semblent vouloir frapper d'impuissance ceux qui ne les suivraient pas dans cette voie. « La maladie si discutable et si discutée, s'écrie l'un d'eux dans un langage imagé, est remplacée par l'examen honnête et persévérant du malade; les nuages d'une argumentation prévue font place à la saine observation; la théorie philosophique est morte, la clinique se lève (1). » Comme s'il était possible de rester dans les limites aussi restreintes, lorsqu'on veut arriver à une conception un peu élevée, trouver les rapports de deux faits morbides, formuler des lois. Du reste, si l'on a cru, en bannissant la théorie, empêcher l'esprit humain de s'égarer dans des conceptions imaginaires et d'adopter des idées séduisantes

(1) Legrand du Saulle, *Ann. méd.-psycholog.*, juillet 1873, p. 169.

et dangereuses, on s'est singulièrement trompé, le frein de l'observation n'est pas toujours suffisant pour nous guider avec sûreté. Un fait est un fait ; mais une observation n'est pas un fait, a dit un célèbre spécialiste, voulant indiquer par là que l'idée préconçue préside forcément à la recherche de la vérité, même lorsqu'elle se cache sous les apparences d'un examen scrupuleux et donne à l'objet de notre analyse une direction qui n'est pas toujours la vraie.

Il faut donc, malgré les anathèmes de la science moderne, en acceptant les matériaux nécessaires à toute conception, ne pas redouter d'user du raisonnement expérimental qui les met en œuvre, c'est-à-dire de la théorie qui constitue et édifie véritablement la science. Aussi, avant d'examiner tout ce qui a trait à l'épilepsie larvée, c'est-à-dire à cette folie développée sous l'influence de l'épilepsie, mais en dehors de toute convulsion, nous nous demanderons si cet état épileptique existe réellement ; et dès lors comment traiter ce sujet par des observations, alors qu'elles encombrant la science sans l'avoir suffisamment éclairée et lorsque surtout nos recherches peuvent nous conduire à des résultats négatifs ? Le moment est venu non pas de faire des hypothèses préconçues et multipliées, mais d'utiliser les matériaux que nous ont légués ceux qui nous ont précédés et d'en faire sortir par le raisonnement l'idée dominante, afin d'arriver par quelques propositions incontestables à une conclusion légitime. Ce n'est point une œuvre facile : les difficultés surgissent à chaque pas, si grandes elles sont qu'elles doivent faire excuser une tentative condamnée d'avance à ne rencontrer que des écueils devant lesquels ont reculé les maîtres les plus autorisés.

Depuis longtemps les faits de délire unis à la convulsion épileptique avaient été signalés par nos grands écrivains d'une autre époque et étaient l'objet des préoccupations des hommes vivant avec les aliénés. Mais la forme quel-

quefois si accentuée de cette aliénation mentale qui se révélait par des actes de violence furieuse, avait surtout frappé les observateurs modernes. Après avoir d'abord considéré la folie, sous quelque aspect qu'elle se présente, comme le résultat du mouvement congestif des accès et consécutive par conséquent à ces crises, quelques aliénistes, poussant plus loin l'observation, l'avaient vue survenir toujours sur des épileptiques avérés, avant les crises ou dans les intervalles éloignés de toute convulsion, et ils en avaient conclu que ces manifestations délirantes pourraient bien reconnaître, à leur origine, la même cause que l'épilepsie. Mais aucun d'eux n'était allé aussi loin que Morel, dont le *Mémoire* paru en 1860 était destiné à produire une véritable révolution en médecine mentale. Après avoir poursuivi par une analyse délicate la notion de l'épilepsie dans diverses manifestations de la folie qui ne semblaient pas au premier abord avoir une relation bien directe avec elle, il arrive à cette conclusion : « L'épilepsie est une vérasanie qui peut se manifester tantôt exclusivement par la convulsion, tantôt exclusivement par le délire », et il cherche à assigner à ce dernier des caractères qui le feront reconnaître partout. Il lui donne le nom d'*épilepsie larvée*. Il y a là une conception si hardie, un moyen de diagnostic si puissant, une classification si commode pour toutes les folies transitoires, un argument si précieux qui frappe les yeux des moins clairvoyants en médecine légale, qu'il serait désirable que tout vint confirmer ces premiers aperçus et que nous n'eussions qu'à apporter une part de perfectionnement à cette heureuse découverte.

Mais y a-t-il véritablement une découverte ? Les transformations épileptiques sont-elles des réalités et le délire peut-il quelquefois n'être qu'une épilepsie larvée, c'est-à-dire y a-t-il une maladie due à un principe insaisissable, mais toujours le même, nettement caractérisé dans ses symptômes, dans

ses causes, dans son évolution, dans toutes ses conséquences, qui se traduit tantôt par la convulsion, tantôt par un délire spécial dont l'allure seule dévoile nettement la nature? Telle est en somme l'état de la question. Non point que M. Morel l'ait ainsi posée, mais parce qu'elle ressort forcément de l'ensemble de son travail, des commentaires qu'il en a faits plus tard, et aussi, peut-être mieux encore, de l'opinion de ceux qui, sans aller aussi loin que lui, l'avaient précédé dans cette voie et avaient préparé la solution d'un problème dont ils avaient nettement posé les termes.

Nous ne ferons, en effet, que rappeler avec M. Lunier que cet état avait depuis longtemps été entrevu par les pathologistes. Joseph Franck l'avait désigné, il y a plus de 60 ans, sous le nom de transformation épileptique. Plusieurs auteurs bien antérieurs à lui, tels que Sauvage et Dumas, avaient signalé le changement de la convulsion en état fébrile ou intermittent, mais les véritables études sur ce point ne datent guère que d'une trentaine d'années. Renaudin (1) signalait en effet, en 1850, des aberrations délirantes instinctives chez plusieurs malades se manifestant avec d'autant plus de force que la convulsion manquait et que la maladie ne sortait pas. M. Billod (2), un des promoteurs actuels de l'épilepsie larvée, écrivait à la même époque : « Quels sont les rapports qui existent entre les attaques d'épilepsie et les accès de fureur? Ces accès, au lieu d'être consécutifs à l'accès d'épilepsie, ne seraient-ils pas une forme du mal épileptique? En d'autres termes, les accès épileptiques et la fureur ne seraient-ils pas deux formes d'accès d'un même mal, deux effets différents au lieu d'être réunis par une relation de cause à effet? » Ce point d'interrogation si net doit, à mon

(1) Renaudin, *Annales médico-psychol.*, 1850, 2^e série, t. II, p. 479.

(2) Billod, *Annales médico-psychol.*, 1850, 2^e série, p. 611 et 612.

sens, servir de départ à toute notre étude. Il a été repris par M. Falret (1) qui le résout par l'affirmative et s'efforce de démontrer qu'il y a une folie épileptique à caractères spéciaux. Le délire et la convulsion ne sont pas deux maladies distinctes, mais deux manifestations d'un même état morbide pouvant exister séparément ou simultanément, alterner ou se succéder à de courts intervalles, mais qui au fond ont la même signification. Avant M. Falret, à la même époque que M. Billod, M. Cavalier (2), décrivant dans sa thèse inaugurale diverses formes de fureur épileptique, remarquait que celle-ci existait souvent en dehors de l'accès, et émettait l'idée très-arrêtée que le délire était sous la dépendance de l'affection épileptique : ces derniers mots compris dans le sens qu'on leur attache dans l'école de Montpellier.

Mais seul M. Morel, comme je l'ai déjà dit, est allé oien plus loin, en essayant de démontrer la nature épileptique de la folie, dans les cas même où les accès convulsifs n'ont jamais été constatés. Du reste, c'est là une conséquence tellement logique, que l'induction devait forcément y conduire. Une fois admis qu'il est un mal épileptique se manifestant par la convulsion et par le délire, tantôt par l'un, tantôt par l'autre, il est rigoureux de conclure que la convulsion peut manquer absolument dans certaines circonstances, tandis que dans d'autres c'est le délire qui fera défaut, et l'observation doit venir plus tard se charger de la démonstration. Il suit de là qu'il n'y a qu'une seule manière d'élucider le problème : c'est d'essayer d'aborder franchement l'étude si difficile de la nature de l'épilepsie, et de se demander si elle est quelquefois une en-

(1) J. Falret, *Arch. gén. de méd.*, 1860, t. XVI, 5^e série, p. 664.

(2) Cavalier, *Thés. de Montpellier, De la fureur épileptique*, 1850.

tité morbide spéciale ou simplement et toujours un état symptomatique dû à des causes diverses. M. Morel, qui dans bien des occasions n'a pas fait preuve de timidité en pathogénie, n'est pas remonté aussi loin : il s'est contenté d'analyser l'accès épileptique qui présente, suivant lui, pour caractère normal le délire uni à la convulsion. Il admet que chacune de ces phases peut se produire isolément, et il trouve que les caractères du délire sont si nettement déterminés, ils affectent des signes si pathognomoniques, que l'espèce morbide dont ils relèvent peut être reconstituée en dehors même de toute convulsion. C'est cette forme d'aliénation mentale qu'il désigne sous le nom d'épilepsie larvée.

Cette théorie ainsi présentée soulève bien des objections, et, sans vouloir faire ici une guerre de mots, il faut déjà reconnaître que l'expression *larvée*, qui cependant a fait fortune, est aussi mal choisie que possible. Puisque le délire fait partie de l'accès, qu'il a des caractères fixes et déterminés, il ne présente rien de larvé. C'est un accès incomplet, qu'il serait bien plus juste de nommer, avec M. Legrand du Saulle, épilepsie fruste. Cette réserve faite, du reste très-importante, je m'arrête dans cette discussion, à laquelle je serai plus tard obligé de revenir. J'ajoute seulement que si M. Morel a présenté des faits discutables n'entraînant pas toujours la conviction, les conclusions de son travail, sous des formes en apparence très-arrêtées, offrent des propositions qui sont presque contradictoires. « L'épilepsie, dit-il (1), est une névrose qui, par la répétition de ses accès, détermine chez la plupart des individus qui en sont atteints, des troubles spéciaux de la sensibilité ainsi que des facultés intellectuelles et affectives. Cette névrose peut exister à l'état larvé et produire chez les malades les mêmes troubles de la sensibilité et des facultés intellectuelles et affectives, que si l'épilepsie était franchement accusée par des chutes, des

(1) Morel, *Gaz. hebdomadaire*, 1860, p. 840.

vertiges. » Mais si le déiire dépend de la répétition des accès (première proposition), comment peut-il se reproduire en l'absence de la convulsion (deuxième proposition)? Il faut alors admettre qu'il a une double origine; qu'il est dû quelquefois à la multiplicité des crises et d'autres fois à l'influence plus générale de la névrose, de l'entité morbide épilepsie. Mais c'est là précisément la démonstration qui n'a pas été faite. Ne pas aborder le sujet de cette manière, c'est ne prendre dans le raisonnement que les conclusions, sans s'assurer si les fondements sur lesquels elles s'appuient ont toute la fermeté désirable. Il faut, donc comme ont semblé le vouloir MM. Billod et Falret, essayer de remonter plus haut; considérer la cause de la convulsion, reconnaître si elle est unique, toujours la même, ou du moins si dans quelques cas déterminés, il y a vraiment un mal épileptique dont l'évolution a une marche déterminée se manifestant par une forme bien arrêtée, mais pouvant exceptionnellement revêtir des caractères tout différents de sa symptomatologie ordinaire et constituant alors en réalité une épilepsie larvée.

Cette recherche est loin d'être inutile, car s'il était prouvé qu'il y a une épilepsie vraie qui dût être rangée au nombre des états morbides généraux et désigné sous un nom particulier, son histoire serait éclairée d'une vive lumière. Si au contraire elle n'est qu'un symptôme, qu'une réaction de causes variées et jamais spéciales, tout l'échafaudage élevé autour d'elle s'écroule sans merci.

Est-il possible de délimiter le sujet? Les définitions, qui sont comme le résumé de l'histoire des maladies, devraient au moins nous en fournir un aperçu un peu clair et méthodique. Malheureusement elles sont presque toutes simplement descriptives, d'un vague de mauvais augure pour la recherche de la nature de cette maladie. L'épilepsie, maladie divine de Platon, herculéenne d'Aristote, *morbus comitiatus* de Pline, *morbus sonticus* d'Aulu-Gelle, mal

caduc, est définie par Sauvage un spasme clonique général, chronique et périodique, avec abolition des sens dans le paroxysme et oubli de ce qui est arrivé. — Cullen, moins explicite, se contente de signaler la convulsion des muscles et la somnolence. — Van Swieten note l'absence de sensibilité, l'augmentation de la force motrice et musculaire sans participation de la volonté et de la conscience. — Pierre Franck adopte la définition suivante : convulsion générale ou partielle, le plus souvent accompagnée de perte des sens et de la mémoire pour ce qui s'est passé dans le paroxysme. — L'épilepsie, dit Esquirol, est une maladie convulsive ou chronique avec perte de connaissance. — Maladie apyrétique, chronique et intermittente du cerveau, ajoute Georget, principalement caractérisée par des attaques convulsives de courte durée avec perte subite de connaissance, turgescence rouge et violacée.

Toutes ces définitions purement descriptives, renfermant quelquefois des assertions contestables, ne nous donnent aucun aperçu sur la nature de l'épilepsie.

C'est au même point de vue que s'est exclusivement placé M. Delasiauve (1). « L'épilepsie, dit-il, a pour cachet essentiel des attaques communément soudaines et rapides avec ou sans chute, où l'abolition presque toujours complète des facultés intellectuelles et sensoriales s'associe à des contractions, à des secousses plus ou moins générales. »

M. Voisin (2) pense qu'on doit la définir « une maladie chronique apyrétique caractérisée par des attaques convulsives, des vertiges, des absences, qui frappent l'individu d'une façon irrégulière au milieu de la santé, souvent en apparence la plus parfaite. » « L'épilepsie, ajoute-t-il, est bien une maladie et non pas un symptôme, malgré ce qu'en peuvent dire

(1) Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*, p. 27.

(2) Voisin, *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, t. XII, p. 581.

certain auteurs, qui ne me paraissent pas avoir suffisamment vécu au milieu d'une population d'épileptiques. »

Jusqu'ici nous n'avons qu'une description réunissant sous la même caractéristique une foule d'états morbides semblables dans leurs manifestations, différents dans leurs origines. Ces définitions comprennent ainsi dans le même cadre les convulsions à caractères déterminés mais évidemment symptomatiques et celles que l'on pourrait regarder comme essentielles ; aucune ne se rapporte à la nature de la maladie. M. Voisin seul, sans faire entrer cet élément dans sa description, donne son opinion sous une forme très-affirmative, mais qui n'entraîne pas la conviction. M. Trousseau, conséquent avec l'esprit philosophique qui a toujours présidé à ses écrits, a essayé d'aller plus loin. « L'épilepsie, a-t-il dit dans son *Traité de thérapeutique*, est à elle seule une maladie (expression évidemment prise dans le sens d'état morbide général et spécifique). Ce mot fait naître tout à la fois : 1° l'idée d'une modification grave, profonde, essentiellement chronique et réfractaire finissant par imprimer aux fonctions, par le trouble intermittent par lequel elle s'annonce, des altérations permanentes qui oblitèrent toutes les attributions du système nerveux de la vie animale; 2° plus l'idée d'une forme convulsive et apoplectique revenant par accès plus ou moins rapprochés. Voilà l'épilepsie presque toujours incurable, l'épilepsie essentielle, le véritable *morbus sacer*. La convulsion épileptiforme, au contraire, n'est que le dernier élément dont nous venons de parler ; c'est la forme convulsive et apoplectique de l'épilepsie moins l'épilepsie, c'est-à-dire une modification morbide quelconque de l'économie autre que l'état que nous avons spécifié plus haut, modification quelconque empruntant à l'épilepsie, pour se manifester, sa forme, rien que sa forme. »

Il résulte de là que, suivant l'opinion de M. Trousseau, une forme convulsive identique appartient à la manifestation de ces différents états et que parmi eux cependant un seul

mérite le nom d'épilepsie. D'où la division d'épilepsies symptomatiques et d'épilepsie essentielle. Les premières sont hors de cause, acceptées par tous les médecins ; il s'agit de caractériser l'épilepsie dite essentielle. M. Trousseau y est-il parvenu en spécifiant qu'elle est due à une modification particulière de l'innervation cérébro-rachidienne, modification grave, profonde, essentiellement chronique et réfractaire ? Nous ne le pensons pas. Sans même mettre à part l'épilepsie accidentelle qui peut devenir permanente, survenant par action réflexe, toutes les épilepsies ont le caractère assigné aux essentielles. Celles qui surviennent à la suite d'une dépression de la voûte crânienne, celles dues au développement d'une tumeur, l'alcoolique comme la rhumatismale, l'expérimentale comme, la spontanée se manifestent par suite d'une modification cérébro-rachidienne, modification grave, profonde, essentiellement chronique, trop souvent réfractaire. Et cette tentative en faveur d'une distinction en apparence légitime échoue, puisque la séparation entre les épilepsies ne peut s'établir et que la plupart d'entre elles relèvent du caractère assigné à la maladie essentielle.

M. Voisin n'a pas fait entrer d'élément distinctif dans sa définition ; mais, dans le commentaire qu'il en donne, faisant justement intervenir la pathogénie, il dit que sous l'influence de causes variées il se crée une prédisposition héréditaire, et l'individu devient épileptique dans certaines conditions, aussi bien qu'il serait devenu choréique, hystérique, etc. Cette théorie s'est pour ainsi dire imposée à l'auteur ; mais il suffit de l'énoncer pour faire voir que, contrairement à l'opinion de cet écrivain, il n'existe pas alors d'état morbide spécial, puisque indifféremment cette prédisposition héréditaire crée des maladies diverses.

Mais pour revenir à la définition de M. Trousseau, ne pourrait-on point poursuivre l'idée qu'il émet, éminemment féconde si elle est vraie, et dire en d'autres termes : L'épilepsie est un mode pathologique spécifique qui se

traduit par des troubles du système nerveux et se révèle par son développement initial (pathogénie), par son expression (symptomatologie), ses localisations (anatomo-pathologie), sa marche et sa durée (terminaison et pronostic), par ses indications thérapeutiques (traitement), réservant le nom d'épilepsie symptomatique, convulsion épileptiforme à tout mouvement nerveux reproduisant quelques traits effacés de la maladie principale, mais ne présentant pas l'ensemble de sa caractéristique. Ce serait une distinction désirable, mais est-elle possible? Y a-t-il en effet une maladie à marche tellement déterminée, prenant manifestement son origine dans une modification vitale en dehors de toute lésion organique primitive, dont on puisse faire un état morbide spécial, essentiel, séparé des épilepsies dites symptomatiques et dont l'histoire serait éclairée surtout par l'étude de sa pathogénie et de ses caractères? C'est ce qu'il est indispensable d'examiner.

La *symptomatologie* doit tenir le premier rang, puisque c'est elle qui frappe au premier abord notre attention et nous offre le terrain le plus facile à explorer pour démêler les diverses formes d'épilepsie. Elle se compose de deux points de vue séparés, les accès et leurs intervalles.

L'accès épileptique a été parfaitement analysé. Je me contenterai d'en indiquer les traits principaux. Il est caractérisé par le cri initial, la chaleur avec pâleur et perte de connaissance, les contractions tétaniques sans oscillation; la tête étendue est contournée de côté, le spasme s'étend jusqu'aux actes végétatifs, la respiration est suspendue, le cœur bat à peine. La stase veineuse succède à l'anémie primitive et le visage devient bleuâtre. Les contractions sont bientôt cloniques. Les secousses commencent par les muscles de la face, du larynx et du pharynx; il y a des mouvements de diduction de la mâchoire, et la convulsion s'étend à tous les muscles;

la langue est projetée au-dehors avec écume abondante. Puis il y a collapsus général et coma. La sensibilité réflexe pendant toute la durée de la crise est augmentée ; il suffit de jeter un peu d'eau sur la face pour activer les convulsions, mais la sensibilité spéciale est abolie, la pupille reste immobile à la lumière.

Tel est l'accès complet, la grande crise ; la plupart de ces signes, malgré leur importance, peuvent manquer. Cependant les auteurs sont unanimes à ranger ces accès incomplets dans la même classe de maladie. La raison en est toute simple : si on limitait l'épilepsie aux grandes crises, elle échapperait à toute systématisation, puisque le même individu peut présenter ce qu'on appelle le grand et le petit mal. Le diagnostic, il est vrai, offre quelquefois un peu d'incertitude, mais il est bientôt confirmé par l'apparition de la maladie avec toutes ses manifestations.

A l'accès incomplet correspond ce que l'on désigne sous les noms de vertige et d'absence. L'absence est une sorte d'éclipse intellectuelle pendant laquelle le malade est privé subitement de connaissance durant un temps très-court ; les actes commencés sont suspendus un instant, puis habituellement repris au point où ils avaient été laissés, sans même que les assistants s'aperçoivent de cette interruption. Elle n'est pas toujours aussi nettement définie. Il y a, comme en toute chose, des degrés qui rapprochent ce mode nerveux du vertige et de l'accès intermédiaire dans lequel les caractères que j'ai signalés tendent à s'effacer ou à devenir plus accentués. Cette forme morbide passe souvent inaperçue ; mais on la retrouve quand les malades sont dans des conditions où l'observation peut être suivie avec facilité. Je me souviens d'avoir vu une pauvre femme fort douce, laborieuse, mais d'une intelligence un peu déprimée, atteinte de ce mal avec une fréquence insolite. Elle était occupée à des tra-

vaux de couture et placée entre deux infirmières. Vingt fois le jour, l'absence se manifestait, la malade s'inclinait un instant sur l'épaule de sa voisine sans lâcher ni son travail ni son aiguille. Un simple mouvement suffisait pour la redresser, et elle reprenait tout aussitôt sa couture au point où elle l'avait laissée.

Le vertige n'est autre chose qu'une absence à laquelle viennent s'ajouter des convulsions rapides, habituellement partielles. C'est dans cette forme qu'on a l'occasion d'observer des phénomènes comparables à ceux que l'on peut artificiellement provoquer en piquant la protubérance d'ailleurs saine, soit d'un seul côté, soit des deux côtés à la fois. Le sujet exécute irrésistiblement un mouvement de rotation, ou il se précipite en avant, puis il tombe comme étourdi et un instant après il se relève n'ayant nullement conscience de ce qui vient de se passer. Enfin l'accès peut être intermédiaire aux grandes et aux petites crises, participer des caractères des unes et des autres, sans acquérir toute l'intensité de la convulsion type. Mais on conçoit qu'il soit impossible dans cette division fictive, utile seulement pour l'étude, d'établir une délimitation exacte et surtout d'en multiplier les catégories.

Rarement une attaque présente bien nets les caractères que nous avons signalés ; aussi la distinction des accès avec ceux qui appartiennent à l'hystérie, à l'éclampsie, à l'extase, voir même à l'apoplexie convulsive, n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire. En examinant l'ensemble de la marche de la maladie, on parvient bien ordinairement à distinguer ces convulsions les unes des autres ; mais l'analyse détaillée n'est pas toujours aussi satisfaisante, et dans des cas trop multipliés on retrouve des phénomènes qui laissent le médecin dans le plus grand embarras. C'est ainsi que M. Herpin a pu avec raison reprocher à Maisonneuve et à Beau d'avoir, dans leurs exemples d'hystérie ou d'hystéro-épilepsie, méconnu des

épilepsies avortées, sans arriver à indiquer fructueusement le moyen de ne pas les confondre. Que de fois ne voyons-nous pas des observations fournies par des hommes compétents porter ce titre complexe, laissant par là comprendre que ces deux maladies empiètent mutuellement sur un domaine commun ! Mais peu importe, pour le problème que nous cherchons à résoudre, que l'on parvienne à scinder cet ordre de convulsions, à le séparer de tout autre, même de l'hystérie ; il faut pousser l'analyse plus loin pour mettre une sorte de systématisation à la place du trouble et du désordre qui préside à la classification des maladies convulsives dites épileptiques. Cette symptomatologie étudiée avec un vrai luxe de détails est impuissante à faire en rien distinguer les diverses espèces d'épilepsie. Ainsi celle dite alcoolique, celle qui survient à la suite de lésions cérébrales incontestables (coups, fractures, tumeurs), celle qui est le résultat de la malconformation, celle des individus primitivement idiots, celle qui est sous une influence réflexe, les transitoires comme les permanentes, les spontanées chez l'homme comme celles qui sont dues au résultat de l'expérimentation chez les animaux, revêtent absolument les mêmes caractères et sont dévoilées tantôt par des crises complètes, tantôt par des crises incomplètes. Le même individu peut présenter successivement des vertiges, des absences, des convulsions à peine ébauchées et enfin l'appareil symptomatique le plus effrayant. Cette observation, sur laquelle je n'ai pas à insister, est reconnue vraie presque par tous les auteurs, puisque Trousseau lui-même, cherchant à distinguer les épilepsies entre elles, pose en principe que l'appareil symptomatique est identique dans tous les cas. Par conséquent l'affection, la maladie, la cause qui préside à ce développement, peut se traduire indifféremment par toutes les formes variées de la convulsion, du vertige ou de l'absence ; et lorsque l'impulsion initiale change, ce n'est pas une raison pour que le symptôme

se modifie, de sorte que le caractère de la crise n'indique rien par rapport à la variabilité de sa cause. La symptomatologie est donc insuffisante pour établir des distinctions cliniques, et Trousseau a eu raison de dire que la convulsion épileptiforme emprunte à l'épilepsie sa forme et bien réellement toute sa forme.

On ne peut, d'après ce seul fait, nier l'existence d'une épilepsie essentielle, état morbide spécial, affection épileptique; mais on doit affirmer que les symptômes de l'accès sont impuissants à nous donner cette démonstration. Par conséquent, il faut, en dehors de cette symptomatologie, poursuivre notre étude et chercher ailleurs les preuves de l'entité morbide épilepsie.

La maladie ne se compose pas seulement d'accès répétés, mais encore de leur ordre de succession et de leurs intermissions plus ou moins durables. A ce point de vue, il n'y a rien à espérer, et les études les plus minutieuses n'ont pu parvenir à déterminer le moment d'apparition des troubles convulsifs. « Le hasard, dit M. Delasiauve, semble en bien des cas présider à l'évolution épileptique, qui offre tantôt une rapidité foudroyante, tantôt une intermittence inexplicable, des intervalles mobiles et capricieux. Impossible de prévenir ni de mesurer la distance d'un accès à un autre. Ordre, régularité, lien coordinateur, tout fait défaut. » Lorsque la maladie affecte une certaine périodicité, celle-ci n'est que d'un intérêt médiocre puisque cette marche, tout à fait insolite, est une véritable exception dont même la réalité n'est pas exactement démontrée. On cite un petit nombre d'épileptiques chez lesquels la convulsion s'est manifestée à heures et à jours déterminés et que le sulfate de quinine a pu guérir; mais l'interprétation de ces faits peut aussi bien conduire à regarder la crise convulsive comme la forme sous laquelle se cachait la fièvre intermittente qui affectait le type larvé, et l'épilepsie, conformé-

ment à cette interprétation, n'était qu'un état symptomatique de l'affection paludéenne. D'autres fois, la fièvre et l'épilepsie se combinent sans que rien ne semble changer à la marche de la maladie. Des causes nombreuses, telles que les phases lunaires, les saisons, l'action du jour, celle de la nuit, les variations atmosphériques, le sexe, le tempérament, ont certainement une action sur ses manifestations; mais cette influence échappe à toute règle et ne peut être prévue d'avance.

L'irrégularité dans l'apparition, si difficile à analyser, semblerait au premier abord révéler une cause première, puissante, au-dessus de toutes les autres, dominant la scène, ne répondant qu'à son heure à des provocations qui ne sont rien auprès de son énergie, et imprimant à la maladie, en dehors et au travers de toutes les influences, cette allure capricieuse qui échappe à toute prévision. Cependant un peu de réflexion nous rappellera que c'est le propre de tous les états nerveux, qu'ils soient essentiels ou symptomatiques, primitifs ou secondaires, et que dès lors il suffit que les causes morbides aboutissent à ce système pour que celui-ci réponde par des irrégularités surprenantes. L'apparition de la maladie, à des époques indéterminées, a, moins qu'on ne serait tenté de le croire, une importance dans la solution du problème. Elle indique simplement que la scène se passe dans le domaine du système nerveux.

Mais si les accès n'ont aucune marche régulière, si leur développement ne présente aucun signe suffisant pour en déduire la notion d'un état affectionnel spécial, leur intermission peut offrir sans doute quelque phénomène caractéristique. Il est tout naturel que les médecins aliénistes, observant les épileptiques dans les asiles aient une tendance à généraliser un fait assez commun, celui de l'aliénation mentale unie à la convulsion. C'est d'abord timidement que cette opinion a essayé de se produire; plus tard, au con-

traire, elle s'est imposée et a fait considérer le délire comme la caractéristique naturelle de la convulsion, et, sous l'impulsion de Morel, ce signe a été même substitué à tout autre moyen de diagnostic.

Cette opinion se base sur des faits d'ordre divers. On peut penser que la crise épileptique ne se manifeste jamais sans aliénation mentale, la syncope, qui est un des meilleurs signes propres à la reconnaître, devant être considérée comme un trouble de l'intelligence : mais accepter cette idée serait par trop donner carrière à l'imagination. La syncope, quel que soit son mécanisme, a pour résultat la suspension de toutes les fonctions organiques, intellectuelles et sensitives, suspension courte, passagère, rapide, sans quoi elle deviendrait mortelle. L'aliénation mentale suppose, au contraire, une activité cérébrale déviée, mais non suspendue. L'apoplectique, dans cette hypothèse, serait un aliéné en même temps que le mourant dont les facultés s'éteignent. Le mieux est donc de ne pas insister sur cet ordre de faits, rappelant seulement que Morel et ses adhérents ont attribué un rôle important à l'absence rapprochée de l'accès dans la caractéristique de la folie épileptique.

La convulsion est habituellement suivie, lorsqu'elle a une certaine intensité, de quelques troubles passagers. « Tantôt, dit Georget (1), le malade reprend subitement connaissance aussitôt après la cessation des mouvements convulsifs ; tantôt il tombe dans un sommeil profond, avec ronflement remarquable qui dure autant que l'attaque. Dans l'un comme dans l'autre cas, lorsqu'il revient à lui, il a l'air étonné, hébété, éprouve une fatigue extrême, une lassitude générale ; il a les membres brisés, il lui reste une céphalalgie violente. » Mais, outre que l'épileptique ne subit pas nécessairement tous ces accidents, ainsi que le témoigne

(1) Georget, *Physiologie du système nerveux*, t. II, p. 383.

Georget, ceux-ci, résultats évidents de l'attaque, ne peuvent être considérés comme des faits d'aliénation mentale par les mêmes raisons invoquées pour la syncope. Ils se reproduisent indifféremment dans toutes les épilepsies, quelle qu'en soit l'origine, mais surtout lorsqu'il y a une maladie organique du cerveau. Enfin, d'autres maladies convulsives, certaines formes d'hystérie, n'en sont pas exemptes, et l'éclampsie, lorsqu'elle se répète, est presque toujours avec ce cortège de symptômes. Si donc ces troubles nerveux cérébraux peuvent quelquefois aider à reconnaître à quel ordre de convulsion on a affaire, à distinguer par exemple vaguement l'épilepsie, c'est tout ce qu'on peut leur demander, sans jamais pouvoir parvenir au diagnostic de la nature de cette maladie.

Ce n'est pas sur ces faits que l'attention a été surtout portée, mais plutôt sur une aliénation mentale vraie et peut-être spéciale qui ferait partie intégrante de l'accès : les longues attaques, les états épileptiques sont ordinairement suivis de désordres cérébraux graves et persistants. Ces désordres sont, chez les uns, la démence, la stupidité ; chez d'autres, un délire furieux qui porte le malade aux actes les plus extravagants (1). « On en est venu aujourd'hui, écrit M. Falret (2), à admettre que tous les épileptiques sans exception présentent à un certain degré des perturbations de l'intelligence et du caractère, et qu'aucun ne peut être considéré comme absolument sain. Cette opinion est certainement exagérée ; elle compte néanmoins des partisans très-convaincus », et si nombreux que plus tard M. Falret semble admettre ce fait dans tout son absolutisme ; M. Delasiauve ajoute : « L'épileptique parcourt en quelque sorte tous les tons de la gamme maniaque. » M. Morel va plus loin : « L'épilepsie n'est qu'une vésanie. »

(1) Georget, *loc. cit.*, p. 383.

(2) Falret, *Arch. gén.*, t. XVI. 2^e série, p. 664.

On pourrait presque dire avec lui : l'épilepsie est la forme convulsive de la folie.

M. Voisin (1) ne saurait admettre en thèse générale l'opinion de quelques médecins qui pensent que l'on peut être épileptique et complètement sain d'esprit. « Je ne veux point dire, ajoute-t-il par une sorte de correctif, que tout épileptique soit aliéné, mais tout épileptique est original, fantasque, et peut, à certain moment, commettre des actes irrésistibles de cause hallucinatoire et de nature dangereuse. » Si donc tous les épileptiques sont aliénés et sont susceptibles à un moment donné de céder à des penchants instinctifs et redoutables, il s'ensuit qu'il n'y a aucune distinction à faire entre les diverses épilepsies, puisqu'elles peuvent avoir toutes le même cachet dans les accès, dans leurs intermissions, dans leurs complications.

On ne peut cependant nier qu'en dehors des hôpitaux il n'existe des épileptiques dont les attaques peu fréquentes laissent dans leur intervalle l'intelligence parfaitement nette et lucide, au point que celui qui ne possède pas le secret avoué de cette infirmité ne peut, en voyant le malade, en acquérir le moindre soupçon. Je ne parle pas de ces épilepsies qui sont sous la dépendance de causes fugaces qui disparaissent pour ne plus revenir, comme les accidents qui les ont provoquées, mais bien de celles dont la permanence tient à un état spécial du système nerveux, ou à la persistance de la cause. De l'aveu de la plupart des médecins, il est des individus qui, dans ces cas, possèdent toute l'intégrité de leur intelligence. Ce n'est point évidemment dans les asiles d'aliénés où il est possible de faire des constatations de ce genre, et cependant dans les hospices, là où l'on n'amène que des malades incurables, ceux dont la fréquence des attaques est un objet de répulsion en

(1) Voisin, *Nouveau dictionn. de médecine*, t. XIII, p. 596.

même temps qu'une infirmité qui leur rend le gain de la vie impossible, on trouve encore bon nombre de ces malheureux sains d'esprit. C'est M. Voisin, qui défend l'opinion contraire et ne peut dès lors être suspecté de partialité, qui nous fournira les chiffres suivants. A Bicêtre, sur 240 épileptiques, il en a trouvé 26 sains d'esprit au lieu de 60 qui étaient classés comme non aliénés. Sur 148 malades en dehors de son service hospitalier, il n'en a rencontré que 10 dont l'intelligence fût en état de pondération parfaite.

Dans des conditions plus favorables, certainement la proportion des intelligents deviendrait plus considérable, et il n'est pas un médecin praticien qui n'ait, dans ses observations journalières, rencontré des épileptiques restés sains d'esprit. Je cite pour mémoire un vieillard atteint depuis plus de 40 ans d'attaques nocturnes répétées, qui l'incommodaient si peu qu'il n'a jamais voulu qu'on s'en occupât. Les jours de crise, il prolongeait son séjour au lit et puis reprenait son travail de propriétaire cultivateur. J'ai sous les yeux une jeune femme épileptique depuis son enfance, épileptique héréditaire, en ce sens que toutes les formes de maladies nerveuses sont réunies dans sa famille, dont l'intelligence est conservée, le caractère parfait, et dont personne ne serait en droit de soupçonner le tare indélébile dont elle est atteinte, si les crises n'étaient quelquefois survenues à des moments intempestifs. Ces exemples pourraient se multiplier; ils suffisent pour établir l'immunité de quelques épileptiques. Or, si l'aliénation mentale était la conséquence obligée et la caractéristique de l'épilepsie, état morbide général, elle ne manquerait pas plus que ne font défaut le vertige, l'absence, la convulsion dans une durée d'observation qui implique de longues années. Que si l'on ajoutait que c'est précisément dans les cas d'épilepsie non spéciale que le délire manque, les faits, comme nous allons le voir tout à l'heure, démentiraient cette

assertion. Du reste; les aliénistes, en adoptant si aveuglément le mot d'épilepsie larvée, ont par cela même fait l'aveu que l'aliénation mentale n'était pas son cachet, puisque d'après eux c'est l'aspect sous lequel elle se cache.

Il est cependant incontestable que les malades les plus intelligents sont exposés, à un moment indéterminé, à devenir aliénés. A la folie peut succéder l'épilepsie, comme cette dernière peut avoir pour conséquence l'aliénation mentale. Quels qu'en soient la fréquence et le mode de génération, examinons l'importance de cette succession au point de vue qui nous occupe.

L'épilepsie n'est pas une maladie cérébrale : tout le démontre, et nous aurons occasion de développer plus tard les idées expérimentales adoptées par les physiologistes modernes. On conçoit dès lors que le délire dont la manifestation appartient à l'organe cérébral ne soit qu'une complication, et, en effet, le plus souvent il est la conséquence des crises, c'est-à-dire un enchaînement dû, non pas à la maladie même, mais aux modifications qui suivent ce que l'on désigne sous le nom d'épilepsie, que ce soit convulsion, absence ou vertige peu importe : c'est l'opinion des hommes les plus compétents en cette matière, en même temps que le résultat de l'observation. « On conçoit, écrit M. Delasiauve (1), qu'à force de se répéter, les commotions du cerveau doivent à la longue apporter de graves troubles dans les fonctions de cet organe » ; « les troubles spéciaux de la sensibilité des facultés intellectuelles et affectives sont dus à la répétition des accès, ajoute M. Morel(2). » Dès lors une complication ne peut devenir un signe caractéristique, quelque fréquente qu'elle soit; elle n'est qu'une exception, elle ne fait pas partie de l'essentialité de la maladie, d'autant qu'elle

(1) Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*, p. 445.

(2) Morel, *Gaz. hebdomadaire*, 1860, p. 840.

existe indifféremment dans toutes les formes d'épilepsie. Cependant, il est un délire survenant en dehors des accès, sans relation apparente avec eux et qu'on a voulu rapporter à la cause même de la maladie convulsive, qui ne serait qu'une autre manifestation de cette affection et qui dès lors aurait la valeur d'un signe nouveau. Mais cette folie n'a pas des caractères dont la signification ne puisse être contestée, et elle est assez rare pour ne se retrouver que dans un nombre de cas limités. Il y a donc lieu de la considérer comme une exception qui ne doit point se substituer à la règle. On pourrait objecter peut-être que ces cas ne sont pas fréquents parce qu'ils se rapportent à l'épilepsie vraie, elle-même très-exceptionnelle. Malheureusement la fureur épileptique dont il est question n'appartient pas à une seule épilepsie, on la retrouve dans toutes les formes de maladie convulsive. Du reste, puisque le trouble intellectuel et affectif dépend de perturbations cérébrales, il est tout naturel de penser que le délire doit avoir lieu surtout dans les maladies où les lésions du cerveau sont primitives et provoquent les convulsions alors tout à fait symptomatiques. Ainsi, on signale des signes manifestes d'aliénation mentale chez des malades atteints de tumeur dans les couches optiques ou les corps striés avec crises épileptiques. C'est même un fait accepté que, chez les idiots avec malformation et épilepsie, la fureur est fréquente. Ai-je besoin de noter les alcooliques, chez lesquels elle est si habituelle ? « Presque toujours, dit M. Dagonet (1), les attaques de cette nature sont suivies d'un délire furieux avec hallucinations et dépression morale caractéristique. Enfin, elles donnent lieu, plus souvent encore que l'épilepsie ordinaire, à une perte de conscience et à une perte accidentelle de mémoire qui peut se prolonger pendant des journées entières. » Un délire spécial n'est donc pas rattaché à une forme exclu-

(1) Dagonet, *Ann. médico-psyc.*, t. IX, 5^e série, p. 220.

sive d'épilepsie et ne peut pas lui servir de caractéristique. Donc l'aliénation mentale, quelque degré qu'elle atteigne, avec quelque fréquence qu'elle se reproduise, n'a aucune importance pour la distinction des diverses formes d'épilepsie. Nous n'avons jusqu'à présent aucun signe qui puisse nous faire reconnaître la convulsion dite essentielle et spéciale, de celle qui est symptomatique et de cause variée.

Pathogénie. Du reste, c'est un fait commun en pathologie que le diagnostic ne puisse acquérir de l'exactitude par l'inspection d'un seul signe, et il y a une hardiesse s'approchant de la témérité de vouloir en médecine légale surtout, remonter à la nature du délire par la seule inspection symptomatologique. Généralement l'étiologie ou mieux la pathogénie est appelée à jouer un rôle prépondérant, et son étude seule nous révèle souvent la nature de l'affection dont on s'occupe. C'est un des aspects de ce sujet sur lequel nous devons insister : il a prêté beaucoup à la controverse ; il a été étudié avec soin, sinon avec succès.

La transmission héréditaire tient dans la pathogénie le premier rang. Si l'hérédité se faisait de toutes pièces et si le nouveau-né apportait toujours avec lui les qualités et les vices des ascendants dans toute leur intensité et avec leurs caractères déterminés, la question d'entité morbide serait facilement jugée. Non point qu'il ne puisse y avoir d'espèces pathologiques en dehors de la transmission, à travers les âges, mais parce que, l'hérédité permettant de suivre tous les modes pathologiques durant une longue période et dans des conditions d'influence multiple, la maladie, élevée au rang d'espèce morbide, peut seule échapper à toutes les variations du milieu et conserver son caractère de permanence, d'immuabilité et d'essentialité. Heureusement pour la santé des générations qui se succèdent, il n'en est pas ainsi. La double origine du nouvel être lui permet quelquefois d'é luder les influences fatales des ascendants ; celles-ci

peuvent au moment de la génération se combattre et se neutraliser, et l'individu lui-même, en vertu de la spontanéité vitale aidée de conditions favorables, ne pas subir l'influence de cette menace perpétuelle. Aussi, lorsque la transmission a lieu, tantôt elle se cache sous la forme d'une prédisposition spéciale que les causes provocatrices feront plus tard éclater; tantôt elle s'accroît avec plus de vigueur et elle donne lieu à la répétition des maladies des ascendants sous l'influence d'excitations tellement légères, qu'on pourrait en considérer l'éclosion comme spontanée. C'est ainsi qu'ont compris l'hérédité bon nombre de médecins qui se sont occupés d'épilepsie, recherchant la succession de la même forme morbide, du moins dans ce qu'elle a d'essentiel. Quelque restreinte que soit cette manière de poser le problème, celui-ci n'en est pas moins un des plus complexes que l'on puisse soulever. S'il ne s'agissait que de prouver que des convulsions se sont succédées dans plusieurs générations, ce serait absolument possible, mais ce n'est pas la signification que nous poursuivons; nous voulons savoir si l'hérédité existe pour cette épilepsie spéciale, pour laquelle nous n'avons pas trouvé jusqu'à présent de signes distinctifs. « Il n'est ici question, dit M. Foville (1) s'occupant de ce sujet, que de l'épilepsie chronique et habituelle, celle qui, par la longue répétition des accès, paraît pour ainsi dire faire partie de l'individualité du malade qui en est atteint. Elle mérite à ce titre les noms d'épilepsie essentielle, constitutionnelle, idiopathique. » Mais cette distinction est-elle légitime? Il y a un incontestable effort de bonne volonté, mais il nous paraît bien près d'échouer, puisque sous la même forme se cachent en même temps les épilepsies organiques, les symptomatiques et celles dites essentielles, toutes chroniques, réfractaires, faisant partie

(1) Foville, *Recherches cliniques sur la transmission héréditaire de l'épilepsie* (*Annales méd.-psych.*, 4^e série, t. XI.)

intrinsèque de l'individualité morbide. Or, comme il est impossible d'établir entre elles des distinctions par un diagnostic certain lorsqu'on a le malade sous les yeux, combien plus la difficulté sera insurmontable lorsqu'il faudra aller rechercher des faits du même ordre et reconnaître leur valeur chez les ascendants. Dès lors comment nous servir des documents déjà existants, ou du moins comment les apprécier? Nous ne sommes point fixés sur la définition de l'épilepsie; aucune ne renferme de signe caractéristique; exclusivement symptomatique et descriptive, la physiologie de l'accès n'est que vague et incomplète. «La science marche à tâtons, faiblement guidée par les lueurs qu'ont jetées sur ce sujet le génie des anciens et les investigations modernes (1).» Dès lors dans l'étude de l'hérédité, nous devons nous contenter d'un à-peu-près. Prendre pour épileptique, ce que des auteurs recommandables nous présentent sous ce nom et réunir dans les filiations héréditaires l'épilepsie accidentelle, celle nettement organique, celle qui ne l'est point; mettre à côté de cela les épilepsies réflexes, celles par empoisonnement alcoolique, saturnine et autres, et, avec même toutes les concessions, nous n'arrivons qu'à un résultat minime.

La plupart des auteurs, se répétant par la même tradition, ont vaguement mentionné l'hérédité. Hippocrate (2) trouve tout naturel que la semence qui émane de tous les points de l'économie participe de la santé ou de l'altération des organes. Boërhaave (3) ajoute que la prédisposition passe des aïeux aux petits enfants. Elle peut être non-seulement héréditaire mais connée, c'est-à-dire acquise dans le ventre de la mère, par suite de frayeur. Il est possible, dit Tissot, que l'épilepsie soit héréditaire, et Boërhaave a vu mourir épileptiques

(1) Delasiauve, *loc. cit.*, p. 35.

(2) Hippocrate, *De morb. sacro*, ch. III, t. IX, p. 478.

(3) Boërhaave, *aph.*, 1075.

tous les enfants d'un père qui l'était. Zacutus Lusitanus(1) avait connu un malheureux atteint de ce mal caduc dont huit fils et trois petits-fils le furent cruellement jusqu'à la mort. « Mais quand l'épilepsie, ajoute Tissot (2), à qui j'emprunte ces détails, serait quelquefois héréditaire, comme il le paraît, il ne faut pas croire que ce soit une hérédité inaliénable. Pechlin (3) avait déjà remarqué qu'on voyait des femmes cruellement tourmentées par cette maladie, dont les enfants en étaient absolument exempts, et je connais beaucoup d'enfants nés de père et mère qui en sont atteints et qui n'en ont jamais eu aucun ressentiment. » Louis (4), secrétaire perpétuel de l'Académie, rejette d'une manière générale et absolue l'existence des aptitudes morbides et des maladies héréditaires. Doussin-Dubreuil (5) combat la notion d'hérédité; Luillier(6), Bassot (7), regardent la transmission comme exceptionnelle; Beau (8), Gintrac (9), Valleix (10), Leuret (11), n'ont trouvé parmi les ascendants qu'une faible proportion et ne regardent point comme démontrée l'influence de l'hérédité. Maisonneuve (12), sur 106 épilepti-

(1) Zacutus Lusitanus, *Prax. admirab., med.*, Lugd. 1637.

(2) Tissot, *Traité de l'épilepsie*, p. 28.

(3) Pechlin, *Dissert. epilept.*, Kiel, 1778.

(4) Louis, *Comment se font les maladies héréditaires*, p. 51.

(5) Doussin-Dubreuil, *De l'épilepsie par cause morale*, Leipzig, 1748.

(6) Luillier, *Thèse de Paris*, 1803.

(7) Bassot, *Thèse de Paris*, 1824.

(8) Beau, *Arch. gén. de méd.*, 2^e série, t. XI.

(9) Gintrac, *Influence de l'hérédité sur la production de l'excitation nerveuse (Mémoires de l'Acad. de médecine)*.

(10) Valleix, *Guide du médecin praticien*, 1^{re} édit., t. IX, p. 696.

(11) Leuret, *Arch. de méd.*, 1843, t. II.

(12) Maisonneuve, *Thèse inaug. sur l'épilepsie*, 1803.

Voir enfin pour compléter ces renseignements historiques le travail de M. Foville déjà cité.

ques, n'a pu arriver qu'au chiffre de onze parents atteints de la même maladie, et il se croit autorisé à ne reconnaître qu'une simple coïncidence au lieu d'y voir une relation de cause à effet. Pour M. Delasiauve, dont l'opinion a tant de poids dans cette question, les preuves de l'hérédité ne peuvent être produites que dans le domaine de l'épilepsie, et celle-ci est exceptionnellement transmissible. J'ajoute que M. Legrand du Saulle (1), l'un des partisans les plus décidés de l'épilepsie larvée, n'attribue à l'hérédité qu'un douzième. « Contrairement à ce qui s'est dit depuis deux mille ans, écrit-il en 1877, l'épilepsie n'est transmissible par voie de génération que dans un douzième de cas. On doit donc cesser d'affirmer que l'épilepsie est une maladie essentiellement héréditaire. »

Jusqu'ici les auteurs qui ne s'occupent que de l'hérédité directe la nient avec ensemble ; mais nous n'avons avec eux envisagé qu'un côté de la question, telle du moins que l'ont comprise beaucoup d'écrivains. Plusieurs, peu satisfaits de ces recherches, ont voulu étendre la notion des transmissions morbides par les ascendants et ont regardé comme causes de cette catégorie des affections très-diverses, admettant ainsi le principe de la transmutabilité des maladies. Sans vouloir soulever un problème aussi délicat, il me suffit de remarquer que cette manière de voir va tout à fait contre l'idée qu'ils soutiennent et que je cherche à élucider. La transmutabilité opposée à l'immutabilité détruit tout à fait la notion de l'espèce. Je ne nie point l'action héréditaire de la scrofule, de l'alcoolisme, de l'aliénation mentale sur le système nerveux, mais je l'interprète tout autrement. Il est, du reste, curieux de voir comment un des auteurs qui ont le plus insisté pour démontrer la spécialité de l'entité morbide épilepsie, apprécie l'influence des maladies

(1) *La folie devant les tribunaux et Gaz. des hôpitaux*, 1877, n° 47, p. 370.

diverses sur la convulsion typique. M. Moreau, adoptant les idées de Trousseau, admet une épilepsie vraie, essentielle, différente de la symptomatique, et il note que parmi les auteurs il n'y a que ceux qui ont accepté cette distinction qui ont apporté des preuves sérieuses dans l'étude de la pathogénie et des indications thérapeutiques (1) : plus tard, il compte au nombre des causes héréditaires toutes sortes d'états pathologiques parmi lesquels un grand nombre ne sont que des résultats quelquefois même sans importance. Ainsi on trouve, dans ses tableaux, l'amaurose à côté de la scrofule, de l'éclampsie, de l'hystérie. Une fois entré dans cette voie, rien ne peut plus nous arrêter; si les maladies se transforment aussi facilement, la pathologie héréditaire n'est plus qu'un vaste chaos au milieu duquel il est impossible de se reconnaître : l'herpétisme engendre la scrofule, celle-ci l'épilepsie, puis l'hystérie, etc. C'est avec ces données que l'hérédité a été étudiée, et on est ainsi arrivé à un chiffre considérable d'états pathologiques divers ayant présidé à l'évolution de cette maladie. Si pour le moment nous nous en tenons à la transmission directe, nous trouvons dans le travail de M. Moreau des renseignements précieux qui semblent au premier abord contredire ceux que nous avons analysés. Cet auteur reproduit les statistiques recueillies par M. Calmeil à la Salpêtrière, de 1821 à 1822, d'où il résulte que, sur 185 épileptiques, 65 comptaient dans leur famille des membres dont l'état de santé devait être la source de leur mal, et parmi ces affections se retrouvent trente épilepsies ; mais je ferai remarquer que dans ces tableaux figurent les cousins, les frères, les sœurs, les fils et les filles au nombre de 15, dont la maladie n'est rien au point de vue de l'hérédité des malades que l'on a ainsi groupés. La statistique ainsi réformée, nous n'arrivons plus qu'au chiffre de 4/12.

(1) Moreau, *Mémoires de l'Académie de médecine*, loc. cit., p. 9.

M. Moreau, à son tour, nous fournit le résultat de ses recherches; il groupe ensemble le père, la mère, le grand-père, la grand-mère, l'oncle, le frère, la sœur; il multiplie le nombre des ascendants et des collatéraux, et, 30 fois sur 124, il fait directement remonter l'origine du mal épileptique aux grands parents, ou 23,43 p. 100. La folie y est représentée par 20, 34 p. 100; l'hystérie, 10; la paralysie, par un chiffre identique. Les statistiques, qui semblent d'une rigueur si absolue, se prêtent merveilleusement à toutes les théories. Celui qui veut trouver les preuves de la transmission héréditaire va creuser un passé qui est éloigné de lui de 20, 30 ou 40 ans. Il ne peut classer les faits actuels, et cependant, sans hésiter, il inscrit épilepsie chez le père, chez la mère, chez l'aïeul, et il est sûr du rôle qu'elle joue dans la descendance. Je veux bien, si l'on me présente un épileptique, qu'on me raconte son hérédité morbide; je me préoccupe des convulsions signalées chez les ascendants, mais je ne me hâte pas de conclure à la nature de cet état nerveux et de croire à la rigueur d'une statistique ainsi faite. Du reste, si on analyse avec soin les observations signalées par M. Moreau, on est frappé du vague qui y règne; non-seulement il faut, comme dans le travail de M. Calmeil, retrancher les collatéraux, qui n'ont rien à faire dans la transmission, mais il est impossible de compter au nombre des maladies épileptiques des renseignements vagues, tels que maux de nerfs, syncope dans l'enfance. On trouve même ce détail singulier qui ne peut avoir été reproduit que par un homme préoccupé de son sujet (la sœur de sa nourrice avait des attaques). En revenant donc sur les chiffres fournis et retranchant ce qui n'a pas de signification, nous trouvons que sur 44 enfants épileptiques, l'hérédité directe ne peut être invoquée que 2 fois et non 6; sur 54 adultes, 4 épilepsies héréditaires et non 14; sur 29 femmes, 5 au lieu de 12. Cette statistique n'a donc point dans l'hérédité directe la valeur qu'elle semblait nous annoncer.

MM. Bouchet et Casauvielh auraient, à leur tour, reconnu 34 cas d'hérédité sur 430 malades, en confondant avec l'épilepsie non-seulement l'aliénation mentale et l'hystérie, mais encore l'apoplexie et la paralysie (1). M. Herpin va peut-être plus loin. Il choisit des familles d'un certain nombre d'épileptiques et il arrive à constater que chez les ascendants de ces malades on trouve une proportion d'épileptiques de 22 p. 1000 et en même temps un nombre d'aliénations mentales de toutes formes, plus que double de ce chiffre, tandis que la maladie convulsive n'est que de 6 sur 1000 de population ordinaire. « Ainsi, ajoute-t-il, malgré la dénégation systématique de certains auteurs et le doute philosophique de quelques autres, l'épilepsie est réellement héréditaire (2). » Mais qu'y a-t-il d'étonnant, si l'on choisit des familles dont le système entier est atteint depuis longtemps de toutes sortes d'états pathologiques, que ceux-ci se manifestent par l'épilepsie, l'aliénation mentale, l'hystérie, dans une proportion plus forte que celle de la masse de la population composée d'éléments divers, généralement saine et dans la vigueur de l'âge, puisque c'est la conscription qui fournit les éléments comparatifs de ce calcul ? Ce qui doit nous surprendre, c'est que, si cette maladie est héréditaire, elle n'apparaisse pas plus souvent et qu'elle cède si facilement le pas à d'autres formes morbides.

La seule conclusion légitime serait donc la suivante : l'aliénation mentale, l'épilepsie, les diverses névroses se reproduisent facilement dans les mêmes familles et dépendent de causes, dont il faut rechercher la nature, qui se transmettent par l'hérédité avec leurs habitudes de localisation ; et en réunissant ainsi des types d'affection ner-

(1) Bouchet et Casauvielh, *Arch. génér. de médecine*, t. IX, 1825.

(2) Herpin, *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*, p. 329.

veuse, on a la presque certitude de voir les descendants continuer sous une forme ou sous une autre les manifestations de ces états. M. Foville (1), s'emparant du même procédé, se prononce d'une manière absolue pour l'hérédité. Il cherche, lui aussi, à étayer sa proposition par des faits colligés dans des familles entachées de tous les vices morbides, et parvient ainsi à se faire un tableau où la scrofule, l'épilepsie, l'hystérie, l'aliénation mentale se succèdent dans un ordre indéterminé. Mais il arrive à cette conclusion inattendue qui dispense de toute autre, que l'influence épileptique va en s'affaiblissant et que le danger diminue à chaque nouvelle génération, proposition contraire à la notion de l'hérédité : *acquirit vires eundo*. En somme, ce n'est pas l'épilepsie dont l'hérédité est prouvée, mais bien la transmission d'une modification nerveuse, dite état nerveux, sur lequel j'aurai à m'expliquer bientôt, qui prédispose l'individu au développement successif ou simultané de toutes sortes de névroses.

M. A. Voisin (1), grand partisan de l'épilepsie, entité morbide spéciale, l'est aussi et nécessairement de l'hérédité; mais il admet qu'elle peut avoir sa source dans d'autres névroses et dans des affections générales constitutionnelles. L'influence de la tuberculose et de l'alcoolisme joue dans toutes ses observations un rôle tel que l'on ne peut hésiter à reconnaître dans l'épilepsie une de leurs manifestations. Mais lorsqu'on arrive à l'hérédité directe, on trouve bien peu de choses, d'autant que l'auteur, comme ceux qui l'ont précédé, met à profit des renseignements vagues, tels que ceux de convulsions non spécifiées, état nerveux, etc., qui, retranchés du total, diminuent singulièrement la proportion. Voici du reste son résumé: sur 95 malades, 12 ont eu des

(1) Foville, *Recherches statistiques sur la transmission héréditaire de l'épilepsie*, in *Annal. médico-psychologiques*, t. II, 4^e série, p. 202.

antécédents scrofuleux et tuberculeux graves; 12, des ascendants morts d'alcoolisme. Dix-sept familles d'épileptiques ont donné 16 cas d'hérédité sur 35 enfants. Mais si on analyse ces faits, on trouve seulement 5 enfants atteints vraiment d'épilepsie, tous les autres sont ou choréiques, ou nerveux, ou morts de convulsions, ce qui ne ressemble pas à l'affection dont je m'occupe. Deux autres épileptiques le sont dans des familles où la mère et le père n'ont rien présenté ou n'ont eu que des phénomènes très-vagues. D'où il résulte que les conclusions de M. Voisin, que nous allons reproduire, ne sont pas, dans ce qui a rapport à l'épilepsie directe, aussi formelles qu'elles le paraissent au premier abord.

En résumé, dit cet auteur :

« 1° Les affections générales telles que la scrofule, la tuberculisation, le rachitisme, l'alcoolisme, la chorée, l'hystérie, sont des causes héréditaires de l'épilepsie.

» 2° L'épilepsie est directement transmissible.

» 3° Dans les familles d'épileptiques que j'ai soignées, les enfants sont frappés dans la proportion de 1 contre 1 en prenant la moyenne, et 1 contre 2 en ne considérant que chaque fait particulier (1) », proposition qui aurait besoin de quelque explication pour être bien comprise.

Si l'on tient compte des réserves que nous avons faites, nous voyons donc qu'au point de vue de l'hérédité directe, la seule susceptible de nous fournir quelques preuves valables, nous ne sommes pas plus avancés que ceux qui nient l'existence de cette transmission.

(La fin au prochain numéro.)

(1) Voisin, *Ann. médico-psychologiques*, t. XII, 4^e série, p. 114.

(1) *Loc. cit.*, p. 123.

CATALEPSIE

CONSECUTIVE A UNE MANIE AIGUE

GUÉRISON

M. le D^r LAGARDELLE

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille.

La catalepsie, malgré sa rareté relative, est connue depuis les temps les plus reculés. Cœlius Aurelianus en a donné une description détaillée qui de nos jours aurait une valeur réelle ; c'est dire que l'histoire clinique de cette maladie est encore bien incomplète. La plupart des auteurs la considèrent comme une névrose essentielle.

En présence des progrès immenses accomplis depuis quelques années dans l'étude des maladies nerveuses, il nous est presque permis de prédire qu'avant peu on connaîtra la nature et la cause immédiate de l'état cataleptique.

En 1856, le D^r Puel, qui dans un mémoire remarquable avait rassemblé 150 cas de catalepsie, puisés aux sources les plus diverses, définit cette maladie « une névrose intermittente, sans modification notable dans les fonctions de la respiration et de la circulation, avec une perturbation spéciale de toutes les fonctions de relation, essentiellement caractérisée par l'impossibilité ou est le malade d'étendre ou de contracter volontairement les muscles de la vie animale, tandis qu'une personne étrangère peut à son gré faire passer successivement ces mêmes muscles par tous les degrés intermédiaires entre les limites de contraction et d'extension. »

Cette définition est contestable, et nous devons dire que celles qu'on a données depuis ne sont pas meilleures.

On pourrait leur opposer celle de Cœlius Aurelianus caractérisant le symptôme pathognomonique « *neque extenta recolligunt membra, neque conducta distendunt.* »

Les muscles de la vie de relation conservent pendant un temps variable l'attitude qu'on leur a donnée.

On a dit que la catalepsie était le plus souvent une complication de l'hystérie ; mais alors comment expliquer que sur 148 cas on ait trouvé 68 hommes et seulement 80 femmes (Puel).

La catalepsie est évidemment la conséquence d'un trouble spécial de l'innervation centrale, et à ce titre il paraît naturel que cette maladie complique certaines formes d'aliénation mentale.

Le numéro de mars des *Annales médico-psychologiques* renferme une observation de catalepsie chez un hypochondriaque persécuté.

Le fait suivant ajoute une nouvelle forme d'aliénation mentale à celles qu'on a considérées jusqu'à ce jour comme susceptibles de se compliquer de catalepsie.

Le nommé G. A..., 49 ans, d'un tempérament névrososanguin, d'une bonne constitution, sans antécédents héréditaires, est employé dans une administration ; sa conduite apparente est très-régulière, irréprochable, mais il existe quelques habitudes cachées d'onanisme.

Le 15 avril, après une nuit agitée, il déclare à sa famille, avec un ton arrogant et une physionomie étrange, qu'il ne veut pas aller travailler ; il s'enferme dans sa chambre et couvre le parquet et les murs de dessins représentant des ballons avec de grandes ailes. Il s'exalte, s'anime, parle avec volubilité de fortune, de ballons qu'il veut diriger, d'oiseaux qui volent, etc.

La nuit suivante il ne peut rester en place, éprouve des

hallucinations de l'ouïe et de la vue, s'agite et devient menaçant.

Le 16, le délire s'est accru et généralisé; il se précipite sur sa mère qui voulait le calmer, le raisonner, et la frappe avec violence; son père survient, et aussitôt le malade se jette par la fenêtre de sa chambre située à un troisième étage, et tombe dans une cour.

On peut se demander si ce jeune homme a obéi à un sentiment de frayeur à la vue de son père, s'il a pris la fenêtre pour la porte, s'il a eu l'idée du suicide ou s'il a simplement été poussé par une impulsion instinctive irrésistible.

Nous nous sommes arrêté à cette dernière supposition, et nous avons eu l'occasion de constater qu'il y avait chez ce malade une altération spéciale de la volonté.

Tombé sur son derrière et un peu sur un bras, le malade s'est relevé sans difficulté, et son agitation n'est devenue que plus violente. On l'a immédiatement conduit à l'asile d'aliénés de Marseille.

Ce jeune homme qui devait se tuer dans sa chute, n'avait qu'une contusion insignifiante du bras.

Le délire maniaque est caractérisé chez ce malade par l'insomnie, la mobilité excessive, les actes désordonnés, extravagants, qui nécessitent une surveillance de tous les instants; des illusions personnelles, quelques hallucinations, une physionomie animée, une excessive volubilité, des pupilles très-dilatées; il parle sans cesse d'oiseaux, de ballons qui volent, ne répond pas aux questions qu'on lui adresse ou se montre très-insolent.

Le 20, il voit arriver un nouveau malade dans sa salle; aussitôt il se précipite sur lui et veut l'étrangler; l'infirmier le retire sans trop de difficultés.

Cet acte a été incontestablement impulsif.

Le 24, dans la journée, le malade cesse de parler, ferme ses yeux, laisse tomber sa tête en avant, est affaissé sur un

banc, ne fait aucun mouvement, et laisse couler la salive hors de sa bouche.

Dans la soirée, ce malade s'éveille et va machinalement se mettre à table.

La nuit il reste tranquille, ne fait aucun bruit, et le matin, lorsqu'on veut le faire lever, il était sans mouvement, affaissé, les yeux hagards ; on attendit la visite. —

A huit heures, nous trouvons le malade étendu sur le dos avec une physionomie hébétée, des pupilles très-dilatées et le pouls à peu près normal.

Nous lui enfonçons une épingle sur toutes les parties du corps, il ne fait aucun mouvement et sa figure reste impassible.

Nous plaçons successivement ses quatre membres dans des positions différentes, et ils restent ainsi pendant près d'un quart d'heure.

Nous faisons porter le malade dans la salle d'hydrothérapie, et nous lui administrons sur toute la partie postérieure du corps une douche mobile de deux minutes. La peau est insensible, ne rougit pas, mais le malade s'éveille un peu. On le frictionne fortement et, après l'avoir habillé, on le fait marcher rapidement pendant une demi-heure.

L'état cataleptique a cessé, mais il se renouvelle le soir et dure une heure environ. Le lendemain matin, il se produit une crise faible et de courte durée ; le malade prend sa douche et la peau rougit un peu.

Le troisième jour du traitement la peau rougit après une demi-minute ; le malade ne délire plus, et raconte ce qui s'est passé pendant la deuxième crise de catalepsie. Il voyait qu'on le piquait avec des épingles, mais il ne sentait rien ; il avait conscience des positions qu'on donnait à ses membres, mais il ne pouvait ni remuer ni parler.

Pendant huit à dix jours, le malade se rendant compte de tout, nous explique qu'il éprouve dans tous les nerfs des sensations étranges qui s'effacent peu à peu sous l'influence

des douches. Enfin, ne ressentant plus rien, il sort guéri le 10 mai.

Ce fait donnerait lieu à des considérations qu'il nous paraît prématuré de développer; cependant, nous rappellerons les questions qu'il soulève, sans toutefois les discuter à fond et vouloir les trancher.

Cet état cataleptique constaté diffère sensiblement des descriptions données par les auteurs et met en défaut certaines définitions. La conscience et la mémoire sont conservées et la volonté se trouve annihilée, après avoir été pervertie.

La cause de ces crises doit-elle être attribuée à la manie aiguë ou à la chute?

L'onanisme produit un trouble fonctionnel du système nerveux cérébro-spinal. Si, dans la manie, le cerveau était atteint, il est permis de supposer que la moelle n'était pas dans son état normal et que la chute a pu produire sur cet organe prédisposé, sinon une commotion, du moins un ébranlement susceptible de favoriser ces crises de catalepsie.

Une personne raisonnable qui tomberait d'un troisième étage se ferait tout au moins de graves fractures, si elle ne se tuait.

Comment ce jeune maniaque a-t-il pu tomber d'une hauteur pareille et se relever comme si rien n'était?

Les crises cataleptiques ont-elles été favorables au délire maniaque de la même façon que certaines maladies aiguës intermittentes qui guérissent l'aliénation mentale?

Les troubles de la sensibilité générale ont eu pour corollaire une cessation relative des fonctions de la peau.

La guérison s'est affirmée progressivement à mesure que la peau est devenue plus sensible, plus impressionnable.

Médecine légale

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL

DE LA NOMMÉE E... D...

Prévenue d'homicide volontaire

LYPÉMANIE PUERPUÉRALE; ORDONNANCE DE NON-LIEU;

Par MM. les D^s DELACOUR, AUBRÉE
et LAFFITTE,

Nous soussignés, Delacour, directeur de l'École de médecine de Rennes, Aubrée, professeur à la même école et Laffitte, directeur-médecin de l'Asile d'aliénés de Rennes, commis par une ordonnance de M. le Juge d'instruction près le tribunal civil de Rennes, en date du 27 janvier, à l'effet d'examiner l'état mental de la nommée E..., femme D..., prévenue d'avoir, le 25 janvier 1877, à Rennes, volontairement et avec préméditation tué ses deux enfants âgés de trois à cinq ans.

Après avoir prêté serment, demandé communication et pris connaissance des pièces de l'instruction, examiné l'inculpée à diverses reprises, soit ensemble, soit séparément, et recueilli tous les renseignements qui étaient de nature à fournir des éléments d'appréciation, avons rédigé le rapport suivant :

Exposé des faits.

Le 26 janvier dernier, vers 6 heures du matin, la nommée E..., femme D..., se présentait au concierge de la maison

d'arrêt de Rennes en lui disant qu'elle venait se livrer elle-même à la justice parce que, la veille au soir, vers 6 heures, elle avait noyé ses deux enfants. Étonné d'une démarche aussi insolite et à une heure aussi matinale, celui-ci, croyant avoir affaire à une femme qui n'avait pas sa raison, l'invita, pour s'en débarrasser, à s'adresser à la gendarmerie, qui occupe justement la maison voisine.

Suivant cet avis, la femme D... se fit conduire devant le brigadier et lui fit la déclaration suivante :

« Hier au soir, vers 3 heures, j'ai quitté le domicile de
» mon mari, cordier, route de Saint-Malo (au gros Malhon),
» pour aller porter des paquets de ficelle chez M. Tessier,
» tanneur, faubourg de Brest, à Rennes. J'emmenai avec
» moi mes deux petits garçons, âgés l'un de trois ans et
» demi, l'autre de deux ans et demi.

» Après avoir remis la marchandise, j'ai acheté deux
» petits gâteaux aux enfants, et comme ils avaient soif, nous
» sommes entrés chez le nommé Sajet, aubergiste au Bourg-
» l'Evêque.

» En quittant cette maison, nous avons suivi le canal du
» côté du champ de La Touche, et nous avons gagné la rue
» de Saint-Malo, où j'avais affaire pour de la marchandise.
» J'ai acheté deux gâteaux d'un sou à mes enfants (bou-
» langerie Mahé), et nous avons descendu la rue Saint-
» Malo.

» Arrivés sur le pont Saint-Martin, nous avons pris la
» rive droite du canal, et, comme depuis longtemps, l'idée
» de noyer mes enfants me poursuivait, j'eus la pensée de
» mettre mon projet à exécution ; pour cela, j'attendis
» que le jour fût plus avancé. Puis, passant le pont Richard,
» je descendis sur la berge du canal ; je fis rouler alors
» mes deux enfants dans l'eau, et je me dirigeai aussitôt du
» côté du pont Saint-Martin ; mais ayant entendu pousser
» des cris, j'ai supposé qu'on avait pu me voir, et revenant
» sur mes pas, j'aperçus l'aîné de mes enfants qui était par-

» venu à se retirer de l'eau, et qui disait en pleurant : « J'ai
» perdu mon gâteau dans l'eau, j'ai de l'eau plein mes
» sabots ». Je pris alors l'enfant dans mes bras et je le pré-
» cipitai de nouveau dans le canal. Comme il faisait des ef-
» forts pour gagner la rive, je le repoussai dans l'eau, et il
» disparut. — Je continuai alors mon chemin en faisant le
» tour du canal. — Ne voulant pas rentrer chez mon mari sans
» mes enfants, j'ai passé la nuit dans les champs, à quelques
» cent's mètres de la maison, et je viens ce matin vous dé-
» clarer mon crime pour que vous me mettiez en prison, et
» que je subisse la peine que je mérite. »

Quelque étrange que fût cette déclaration, le brigadier de gendarmerie, pour s'assurer de la réalité des faits, et, dans le cas où la femme D... dirait la vérité, pour avoir des détails circonstanciés, l'invita à le suivre au domicile de son mari. Celui-ci, qui avait passé la nuit dans l'attente la plus cruelle, aussitôt qu'il aperçut sa femme, courut au devant d'elle en s'écriant : « Malheureuse, qu'as-tu fait de nos enfants ? » — « Je les ai noyés, répond-elle, sans manifester la plus légère émotion, hier au soir, à six heures, dans le canal. »

La femme D... accompagnée de son mari, fut ensuite conduite sur le théâtre du crime.

Elle indiqua, avec le plus grand sang-froid et le plus grand calme, l'endroit d'où elle avait fait rouler ses enfants dans le canal, et plus loin, l'endroit où elle avait rejeté l'aîné qui, une première fois, était parvenu à se retirer de de l'eau.

Pendant tout le temps qu'avaient duré ces tristes opérations, le mari brisé par la douleur ne pouvait contenir ses larmes, et son anéantissement présentait le plus vif contraste avec l'attitude de sa femme restée froide et impassible au milieu de l'émotion générale.

Sur ces entrefaites, les recherches auxquelles on se livrait dans le but de retrouver les corps des enfants amenaient

la découverte de celui de l'aîné qui fût mis sous les yeux des époux D... et reconnu par eux. Cette pénible confrontation si douloureuse pour le père, ne produisit aucune impression sur l'inculpée. — La femme D... renouvela ensuite ses aveux devant le commissaire de police et devant le juge d'instruction.

Interrogée sur les motifs qui avaient pu la déterminer à donner la mort à ses deux enfants, elle répondit qu'en leur donnant la mort, elle avait espéré les soustraire aux malheurs dont elle était victime elle-même, et qu'elle avait pensé qu'ils seraient plus heureux au ciel ; elle ajouta qu'il y avait déjà longtemps qu'elle était poursuivie par l'idée de noyer ses enfants ; qu'elle en avait fait l'aveu à son mari, qui avait fait tous ses efforts pour la ramener à d'autres sentiments ; qu'enfin, le jour même du crime, elle s'était trouvée chez M. Tessier, en présence de sa sœur et d'une autre personne, et qu'elle leur avait dit qu'elle voulait noyer ses enfants.

L'attitude de l'inculpée, l'horreur de l'attentat qu'elle avait commis, et surtout quelques particularités recueillies par l'instruction à l'audition des premiers témoins, firent naître quelques doutes dans l'esprit des magistrats sur l'intégrité de ses facultés ; un examen médico-légal fut jugé nécessaire ; et, comme il peut arriver dans certaines formes de folie, que les symptômes de la maladie disparaissent quelquefois après un temps très-court, nous fûmes invités à procéder le plus tôt possible à notre examen.

Nous conformant aux instructions que nous avons reçues, nous nous empressâmes, dès le jour même de la réception de notre réquisitoire, c'est-à-dire le surlendemain du crime, de nous rendre à la maison d'arrêt de Rennes pour y procéder aux différentes opérations que nécessitait l'accomplissement de notre mandat.

Examen direct de l'inculpée.

Constatons d'abord que la femme D..., devant laquelle, d'ailleurs, nous n'avons pas déclaré notre qualité, se présente sans embarras. Elle a un air décidé qui nous frappe; elle regarde en face, et sa physionomie exprime une certaine animation.

Etat physique.— E..., femme D..., est âgée de trente-sept ans; elle est d'un tempérament nerveux, d'une assez bonne constitution. La taille est au-dessus de la moyenne; il n'existe aucune déformation du corps; le teint est pâle; le crâne paraît bien conformé; la femme D... dit qu'elle a maigri. Le pouls est petit, fréquent, 80 pulsations; la peau est sèche; la température normale. Il n'existe pas de paralysie; tous les mouvements s'exécutent librement. La femme D... accuse des maux de tête, des névralgies fréquentes du côté de la tête. Il existe un peu d'analgésie sur la surface cutanée; c'est ainsi qu'on peut piquer avec une épingle la peau de diverses parties du corps sans qu'elle accuse une douleur en rapport avec la piqûre. L'appétit est irrégulier; les digestions ne présentent rien de particulier. La menstruation n'a pas reparu depuis son dernier accouchement; elle est d'ailleurs, au dire de l'inculpée, fort irrégulière. Insomnie constatée par les codétenues qui occupent le même dortoir.

Etat mental.— La situation mentale de l'inculpée ressortira naturellement de la lecture de son interrogatoire et de l'examen des documents mis à notre disposition. Contentons-nous de dire pour le moment, qu'elle donne avec lucidité les détails les plus précis sur l'emploi de sa journée, sur sa situation de fortune, son genre de travail, etc., sur les dates antérieures à son arrivée à Rennes, sur son mariage, sur les détails de son commerce, etc... Mais, c'est surtout sur les faits qui se rapportent aux meurtres qu'elle a commis que nous avons dû insister.

Interrogatoire.

D. Comment vous appelez-vous?

R. E... Jeanne-Marie, femme D...

D. Quel âge avez-vous?

R. J'ai trente-sept ans.

D. Où êtes-vous née?

R. A Maxent, canton de Plélan.

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

R. J'ai perdu ma mère étant encore bien jeune; mais mon père vit encore, quoique très-âgé, il a plus de quatre-vingts ans; j'ai été obligée par la position de fortune de mes parents de quitter de bonne heure la maison paternelle pour gagner ma vie.

D. Y a-t-il longtemps que vous êtes à Rennes?

R. J'habite Rennes depuis seize ou dix-sept ans.

D. Quels étaient vos moyens d'existence dans cette ville?

R. J'ai travaillé plusieurs années chez M. Tessier, tanneur, faubourg de Brest; j'avais ensuite entrepris un petit commerce de gâteaux et de jouets d'enfants; j'allais vendre ces marchandises dans les foires et les assemblées des environs.

D. Lorsque vous vous êtes mariée, vous aviez quelques économies?

R. J'avais ramassé une petite somme qui nous a servi, orsque je me suis mariée, à entreprendre un petit commerce (corderie); mais j'aurais bien mieux fait de ne pas me marier. Il paraît que notre mariage ne devait pas être béni de Dieu;

D. Vous viviez cependant en bonne intelligence avec votre mari?

R. Oui, nous vivions assez bien. Nous n'avons jamais eu grandes querelles, bien que mon mari fût un peu vif et

qu'il m'eût frappée quelquefois ; mais, il est probable que je le méritais.

D. Vous n'avez jamais eu l'idée de faire du mal à votre mari ?

R. Oh ! non !

D. Cependant vous n'avez pas hésité à en faire à vos enfants ?

R. Ce n'est pas la même chose. Il y a longtemps que j'étais poursuivie par l'idée de noyer mes enfants.

D. A quelle époque et dans quelles circonstances avez-vous eu cette idée pour la première fois ?

R. Je crois que c'est l'année dernière, pendant ma dernière grossesse. J'étais enceinte de six à sept mois ; j'eus quelques contrariétés avec mon mari, et pendant quelque temps, il me semblait que je n'étais plus la même. J'étais triste, toujours préoccupée sans raison, sans aucun goût pour le travail, enfin indifférente à tout.

D. A quelle époque êtes-vous accouchée la dernière fois ? Et avez-vous été plus malade que dans vos précédentes couches ?

R. Je suis accouchée il y a environ deux mois et demi. Je suis restée à la maison une quinzaine parce que le temps était mauvais, mais je n'ai pas été plus malade que les autres fois. Comme, à cause de mon travail, je ne pouvais nourrir mon dernier enfant et qu'il fallait le mettre en nourrice, le médecin m'a purgée ; j'avais les seins gonflés.

D. Le médecin est-il venu plusieurs fois ?

R. Il est venu comme d'habitude, deux ou trois fois pendant les premiers jours ; puis, comme j'étais bien, il n'est plus revenu.

D. Vous étiez alors complètement rétablie ; vous n'éprouviez aucune espèce de souffrance ?

R. J'étais assez bien puisque j'ai pu reprendre mon travail avec mon mari ; j'avais, par moment, quelque peu de faiblesse ; un peu de mal à la tête ; quelquefois, même,

je restais couchée, mais je pensais que cela passerait.

D. Le sommeil était-il revenu à cette époque ? Reposiez-vous bien la nuit ?

R. Depuis mon accouchement, j'ai toujours peu dormi.

D. Qu'est-ce qui vous empêchait de dormir ?

R. Mes mauvaises idées de l'année dernière m'étaient revenues.

D. Qu'appellez-vous vos mauvaises idées ?

R. Vous savez bien que c'est l'idée de noyer mes enfants.

D. Et à propos de quoi sont-elles revenues ?

R. Je n'en sais rien ; il me semblait que tout le monde me regardait, que tout le monde s'occupait de moi ; j'avais honte, je voyais que je n'étais pas capable de tenir mon ménage, et je dis à mon mari que j'étais trop tourmentée pour m'en occuper, qu'il fallait qu'il prit une femme pour s'occuper du ménage et des enfants. J'étais découragée, sans aucun goût pour le travail, incapable de soigner mes enfants. Je me sentais malheureuse d'être mariée, et j'aurais voulu être séparée de mon mari ;

D. Est-ce que vous entendiez vos voisins faire des observations sur votre compte ?

R. Non, mais je voyais bien qu'on me regardait dans les rues.

D. Vos enfants étaient-ils habituellement bien portants ?

R. Ils avaient, en général, une bonne santé. Le plus jeune avait été malade quand il revint de nourrice. Je le portai chez M. Godefroid, qui ordonna des potions qui le guérèrent.

D. Il eût peut-être mieux valu le laisser mourir dans ce moment ?

R. Mais j'aurais été bien désolée de le voir mourir, le pauvre petit ; j'étais, au contraire, bien affligée de le voir malade ; je fus bien heureuse de le voir se rétablir ; et je

fus dans une grande inquiétude tout le temps qu'il fut malade ;

D. Et, au moment où vous avez jeté vos enfants à l'eau, il vous était donc indifférent de les voir périr ?

R. Ça m'était bien égal de les voir mourir. J'étais sûre qu'ils seraient plus heureux dans le paradis que sur la terre, et qu'ils ne seraient pas malheureux comme leur mère.

D. Comment l'idée de les noyer vous est-elle venue ce jour-là ? Y aviez-vous pensé la nuit précédente ?

R. J'y ai pensé la nuit, et j'y pensais depuis longtemps, sans que j'eusse mis mon projet à exécution. Il est probable que ce n'était pas ma destinée.

D. Aviez-vous entretenu votre mari de votre funeste projet ?

R. Certainement je le lui avais dit; mais qui est-ce qui aurait cru une pareille chose ?

Je lui avais avoué que dimanche dernier, au lieu d'aller à la messe, j'ai conduit mes enfants sous le pont de l'abbatoir, et si je n'avais craint d'être aperçue par les passants, je les aurais noyés. J'ai ajouté : en les faisant mourir, on me fera mourir à mon tour, tu pourras te remarier.

D. Comment ! vous n'avez pas eu pitié de ces pauvres petits ?

R. Certainement non ! J'ai pensé qu'ils seraient plus heureux chez le bon Dieu que sur la terre. Je voulais les empêcher d'avoir les malheurs que j'ai eus moi-même sur la terre.

D. De quels malheurs voulez-vous parler ?

R. Est-ce que ce n'est pas un malheur d'être barbare et sans cœur comme je le suis ?

D. Puisque vous étiez si indifférente pour vos enfants, et que même vous aviez formé le projet de les noyer, comment leur aviez-vous acheté des gâteaux ?

R. En ce moment je pensais que peut-être, comme

les autres fois, la mauvaise idée s'en irait; mais, non, je devais accomplir ma destinée.

D. Quelle est donc votre destinée ?

R. Ma destinée est d'avoir le cou coupé ; et je l'ai bien mérité.

D. Vous n'éprouvez aucun regret d'avoir commis un pareil crime ? Recommenceriez-vous, si l'occasion s'en présentait ?

R. Je ne regrette pas le bonheur de mes enfants ; et si je me trouvais pareillement égérée, certainement, je recommencerais.

D. Quel est donc cet égarement dont vous parlez ?

R. C'est, sans doute, le mauvais ange qui a été plus fort que le bon, et qui m'a engagée à noyer ainsi mes enfants.

Il est impossible, en les rapportant, de rendre le ton d'indifférence, d'impassibilité, de sang-froid avec lequel toutes ces réponses ont été faites. Certainement la femme D... était moins impressionnée que les experts qui étaient encore sous le coup de l'émotion que ce crime avait produit dans toute la ville.

Pendant tout le temps de ce pénible interrogatoire, l'inculpée est restée impassible et froide; pas un muscle de son visage n'a accusé, par un tressaillement involontaire, une émotion quelconque. Aussi, avons-nous été portés à penser que le crime dont s'était rendue coupable la femme D... était la conséquence d'un état pathologique. Ce n'était, d'ailleurs, qu'une appréciation superficielle, une grave présomption sans doute, mais qui, ne reposant, en définitive, que sur le témoignage de l'inculpée, sur son attitude, et, il faut le dire aussi, sur l'énormité même du crime, devait être confirmée par un examen ultérieur, car la grandeur du crime ne saurait, dans aucun cas, être considérée comme un motif d'atténuation pour la responsabilité de celui qui l'a commis.

Cet examen a eu lieu ; après avoir plusieurs fois interrogé l'inculpée, après avoir étudié ses antécédents, les phénomènes psychiques et les faits physiques qui ont précédé, accompagné et suivi l'exécution du crime, nous croyons avoir trouvé des éléments suffisants d'appréciation pour arrêter d'une manière définitive notre conviction sur l'état mental de l'inculpée.

Antécédents et commémoratifs.

Un premier fait qui doit être pris en sérieuse considération, c'est l'existence d'un grand nombre d'aliénés dans la famille de la femme D..., tant du côté paternel que du côté maternel.

Étant connu le rôle important que joue l'hérédité considérée comme cause prédisposante à la folie, il nous paraît utile de mettre sous les yeux de la justice la lettre que l'un de nous a reçue du médecin du pays habité par la famille D...

Lettre de M. Richard, médecin à Plélan :

« Je connais très-bien la famille de cette femme D...,
 » née E... L'état mental de cette famille laisse beaucoup
 » à désirer. Je connais deux frères et une sœur qui sont
 » presque fous. Dans la famille paternelle et maternelle,
 » il y a des fous. Une cousine germaine, la veuve Brégère,
 » est entrée deux fois à l'asile Saint-Méen depuis plusieurs
 » années. Elle a eu encore une autre cousine nommée
 » Brégère qui a été plusieurs fois atteinte d'accès de folie.
 » Une cousine germaine, nommée Roncerais, est folle.
 » Une tante, née Guéry, est morte folle. J'oubliais de vous
 » dire que deux neveux de la femme D... sont presque
 » idiots. »

Les renseignements fournis par cette lettre sont confirmés par un procès-verbal de la gendarmerie de Plélan dont nous extrayons le passage suivant :

« Le père E..., qui a quatre-vingt-deux ans et qui con-

» serve, malgré son âge avancé, un raisonnement sain, est
 » le premier à dire que sa fille a toujours été intelligente.
 » Dans ce cas, elle fait exception aux autres enfants, surtout
 » à ses deux frères, que nous connaissons, et qui ont des
 » figures idiotes assez prononcées. »

Ce procès-verbal nous fait connaître également les premières années de la femme D... Il nous apprend qu'elle perdit sa mère de bonne heure, et que son père s'étant remarié, la nouvelle femme ne put supporter les enfants du premier lit, qui furent obligés de quitter la maison pour subvenir eux-mêmes à leurs besoins.

L'inculpée avait alors à peine quatorze ans. Elle se plaça, d'abord, à la campagne; puis vint à Rennes vers l'âge de dix-huit ans.

Les nombreux témoins dont nous trouvons les dépositions au dossier s'accordent tous pour la présenter comme une fille honnête, laborieuse, économe, d'une excellente moralité, ne craignant pas sa peine; et il faut bien qu'il en ait été ainsi, pour qu'au moment de son mariage elle ait pu disposer d'une somme de 3 ou 400 fr. qui a permis à son mari, garçon honnête et laborieux, de créer une corderie dont le produit les faisait vivre honorablement eux et leur famille.

Il est évident, cela se comprend aisément, qu'avec une industrie aussi modeste et des moyens si restreints, les époux D... ne sont parvenus à ce résultat que par une économie extrême, un labeur continuel et l'ordre le plus parfait; si l'on considère surtout que mariés en 1874, ils ont eu cinq enfants en six ans, et il faut le reconnaître, d'après le témoignage du mari, tout le mérite de cette bonne direction et de ces heureux résultats doivent être attribués à la femme D...

Certains témoignages semblent lui reprocher sa parcimonie. — Sans doute, la femme D... était intéressée, à être au gain; mais qui oserait lui en faire un repro-

che lorsqu'on connaît les lourdes charges de ce ménage et son ambition bien naturelle, bien légitime, d'ailleurs, d'élever convenablement ses enfants et de faire honneur à ses affaires.

Nous constatons, d'ailleurs, que toutes les personnes qui sont en rapport d'affaires avec elle ne s'en plaignent nullement. Tous ces témoins sont unanimes pour affirmer en outre, que ses enfants étaient très-bien tenus, qu'elle les a toujours soignés avec la tendre sollicitude d'une excellente mère.

Nous pouvons, entre autres, citer les témoignages de la femme Audran, qui l'a soignée pendant ses couches, du jeune Lainé qui travaillait chez elle comme apprenti, de M. Fouillet, professeur à l'École d'agriculture des Trois-Croix qui la connaissait depuis longtemps.

Dépositions des témoins susnommés.

La femme Picouin, sœur de l'inculpée, dépose :

« Ma sœur était laborieuse, intéressée. Cependant ses » enfants étaient bien tenus, et elle ne leur imposait pas » de privations. »

La femme Audran, qui l'a soignée pendant ses dernières couches, dépose :

« Elle avait bien soin de ses deux enfants Jean-Marie et » François, et semblait les affectionner. »

Lainé, apprenti cordier, dépose :

« Elle tenait ses enfants très-proprement, et jamais je ne » l'ai vue les maltraiter. »

M. Feuillet, professeur à l'école des Trois-Croix, dépose :

« Je connais depuis longtemps la femme D...; elle était » très-laborieuse, et j'ai remarqué qu'elle prenait grand soin » de ses enfants qu'elle tenait très-propres. Ma famille et » moi, nous l'avons vue souvent conduire l'aîné de ses » enfants à l'école; elle l'observait avec le plus grand soin

» pour éviter qu'il lui arrivât des accidents sur la route. »

Outre le travail fort pénible d'aider son mari dans son métier de cordier en remplissant l'office d'un manoeuvre, la femme D..., les dimanches et fêtes, suivait les assemblées et les réunions, traînant avec elle une petite voiture chargée de gâteaux et de jouets pour les enfants. Elle allait souvent, ainsi, à 8 ou 10 kilomètres de Rennes ; et cela, même dans un état de grossesse très-avancé. Dans ses courses éloignées la femme D... se nourrissait fort mal, et comme le dit le mari : « elle regardait à prendre une chopine. »

Cependant jusqu'à sa quatrième grossesse, au dire de son mari, la santé de la femme D..., malgré ses fatigues extrêmes n'avait paru nullement altérée; il n'avait rien remarqué de particulier ni dans son état physique, ni dans son état moral ; mais pendant les derniers mois de cette grossesse, son caractère avait complètement changé ; elle était devenue difficile, singulière, irritable ; elle paraissait souvent triste, préoccupée ; il l'avait trouvée souvent versant des larmes. L'accouchement eut lieu néanmoins, dans des conditions normales, et l'enfant, paraît-il, succomba le septième jour.

La femme D... ne tarda pas à devenir, de nouveau, enceinte pour la cinquième fois. — Il importe de faire observer ici que des grossesses aussi rapprochées devaient forcément amener un affaiblissement de la santé générale, si l'on songe surtout que, pendant tout ce temps, elle continuait à se livrer au travail pénible d'aider son mari, qu'elle n'interrompait pas les courses lointaines nécessitées par son petit commerce, et qu'enfin elle se nourrissait toujours fort mal.

Pendant cette cinquième grossesse, vers le sixième ou septième mois, la femme D... eut une vive altercation avec son mari. Celui-ci, paraît-il, alla même jusqu'à la frapper ; ne pouvant probablement pas s'expliquer que sa femme pût être devenue ainsi, difficile, irritable, il mettait sur le compte de sa mauvaise volonté, un changement de caractère et

d'habitudes qui ne devait être attribué qu'à son état de grossesse et aux dispositions morales qui en étaient la conséquence.

Quoi qu'il en soit, à la suite de cette émotion, nous constatons chez l'inculpée des idées de suicide très-accusées. Elles ont un tel caractère d'intensité que la crainte seule de donner la mort à l'enfant qu'elle portait l'empêche de mettre son projet à exécution. En outre, dès ce moment, des troubles persistants soit dans l'état moral, soit dans l'état physique, se manifestèrent. Le mari constate, en effet, qu'avant son accouchement, mais surtout après, la femme D... se montre plus triste, plus préoccupée. Elle qui soignait ses enfants avec la plus grande sollicitude, les néglige. Elle n'a de goût pour rien, se montre inquiète, mécontente de tout; son activité habituelle fait place, par moment, à une sorte d'état de torpeur; elle a perdu le goût du travail. Son mari la trouve souvent la tête dans ses mains, plongée dans de sombres réflexions; elle passe des journées entières sans vouloir se lever, sans s'occuper de ses enfants. C'est ainsi que, le 4^{er} janvier 1877, elle est restée couchée toute la journée sans que son mari ait pu la décider à quitter son lit. Souvent elle allait interrompre son mari dans son travail en lui disant: « Je ne suis capable de rien; je ne puis tenir mon ménage, il faut nous séparer. »

Les troubles physiques, tout en étant moins accusés, n'en sont pas moins manifestes; l'inculpée se plaint souvent de la tête. Elle mange peu, et très-irrégulièrement; elle a, parfois, la nuit, comme des mouvements de fièvre; son mari trouve, dans ces moments, qu'elle a la peau brûlante. Elle ne dort presque plus.-- Sans aucun doute, tous ces symptômes pouvaient passer inaperçus pour les personnes qui ne vivant pas avec elle, ne pouvaient comparer son état antérieur avec sa situation actuelle; mais tous ceux qui pouvaient la suivre dans tous les détails de sa vie, la mettre en parallèle avec elle-même, comparer ce qu'elle était avec ce qu'elle

avait été, ce qu'elle pensait, ce qu'elle disait avec ses pensées et ses actes antérieurs, étaient forcés de reconnaître qu'il était survenu de grands changements dans ses habitudes, des contradictions dans sa conduite. — Le témoignage du mari, à ce point de vue, est d'une grande importance. Nous croyons utile d'en citer quelques extraits, en faisant observer qu'il n'a eu aucune communication avec sa femme, et que, dans ces conditions, la concordance parfaite de ses déclarations et de celles de sa femme démontrent la réalité des troubles observés chez l'inculpée.

Extrait de la déposition de D...:

« Depuis sa quatrième grossesse — 1875 — son caractère » qui, auparavant était seulement très-vif, est devenu » singulier et difficile à supporter. Elle m'a fait bien des » misères ; mais c'est surtout après son dernier accouche- » ment, et dans les mois de décembre 1876 et janvier 1877 » que j'ai eu à souffrir. Elle ne travaillait plus avec goût, » et m'adressait, à tout propos, des reproches. Le 25 dé- » cembre j'avais besoin de 50 francs pour payer notre terme » de Noël ; je les demandai à ma femme qui me répondit : — » Prends-les, si tu veux. — Je les pris dans le tiroir et je sortis. » Au même moment ma femme regarda par-dessus notre » petite porte et dit, en jetant plusieurs pièces de monnaie » sur le bord de la route, je ne tiens pas à ton argent. Je » lui dis de ne pas se faire remarquer du monde, et tout en » m'éloignant, je regardai du côté de notre habitation. Je » vis ma femme sortir et ramasser l'argent qu'elle avait jeté » dehors.

» Le 1^{er} janvier, après avoir, dès 6 heures du matin, » donné à manger à ma femme et à mes enfants, je sortis. » Je rentrai vers 9 heures ; ils n'étaient pas levés. Je sortis » de nouveau, et je revins entre 2 et 3 heures ; ma femme » était encore au lit ainsi que mes enfants. Je lui adressai » des reproches en lui disant qu'elle eût dû les faire sortir. » Elle me répondit : — Ne sont-ils pas bien là ? — J'allai tou-

» cher une petite somme qui m'était due, et quand je rentrai
 » vers 10 heures du soir, les enfants dormaient dans leur
 » lit. Je lui demandai encore pourquoi elle ne s'était pas
 » levée et n'avait pas levé ses enfants. Elle ne me répondit
 » rien. — Le dimanche 21 janvier, ma femme sortit avec les
 » enfants en disant qu'elle voulait acheter un habillement
 » à l'ainé; elle rentra pour dîner après avoir acheté une
 » casquette. Nous nous promenâmes ensemble sur la route
 » de Saint-Malo jusqu'à l'heure du souper. Le lendemain,
 » ou le surlendemain, ma femme me dit confidentielle-
 » ment : *Ecoute, je veux te confier quelque chose. Dimanche*
 » *dernier, au lieu d'aller à la messe, j'ai conduit mes enfants*
 » *sous le pont de l'abattoir; et, si je n'avais pas eu peur*
 » *d'être vue, j'aurais noyé ces deux anges.* »

Témoignage de la femme Lemoine :

« Lorsque la femme D... vint chez moi porter son
 » linge à blanchir, elle me parut triste, et je lui demandai
 » ce qu'elle avait. Elle me répondit d'un ton brusque : — Cela
 » ne vous regarde pas. — Elle ajouta : *Si je suis malheureuse,*
 » *je le mérite bien. Si je suis battue et méprisée d'un*
 » *homme, je le mérite bien.* Je trouvai ces paroles, qui furent
 » prononcées d'un ton réfléchi, très-drôles de la part de
 » cette femme. »

Extrait de la déposition de D... :

Le 27 janvier, interrogé par le brigadier de gendarmerie
 sur les motifs qui auraient déterminé sa femme à commettre
 un acte aussi coupable à l'égard de ses enfants, il a ré-
 pondu que depuis environ six semaines, il s'était aperçu
 qu'elle avait *l'esprit troublé*, mais sans prévoir qu'elle était
 atteinte d'aliénation mentale.

Le brigadier termine son rapport par la réserve suivante :
 « D'après l'opinion publique, il paraîtrait que les époux
 » D... n'étaient pas en très-bon ménage depuis quelque
 » temps; mais on dit que ces gens-là sont honorables sous
 » le rapport de la probité, vivant aisément et élevant bien

- » leurs enfants qu'ils paraissaient *affectionner beaucoup*.
- » On est porté à croire que la femme D... a agi sous
- » l'empire d'un accès de folie. »

Appréciation.

Il nous est donc permis d'établir notre appréciation sur des données certaines, ayant pour base des témoignages suffisants sur la situation morale et sur la situation physique de l'inculpée pendant ses deux dernières grossesses et, plus particulièrement, depuis son dernier accouchement, pendant les jours qui l'ont suivi jusqu'au moment de l'accomplissement du crime.

Nous constatons d'abord vers la fin de la quatrième grossesse de la femme D..., probablement sous la double influence de la grossesse et de l'excès de travail, de la tristesse, des préoccupations, de l'irritabilité, de la bizarrerie dans le caractère, des pleurs sans motif, etc... L'accouchement a lieu : et, comme cela arrive souvent, tous ces accidents nerveux disparaissent aussitôt. L'enfant qu'elle a mis au monde meurt, paraît-il, le septième jour. — La femme D... ne tarde pas à devenir enceinte pour la cinquième fois. Pendant cette nouvelle grossesse apparaissent de nouveau, mais avec plus d'intensité, les troubles de la sensibilité. Le caractère change; il devient difficile, irritable, inquiet; elle perd le goût du travail, néglige ses enfants, se montre triste, préoccupée, verse souvent des larmes. Tous ces accidents s'aggravent encore à la suite d'une altercation avec son mari, qui finit par la frapper. On sait quelle est, chez les femmes enceintes, l'augmentation de la sensibilité et de la susceptibilité nerveuse; ici encore, cette disposition était favorisée par cette prédisposition héréditaire et par les phénomènes nerveux déjà présentés pendant la grossesse précédente. Aussi, à la suite de cette émotion, l'irritabilité, l'inquiétude s'accroissent; la tristesse augmente; des idées

de désespoir se manifestent, et, comme conséquence, apparaissent, pour la première fois, des idées de suicide qu'on a souvent observées, aussi bien que les idées homicides, dans les formes mélancoliques de la folie puerpérale. — Au lieu des accidents légers, des préoccupations vagues, sans objet; au lieu de l'exagération de la sensibilité de la précédente grossesse qui se traduisait par quelque bizarrerie de caractère, par un peu de tristesse, nous observons un trouble réel de la sensibilité caractérisé par des idées de suicide bien manifestes. L'accouchement a lieu néanmoins dans des conditions normales; mais la délivrance n'amène pas de changement dans la situation. Et cela ne saurait nous surprendre si l'on réfléchit que des parturitions aussi rapprochées, l'appauvrissement du sang qui en est la conséquence, l'épuisement des forces, les hémorrhagies plus ou moins abondantes, les douleurs sont des causes débilitantes qui doivent avoir exercé une grande influence, surtout si on se reporte au genre de vie et à la fatigue auxquels était soumise la femme D...

Une fois relevée de ses couches, l'inculpée reprend ses occupations journalières; mais le mari s'aperçoit bientôt que, loin d'avoir amélioré son état, l'accouchement n'a fait que l'aggraver. L'inculpée devient plus inquiète, plus tourmentée. Elle dit à son mari qu'elle est malheureuse, qu'elle est incapable de tenir son ménage; des idées de persécution commencent à se montrer. Elle se figure que tout le monde la regarde lorsqu'elle passe dans la rue; qu'on s'occupe d'elle. Elle passe des journées entières dans son lit, négligeant et son ménage et le soin de ses enfants.

En même temps, elle se plaint de la tête. Son appétit est irrégulier; et le mari constate que la nuit, elle a quelquefois la peau brûlante, que depuis longtemps elle dort très-peu, et qu'elle a le sommeil agité. Ces divers symptômes le frappent tellement qu'il l'engage à aller consulter un médecin. Enfin, quelques jours même avant le crime, ne

pouvant plus dissimuler l'idée qui la poursuit depuis longtemps, elle avoue à son mari que le dimanche précédent, elle a eu l'intention de noyer ses enfants, et que dans ce but, elle les a conduits sous le pont de l'Abattoir. L'avant-veille du crime, elle fait le même aveu au petit Lainé, et le jour même à sa sœur.

Il nous est donc possible de suivre, pour ainsi dire, jour pour jour jusqu'au fatal dénouement, la marche et les progrès de la maladie dont elle est atteinte.

C'est d'abord, sous l'influence de sa quatrième grossesse, et aussi comme conséquence de sa prédisposition héréditaire, un sentiment de tristesse, de préoccupations vagues, sans objet, assez accusé néanmoins pour frapper le mari, mais dont il ne reste plus de traces après l'accouchement. — La cinquième grossesse ramène ses inquiétudes. L'irritabilité de caractère s'accroît davantage à mesure qu'on avance vers le terme de la grossesse. Vers le septième mois, à la suite d'une vive émotion, apparaît pour la première fois l'idée de se soustraire par le suicide aux malheurs imaginaires dont elle est accablée. L'accouchement a lieu; mais il n'apporte aucune modification à la situation mentale. — C'est quelque temps après que surgit dans son esprit l'idée de noyer ses enfants pour les soustraire aux malheurs dont elle est victime elle-même. — Comme pour démontrer que le délire n'est pas limité à cette conception délirante, des troubles intellectuels non moins évidents se manifestent. La femme D... se figure que dans la rue tout le monde la regarde; que les passants s'occupent d'elle; elle a honte, elle n'ose pas sortir; elle se plaint également de maux de tête, de mouvements fébriles; il y a de l'insomnie et de la prostration physique; mais au milieu de ces divers symptômes domine toujours l'idée de noyer ses enfants.

Cependant, poussée par l'instinct maternel, la femme D... fait appel à toute sa raison et parvient d'abord à chasser cette idée comme une mauvaise pensée; mais l'idée prend corps peu à peu et se représente avec une obstination croissante.

Effrayée de cette persistance, l'inculpée devient plus inquiète, plus tourmentée, plus irascible, etc... Elle fait appel à ses bons sentiments, et la raison paraît encore avoir assez de vigueur pour triompher de ces mauvaises sollicitations. Par cette lutte s'expliquent ses constantes préoccupations, la perte de son activité, son dégoût pour le travail, etc...

Enfin l'idée délirante finit par triompher de toute résistance et, annulant sa volonté, la livre tout entière à l'impulsion irrésistible qui l'entraîne.

En effet, le 25 janvier, la femme D., ayant des courses à faire en ville, sortit vers 3 heures du soir, emmenant ses enfants avec elle. — Il n'est pas bien démontré pour nous que l'inculpée ait eu, en quittant sa maison, l'idée bien arrêtée de noyer ses enfants. Il est constant que depuis quelques jours surtout elle était dominée par cette préoccupation; mais il n'y avait encore dans son esprit rien de précis, rien d'arrêté pour l'exécution; et nous croyons que lorsqu'elle a dit au juge d'instruction, et qu'elle nous a répété à nous-mêmes sur ses dispositions d'esprit en ce moment : *« j'y songeais sans y songer; je n'étais pas complètement décidée à les noyer »*, elle a dit la vérité. Même, lorsque vers 4 heures, elle dit à sa sœur et à la femme Gentil qui la complimentaient sur la bonne mine de ses enfants, qu'il vaudrait mieux qu'ils fussent jetés à l'eau et la mère aussi, sa résolution n'était pas prise. Elle nous a dit, en effet, qu'elle espérait que son idée s'en irait comme les autres fois; mais, comme par une fatalité, ses courses la ramènent encore sur les bords du canal. C'est alors qu'elle se décide, et à la nuit tombante, elle met à exécution son sinistre projet dans les circonstances horribles que l'on connaît.

Puis, n'osant pas rentrer chez elle, elle passe la nuit dans les champs; le lendemain, avant le jour, elle se constitue prisonnière et fait l'aveu de son crime avec une impassibilité et un sang-froid qui font douter de sa raison malgré son calme. Le surlendemain, jour de notre premier

examen, comme les jours suivants, son attitude n'est pas modifiée.— Donc, avant, pendant et après l'accomplissement du crime, l'état de la femme Depoix peut être caractérisé, au point de vue médical, de la manière suivante :

Prédispositions héréditaires, travaux pénibles au-dessus de ses forces; alimentation insuffisante; grossesses multipliées et rapprochées ayant produit cet état particulier sous l'influence duquel se sont d'abord manifestés un sentiment de tristesse, un changement dans le caractère, de l'exagération de la sensibilité, puis des troubles plus graves indiquant la perversion de la sensibilité, tels que des idées de désespoir et des idées de suicide, puis enfin des idées délirantes, telles que des idées de persécution et l'idée de noyer ses enfants pour leur éviter des malheurs imaginaires.

Sans doute, chez la femme D..., les troubles nerveux ne sont pas arrivés à un degré tel qu'un état de délire continu en ait été la conséquence; mais ils n'en ont pas moins porté une atteinte profonde à l'exercice des facultés intellectuelles, et ils nous paraissent suffisants pour caractériser une forme d'aliénation mentale très-commune chez les femmes enceintes ou récemment accouchées : la folie puerpérale à forme mélancolique.

Après cette démonstration clinique, nous croyons inutile d'insister sur les considérations tirées de l'analyse du fait en lui-même envisagé au point de vue moral. Il est clair que ces éléments d'appréciation morale peuvent avoir quelque valeur lorsque l'acte incriminé se produit en dehors de tout trouble physique ou intellectuel concomittant; mais ce n'est pas le cas, ici.

Est-il nécessaire de rappeler que la femme D... n'avait nullement dissimulé son funeste projet; qu'elle l'a mis à exécution à une heure et dans un lieu où elle pouvait être vue, — un bras de rivière la séparait seulement des témoins qui l'ont aperçue; — qu'elle n'a pas cherché à se

soustraire aux recherches de la justice, puisqu'elle est allée se livrer elle-même; que rien enfin dans ses antécédents, dans son caractère, ne pouvait faire supposer qu'elle fût capable de commettre un crime aussi affreux?

Quant à la préméditation, il n'est pas douteux qu'on ne puisse l'établir, bien que les précautions prises, tout en paraissant indiquer quelques réflexions, soient de nature à faire supposer, si on y regarde de près, qu'il n'y avait eu, avant le moment précis de l'accomplissement du crime, qu'une conception vague, confuse des moyens d'exécution.

Quoi qu'il en soit, il est positif que, depuis longtemps, la femme D... était poursuivie par l'idée de détruire ses enfants pour en faire de petits anges. On ne peut nier que cette idée délirante ne soit le signe irrécusable d'un trouble réel des facultés. Dans ces conditions, quoi de surprenant à ce que la femme D... prenne toutes les précautions possibles non pour se soustraire aux poursuites de la justice, nous l'avons vue, au contraire, se livrer elle-même, mais pour assurer l'exécution de son projet.

Donc, sa conduite, en cette circonstance, est en parfait accord avec la nature de son délire, et l'action criminelle est la conséquence nécessaire et logique de la conception délirante qui domine son esprit et entraîne sa volonté.

Conséquemment, la responsabilité ne saurait être mise en doute.

Conclusions.

Des faits et des considérations qui précèdent nous croyons pouvoir conclure :

1° Que l'inculpée, prédisposée à la folie par hérédité, a présenté avant, pendant, après l'exécution du crime, sous l'influence de l'état puerpéral, des troubles physiques et intellectuels caractéristiques de la folie puerpérale à forme mélancolique :

2° Que cette maladie, qui remonte dans son existence continue et constante, au moins à sa dernière grossesse, en la privant de son libre arbitre, lui enlève la responsabilité de ses actes pendant la journée du 25 février 1877.

DELACOUR, AUBRÉE, LAFFITTE, *rapporteur*.

Ces conclusions ayant été admises par M. le juge d'instruction, une ordonnance de non-lieu a été rendue, et la femme D... a été mise à la disposition de l'autorité administrative.

Par arrêté préfectoral en date du..., la femme D... a été séquestrée à l'asile d'aliénés de Rennes.

Société médico-psychologique.

Séance du 12 novembre 1877. — Présidence de M. BILLON.

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

Assistent à la séance : MM. Wendt, directeur de l'asile provincial d'aliénés de Schwetz (Prusse), Jensen, directeur de l'asile d'aliénés d'Allenberg, les docteurs Ogilvie, Leslie et Georges, d'Edimbourg.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre du Dr Deboudt, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Gemmes, sollicitant le titre de membre correspondant de la Société. M. Deboudt envoie, à l'appui de sa candidature, une série d'observations médico-légales.

Commission : MM. Fournié, Berthier et Legrand du Saulle, rapporteur.

2° Une lettre de M. Alexandre Soutzo, médecin de l'asile de Bucharest (Roumanie), par laquelle il sollicite le titre de membre associé étranger. Plusieurs travaux du candidat accompagnent cet envoi.

Commission : MM. Dumesnil, Dagron et Falret, rapporteur.

3° M. Girard de Cailleux envoie les Rapports médicaux et statistiques sur l'inspection du canton de Fribourg.

M. Berthier est chargé d'en présenter une analyse à la Société.

4° M. Dagron présente, de la part du Dr Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans, plusieurs rapports manuscrits de médecine légale.

La correspondance imprimée comprend :

1° *La Tribune médicale* ;

2° *L'Art dentaire*.

3° *Buletino del privato manicomio Fleurent*.

M. LEGRAND DU SAULLE. — Notre excellent collègue, M. Brochin, qui préside à ce moment la commission des logements insalubres, à la préfecture de la Seine, et qui ne pourra assister qu'à la fin de notre séance, m'a chargé d'offrir en son

nom à la Société l'article *Convalescence*, extrait du « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. »

Dans cette nouvelle étude de pathologie générale, M. Brochin a passé en revue la convalescence à la suite de toutes les maladies, même des maladies mentales, des névroses et des paralysies, et il a apporté dans ce travail les éminentes qualités que nous lui connaissons : savoir distingué, jugement droit, exposition claire, pensée élevée, citations consciencieuses, style irréprochable.

M. Brochin, dans la rédaction d'un certain nombre d'articles très-importants du dictionnaire publié par M. Dechambre, a donné la mesure de son double talent d'observateur et d'écrivain. Je suis depuis vingt-deux ans le témoin presque quotidien de sa vie et de ses travaux, et je ne saurais dire jusqu'à quel point je suis pénétré de déférence, d'estime et de sympathie, pour notre cher, honorable et savant collègue M. Brochin.

Je dépose donc sur le bureau de la Société l'article *Convalescence*.

Une lettre de remerciements sera adressée à M. Brochin.

M. FOURNET. — J'étais dernièrement en Savoie. Le préfet de Chambéry a voulu me faire connaître l'asile public des aliénés de Bassens, considéré comme un de nos établissements modèles.

M. le Dr Fusier, à la fois directeur et médecin de l'asile, nous en a fait les honneurs, et m'a offert le plan de ce grand et bel établissement, dont je m'empresse de vous faire hommage en son nom.

C'est un vaste parallélogramme qui se déploie en quatre parties principales, au milieu de vertes pelouses et de beaux jardins. Le centre est occupé : en avant, par les bâtiments de l'administration ; au delà, par une chapelle élégante et recueillie ; sur les derrières, par l'ensemble des bâtiments qui composent ce qu'on appelle le rustique. Les pavillons des malades, au nombre de douze, sont rangés sur les deux côtés du parallélogramme, et ont chacun leur jardin. Sept d'entre eux, par un hommage rendu à la science de l'aliénisme, portent les noms des aliénistes célèbres ; on y lit les noms de Pinel, de Fodéré, de Dacquin, d'Esquirol, de Ferrus ; l'un d'eux est même consacré à la mémoire de notre regretté confrère Cerise. Les autres pavillons portent le nom de bienfaiteurs.

L'architecture et l'ordonnance extérieure de l'asile sont heureusement conçues pour exprimer et inspirer des idées d'ordre et d'élégance, et des sentiments doux et agréables. L'esprit se repose et le cœur se plaît dans cet asile verdoyant et fleuri, encadré d'un charmant paysage, où tout les rappelle à la nature et à ses heureuses impressions. L'architecte semble s'y être inspiré du spiritualisme de notre science, pour parler aux âmes malades ; il y a là comme un traitement moral permanent, formulé en pierres et en jardins, à ce point que je disais à mes deux compagnons de visite : Dieu veuille que la France offre un jour aux génies peu fortunés, qui l'enrichissent et l'illustrent de leurs découvertes, l'*otium dulce* qu'elle offre aujourd'hui aux esprits déchus du rang humain !

Le régime intérieur, administratif et médical de l'asile de Bassens est au niveau de nos asiles les mieux dirigés, mais n'en diffère par aucun point saillant. Je ne vois, qui méritent de vous être présentées que deux idées heureuses du directeur et médecin de Bassens : l'une est relative au mode d'administration des bains, l'autre au traitement moral ; M. le Dr Fusier a fait établir, dans le centre de ses deux salles de bains, un appareil en fonte très-ingénieusement disposé pour que l'eau du bain, primitivement froide et chaude, soit mélangée là au degré prescrit, et arrive à la baignoire et à la douche, sans que le malade puisse s'en mêler ; on évite ainsi les imprudences, plusieurs fois mortelles, qu'on a eu à déplorer ailleurs.

M. le Dr Fusier a pour principe de son traitement moral, de rendre le malade, autant que faire se peut, aux idées saines et douces des temps antérieurs à son aliénation, c'est-à-dire aux impressions heureuses de son enfance ou de sa jeunesse, c'est-à-dire aux inspirations salutaires de la nature extérieure et de la nature humaine. C'est le principe que je vous ai si souvent exposé ici, et que j'ai été heureux de voir partagé et pratiqué à Bassens.

Ce principe implique :

1^o l'action modificatrice des idées sur l'âme humaine ; 2^o la foi dans leur influence curatrice aux temps où l'âme seule est malade, où la folie primitivement psychique n'est pas encore devenue organique, c'est-à-dire n'a pas encore entraîné de désorganisations au cerveau.

Ce principe présuppose par conséquent le spiritualisme,

dars notre science comme en tout. M. le D^r Fusier veut qu'on sache bien que tel est son drapeau en aliénisme, et que c'est par là surtout qu'il a conquis la haute et juste autorité dont il jouit au milieu de son administration et de ses malades.

Ses vœux les plus ardents ont été comblés sous l'administration bienfaisante du préfet actuel, M. Brassier : l'asile de Bassens vient de s'accroître d'une très-grande et très-belle propriété voisine, où le travail, sous toutes ses formes, sous la forme agricole surtout, viendra compléter les vues de la science et de l'art.

Prononcer et entendre prononcer avec éloge le nom de M. Fusier, est pour moi et sera pour vous, Messieurs, comme un plaisir de famille, de famille médicale s'entend, car notre confrère est correspondant de la Société médico-psychologique.

Un lettre de remerciement sera adressée à M. Fusier.

Discussion sur la paralysie générale (suite).

M. DAÇONET. — Messieurs, les communications qui nous ont été faites dans les deux dernières séances par MM. Baillarger et J. Falret soulèvent, au point de vue de la pathologie mentale, des questions d'une très-grande importance.

M. Baillarger, d'une part, a examiné quels pouvaient être les rapports de la paralysie générale avec les diverses formes d'aliénation mentale et, frappé des nombreux points de ressemblance que cette maladie présentait avec les différentes espèces d'aliénation, il s'est demandé si on ne devait pas, en définitive, la considérer comme une complication et quelquefois comme une conséquence de la folie elle-même.

M. J. Falret, de son côté, nous a fait un très-intéressant exposé des diverses formes, au point de vue surtout du délire, que la paralysie générale offre à notre observation, et des indications particulières, sous le rapport du pronostic, de la durée de la vie, etc., qui pouvaient en résulter. Il a ajouté que l'histoire de cette maladie était à refaire ; pour ma part, je pense qu'elle est plutôt à compléter et que rien ne doit être perdu des nombreuses recherches dont elle a été l'objet.

Notre honorable collègue a émis aussi cette opinion dans l'avant-dernière séance, comme d'ailleurs il l'avait fait dans d'autres circonstances, que la classification d'Esquirol ne pouvait plus être conservée, dans l'état actuel de la science. Je

demande à la Société la permission de lui présenter sur ces différents points des observations succinctes.

La paralysie générale, qui a pour symptômes caractéristiques l'affaiblissement de l'intelligence et l'altération du mouvement et qui paraît être causée anatomiquement par une hyperplasie de ce tissu interstitiel que l'on a désignée sous le nom de névroglie, présente à son début, comme l'a fait très-justement observer M. Baillarger, les manifestations délirantes les plus variables ; on doit aussi faire cette remarque qu'elle donne à ces manifestations un cachet particulier d'exagération symptomatique et de faiblesse intellectuelle.

M. Baillarger se demande alors comment il peut se faire qu'une maladie qui a ses caractères propres, qui constitue réellement une entité pathologique, puisse déterminer en se développant toutes ces variétés de trouble mental qui, en se substituant les unes aux autres, lui donnent une physionomie en quelque sorte protéiforme ? Dans l'opinion de notre éminent collègue, il existerait, entre cette maladie et les différentes formes d'aliénation, des rapports extrêmement remarquables, qu'il importe au plus haut degré d'étudier.

Pourquoi observe-t-on, dans un cas, ce délire si caractéristique de grandeurs et de richesses ; dans un autre cas, cet état d'excitation maniaque plus ou moins violente, ou bien cette dépression morale si remarquable et que M. Baillarger a lui-même décrite très-justement sous le nom de délire hypochondriaque ?

Mais la paralysie générale présente encore, bien plus rarement, il est vrai, d'autres manifestations délirantes ; tels sont le délire de persécution, les aberrations religieuses, l'angoisse panophibique, les hallucinations, la stupeur, etc. On peut dire qu'il n'est pas une seule variété de trouble mental qui ne se rencontre également chez les individus atteints de cette grave maladie, M. Baillarger aurait même fait cette remarque, que je crois très-fondée, que les rémissions dans la paralysie générale sont plus fréquentes, lorsque celle-ci a présenté, à son début, la forme maniaque, comme si ce n'était là, pour ainsi dire, que la guérison d'un simple accès maniaque, et l'on sait que les délires maniaques se guérissent plus facilement que les autres formes d'aliénation mentale.

En présence de ces faits, M. Baillarger pense qu'il faudrait peut-être en revenir à une opinion déjà émise par quelques auteurs, à savoir que cette affection, qui envahit progressi-

vement les différentes fonctions de l'économie, n'est bien elle-même qu'une redoutable complication des maladies mentales auxquelles elle vient alors plus ou moins succéder. Il croit tout au moins qu'on devrait établir trois catégories de folies, les folies simples, en quelque sorte essentielles, les folies compliquées de paralysie générale; enfin, en troisième lieu, les folies complexes, douteuses, à forme congestive, qui ont, à la longue, une tendance à se terminer par la paralysie.

Notre collègue, M. J. Falret, fait en effet très-bien remarquer que la paralysie générale affecte dans sa manière d'être des formes mentales différentes, qui viennent constituer comme autant de chapitres cliniques de l'histoire générale de cette remarquable affection. Il y a là pour le traitement, pour le pronostic et à d'autres points de vue, des indications très-variables; et de ce côté des recherches ultérieures permettront de compléter l'histoire déjà si intéressante de cette affection.

La paralysie générale présente en définitive, au point de vue du trouble mental, deux formes essentiellement distinctes, la forme délirante et la forme non délirante; mais dans les deux cas il y a toujours affaiblissement des facultés et symptômes de paralysie.

M. J. Falret distingue encore une variété convulsive, mais dans ce cas les convulsions, les attaques épileptiformes, viennent aussi bien se montrer avec les manifestations délirantes, ambitieuses, hypochondriaques, comme en dehors de ces troubles intellectuels eux-mêmes.

On a justement remarqué que la paralysie générale à forme convulsive, ou plutôt compliquée d'attaques épileptiformes, présentait elle-même des signes plus ou moins caractéristiques. Tantôt, en effet, les attaques se montraient dès le début, affectant quelquefois un caractère paroxystique; s'accompagnant alors d'un état aphasique plus ou moins caractérisé et d'une durée plus ou moins longue; tantôt, au contraire, et c'est ce qui arrive dans la grande majorité des cas, elles se produisent dans le cours même de l'affection, et le plus souvent à la période avancée de cette maladie, vers le douzième ou le quinzième mois.

Je n'ai pas besoin de dire qu'elles sont d'un pronostic défavorable, d'autant plus qu'elles se répètent d'une manière plus fréquente et qu'elles affectent en quelque sorte un caractère

subintrant. Il ne saurait être question de faire ici une description détaillée des conditions étiologiques et surtout des complications qui se rapportent à cet accident de la paralysie générale.

Quant aux manifestations délirantes si bien décrites par M. J. Falret, elles se résument en définitive dans les trois variétés suivantes : le délire maniaque, le délire ambitieux et le délire dépressif, ces trois catégories comprenant naturellement les idées délirantes les plus diverses.

Chacun de ces délires présente des caractères significatifs sur lesquels je ne crois pas devoir insister.

Le délire maniaque, par exemple, s'accompagne de cet état de profond désordre, d'absence de toute conscience et de perversion morale qui lui donne le cachet spécial qui, de tout temps, a frappé l'attention des observateurs. Mais il n'en est pas moins vrai que, tant que l'excitation maniaque n'a pas disparu, il est difficile, dans la plupart des cas, d'en faire le diagnostic différentiel avec l'accès de manie franchement aiguë, car l'agitation vient précisément masquer les symptômes caractéristiques de la paralysie générale.

Il en est de même de ces délires pseudo-partiels, le délire ambitieux, le délire mélancolique, hypochondriaque, etc.; ils ont, eux aussi, dans la grande généralité des cas, leurs signes distinctifs qui ne sauraient les faire confondre avec ces formes d'aliénation mentale qui se caractérisent par un délire véritablement partiel, systématisé, qui appartient à ces sortes de monomanies que l'on a désignées sous les noms de mégalomanie, lypémanie, etc.

Dans la paralysie générale, les troubles intellectuels que l'on rencontre n'ont réellement pas la physionomie des formes mentales dont je viens de parler; le délire ne présente ni la fixité, ni la netteté des idées; il est au contraire empreint de cette exagération puérile, de cette confusion dans la pensée, de ce défaut de logique, de cette absence de réflexion, en un mot, de cette espèce d'ineptie qui sont autant de signes d'une déchéance des facultés intellectuelles. Par exemple, un de mes malades, récemment entré à Sainte-Anne, m'affirme qu'il est un grand médecin, que sa femme exerce aussi la médecine et que son fils, âgé de sept ans, est bachelier ès lettres.

Je dépasserais les limites de cette discussion si j'insistais sur ces différents caractères; d'une manière générale on peut

dire que le délire maniaque et le délire ambitieux présentent, dans la paralysie générale, au point de vue du pronostic, des caractères plus favorables que le délire lypémaniaque. La dépression morale entraîne en effet, par suite de l'entrave apportée aux différentes fonctions de l'économie, de très-fâcheux inconvénients ; tels sont, l'amaigrissement qu'amène le refus des aliments, l'insuffisance de la respiration et de l'hématose, enfin la disposition aux congestions viscérales et à la gangrène, conséquence obligée de toute diathèse qui a pour résultat l'appauvrissement du sang.

Si le désordre maniaque et les conceptions ambitieuses n'ont pas une influence aussi fâcheuse sur les principales fonctions de l'économie, il n'en est pas moins vrai qu'elles s'accompagnent aussi de ces poussées congestives si fréquentes dans la paralysie générale, qui presque toujours mettent en danger l'existence de l'individu et qui dans tous les cas déterminent à leur suite une aggravation des différents symptômes, l'augmentation de l'affaiblissement intellectuel et de l'embarras de la parole. Sous ce rapport, je pense, comme M. J. Falret, que l'histoire de la paralysie générale aurait besoin d'être complétée.

Pour en revenir à l'opinion de M. Baillarger, je ne crois pas que les faits dont je viens de parler suffisent pour nous faire admettre que la paralysie générale doit être considérée dans ces différents cas comme une complication de la folie. Elle est avant tout une affection primitive, ayant ses symptômes propres, dont la marche est progressive et qui vient successivement envahir les principales fonctions de l'économie.

Sans entrer à ce sujet dans une discussion approfondie, je me bornerai à faire cette remarque qu'il n'existe pas dans la science d'exemples bien authentiques d'individus atteints depuis plusieurs années d'une forme d'aliénation mentale bien franche et nettement caractérisée et qui plus tard auraient été atteints de paralysie générale. Je n'ignore pas que dans ces derniers temps Westphal a publié des observations de malades ayant présenté des attaques d'épilepsie et qui plus tard auraient été affectés de paralysie générale. Mais là encore il y aurait à examiner si la paralysie générale ne peut pas se développer concurremment avec l'épilepsie, sans que celle-ci puisse en être par cela même considérée comme une cause déterminante.

M. Baillarger trouve dans les rémissions un argument à sa

manière de voir ; je suis disposé à croire avec lui qu'on les observe surtout chez les individus dont l'affection s'est caractérisée au début par un délire maniaque. Ce fait aurait peut-être besoin d'être encore l'objet de nouvelles recherches ; mais, s'il existe, il pourrait encore s'expliquer par cette raison que l'excitation maniaque se rencontre au début de la paralysie générale bien plus souvent que d'autres manifestations délirantes.

En définitive cette espèce d'encéphalite, de sclérose du tissu nerveux, à laquelle on a donné le nom de paralysie générale, présente, au point de vue de la symptomatologie, des signes essentiels et des caractères secondaires. En tête des premiers nous devons placer l'impossibilité d'associer les idées et de les comparer entre elles, la perte de toute conscience, l'affaiblissement de la volonté et l'altération du mouvement ; au nombre des symptômes secondaires nous trouvons les manifestations délirantes les plus diverses.

Cette dégénérescence hyperplasique peut avoir d'ailleurs, en intensité comme en étendue, les degrés les plus variables suivant la nature même de la lésion envahissante. Pourquoi alors ne pas comprendre qu'en occupant les couches profondes de la substance corticale, elle ne puisse du même coup toucher aux organes essentiels qui viennent présider à la manifestation de la pensée, et dans ce cas comment ne pourrait-elle pas déterminer toutes ces expressions délirantes qui précisément caractérisent les groupes symptomatologiques sur lesquels je me propose de présenter quelques considérations sommaires. Sans doute ces groupes symptomatologiques correspondent eux-mêmes à une lésion déterminée que, dans l'état actuel de la science, nos moyens d'investigation ne nous permettent pas de découvrir. Les recherches pour les localisations cérébrales sont depuis quelque temps poussées avec une grande ardeur et il est permis d'espérer que la paralysie générale, bien observée à ce point de vue, contribuera pour sa part à faire réaliser de ce côté de nouveaux progrès.

Classification des maladies mentales. — Notre distingué collègue M. J. Falret, partant de cette donnée que la paralysie générale présente les troubles psychiques les plus variables, comme la folie elle-même, et s'appuyant d'ailleurs sur les opinions émises à ce sujet par d'autres auteurs, s'élève non-seulement contre l'une ou l'autre des diverses classifica-

tions proposées jusqu'à présent, mais il voudrait voir supprimer en quelque sorte toute espèce de classification des maladies mentales. Pour lui, il n'y a que des manifestations délirantes qui viennent se substituer ou s'ajouter les unes aux autres; mais il n'y a ni formes, ni groupes symptomatologiques; en un mot, la folie s'exprime par les aberrations intellectuelles les plus nombreuses et les plus contraires, et ces dernières ne doivent pas être considérées comme constituant des espèces ou des variétés morbides ayant leurs caractères, leur manière d'être, leur pronostic, et reconnaissant enfin des indications thérapeutiques plus ou moins spéciales.

Cette manière d'envisager l'aliénation mentale et cette suppression de toute classification ne manqueraient pas, on le comprend, de rendre très-difficile et très-embarrassante l'étude de la folie.

Je ne pense pas d'ailleurs que l'observation des faits vienne justifier cette opinion émise par notre honorable collègue. Sans doute toute erreur doit être combattue, de quelque nature qu'elle soit, alors même qu'on ne saurait lui substituer rien d'autre; mais je ne crois pas qu'il y ait là une erreur et que la classification des maladies mentales, qui repose sur l'expérience clinique, soit près d'être renversée par suite des nouveaux progrès de la science; je crois, au contraire, que ceux-ci n'en feront que confirmer davantage la raison d'être et en quelque sorte la solidité. Je demande la permission de présenter à ce sujet quelques développements qui me paraissent indispensables.

Je n'ai pas besoin de faire remarquer d'abord qu'une classification est l'introduction naturelle, nécessaire, de toute étude scientifique. Pour l'aliénation mentale, comme pour toute autre science, il serait impossible d'arriver à une connaissance quelque peu exacte si l'on ne pouvait classer les éléments qui la composent et admettre sous ce rapport des divisions d'une incontestable utilité. Sans doute la classification indique elle-même le progrès de la science et la perfection consisterait à lui donner pour base des caractères fixes, immuables, qui ne sauraient se transformer ou être l'objet d'interprétations différentes. Si ces caractères se rencontrent pour certaines sciences exactes, en médecine ils ne sauraient exister, et l'observation clinique, s'appuyant autant que possible sur la physiologie et l'anatomie, restera bien certainement la base la plus assurée d'une classification naturelle.

Je n'ai pas ici l'intention de passer en revue les différentes classifications qui ont été proposées pour la médecine mentale, je me bornerai à présenter à cet égard quelques courtes observations.

Notre regretté collègue le docteur Morel a cherché dans son traité des maladies mentales à établir une classification qui reposerait uniquement sur l'étiologie. Par une vue de l'esprit, que quelques faits cliniques pourraient jusqu'à un certain point justifier, il pensait que la folie présentait, suivant les causes mêmes qui venaient la produire, des caractères différents ; de là, des espèces, que cet auteur s'est efforcé d'admettre, mais que l'expérience est loin d'avoir en quelque sorte égitimées.

Cette tentative de Morel de prendre l'étiologie pour base de classification des maladies mentales n'a pas été admise par d'autres auteurs. La cause n'imprime pas, en effet, un cachet particulier à la maladie ; elle peut dans quelques cas, dans l'alcoolisme, dans certaines névroses, imprimer la trace, la marque de son existence, mais elle ne suffit pas pour créer, pour déterminer un appareil symptomatologique spécial, et tous les jours nous pouvons voir une même influence étiologique déterminer les espèces de folie les plus dissemblables.

L'anatomie pathologique serait peut-être l'une des meilleures bases de classification des maladies mentales si elle pouvait nous rendre compte de la raison organique des nombreuses manifestations délirantes qui se présentent à notre observation ; mais cette connaissance nous fait entièrement défaut, dans la grande majorité des cas. Parchappe, on le sait, avait fait de ce côté d'infructueuses tentatives.

Si l'on recherche, en effet, comment on pourrait prendre l'anatomie pathologique pour base de classification des maladies mentales, il faudrait tout d'abord examiner quels progrès ont été réalisés au point de vue de l'anatomie et de la physiologie du cerveau ; je ne puis mieux faire que de résumer, sous ce rapport, les considérations développées par M. le Dr Paul Berger, dans l'excellent article qu'il a publié sur le cerveau, dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

« Les phénomènes de l'activité intellectuelle que l'on s'accorde, dit-il, à considérer comme l'apanage du cerveau, difficiles à suivre et à analyser chez l'homme, sont obscurs et ne se révèlent que par des manifestations incertaines chez les animaux. De là vient probablement que la physiologie des

hémisphères cérébraux est moins avancée que celle de toute autre partie des centres nerveux.

» Sans doute les recherches faites à ce sujet sont parvenues à établir que les hémisphères cérébraux jouent un rôle nécessaire dans la production des phénomènes intellectuels et affectifs ; ils sont comme un organe d'élaboration où se transforment les sensations, où la perception devient consciente d'une part, où naissent, d'autre part, les excitations motrices spontanées qui déterminent les actes volontaires. Ils sont, en un mot, le siège bien réel de tout processus intellectuel, conception et formation des idées, comparaison, raisonnement, jugement, mémoire, etc.

» Si les preuves sur lesquelles cette opinion est fondée n'appartiennent malheureusement que très-peu à la méthode expérimentale, les données les plus certaines sont fournies par les cas pathologiques. Ils nous montrent l'affaiblissement, la perversion, la suppression des facultés intellectuelles généralement liées à la lésion matérielle des hémisphères et surtout aux altérations de leur écorce. Mais s'il est difficile de rattacher à l'une ou l'autre des parties intimes du cerveau les opérations si délicates et si complexes de la pensée, malgré quelques tentatives de localisation cérébrale faites dans ces derniers temps, on n'en doit pas moins conclure que si la perturbation intellectuelle qui constitue le délire se montre plus ou moins dans toute lésion qui vient à occuper la substance corticale, on n'en observe pas moins, surtout chez les individus atteints d'aliénation mentale, une foule de cas où les manifestations délirantes les plus accentuées se sont produites en dehors de toute altération matérielle appréciable, etc. (Cerveau, physiologie, *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. 14, p. 203 et suiv.). »

Je n'insisterai pas davantage sur cet ordre de considérations résumées particulièrement dans l'article remarquable que je viens de citer de M. le Dr Paul Berger.

Je me bornerai, d'autre part, à rappeler l'opinion émise sur le même sujet par M. Georges Lewes, dans un ouvrage récemment publié sous ce titre : *La base physique de l'esprit (The physical basis of mind)*, et qui a été analysé dans le numéro du 22 septembre dernier de la *Revue scientifique*.

M. Georges Lewes s'est efforcé de rechercher les conditions biologiques dans lesquelles se manifeste la pensée qui est, suivant lui, chez les animaux supérieurs, inhérente à la substance nerveuse et, par elle, à l'organisme dont la substance nerveuse

est une partie inséparable. La vie, d'après lui, est partout où se trouve l'organisation vitale en exercice, c'est-à-dire dans l'organisme tout entier ; mais la sensibilité, fonction essentielle de la pensée, se trouve partout où est la vie ou, tout au moins, partout où se rencontre un atome de substance nerveuse. « Ce n'est pas le cerveau, c'est l'homme qui pense. »

La diversité des fonctions dépend, d'après cet auteur, des organes innervés et non des diverses propriétés qu'aurait le tissu nerveux... Il combat surtout ce qu'il appelle la superstition de la cellule. Il y a, dit-il, des physiologistes qui croient qu'une cellule a la sensibilité, une autre la motricité, une troisième l'instinct, une quatrième l'émotion, une cinquième la réflexion ; s'ils ne disent pas cela en propres termes, ils assignent des qualités spécifiques aux cellules, qui diffèrent seulement en forme et en grandeur. Ils décrivent des cellules pour la sensation, pour l'émotion, pour l'idéation ; des sympathiques, des réflexes, des motrices ; Schroeder van del Kolk va jusqu'à spécifier des cellules pour la faim et des cellules pour la soif.

On a fait, ajoute M. Lewes, non l'histoire naturelle mais le roman du système nerveux ; il faut, en effet, réduire à ses vraies limites la portée de nos moyens d'investigation. Nous ne pouvons rien démêler des éléments de la substance nerveuse sans altérer leur arrangement, sans écarter quelques-uns d'entre eux, sans changer l'état des autres. Cette substance, qui n'a pas plus de consistance que la crème ou même que l'huile quand elle est vivante, le micrographe la déchire, en fait couler le plasmode, en coagule l'albumine, en altère la composition chimique, en défigure les éléments, etc... La seule méthode qui conserve les apparences du tissu vivant est celle qui consiste à faire des coupes de substance nerveuse glacée ; combien peu des prétendus résultats obtenus sont dus à cette méthode !

Aussi peut-on signaler des erreurs de fait vraiment étonnantes qui ne s'expliquent que par l'esprit de système, chaque observateur ayant vu ce qu'il a voulu voir. On a décrit des fibres servant à la conduction isolée et directe d'un point à l'autre du système cérébro-spinal ; or il n'est pas une fibre de quelque longueur qui ne soit plusieurs fois ramifiée. On a déclaré nécessaire à la théorie que chaque cellule ait au moins deux fibres, l'une sensitive (afférente), l'autre motrice (efférente), et il se trouve que plusieurs n'ont qu'un seul

prolongement, même chez l'homme adulte. On ne sait si pendant la vie la cellule est granulée ou non, fibrillée ou non fibrillée. On les décrit cependant comme ayant ces deux caractères qui paraissent être ceux d'une cellule morte. Faut-il décider si les cellules voisines sont unies aux autres par leurs prolongements ? D'éminentes autorités prétendent que cette union n'a jamais lieu, d'autres que c'est un fait rare et insignifiant, d'autres que le fait est constant et nécessaire. M. Lewes parcourt ainsi successivement tous les points sur lesquels repose la théorie de la cellule aujourd'hui régnante et se donne, ajoute l'auteur qui analyse son ouvrage, le plaisir facile, dans l'état actuel de la science, d'en montrer les lacunes et les contradictions. »

Ces considérations d'anatomie et de physiologie cérébrale sur lesquelles il serait hors de propos d'insister, n'ont d'autre but que de bien faire voir tout ce qu'il y avait d'impraticable à vouloir faire reposer une classification des maladies mentales sur l'anatomie pathologique. Ce progrès, réclamé par M. Pidoux, dans son rapport à l'Académie à propos d'une nouvelle classification des maladies mentales, présentée par notre honorable collègue M. Delasiauve, est loin de pouvoir être réalisé. Et ce progrès, ce ne sont ni la résistance ni l'inertie des médecins aliénistes, comme le dit à tort cet honorable académicien, qui viennent y mettre obstacle ; mais l'insuffisance même des données fournies par l'anatomie et la physiologie, et ces données seraient-elles suffisantes, nous ne croyons pas qu'il soit dans tous les cas possible de se passer de l'observation clinique des individus atteints d'aliénation mentale. L'anatomie et la physiologie sont bien certainement en médecine deux grandes sources de lumières, personne ne saurait en méconnaître l'importance et l'on ne comprend pas pourquoi les médecins aliénistes se refuseraient à les accepter ; mais aussi ces deux sciences ne pourraient suffire, à elles seules, pour la pathologie mentale comme pour la médecine générale, à établir une classification nosologique, véritablement irréprochable. Je n'irai pas en chercher la preuve dans toutes ces maladies parfaitement classées et étudiées et dont il serait bien difficile d'indiquer le siège anatomique.

Le rapprochement fait par M. Pidoux entre l'ivresse et la folie me paraît aussi laisser beaucoup à désirer ; l'une ne saurait se comparer à l'autre, n'y eût-il pour différence fondamentale que l'altération si caractéristique de la motilité. La com-

paraison des individus en état d'ivresse dont les uns ont le vin gai, les autres le vin triste, dont les uns sont érotiques, les autres persécutés, etc., avec les délires partiels que l'on a désignés sous le nom de monomanies, délires dont je n'ai pas à retracer la physionomie et l'ensemble pathologique si remarquable chez quelques malades; cette comparaison de phénomènes essentiellement fugaces avec des faits d'un caractère aussi nettement tranché, non-seulement au point de vue de la durée, mais encore de l'appareil symptomatologique qu'ils présentent, manque absolument d'exactitude. D'ailleurs est-il possible d'indiquer pourquoi dans l'ivresse les uns ont le vin triste, les autres le vin gai; pourquoi ceux-ci deviennent craintifs et ceux-là audacieux? Pourra-t-on jamais nous faire connaître la raison anatomique ou physiologique de cette singulière particularité?

En résumé, tout en reconnaissant les louables efforts qui depuis quelques années sont faits pour arriver à spécifier, à localiser le siège même de nos facultés principales dans le cerveau et par suite la lésion correspondante aux anomalies que ces mêmes facultés peuvent présenter, nous n'en devons pas moins convenir que pour le moment ces connaissances sont absolument insuffisantes pour nous permettre de prendre l'anatomie pathologique comme base d'une classification des maladies mentales.

En définitive, la classification symptomatologique, celle que Pinel et Esquirol ont adoptée, me paraît être la seule qui puisse nous servir de guide dans l'étude pratique des maladies mentales.

Cette classification, on l'a, à tort peut-être, encore désignée sous le nom de psychologique, parce qu'elle tient justement compte des anomalies que l'on observe du côté des facultés morales et intellectuelles et qui ne sont, après tout, que les symptômes caractéristiques de l'aliénation mentale; ce sont précisément les troubles mêmes de ces trois facultés principales, la sensibilité, l'intelligence et la volonté, qui constituent cliniquement par leur mode de groupement les formes d'aliénation mentale admises par la plupart des auteurs.

Ces formes, ces expressions par lesquelles se manifeste la folie ne sont pas ce qu'on peut appeler des entités pathologiques proprement dites, présentant des caractères essentiellement différents au point de vue de la physiologie, de l'anatomie et même de la symptomatologie; loin de là, ce sont des manières

res d'être, des manifestations différentes d'une même maladie, des groupes symptomatologiques se rattachant par leur essence à une même affection vésanique, la folie. Ils ont bien réellement leur raison d'être, ils ont, en effet, leur physionomie propre et présentent des signes particuliers au point de vue de la marche, du pronostic et même des indications thérapeutiques.

Est-ce qu'il n'en est pas de même en médecine où nous observons des maladies principales présentant des formes particulières? est-ce que nous n'avons pas les névroses avec toutes leurs variétés? les épilepsies larvée, vertigineuse, convulsive, etc. ? L'hystérie avec ou sans convulsions, les fièvres intermittentes avec leurs formes rémittentes, pernicieuses, gastriques, cérébrales, etc. Le rhumatisme avec toutes ses variétés, etc. ?

Sans doute l'exercice des facultés s'accompagne d'un travail organique, dynamique ou autre, des diverses parties du cerveau et il n'est pas douteux non plus que les formes typiques par lesquelles se manifeste la folie ne correspondent à des troubles organiques que les recherches patientes des anatomopathologistes finiront peut-être par découvrir, et cette constatation viendra alors, nous le croyons, fournir une preuve nouvelle de la raison d'être de cette classification dont l'observation attentive des faits a peu à peu posé les fondements.

Quoi qu'il en soit, l'aliénation mentale se caractérise par une symptomatologie complexe qui, en définitive, comprend souvent à la fois les troubles de l'intelligence, de la sensibilité morale et de la volonté. Ces troubles peuvent se montrer tous réunis chez le même individu, dans la même forme d'aliénation mentale, mais le plus souvent ils existent avec une prédominance plus marquée d'un côté ou de l'autre, exceptionnellement enfin dans certaines formes d'aliénation mentale, dans celles, par exemple, qui se caractérisent par un délire véritablement partiel, on peut rencontrer la manifestation de tel ou tel trouble à l'exclusion des autres.

Griesinger frappé de cette circonstance avait proposé de diviser d'une manière très-générale en trois grands groupes les troubles qu'il appelle troubles élémentaires des maladies mentales, suivant qu'ils atteignent l'une de ces trois facultés primordiales, dont je viens de parler.

Si théoriquement cette distinction peut être faite, elle ne doit cependant pas être adoptée dans la pratique, puisqu'en vertu de la solidarité intime qui relie entre elles nos facultés

morales et intellectuelles, la manifestation des unes entraîne nécessairement la manifestation des autres; c'est là certainement une conséquence des conditions anatomiques et des influences réflexes que les recherches scientifiques pourront dans l'avenir nous démontrer. Il en résulte, par suite, que l'altération qui vient à se produire d'un côté a presque toujours son retentissement de l'autre côté.

Si, par exemple, nous examinons d'une manière tout à fait générale l'existence de ces différents troubles à travers les diverses formes d'aliénation mentale, nous pourrions constater les faits suivants :

La sensibilité morale est, on le sait, cette faculté qui se rattache à nos intérêts les plus chers, les plus intimes, qui est la source de nos passions et le véritable stimulant de toutes les forces de l'âme.

Eh bien ! dans toutes ou presque toutes les formes d'aliénation mentale on observe de ce côté un trouble variable et plus ou moins profond.

Il existe même, et la science en renferme un certain nombre d'exemples, de véritables folies qui se caractérisent par l'altération des facultés morales bien plus que par le trouble des facultés intellectuelles. De là, cette distinction qu'on a voulu faire entre les folies morales et les folies intellectuelles que les auteurs allemands ont désignées sous le nom de *Gemuths-krankheiten* et *Geistes-krankheiten*. De même en Angleterre, sous la désignation de *Moral Insanity*, Pritchard a décrit une sorte d'aliénation mentale dans laquelle on observait une perversion plus ou moins profonde des sentiments à l'exclusion, pour ainsi dire, du trouble de l'intelligence.

C'est ainsi que Trélat a retracé sous le nom de folie lucide l'histoire de cette singulière affection et l'observation intéressante de ces véritables aliénés, érotiques, orgueilleux, dipsomanes, kleptomanes, homicides, suicides, etc., qu'une sorte d'irrésistible passion semble entraîner et qui n'en montrent pas moins un raisonnement juste, des réponses logiques aux questions qu'on leur adresse, mais dont la conduite et la vie intime révèlent les plus étranges singularités.

Tout le monde connaît le livre que le Dr Maudsley a publié, dans ces derniers temps, sous le titre de « Crime et folie » et dans lequel cet auteur distingué a fait une peinture si saisissante de tous ces faits qui caractérisent une véritable folie morale, quelquefois même un état réel d'imbécillité morale.

Je n'ai pas l'intention d'insister ici sur cette sorte d'aliénation évidemment exceptionnelle, lorsque surtout elle se manifeste en dehors de toute altération apparente des facultés intellectuelles.

Je me bornerai à faire remarquer que le délire chez les aliénés ne se développe qu'après une période d'incubation plus ou moins longue, et que c'est précisément dans cette période d'incubation que l'on commence à remarquer les anomalies les plus extraordinaires du côté de la sensibilité morale et des sentiments affectifs.

Mais cette transformation même de la sensibilité morale s'observe en dehors même de l'aliénation mentale, sous l'influence des conditions les plus diverses, à la suite, par exemple, de fatigue, de faiblesse, des progrès de l'âge, d'attaques d'hystérie, d'épilepsie, de congestion cérébrale, de dysménorrhée, etc. On voit alors les individus éprouver les émotions les plus inexplicables, pousser des sanglots, des éclats de rire, se livrer à des actes de colère qu'aucun motif plausible ne peut justifier. Je n'ai pas besoin d'ajouter que la perversion morale est très-profonde dans certaines formes d'aliénation mentale dans lesquelles on observe en même temps les manifestations délirantes les plus accentuées, comme dans la paralysie générale, dans certaines variétés de la manie aiguë.

Il en est de même *des troubles intellectuels* qui sont essentiellement variables chez les aliénés et qui, envisagés en eux-mêmes, ne pourraient être acceptés comme un moyen, une base sérieuse d'une classification rationnelle des maladies mentales. L'on peut dire, en effet, qu'il n'est pas une manifestation délirante, une manière d'être délirante, qui ne se rencontre dans chacune des formes les plus diverses de la folie.

Ces troubles intellectuels, je n'ai pas ici l'intention de les passer en revue, tout le monde les connaît, et ce serait dépasser les bornes de cette étude que d'en faire une description même succincte.

Au nombre et en tête peut-être des manifestations délirantes proprement dites, on comprend généralement le défaut d'association des idées qui se présente chez les aliénés avec des degrés variables en intensité et en étendue.

De même, pour le délire systématisé qui a pour caractère prédominant ce que l'on a désigné sous le nom d'idées fixes, soit que ces idées affectent un caractère de tristesse, soit au

contraire qu'elles soient de nature ambitieuse, on les rencontre, comme le défaut d'association des idées, dans les formes d'aliénation mentale les plus différentes.

C'est ce trouble intellectuel, si je ne me trompe, que notre excellent et savant collègue M. Delasiauve a désigné sous le nom de fonctionnement syllogistique. L'impossibilité dans un cas d'associer d'une manière générale les idées, de comparer et d'enchaîner entre eux les divers éléments qui doivent concourir à la formation de l'entendement ; dans un autre cas cette disposition à déraisonner dans des conditions spéciales exclusives, lorsque, par exemple, l'individu se trouve en présence d'impressions particulières, de certaines passions, telles seraient les particularités qui caractériseraient la fonction syllogistique. De là, les aliénations générales et les aliénations partielles. La classification de M. Delasiauve reposerait sur la lésion même de cette fonction ; en un mot, notre collègue prendrait comme base de la division qu'il propose un caractère unique et essentiellement psychologique.

Mais il est bien d'autres troubles que l'on rencontre à la fois dans les variétés les plus diverses de la folie, telles sont les interprétations délirantes qu'Esquirol a parfaitement décrites sous le nom d'illusions ; telles sont les hallucinations dont l'histoire a été l'objet dans ces derniers temps de recherches et d'études si remarquables.

Ces anomalies intellectuelles se rencontrant indistinctement dans les formes mentales les plus différentes, ne sauraient être par conséquent le caractère spécial d'aucune d'entre elles. Les idées de grandeur, les idées hypochondriaques, la crainte du poison, les préoccupations de toutes sortes s'observent chez les individus atteints des espèces d'aliénation les plus variables, dans la manie, la démence, les délires partiels, la stupeur, la paralysie générale, etc. On comprend dès lors combien il est difficile de prendre l'une ou l'autre de ces aberrations de l'intelligence comme un élémentationnel, fondamental d'une classification.

Il en est de même pour cet autre trouble élémentaire que Griesinger a indiqué et décrit sous le nom d'*anomalies de la volonté*. De ce côté encore, quelle diversité ne rencontre-t-on pas chez les aliénés, même dans les manifestations délirantes les plus dissemblables.

Tantôt, en effet, on constate l'affaiblissement ou simplement l'affaîssement de cette importante faculté, alors même qu'on

observe la surexcitation ou la perversion des autres facultés; telle est, par exemple, cette forme de manie que l'on a désignée sous les différents noms de manie sans délire, folie morale, etc. Dans cette espèce d'aliénation les malades ne peuvent se tenir tranquilles et ne deviennent à peu près raisonnables qu'à la condition d'être surveillés et convenablement dirigés.

Telle est encore cette autre forme de lypémanie qui se caractérise par un singulier état de dépression morale, dans laquelle les individus se complaisent dans une sorte d'inertie, tout en ayant conscience de leur situation et en faisant preuve dans leurs raisonnements d'une logique irréprochable. Telles sont toutes ces impulsions dangereuses, ces tendances instinctives qui présentent à un si haut degré le caractère pathologique et qui entraînent fatalement l'individu, malgré la lutte qu'il soutient, à des actes que sa raison condamne et que sa conscience réprouve.

L'histoire des anomalies de la volonté dans l'aliénation mentale a été faite par des médecins distingués, avec tous les développements nécessaires, je n'ai pas à m'y arrêter.

Ce que je veux faire ressortir des considérations que je viens de résumer rapidement, c'est qu'en définitive nous devons tenir compte, pour la classification des maladies mentales, de tous ces troubles si variables et qui se combinent entre eux de tant de manières, suivant la forme même que présente l'aliénation mentale. Ce sont ces groupes comprenant à la fois ces diverses anomalies, qui ont été justement adoptés par nos maîtres et nos prédécesseurs et par la grande généralité des auteurs. C'est qu'en effet ils nous donnent eux seuls une idée exacte de la folie; ils ont, au point de vue de leur mode d'évolution et de leur physionomie, des caractères distinctifs; ils répondent à l'observation clinique bien comprise; ils ne reposent pas seulement sur un caractère unique, sur un seul symptôme psychique ou physique, mais au contraire sur un ensemble pathologique, renfermant à la fois des signes appartenant à l'ordre physique et psychique. Ces groupes symptomatologiques ont au point de vue du pronostic et même des indications thérapeutiques, une importance considérable; à mon avis, ils doivent être conservés jusqu'à nouvel ordre; sans nier en aucune manière les progrès accomplis en anatomie et en physiologie et dont les médecins aliénistes doivent être les premiers à profiter, il serait difficile de trouver aucune

autre donnée scientifique pour remplacer celles que je viens d'exposer succinctement.

Sous ce rapport, on ne peut que partager l'opinion émise par notre respectable collègue le D^r Trelat.

« Quelques reproches, dit-il, qu'on puisse faire à cette classification, il sera toujours difficile de méconnaître et de bien répartir ailleurs ce groupe de maniaques si caractérisés par leur agitation, par leurs cris, par leur fureur et par leur curabilité, et ce groupe incontestable de monomanes ; et cet autre non moins tranché de lypémaniques qui se croient persécutés, poursuivis, injuriés ; et ces malades en stupeur qui fournissent une si grande proportion de guérisons ; et ces déments qui, quoi qu'on en dise, constituent une catégorie très-accusée dans la famille des aliénés. Y a-t-il rien de plus clair et de plus accentué que les dipsomanes ? Contestera-t-on les satyres et les nymphomanes ? Et quelles que soient les différences dans les causes, que l'homme naisse idiot ou qu'il le devienne à la suite de convulsions, ou qu'il le soit parce qu'il a puisé dans le milieu où il vit les éléments de sa dégénérescence, qu'y a-t-il de mieux caractérisé, de plus facile à reconnaître, à décrire et à classer que l'imbécile et l'idiot ? »

« On comprend, ajoute plus loin l'auteur que nous citons, tout le respect et la prédilection dont doit être l'objet la classification de nos maîtres, si commode et si claire dans la pratique... » (Trelat, *Folie lucide*... p. 44.)

En résumé, la classification indiquée par Pinel et Esquirol, modifiée dans le même ordre d'idées par d'autres auteurs, par Baillarger, Griesinger, Marcé, etc., me paraît devoir être précieusement conservée. Elle réserve les droits de l'observation clinique et s'appuie sur elle. En tenant compte d'un ensemble de symptômes caractéristiques, elle fait par cela même comprendre non-seulement la nature particulière des maladies mentales, mais elle est en outre la seule qui puisse permettre d'en faire l'étude véritablement pratique ; je ne pense pas qu'elle puisse être remplacée par aucune de celles qu'on a en vain cherché, jusqu'à ce jour, à lui substituer.

M. BILLOD. — Je me suis fait inscrire moins pour discuter le point de science soulevé par M. Baillarger que pour adresser à notre savant collègue quelques questions dont la solution importe essentiellement, je crois, à l'élucidation de ce point de science.

La première est celle-ci :

En considérant, ainsi qu'il semble le faire, la folie et la paralysie générale dans les cas où elles se présentent simultanément, comme deux entités, en quelque sorte, distinctes et assez indépendantes dans leur marche pour que la première puisse présenter des guérisons ou des rémissions à l'exclusion de la deuxième, M. Baillarger pense-t-il qu'il n'y ait qu'une seule et même lésion anatomo-pathologique pour les deux entités, ou bien, admet-il deux lésions distinctes, à savoir : une pour chacune d'elles?

Dans ce dernier cas, la folie et la paralysie générale constitueraient bien deux entités morbides distinctes bien que connexes, et jouant, l'une par rapport à l'autre, le rôle de complication, et ce serait, je crois, le retour pur et simple à l'ancienne doctrine que les travaux de M. Baillarger n'ont pas peu contribué à faire rejeter.

En se plaçant au point de vue de la nouvelle doctrine de M. Baillarger, l'hypothèse de deux lésions distinctes pour les deux ordres de symptômes est évidemment la seule admissible.

S'il n'y avait qu'une seule et même lésion pour la *vésanie* et la *paralysie générale*, il faudrait forcément admettre que *vésanie* et *paralysie générale* ne forment qu'une seule et même entité pathologique ayant pour symptôme moral, le délire d'abord, la démence ensuite et pour symptômes physiques, l'embarras dans la parole, l'inégalité pupillaire, etc.

Ceci posé, comment, dans l'hypothèse des deux lésions, expliquer la coexistence dans un seul et même tissu de deux altérations assez distinctes pour que l'une fût organique, c'est-à-dire persistante, et que l'autre ne le fût pas? Faudrait-il admettre, dans ce cas, que, suivant l'aphorisme d'Hippocrate, applicable aux travaux morbides s'établissant dans un même lieu, le plus violent efface l'autre : « *vehementior obscurat alterum?* » J'avoue que l'explication me semblerait un peu forcée.

L'autre question que je demande la permission d'adresser à M. Baillarger est la suivante :

Comment, en considérant dans l'espèce connue de nos jours sous le nom de folie paralytique, la *vésanie* et la *paralysie générale* comme deux entités morbides distinctes, expliquer la spécialité du délire propre à cette *vésanie*? En d'autres termes, comment pourrait-il se faire que, par cela seul qu'elle se trouve accolée, si l'on peut ainsi dire, à la paralysie générale, la *vésanie* eût des caractères spéciaux qu'elle n'a pas, d'ordinaire, dans les autres natures de folie?

Ces caractères spéciaux, en effet, on ne peut les contester, et s'il est vrai que le délire des grandeurs ne se montre pas exclusivement, il ne l'est pas moins qu'il est assez sensiblement prédominant pour qu'on puisse le considérer comme un délire spécial.

On peut en dire autant du délire hypochondriaque lui-même, dont M. Baillarger, le premier, a signalé l'existence ou tout au moins la plus grande fréquence parmi les diverses variétés du délire mélancolique que l'on peut observer chez les paralytiques généraux, à telles enseignes qu'il en a fait le délire spécial de la paralysie générale à forme dépressive, à l'encontre du délire des grandeurs, qui serait celui de la paralysie générale à forme excitée.

Or, je le répète, comment expliquer cette double spécialité du délire dans la vésanie qui accompagne la paralysie générale, si cette vésanie constitue une entité morbide distincte de cette même paralysie générale ?

M. Baillarger me pardonnera de lui adresser ces questions qui me sont inspirées par le désir de voir éclaircir un point de science que nul, plus que lui, n'a qualité pour élucider. Il a reconnu lui-même dans quelques mots que nous avons échangés, que ce point était litigieux.

Nul doute qu'il n'ait été conduit à la doctrine des deux entités distinctes par le besoin d'expliquer les rémissions que l'on observe chez les paralytiques généraux, et qui ne porteraient, suivant lui, que sur la vésanie, la paralysie générale persistant.

Je reconnais qu'avec cette doctrine l'explication de ces rémissions devient une chose toute simple et on ne peut plus facile. Une des deux entités, la vésanie, étant curable, et l'autre, la paralysie générale, ne l'étant pas, il va de soi que la rémission, quand rémission il y a, porte exclusivement sur la vésanie. Comme déduction de sa manière de voir, M. Baillarger est fondé à voir dans ces rémissions de véritables guérisons.

Je reconnais qu'avec la doctrine contraire, c'est-à-dire avec celle de l'entité unique pour l'aliénation mentale et pour la paralysie générale, les rémissions que l'on observe chez certains paralytiques sont d'autant plus difficiles à expliquer que les recherches histologiques dont nous a entretenus M. Luys tendent à démontrer que les lésions explicatrices de la paralysie générale ne peuvent se concevoir autrement que comme des lésions

persistantes, et que cette persistance de lésions ne se concilie guère avec la disparition complète de symptômes que l'on constate dans les rémissions.

M. LASÈGUE. — De l'opinion de M. Baillarger, il résulte qu'il existe des espèces de maladies mentales, telles que la manie et la mélancolie qui ont leur existence propre, mais en outre elles sont susceptibles de se joindre à d'autres affections sans perdre leur autonomie, constituant ainsi de véritables maladies parasitaires, ayant leur évolution distincte de celle des affections auxquelles elles sont unies. Il y a là une question de pathologie générale qu'il est important de résoudre. Il y a une grande distinction à établir entre l'espèce sémiotique et l'espèce pathologique proprement dite : la première n'a de valeur qu'en ce qu'elle nous donne les caractères extérieurs d'une affection ; la seconde au contraire doit nous donner toute l'évolution de la maladie, c'est-à-dire son origine, sa marche, sa durée, son pronostic, etc. Ainsi, en prenant des exemples dans la pathologie générale, l'œdème et l'anasarque ont eu longtemps leur existence propre, quand Bright est venu et a démontré que l'œdème était attaché à une affection des reins. Que nous apprend le symptôme diarrhée ? Rien quand on l'envisage seul ; mais quelle importance ne prend-il pas quand nous savons le rattacher à un ensemble symptomatique bien défini, la fièvre typhoïde par exemple. L'ulcère en tant qu'espèce sémiologique n'existe plus ; on ne connaît plus aujourd'hui que l'ulcère, symptôme de la syphilis, de la morve et du farcin, etc. Pourquoi ne pas appliquer aussi ces idées à l'étude des maladies mentales ? Pourquoi établir, comme le fait M. Baillarger, une confusion entre l'espèce sémiologique et l'espèce pathologique proprement dite, donnant la nature, la marche, le pronostic, en un mot toute l'évolution de la maladie ? Quant à la question de la paralysie générale, on semble vouloir subordonner au délire toute la phénoménalité somatique de cette affection ; on oublie que des congestions répétées peuvent atteindre un individu avant que la moindre trace de délire fasse apparition. Il est donc important de mettre sur le même plan les symptômes physiques et les manifestations psychiques. La découverte de la paralysie générale a jeté, il est vrai, le désordre dans l'ancienne classification des maladies mentales et l'a, pour ainsi dire détruite. C'est une raison pour ne plus revenir aux errements du passé et chercher de nouvelles voies.

M. BAILLARGER. — La manie et la mélancolie, d'après M. Lasègue, ne doivent pas être admises comme des entités morbides. Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait connaître leur cause et par suite leur nature. L'anasarque a été longtemps considérée comme une affection distincte et on la rattache à la maladie de Bright ; de même l'ulcère n'existe plus en tant qu'espèce sémiologique, il est un symptôme de la syphilis, de la morve et du farcin.

Pourquoi, dit M. Lasègue, ne pas appliquer ces idées à l'étude des maladies mentales ? Personne, que je sache, n'aura la pensée de se refuser à entrer dans cette voie, qui est celle du progrès. Il serait à souhaiter assurément qu'on pût dans tous les cas rattacher telle ou telle vésanie à un état morbide bien déterminé, ou à une diathèse nettement définie. Je dois néanmoins faire remarquer que le problème devient ici extrêmement complexe.

Les diathèses, en effet, se transforment par les alliances, et combien ne serait-il pas difficile de déterminer nettement la nature des vésanies dans tel ou tel cas ? Puis en admettant qu'un pareil progrès puisse jamais être réalisé, ne resterait-il plus de vésanies produites par des causes accidentelles, de grands chagrins par exemple.

Nous sommes bien éloignés, je le crains, du temps où les dérangements intellectuels si mobiles, si divers, pourront être rattachés à une étiologie aussi nette que celle de l'ulcère et de l'anasarque.

En attendant, nous croyons pouvoir affirmer *a priori* que les conditions qui entretiennent la manie et la mélancolie, sont aussi différentes entre elles que celles qui produisent l'épilepsie et l'hystérie ; elles doivent donc être distinguées au même titre. La manie, la mélancolie, l'épilepsie, l'hystérie se présentent souvent dans les mêmes familles sous l'influence de l'hérédité ; peut-être ne sont-elles alors que des manifestations symptomatiques d'une même cause ; mais tant que cette cause ne sera pas connue, on ne peut, il me semble, rien faire de mieux que de continuer à leur assigner des places distinctes dans le cadre nosologique, en se fondant sur la différence des conditions qui les entretiennent et des symptômes qu'elles présentent. Conservons donc la classification d'Esquirol tant que les progrès de la science ne nous permettront pas de la remplacer par une meilleure. Je ferai remarquer, en effet, qu'en attaquant cette

classification et en cherchant à la détruire dans sa base, on n'en propose point une autre qui puisse être acceptée.

Quant à ce qui a trait à la paralysie générale, je me bornerai à une simple rectification. Je me suis certainement mal expliqué ou j'ai été mal compris; je n'ai jamais pensé qu'on dût « subordonner au délire toute la phénoménalité somatique de cette affection. » Je pense au contraire, avec M. Lasègue, qu'on doit « mettre sur le même plan les symptômes physiques et les manifestations psychiques. »

M. LASÈGUE fait remarquer qu'il lui semble impossible de fonder une nosographie sur la notion de l'hérédité; les renseignements vagues que l'on obtient généralement à ce sujet sont insuffisants pour créer ceux que nous fournit la sémiologie et, sur ce point, la pathologie cutanée va nous fournir un exemple. Voici un homme qui a de l'eczéma intertrigineux, de l'ecthyma, du psoriasis; mais il est syphilitique. Cet intertrigo, cet ecthyma, ce psoriasis auront une évolution déterminée par la maladie syphilitique tout en conservant les caractères qui sont en rapport avec la constitution de la peau. Il en est de même de la manie et de la mélancolie qu'on nous oppose toujours et dont on veut faire des espèces morbides. La manie et la mélancolie, dont nous ignorons complètement la nature, ne sont que les formes sous lesquelles se présentent les symptômes de la folie, formes qui sont en rapport avec la constitution des cerveaux des malades, en un mot ce sont deux plans différents et distincts suivant lesquels se constituent à l'extérieur les manifestations d'une maladie cérébrale quelconque.

La séance est levée à six heures.

D^r ANT. RITTI.

Séance du 26 novembre 1877. — Présidence de M. BILLOD.

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

M. DELASIAUVE, à propos du procès-verbal, demande la parole pour une rectification. Dans son excellente dissertation, M. Dagonet parle d'une classification qu'il aurait lue à l'Académie de médecine. Cette mention est inexacte. Ce que le réclamant a communiqué à la savante compagnie, c'est tout simplement la discussion d'un fait très-intéressant, classé par

Renaudin parmi les monomanies et qui, en réalité, appartiendrait à la catégorie des délires généraux. Pour en faire mieux ressortir le caractère, M. Delasiauve lui oppose de vrais délires systématisés puisés dans le même auteur et un cas, non moins explicite, soumis encore à son observation personnelle.

Sa revendication est d'autant plus opportune qu'on s'y est mépris; et que, dans une société savante, où l'auteur venait d'exposer effectivement des considérations sur une nomenclature des maladies mentales, plusieurs membres persuadés qu'elles n'étaient que la reproduction des idées émises à l'Académie, montrèrent quelques scrupules à en voter l'impression.

Du reste, cette malencontreuse lecture eut une autre malchance. Le rapporteur, sans en dire un traitre mot, y prit l'occasion de développer le thème que M. Dagonet vous a fait connaître. Bien que nos premiers mots fussent ceux-ci : « Nous » avons publié une classification qui a suscité beaucoup de » défiance » l'auteur s'extasia sur ce que, critiquant les nomenclatures ayant cours, nous n'avions pas eu même la velléité d'en instituer une. Puis, partant de là, il se croit autorisé à rechercher et à produire les bases d'une classification qui ne serait autre que celle de Morel, dont l'insuffisance est notoire.

Le mieux c'est que l'œuvre du rapporteur brille *in extenso* dans le bulletin de l'Académie, tandis que le travail dont il ne parle pas obtint les honneurs du dépôt dans les catacombes des Archives.

M. FALRET. — Je demande à faire une observation à propos de la lecture faite, dans la dernière séance, par M. Dagonet. M. Dagonet a dit que je n'admettais pas qu'il pût y avoir une classification des maladies mentales; je crois qu'il s'est mépris sur ma pensée. La classification actuelle que je considère comme provisoire est insuffisante parce qu'elle n'est pas naturelle. Une autre est destinée à la remplacer, et elle devra être basée sur la marche et l'évolution des maladies.

M. DAGONET regrette de s'être mépris sur la pensée de M. Falret. Il lui prête, en effet, une opinion trop exclusive. Toutefois si M. Falret rejette la classification d'Esquirol, il ne nous en a pas indiquée une nouvelle; aussi étions-nous en droit de croire qu'il rejetait toute espèce de classement des maladies mentales. Quant à la classification même d'Esquirol, M. Dagonet est convaincu qu'elle est logique et que les progrès de la science ne feront qu'en confirmer la réalité.

Correspondance.

La correspondance imprimée comprend :

1° Une lettre de M. Girard de Cailleux, directeur de l'hospice d'aliénés de Marsens, canton de Fribourg (Suisse), avec envoi d'un certain nombre d'exemplaires du compte rendu médico-statistique, pour les années 1875 et 1876, de l'asile qu'il dirige.

2° Une lettre de M. Baillarger, s'excusant, pour cause de maladie, de ne pouvoir assister à la séance. M. Baillarger annonce en outre qu'il se propose de répondre par lettre aux objections que M. Billod lui a faites dans la dernière séance sur la question des rapports des vésanies avec la paralysie générale.

3° Une lettre de M. Legrand du Saulle, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

Nomination de la commission des finances.

M. LE PRÉSIDENT propose de nommer comme membres de la commission annuelle des finances MM. Blanche, Collineau et Legrand du Saulle, rapporteur. Adopté.

Communication.

M. LE PRÉSIDENT communique à la Société l'extrait suivant d'une lettre de M. Péon, donnant le récit de la tentative d'assassinat dont ce médecin a été victime, le 26 octobre dernier, à l'asile d'aliénés de Cadillac.

« Un malade toujours calme depuis près de dix ans que je suis à Cadillac, occupé ce jour-là à l'épluchage des légumes, pénétra, écrit M. Péon, dans la cuisine et de là dans la bou-cherie où il saisit un couteau et l'aiguisa. Puis il guetta par la fenêtre de la cuisine ma sortie de mon cabinet, au moment de ma visite du matin, et, muni de ce couteau (acheté à mon insu trois semaines auparavant) dont la lame longue de vingt-quatre centimètres, large de trois doigts à la base, est pointue comme une aiguille, il se posta dans un passage étroit où se trouve le tour de distribution des aliments.

» Arrivé là, je lui adressai doucement la parole ; il ne dit rien, porta un pied en arrière, ses yeux étincelèrent, une lame fendit l'air et je me sentis frappé.

» L'arme, poussée avec une grande violence, traversa par-
 » dessus, redingote, gilet, etc., et vint pénétrer dans l'épais-
 » seur d'une côte, au-dessous du sein droit, après avoir divisé
 » obliquement tous les tissus mous et labouré le périoste.

« M. l'interne para instinctivement avec sa planchette
 » un second coup qu'il allait recevoir à ma place (la secousse
 » m'ayant fait reculer), et que le malade me portait dans le
 » ventre.

» Quelques heures après, ne pouvant plus cacher ma situa-
 » tion à ma femme, je me livrai aux mains de deux infirmiers
 » qui me transportèrent chez moi au moyen d'un fauteuil. La
 » côte lésée fut bientôt prise d'un gonflement très-considé-
 » rable qui est encore fort douloureux et me prive d'une partie
 » de mes mouvements. Cependant j'espère que, cette fois
 » encore, je me tirerai d'affaire et serai sous peu en état de
 » reprendre l'exercice de mes fonctions.

» J'ai beaucoup souffert ; mais j'ai trouvé une réelle conso-
 » lation dans la manifestation générale de sympathie dont j'ai
 » été et suis l'objet. Je suis tout particulièrement reconnais-
 » sant, M. le Président, de l'intérêt que vous m'avez té-
 » moigné tant en votre nom qu'au nom des très-honorables
 » membres de la Société médico-psychologique. »

M. LE PRÉSIDENT rappelle, à propos de cette lecture, l'assas-
 sinat du Dr Geoffroy, d'Avignon, et la tentative d'assassinat
 commis par un aliéné sur le Dr Faucher, médecin de l'asile de
 Rodez. Les médecins aliénistes sont donc, toute proportion
 gardée, très-souvent exposés, par le fait des malades qu'ils
 ont à soigner, à des sévices de toute sorte et même à la mort.
 Il est utile de le rappeler ici, car ce qui vient d'arriver à notre
 confrère M. Péon n'est pas un fait isolé.

M. BLANCHE. — Il serait intéressant de connaître le genre
 d'affection dont est atteint l'aliéné de l'asile de Cadillac. Peut-
 être est-ce un halluciné ? Ce sont, en effet, ce genre de mala-
 des qui sont les plus menaçants. Ainsi, à la maison de santé
 de Passy, se trouve actuellement un halluciné qui m'accuse
 d'avoir tué sa sœur et qui veut se venger. Aujourd'hui encore,
 passant près de lui, je l'ai entendu dire qu'encore une fois il
 m'avait manqué.

M. DUMESNIL. — Ce sont, en effet, ce genre de malades qui
 le sont le plus dangereux. Seulement, il y a un fait à remar-
 quer, c'est que le plus souvent ce sont des aliénés qui ont été

calmes très-longtemps et qui exécutent leurs projets quand on s'y attend le moins.

M. LUNIER. — Les faits de tentatives d'assassinat sont communs dans les asiles ; mais ils réussissent rarement. La plupart des médecins aliénistes ont été l'objet de pareilles tentatives, et il est à remarquer que c'est presque toujours de la part de malades chroniques qui ne sont pas considérés comme dangereux.

M. BILLOD fait remarquer que souvent il existe chez les religieuses et les agents de surveillance un manque complet de précautions, habitués qu'ils sont à vivre au milieu du danger.

Ainsi dernièrement il a pu constater que les religieuses de son asile laissaient à la disposition des malades une paire de ciseaux, qui auraient pu être une arme dangereuse dans les mains d'une aliénée.

M. DELASIAUVE fait observer que certains aliénés considérés longtemps comme non dangereux, peuvent le devenir subitement. Ce sont surtout les hallucinés.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Ch. Loiseau du dépôt de ses rapports au Conseil général sur le service des aliénés de la Seine.

Rapport de candidature.

M. LUNIER, au nom d'une commission composée de MM. J. Falret, Legrand du Saulle et Lunier, rapporteur, fait un rapport verbal sur la candidature de M. Solaville, médecin en chef de l'asile de Poitiers, au titre de membre correspondant. Il rappelle les travaux scientifiques du candidat et en particulier un mémoire très-étendu, fait en collaboration avec M. Legoyt, chef de division de la statistique au ministère des travaux publics, sur le mouvement de l'aliénation mentale dans les principaux Etats de l'Europe et dans l'Amérique du Nord, plusieurs articles insérés dans les *Annales médico-psychologiques* et en particulier un rapport médico-légal et une intéressante observation sur un cas de pellagre, enfin un long article sur l'alcoolisme inséré dans la *Revue de France*. M. Solaville s'occupe, depuis plus de douze ans d'études sur l'aliénation mentale et a été successivement médecin-adjoint de l'asile de Blois et médecin en chef de l'asile de Poitiers ; il mérite donc, à tous égards, le vote bienveillant de la Société.

Les conclusions du rapport de M. Lunier sont adoptées et M. Solaville, à l'unanimité des membres présents, est nommé membre correspondant de la Société.

Discussion sur la paralysie générale (suite).

M. DELASIAUVE a fort goûté les distinctions exposées par M. Lasègue à la dernière séance. Autant qu'on le peut, il faut toujours pour suivre et apprécier l'évolution morbide, se créer un idéal pathogénique. Envisagée de ce point de vue, la paralysie générale, nettement tranchée, n'a plus de mystère. On la suit, on la devine dans ses péripéties et ses contrastes apparents. En quoi donc consiste-t-elle ? Si comme on tend généralement à l'admettre, elle a pour siège les couches périphériques du cerveau, et pour origine une altération moléculaire intime aboutissant à une désagrégation, il est aisé de se rendre compte de la marche accidentée de l'affection, de la variabilité de ses symptômes, de ses progrès et de ses reculs, de ses rémissions et de ses exacerbations, et finalement, sinon d'une façon absolue, de sa terminaison fatale ; car, malgré les exemples cités, les guérisons restent exceptionnelles.

On insiste, non sans fondement, sur les signes obscurs et dangereux de l'incubation propre à de nombreux cas. Quoi de plus conciliable avec une lésion qui imperceptiblement chemine ? Après des années, des mois, ou, plus ou moins, d'emblée que se passe-t-il ? Evidemment dans les lieux atteints surviennent des arrêts plus ou moins prononcés et momentanés de la circulation capillaire. Alors, selon la gravité et la durée de l'obstacle, la gêne occasionnera des phénomènes divers : tantôt, une excitation susceptible de s'élever au degré de la manie ; d'autres fois, une obtusion s'exprimant par les symptômes habituels à l'hypochondrie et à la lypémanie. La suspension circulatoire est-elle intense : elle donnera lieu à des congestions ou à des crises convulsives susceptibles, assurément, par les reliquats qu'elles laissent, d'accroître et d'accélérer les accidents, mais que, selon M. Delasiauve, on aurait eu tort de regarder, effets et non causes, comme des mouvements irritatifs.

Souvent le désordre psychique, vague et incohérent, garde une physionomie stationnaire. Mais non moins communément elle offre des variations fréquentes telles qu'il n'est pas rare, qu'en une même journée, le malade soit exalté ou obtus et que tour à tour l'expansion ambitieuse succède au désespoir hypochondriaque.

La nature de la désorganisation se dérobe quant à présent à notre sagacité. On peut du moins raisonner par analogie et

hypothèse. Le propre d'une foule de lésions chroniques est, dormant en quelque sorte pendant des périodes diversement longues, de reprendre leur activité à des époques spéciales ou sous des instigations éventuelles. Que d'angines chroniques, de fluxions dentaires, d'affections cutanées sont dans ce cas ! De ces exemples rapprochons la paralysie générale. La sclérose jouerait aujourd'hui un grand rôle dans sa production. Il y aurait peut-être des réserves à faire. Elle justifierait toutefois les interprétations que M. Delasiauve a consignées sur ce point dès 1854.

Sujette à des séries indéfinies de poussées, la lésion s'alimenterait des dépôts intercorpusculaires. Dans les intervalles, est-il improbable que les éléments interposés se résorbent et que même, si ces intervalles se prolongent, cette résorption s'exerce en partie sur les dépôts antérieurs ? Tout ainsi se justifierait, amendements et recrudescences, jusqu'aux guérisons, encore que 98 fois sur 100 le mal latent arrive, à travers maintes vicissitudes, à la dégradation finale.

Au fond donc aucune identification possible de la vraie paralysie générale avec les autres formes mentales, dont elle peut accidentellement revêtir l'apparence. Cette similitude extérieure, qui peut quelquefois rendre la distinction difficile, n'autorise point à les confondre. Il y a loin, en effet, de cette excitation nerveuse ou irritative, qui constitue la manie, à ce travail interstitiel qui modifie la nutrition. Ainsi de la démence produite par toutes les dégénérescences cérébrales, quel que soit leur siège. Quelle radicale différence aussi avec ces délires partiels systématisés qui, sans nuire sensiblement à la santé corporelle, durent vingt, trente ans, toute la vie, sans changer d'aspect ! Et quant aux stupidités de toutes causes, de tous degrés qui englobent et les délires alcoolique, épileptique, saturnin, et les manies puerpérales typhoïdiques, par causes délétères, et la plupart des mélancolies ou lypémanies, etc., en voit-on fréquemment qui se métamorphosent en paralysies générales ? Non certes. En vain arguerait-on du *molimen congestionnel*. L'épilepsie juge la question. Est-il sujets chez lesquels les congestions ou les stases cérébro-vasculaires soient plus répétées et plus persistantes que les infortunés atteints du mal caduc ? Parmi eux les démences, les stupidités paralytiques abondent. On n'y rencontre que très-exceptionnellement la paralysie générale idiopathique. C'est qu'ici, au lieu du traumatisme convulsif, on est en présence d'un *processus* pathologique et spécifique. Tout git là.

M. LUNIER voit, dans la question discutée, deux points distincts : 1° celle de la classification des maladies mentales ; 2° celle des rapports de la paralysie générale avec la folie.

En ce qui concerne la classification, il partage l'avis de M. Baillarger. Que voit-on, en effet, dans les asiles ? On y rencontre trois groupes d'aliénés : 1° ceux qui sont incomplètement développés, les idiots, les imbéciles, les crétins ; 2° les paralytiques ; 3° les vésaniques proprement dits. Chez ces derniers on ne trouve pas de lésions anatomiques, ou plutôt ces lésions sont jusqu'ici restées inconnues ; mais quelles que soient ces lésions, il est difficile d'admettre que le maniaque ne diffère pas du mélancolique et que la lésion soit la même dans l'un et l'autre cas. Il est donc probable qu'il y a, entre ces deux formes morbides, des différences anatomiques en même temps que des différences symptomatiques et que ce sont donc là deux entités morbides bien tranchées.

Arrivons à la seconde question. Quels sont les rapports des types vésaniques avec la paralysie générale ? Sur ce point je ne suis pas d'accord avec M. Baillarger. Cette maladie, comme on le sait, n'a pas toujours été envisagée de la même façon ; dès le début, on lui a donné une dénomination qui a malheureusement jeté une certaine confusion dans la science. Aussi on a, dès l'origine, décrit à côté de la paralysie générale des aliénés proprement dite, certains phénomènes paralytiques non accompagnés de symptômes psychiques bien marqués.

Au point de vue de la durée de cette affection, il faut aussi faire certaines réserves sur ce qu'ont dit les premiers auteurs qui en ont parlé.

L'hérédité, on le sait, joue un grand rôle dans les vésanies ; elle est plus rare dans la paralysie générale ; mais enfin on observe certains cas dans lesquels la prédisposition héréditaire a incontestablement joué un grand rôle. Dans ces cas la maladie est très-longue ; elle peut durer dix, vingt ans et présenter des rémissions nombreuses.

Maintenant quels sont les rapports de la paralysie générale et de la folie ? La paralysie générale est une entité morbide bien tranchée ; elle est rare chez des individus vésaniques, c'est-à-dire après un ou plusieurs accès de folie simple. On a cité, je le sais, un certain nombre d'exceptions ; mais quand on les examine de près, on reconnaît le plus souvent qu'on a mal interprété les faits. Il y a notamment l'observation d'un malade de Charenton qui a été 13 ou 14 fois dans cet asile. Ses derniers accès sont



qualifiés, sur les registres, d'abord de manie aiguë, puis de paralysie générale. Si l'on se reporte aux certificats de M. Calmeil, lors de ses premières entrées, on trouve la mention suivante : « accidents maniaques avec symptômes de paralysie générale commençante. » Il existe d'autres faits semblables, et l'on peut dire, dans ces cas, que, lors de ces accès, les symptômes de la paralysie générale étaient masqués. Cependant, même dans ces cas, il est certain que si la maladie débute par la manie ou par la mélancolie, on rencontre presque toujours des symptômes qui mettent sur la voie et permettent un diagnostic précis.

Les accès vésaniques ont en effet quelque chose de particulier. Ainsi la manie paralytique est différente de la manie ordinaire, de même que la lypémanie hypochondriaque, qu'on observe dans le cours de la paralysie générale, se distingue de la lypémanie hypochondriaque ordinaire, de la lypémanie anxieuse, etc. On ne peut non plus établir de rapport entre le délire ambitieux du paralytique et la mégalomanie proprement dite. Le délire partiel vésanique ne se termine presque jamais ou ne se termine que très-lentement par la démence ; les monomanes, en effet, restent longtemps les mêmes, sans présenter les symptômes d'affaiblissement des facultés constituant la démence. Chez les paralytiques, au contraire, dès qu'il y a délire partiel, il y a presque en même temps démence. Il en est de même de la folie circulaire ou à double forme. Cette forme de la folie est, comme on sait, un de ces types tout à fait chroniques, mais qui se termine rarement par la démence. Ainsi on voit des individus présentant depuis trente ans des accès de folie à double forme chez lesquels il n'existe aucune trace de démence. Il y a un fait à remarquer, c'est que l'accès maniaque de la folie à double forme offre une certaine analogie avec l'accès maniaque de la paralysie générale ; il en est de même pour la période mélancolique. Aussi peut-on admettre que la folie à double forme est une folie congestive, puisque ses périodes prennent les caractères de toute folie congestive.

M. DELASIAUVE. — Pour ce que M. Lunier a dit des folies circulaires ou à double forme, l'observation de M. Delasiauve le confirme. Excitation ou dépression répondent également à des formes générales. A Bicêtre, un malade de F. Voisin, dont il avait l'intérim, présentait la phase dépressive. Les élèves y voyaient une monomanie. Il lui fut facile de leur démontrer

l'infirmité et le décousu des manifestations, tristes ou craintives, et la prédominance de l'obscurité intellectuelle. Il cite un autre exemple typique concernant une dame d'environ soixante ans. L'affection datait de huit ans, lorsqu'il fut consulté vers 1866. L'évolution dès l'origine et depuis n'a pas cessé d'offrir les mêmes particularités. Sans transition, au sein du calme lucide, M^{me} X... tombe dans une morne stupeur. Sa figure, rétractée, se bronze et s'immobilise ; son regard s'éteint, ses lèvres se décolorent. Sous l'influence d'une sorte de vide ténébreux, elle sent sa propre incapacité de se reconnaître, de penser et d'agir. Tout lui échappe. « Mais, mon ami, dit-elle » à son mari, nous sommes ruinés. Je n'ai plus de vêtements, » plus d'argenterie ; on va vendre notre maison ; notre fils va » être exproprié. » Cette ombreuse anxiété dure une vingtaine de jours. Puis un matin, elle se réveille, animée, écrit lettres sur lettres, range tout fiévreusement dans son ménage, bouscule sa domestique. Cette turbulence loquace devient par moments de l'incohérence ; elle chante et divague. Après une période égale à la précédente, elle rentre en possession d'elle-même pour, au bout d'une quinzaine, rechuter dans son accablement primitif. Stimulants et sédatifs, tour à tour employés au déclin des phases, n'ont réussi, pendant 18 mois, qu'à en restreindre la durée et en atténuer le contraste. Circonstance à noter, le pouls, qui descendait à 44 dans la période d'inertie, remontait seulement à 54 dans la période d'excitation, oscillait plus tard entre 48 et 56. De toute évidence, les troubles psychiques, loin de dominer la scène, étaient alternativement subordonnés à l'excitation et à la sidération nerveuses. M. Delasiauve a revu la malade, il y a deux ans ; la position n'avait pas varié. Il ne s'était produit d'ailleurs, durant cet espace, aucun signe de paralysie générale.

La séance est levée à six heures.

Dr ANT. RITTI.

Séance du 10 décembre 1877. — Présidence de M. BILLOD.

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

M. LEGRAND DU SAULLE. — J'ai le regret d'informer la Société que l'un de ses membres, M. Berthier, se trouve depuis quinze jours dans un état de santé assez grave. Notre honorable col-

lège a éprouvé quelques syncopes, des accès fébriles rémittents, plusieurs hémorrhagies et une céphalalgie gravative intense. Son état général est peu satisfaisant, son intelligence très-nette et son état moral fortement déprimé. M. Berthier n'est pas aujourd'hui dans des conditions qui excluent l'espoir d'un retour au milieu de nous, mais j'ai pensé cependant que la Société, fidèle à ses traditions, voudrait donner au malade un témoignage d'intérêt et de sympathie, en déléguant officiellement auprès de lui deux de ses membres. Ce témoignage, je le réclame donc de vous.

La proposition de M. Legrand du Saulle est adoptée, et MM. Falret et Legrand du Saulle sont chargés de se rendre, au moment opportun, auprès de M. Berthier.

Correspondance.

La correspondance comprend :

Une lettre de M. le Dr Péon, contenant quelques notes sur l'aliéné Tabire, auteur de l'attentat dont il a été victime, le 26 octobre dernier. Ce malade, transféré de l'asile d'Orléans, est entré à l'asile de Cadillac, le 9 août 1867, avec le certificat médical suivant : « Affecté de délire partiel avec hallucinations, idées de persécution, qui ont été suivies d'actes de violence (impulsions homicides) pour lesquels il veut être jugé aux assises; s'est montré inoffensif depuis qu'il est à l'asile; peut être transféré à Bordeaux. » Signé : Payen. — Depuis son entrée à l'asile de Cadillac, Tabire s'est montré habituellement calme et inoffensif, mais taciturne, mélancolique, peu intelligent, quoique propre au travail. — En décembre 1867, M. le Dr Faucher, médecin en chef, écrivait sur lui la note suivante : « excellent travailleur, raisonnable, mais fort peu intelligent. Il m'a redemandé sa sortie et prétend qu'il serait mieux en liberté qu'ici; et quand on lui adresse des questions, il assaisonne ses réponses d'un sourire passablement niais. — En 1869, ce malade occupé au jardinage, mais devenu paresseux, sur l'invitation qu'il reçut de l'aide-jardinier d'arroser un massif, s'élança soudain sur lui pour lui donner un coup d'arrosoir sur la tête. Ramené pour ce fait, par un autre aide au quartier des aliénés tranquilles qu'il habitait, il saisit une trique et l'en frappa sur la tête, tandis qu'il ouvrait une porte du jardin. Mis assez peu de temps après aux travaux de la cuisine, il ne donna lieu à aucune observation, et se montra peu désireux de sortir

de l'établissement. Mais à partir du 23 au 24 octobre dernier, on remarquait, paraît-il, un peu d'excitation chez Tabire, qui disait souvent : « Oh ! canaille... » ; mais on ne fit pas de cas de ce changement survenu et on ne crut pas devoir en informer le service médical.

Après le récit de l'attentat, M. Péon donne quelques détails sur la situation du malade les jours suivants : « Tabire, interrogé le lendemain dans sa cellule sur les motifs de son attentat, se montrait calme et répondait tranquillement : « Je voulais ma sortie, et je ne regrette qu'une chose, c'est de n'avoir pu tuer le médecin en chef qui me retient dans cette maison. » — Aujourd'hui, questionné de nouveau, il nous répond : « J'ai perdu mon père à l'âge de deux ans, et je ne sais si ma mère vit encore. Ma grand'mère maternelle est morte paralytique. Vers l'âge de trois ans, j'ai eu la fièvre typhoïde ; j'ai beaucoup voyagé en France, menant une vie nomade et j'ai fait un séjour de six mois à l'asile d'Orléans. »

Ce malheureux, dit M. Péon en terminant sa note, s'est toujours montré fort calme à mon observation personnelle et je trouve à peu près dans le même état une douzaine d'autres homicides que j'ai dans mon service et dont je me propose de publier l'observation plus ou moins succincte.

Rapport médico-légal.

M. DAGRON présente le rapport suivant :

MESSIEURS,

M. le D^r Mordret, médecin en chef de l'asile des aliénés du Mans, m'ayant prié de vous communiquer un rapport médico-légal adressé par lui à la justice, sur l'état mental d'une jeune fille de douze ans et demi, prévenue d'un double assassinat, j'ai l'honneur de venir m'acquitter de la mission dont il a bien voulu me charger.

Augustine-Marie Ouvrard, âgée de douze ans et demi, domestique chez les époux Lerat, a étouffé Henriette Lerat, âgée de vingt mois, le 28 août 1875, et Marie Lerat, âgée de quatre ans, le 19 septembre suivant en maintenant un mouchoir sur la bouche de ces deux enfants. Augustine, qui n'a pas connu sa mère, est la fille d'un ivrogne mal famé dans le pays ; on ne lui connaît pas d'ascendants épileptiques ou aliénés. Elevée par une belle-mère qui ne jouit pas d'une bonne réputation,

elle n'a reçu aucune instruction et n'a suivi l'école qu'à l'époque de ses communions ; encore n'y a-t-elle rien appris, car c'est une voisine qui lui a enseigné son catéchisme. La sixième de neuf enfants, dont l'une âgée de 17 ans, a quitté le pays pour se livrer à la prostitution, Marie Ouvrard est une fille bien constituée, aux seins développés, et si elle n'est pas encore menstruée, l'état avancé de son développement physique permet de supposer que cette fonction ne tardera pas à s'établir. Placée de bonne heure en condition, elle avoue que dans l'une d'elles, un gars avec lequel elle s'est rencontrée aux champs lui a appris à s'amuser seule, ce qu'elle faisait souvent et a fait avec l'aînée de ses victimes. Divers maîtres, sans avoir rien de grave à lui reprocher, n'ont pu la garder. Les époux Lerat seuls ne paraissent pas en avoir été mécontents. Chargée par eux du soin de veiller sur leurs deux enfants, elle s'en dégoûta promptement : ils l'ennuyaient, dit-elle, la plus jeune pleurait souvent, patouillait la soupe qu'il lui fallait manger ; l'aînée comptait la nouvelle sur elle, l'accusait de battre les vaches, lui f... des coups de bâton. Si elle eût pu quitter sa place, elle l'eût fait ; mais il lui fallait finir son année, ses parents d'ailleurs n'y eussent peut-être pas consenti. C'est alors, dit-elle, que l'idée lui est venue de s'en débarrasser. L'idée de tuer la première s'est, dit-elle, développée très-rapidement après avoir vu un braconnier étouffer une perdrix en lui serrant le cou ; quant au choix du mouchoir sur la bouche, il lui a été inspiré par le boniment d'un saltimbanque qui, dans une foire, donnait le conseil, pour faire taire les enfants qui criaient, de leur appliquer un mouchoir sur la bouche. L'idée qu'elle allait mal faire ne lui est pas venue ; son projet bien arrêté, elle a cherché pendant trois jours l'occasion de le mettre à exécution sans être vue, ce qu'elle a fait en lui appliquant un mouchoir sur la bouche. L'enfant mort, et ce n'a pas, dit-elle, été long, elle a replacé le petit cadavre dans son berceau où la mère l'a trouvé. Le meurtre consommé, sa conscience ne lui a rien reproché ; c'est même dès ce moment qu'elle a conçu le projet de se débarrasser par le même moyen de l'autre, et si elle a attendu trois semaines, c'est pour que les parents, qui avaient beaucoup pleuré et étaient déjà fort étonnés de la mort d'Henriette, le médecin leur ayant dit qu'il n'avait jamais rien vu de pareil, n'eussent pas la pensée de l'accuser.

La mort de cette dernière a présenté plus de difficultés : elle s'est débattue et a crié, mais le père était absent et la mère

couchée, elle s'en était assurée ; elle en est venue à bout en la pressant contre elle avec le mouchoir sur la bouche. La mort survenue, elle a dit aux parents qu'elle ne savait pas comment elle était morte, qu'elle s'amusaît dans l'étable et était tombée tout à coup. Le médecin mandé ne s'y était pas laissé prendre cette fois et était allé chercher la justice; elle s'est contentée de déclarer qu'elle n'y était pour rien. Comme la première fois, elle n'a pas eu de chagrin, a bien dormi, et si elle a regretté plus tard ce qu'elle avait fait, ce n'est que parce qu'on l'a mise en prison.

Ces faits exposés, M. Mordret, après une longue discussion sur l'état mental et sur l'état moral de l'inculpée, se résume ainsi :

Je crois que l'intelligence de la fille Ouvrard, sans être très-développée, n'a jamais présenté de troubles appréciables ; que ses facultés intellectuelles ont même apporté leur concours à la perpétration du double crime qui a été commis avec une préméditation que ne nie pas l'inculpée ; que la préméditation ni l'intégrité des facultés intellectuelles n'expliquent pas d'une manière absolue la liberté morale ; que Marie Ouvrard a commis un double crime sous l'influence d'impulsions instinctives qui n'ont pas altéré l'intelligence ; que bien que ces impulsions n'aient pas eu par leur violence le caractère de l'irrésistibilité, aucun sentiment moral supérieur ne lui a fait opposition ; que les désirs pervers de l'inculpée n'étant contrariés ni par le sentiment du devoir ni même par celui de la crainte du châtement (crainte qui ne s'est manifestée que tardivement), le libre arbitre n'avait point de raison pour intervenir. Cette jeune fille n'étant sollicitée que dans un sens ne pouvait que suivre son penchant sans lui opposer de résistance, et c'est ce qu'elle a fait ;

Qu'on peut aussi invoquer à la décharge de l'inculpée quelques considérations tirées de ses antécédents : hérédité, mauvaise éducation (dont elle ne peut être rendue responsable), évolution de l'organisme à l'époque où la puberté s'annonce comme très-prochaine ;

Qu'aujourd'hui même l'inculpée semble encore dénuée de sens moral et que les sentiments qui se rapportent à l'intérêt personnel semblent les seuls auxquels elle soit accessible ;

Que si Marie Ouvrard a de nouvelles impulsions criminelles, elle y cédera probablement comme les deux premières fois et pour les mêmes motifs.

Puis il conclut :

La responsabilité morale de Marie Ouvrard, dans le double meurtre des enfants Lerat, n'est peut-être pas tout à fait nulle, mais elle est au moins très-faible. Il est disposé à lui laisser une part de responsabilité parce qu'il n'est pas douteux pour lui qu'elle a su mal faire, bien qu'elle n'ait pas apprécié la partie morale de son crime et que l'intervention d'aucun sentiment honnête dans son esprit ne l'ait mise en demeure de résister à ses impulsions homicides ; aussi la séquestration lui paraît-elle utile, non comme mesure pénale, mais comme mesure de sûreté publique.

Le jury ayant déclaré que la fille Ouvrard était coupable, mais avait agi sans discernement, celle-ci a été condamnée à la séquestration dans la communauté du bon Pasteur du Mans jusqu'à sa majorité.

Tel est le résumé aussi succinct que possible du rapport de M. Mordret, qui ne comprend pas moins de douze pages de papier écolier. Je vous proposerai de le renvoyer au comité de publication des *Annales* et de remercier l'auteur de sa communication ; les faits de ce genre, en effet, sont fort intéressants et il serait à désirer, lorsqu'il s'en rencontre quelques-uns, que nos confrères, imitant notre collègue du Mans, pussent nous en faire profiter : ce serait rendre un service aux médecins légistes, dont la tâche est toujours si délicate et parfois si difficile.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Des délires basés sur des faits vrais ou vraisemblables. Difficultés résultant de ces caractères du délire pour le diagnostic de la folie.

M. FALRET se propose d'aborder un sujet qui a bien souvent été traité, au point de vue psychologique, mais qui mérite de l'être au point de vue clinique. Le point de départ de cette communication est une conversation avec M. Billod, qui, à propos d'un malade atteint d'un délire partiel restreint, a soutenu qu'il était difficile de se prononcer sur l'état mental d'un tel malade sans renseignements sur sa vie antérieure, sans posséder son dossier. Souvent, en effet, les faits avancés par ces malades présentent une telle vraisemblance — et le malade en question était dans ce cas — qu'il est indispensable, d'après M. Billod, d'avoir sous les yeux leur vie antérieure pour arriver à un diagnostic précis. Cela est-il exact ? Existe-t-il des cas de délire très-limité dans lesquels la vraisemblance du délire est un élément

insuffisant de diagnostic ? Quel est le degré d'importance qu'il faut attacher à la vraisemblance des faits allégués par les aliénés ?

Il existe des cas nombreux dans lesquels un fait vrai ou vraisemblable est le point de départ des idées délirantes. M. Legrand du Saulle en a cité récemment un exemple très-frappant. C'est celui de ce malheureux qui, dans sa jeunesse, a subi une violence honteuse de la part d'un homme ; pendant vingt-six ans, cet acte a paru être pour lui sans importance ; mais après cette incubation, des idées délirantes en même temps que des hallucinations, ayant pour origine le fait vrai, se sont produites et ont poussé le malade au meurtre. Après l'acte, l'hallucination a disparu et le malade a paru revenir à la raison. Dans d'autres circonstances, ce sont des faits vraisemblables qui constituent le point de départ du délire. Ainsi, les idées d'empoisonnement n'ont rien de bien extraordinaire puisque les faits d'empoisonnement accidentel ou provoqué existent ; elles peuvent être considérées comme vraisemblables dans la bouche d'un aliéné, et l'on sait qu'elles jouent un grand rôle chez nos malades. Tout le monde connaît aussi les femmes hystériques, qui se plaignent d'avoir été victimes de violences de la part de leur père, de leur mari, etc. Leurs affirmations présentent tous les caractères de la vraisemblance et deviennent le point de départ de procès, qui heureusement se terminent le plus souvent dans le cabinet du juge d'instruction.

Cette idée de la vraisemblance du délire trouve encore une confirmation dans la folie à deux. On trouve en effet, chez les aliénés à deux, ainsi qu'on peut le voir dans le travail publié en collaboration par MM. Lasègue et Falret, que l'un crée le délire et que l'autre l'accepte. Le premier, tout en créant le délire avec tous ses détails, a besoin, pour le faire passer dans l'esprit de l'autre, de lui donner un air de vraisemblance ; car ce n'est que de cette manière qu'il peut, pour ainsi dire, le démontrer à une autre intelligence. Aussi peut-on voir, par les observations publiées, que dans tous les cas de folie à deux, le délire a toujours quelque chose de vraisemblable. Ainsi le malade créateur dira qu'on veut ouvrir les portes, les fenêtres ; il parlera d'empoisonnement ; il dira qu'il est entouré de misères, d'embûches. Il accusera de tous ces méfaits le concierge, les voisins, les personnes qui passent, etc.

Dans ces cas, où l'idée délirante semble avoir quelque vraisemblance, existe-t-il des éléments permettant d'établir la

maladie en dehors du délire? Peut-on trouver d'autres caractères qui permettent d'établir le diagnostic? C'est ce qu'il s'agit de rechercher ici.

Et d'abord, il y a le caractère de l'évolution de l'idée fixe. Celle-ci, en effet, ne se produit pas d'emblée; ce n'est qu'après des mois, même des années. Souvent le délire a pour origine un souvenir ancien, ou bien c'est un fait faux qui peu à peu domine le malade et devient le point de départ de l'idée délirante. Souvent aussi ce n'est pas dans les faits présents que le malade cherche les occasions de son délire; il remonte ordinairement, comme M. Lasègue l'a démontré, à une époque beaucoup plus éloignée, quelquefois même à un lointain passé. — Quant à l'évolution elle-même de l'idée fixe, on sait que Falret père en a admis trois phases: la période d'incubation ou état vague; la période aiguë ou de systématisation et la période chronique ou délire stéréotypé. L'incubation est toujours très-lente et souvent très-longue.

Un autre caractère important est l'automatisme cérébral ou physique, sur lequel MM. Baillarger et Moreau (de Tours) ont avec raison tant insisté. C'est dans cet automatisme que se trouve la réelle distinction entre la raison et la folie. Les casuistes ont établi ce fait qu'aucun homme n'est maître de ses idées, mais il est dans la nature de l'homme de pouvoir lutter contre ses idées criminelles. C'est là l'état normal. Dans l'état pathologique, l'idée s'impose d'elle-même; elle domine constamment l'intelligence; elle devient une véritable obsession, et revient sans cesse, même au milieu des plus grandes occupations, des distractions du monde, etc. L'exemple le plus frappant de cette obsession est celui des individus atteints de folie du doute. Ces malades ont conscience de leur état, et, malgré tous leurs efforts, ils ne peuvent se débarrasser de cette incessante manie de questions qui les poursuit. L'automatisme des idées, alors même que l'aliéné en a conscience, quels que soient les efforts de volonté, les distractions qu'il appelle à son secours, domine son existence. Pendant la guerre, même au milieu des plus grands périls, les aliénés n'étaient préoccupés que de leurs idées délirantes, sans s'intéresser en rien aux choses extérieures.

Un troisième caractère à étudier, c'est la conviction, la foi. C'est là un élément sentimental. L'aliéné, malgré les démonstrations les plus évidentes, persistera à croire à la réalité de son idée. De là l'inutilité sinon l'impuissance du raisonnement

pour combattre le délire. Cette foi malade est telle quelquefois chez les aliénés qu'elle peut aller jusqu'au martyre de leur idée délirante. Du temps où Leuret employait des moyens violents pour obtenir la rétractation forcée des idées fixes de ces malades, on en a vu, il est vrai, rétracter leur délire ; mais d'autres, malgré bâchers et tortures, continuaient à affirmer leur foi et quelques-uns, tout en avouant publiquement la fausseté de leurs idées, n'en conservaient pas moins l'intime conviction de leur réalité.

Il y a donc des caractères, en dehors même du délire, pour reconnaître la maladie : c'est d'abord le développement lent d'une idée délirante, l'obsession continuelle, et la force de conviction.

Indépendamment de ces trois caractères, il en existe un quatrième qui résulte de l'ensemble des phénomènes morbides ; car il y a toujours des phénomènes multiples et non pas une idée unique. En outre, il y a à étudier ce que Falret père a appelé les faits négatifs. Chez les aliénés existent, en effet, certaines lacunes, qui font qu'ils se distinguent des autres hommes. L'aliéné est rêveur, isolé au milieu du monde entier, égoïste, etc. Plus on est aliéné, plus est grande la concentration, et plus on vit en dehors de toute sociabilité.

Il ne faut pas non plus négliger les caractères physiques.

Chez tous les aliénés se trouvent en effet des phénomènes physiques dans tous les organes ; il ne faut donc pas négliger d'observer avec soin quel est chez eux l'état de la sensibilité, de la motilité et de toutes les fonctions de l'organisme. Tous ces points doivent venir s'ajouter au tableau de la maladie.

Enfin viennent les éléments de la marche, se caractérisant par l'évolution, quelque lente qu'elle soit, de la maladie. La preuve qu'il faut tenir compte de cette marche, c'est que de tout temps on a distingué les maladies en aiguës et en chroniques. D'ailleurs chez les persécutés, celui qui débute dans son délire, ne diffère-t-il pas complètement de celui qui est déjà dans l'état chronique. Dans la période d'incubation, le malade est dans un état vague ; il n'a pas encore formulé son délire, tandis que, dans la période chronique, le délire est stéréotypé. En même temps, il faut tenir compte des modifications qui se produisent dans le cours de l'affection, c'est-à-dire des paroxysmes et des rémissions. Les magistrats ignorent complètement ces dernières ; ils croient que le malade, qu'ils ont vu un moment, est toujours semblable à lui-même. Il y a, en outre, la périodicité.

Le mal ne peut-il pas être suspendu pendant quelque temps, puis revenir ? Une idée délirante ne peut-elle pas exister pendant un certain temps, puis cesser et être remplacée par une autre pour revenir de nouveau ?

On voit par là que ce n'est pas en vertu de la vérité ou de la vraisemblance de l'idée délirante qu'il faut juger de l'état d'aliénation mentale ; mais il faut étudier surtout le terrain sur lequel elle se produit, les caractères qu'elle présente, en un mot les conditions dans lesquelles elle se développe. Il est donc inutile de connaître le dossier du malade pour établir un diagnostic, il suffit de l'observation directe.

M. BILLOD fait observer que les caractères tirés de l'évolution dont parle M. Falret, ne peuvent justement être obtenus que par les renseignements fournis par le dossier du malade.

M. LUNIER fait observer que la communication de M. Falret s'applique surtout aux délires partiels ; or c'est surtout dans ces cas où, au point de vue de la médecine légale, il est indispensable d'avoir des renseignements. Ainsi, quant à la vraisemblance de la vérité des faits affirmés par des personnes présumées aliénées, on peut citer le cas d'une malade qui écrivait des lettres contenant des faits vrais, seulement ceux-ci s'appliquaient à une autre personne. Pour bien juger de leur valeur au point de vue du diagnostic, il était donc utile de connaître la vie antérieure de la malade.

La séance est levée à six heures.

Dr A. RITTI.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Archives de physiologie normale et pathologique.

(1873-1874.)

1. *Des lésions des parois ventriculaires et des parties sous-jacentes dans la paralysie générale*, par MM. Magnan et Mierzejewsky (1873, janvier et mars).

La périencéphalite chronique diffuse de Calmeil, qui se rencontre constamment chez les malades atteints de paralysie générale, a engagé les histologistes à circonscrire leurs recherches aux régions périencéphaliques; mais, depuis quelque temps, certains auteurs, tels que Joire, déshéritant la couche corticale de son importance pathologique, ont fixé dans les parois ventriculaires le siège de cette maladie; Joire avait bien observé et décrit dans les ventricules une couche gélatineuse recouverte de granulations ou saillies mamelonnées. MM. Magnan et Mierzejewsky ont voulu préciser la relation intime qui existe entre les lésions de la périphérie et du centre et sont arrivés à faire une description claire de l'épendymite et de l'encéphalite interstitielle diffuse péri-épendymaire. Leurs recherches ont porté sur neuf cas de paralysie générale. Les lésions épendymaires et péri-épendymaires sont plus abondantes dans le quatrième ventricule que dans les ventricules latéraux; elles sont diffuses et se répandent dans toutes les directions. La lésion de la paralysie générale est donc bien une encéphalite interstitielle et elle se développe le mieux là où il se trouve du tissu cellulaire et des vaisseaux sanguins.

2. *Etude sur le ramollissement de l'encéphale chez le nouveau-né*, par M. Parrot (1873, janvier, mars et mai).

Ce remarquable travail (sur un point d'anatomie pathologique à peine effleuré par les auteurs qui ont écrit sur les maladies de l'enfance) est une œuvre personnelle, originale et solidement étayée par de nombreuses observations. Nous pu-

blions *in extenso* les propositions principales établies par M. Parrot.

« 1° L'encéphale des nouveau-nés est normalement d'une » mollesse excessive, parce que les noyaux abondent dans » le reticulum et que les éléments nerveux proprement dits, » notamment les tubes à myéline, y existent en proportion » très-minime.

« 2° Prédisposé de la sorte, il se ramollit très-aisément, » durant la vie, sous certaines influences pathologiques, et, » après la mort, par le fait d'actions purement physiques.

« 3° Le ramollissement cadavérique se révèle par une odeur » pénétrante d'hydrogène sulfuré et la présence de petites » taches d'un gris blanchâtre remplies de vibrions. Il est habi- » tuellement la conséquence d'une autopsie tardive et d'une » température élevée.

« 4° Le ramollissement pathologique se présente sous deux » formes principales :

« A. Le ramollissement blanc à foyers multiples, lié à la » stéatose cérébrale, dont il constitue la période ultime, qui » primitivement a pour siège, à peu près exclusif, les centres » hémisphériques ;

« B. Le ramollissement rouge, qui envahit les mêmes ré- » gions, mais dans une étendue beaucoup plus considérable, » et s'accompagne d'hémorragie dans la gaine lymphatique, » avec rupture fréquente de cette gaine.

« 5° Ces deux sortes de ramollissement, ordinairement sé- » parées, peuvent se trouver réunies sur le même sujet,

« D'autres lésions existent très-fréquemment avec les précé- » dentes et souvent leur sont intimement liées. Elles sont :

« A. Intra-crâniennes, et consistent en coagulations an- » ciennes dans les sinus et les veines de la pie-mère ; exsudat » jaunâtre sous-arachnoïdien et péri-veineux, de leucocytes et » de granulations protéiques.

« B. Ou bien atteignent le sang et divers viscères, parmi les- » quels le tube digestif tient une place importante.

« 7° L'athrepsie est la cause la plus certaine et la plus » habituelle du ramollissement encéphalique chez le nou- » veau-né.

« 8° Chez le plus grand nombre des malades, les troubles » encéphalopathiques observés durant la vie ne peuvent lui » être rapportés, et dans aucun cas on ne peut le diagnos- » tiquer.

» 9° Le ramollissement cérébral peut être observé avec tous
 » les faits qui caractérisent celui des nouveau-nés, chez le
 » fœtus, ou chez des enfants âgés de plusieurs mois ; mais dans
 » ce dernier cas, son début remonte à une époque très-voisine
 » de la naissance.

» 10° Quand la lésion est ancienne et considérable, elle peut
 » déterminer :

» a. Une dégénération secondaire de la protubérance, du
 » bulbe et de la moelle.

» b. Une hydropisie intra-crânienne, avec ou sans dévelop-
 » pement hydrocéphalique du crâne.

» 11° Le ramollissement encéphalique est très-fréquent aux
 » deux extrémités de la vie ; et s'il y présente des différences
 » incontestables, au point de vue de la lésion, du mécanisme
 » et des symptômes, sa cause première paraît y être la même,
 » et consiste, chez les nouveau-nés, comme chez les vieillards,
 » dans une *déchéance* de la nutrition. »

3. *Recherches de physiologie pathologique avec l'alcool et l'essence
 d'absinthe. — Epilepsie*, par le Dr Magnan (1873, mars et
 mai).

Des principaux faits contenus dans ce long mémoire se
 déduisent les conclusions suivantes :

» 1° L'action immédiate de l'alcool, donné à dose suffisante,
 » se traduit, chez tout animal, par l'ivresse.

» 2° L'usage prolongé de l'alcool provoque, chez le chien,
 » en dehors des accidents ébrieux qui suivent l'administration
 » de chaque nouvelle dose de poison, des phénomènes pro-
 » gressivement plus marqués qui nous montrent l'évolution
 » successive de l'alcoolisme ; dès le quinzième jour de l'in-
 » toxication, il survient de l'irritabilité, de l'impressionnabi-
 » lité ; dix jours après, des illusions et des hallucinations la
 » nuit ; au bout d'un mois, du délire nuit et jour.

» 3° L'usage prolongé de l'alcool donne lieu encore, dès le
 » second mois, à du tremblement qui se montre d'abord dans
 » les pattes postérieures, gagne les pattes de devant et s'étend
 » progressivement à toutes les parties du corps. Dans aucun
 » cas, il ne se produit d'attaque épileptique. Enfin, des troubles
 » digestifs et diverses complications rappellent les accidents
 » auxquels succombent les hommes alcoolisés.

» 4° Les lésions anatomiques de l'alcoolisme chez le chien,
 » montrent à des degrés divers : 1° la stéatose (foie, reins,

» cœur); 2° la tendance aux irritations chroniques (méninges, moelle, péricarde).

» 5° L'essence d'absinthe à faible dose détermine des vertiges et des secousses musculaires dans les parties antérieures du corps; à haute dose, elle donne des attaques épileptiques et du délire.

» 6° Au premier stade (convulsions toniques) de l'attaque absinthique, répondent la dilatation pupillaire, l'injection de la papille et du fond de l'œil, la congestion de l'encéphale, phénomènes qui sont en désaccord avec les théories généralement admises sur le mécanisme de l'épilepsie.

» 7° Les animaux privés de lobes cérébraux présentent, sous l'influence de l'essence d'absinthe, des attaques épileptiques et des secousses semblables aux accidents convulsifs des sujets n'ayant subi aucune mutilation.

» 8° Après la section de la moelle au-dessous du bulbe, l'injection intra-veineuse d'essence d'absinthe provoque d'abord une attaque bulbaire (convulsions toniques et cloniques de la tête avec écume aux lèvres), et puis une attaque spinale (convulsions toniques et cloniques du tronc avec expulsion d'urine et de matières fécales).

» 9° L'action isolée de chaque segment de la moelle dans les régions qu'il innerve, rend compte de l'influence nécessaire de la totalité de l'organe dans la production de l'attaque complète d'épilepsie; et, en tenant compte, d'autre part, de la perte subite et immédiate de connaissance, on admettra nécessairement l'intervention directe de tout l'axe cérébro-spinal dans la production de l'attaque épileptique. »

4. *Lésions des centres nerveux dans la syphilis*, par MM. Charcot et Gombault (1873, mars et mai).

5. *Contribution à la physiologie des nerfs vagues*, par MM. S. Arloing et Léon Tripier (1873, mars).

Les faits physiologiques principaux qui découlent de ce travail peuvent être résumés de la façon suivante :

« a. La section de la moelle en arrière du bulbe rachidien diminue considérablement l'excitabilité du pneumogastrique.

» b. Il existe une différence notable entre les deux vagues, principalement au point de vue fonctionnel : le droit agit plus énergiquement sur le cœur que le gauche.

» c. La réciproque a lieu pour les phénomènes mécaniques
 » de la respiration. L'excitation du gauche modifie plus pro-
 » fondément les mouvements du thorax que l'excitation du
 » nerf droit.

» d. L'arrêt du cœur est plus complet, lorsque la galvani-
 » sation ne porte que sur le bout périphérique du vague au
 » lieu d'agir sur les nerfs intacts.

» e. La galvanisation du bout périphérique arrête le cœur
 » en diastole, tandis que la galvanisation du bout central tend
 » à l'arrêter en systole. D'où il résulte que l'action du pneu-
 » mogastrique sur le cœur est une action spéciale modéra-
 » trice.

» f. Les mouvements du cœur qui se produisent pendant la
 » galvanisation des vagues sont plus faibles qu'avant l'excita-
 » tion ; malgré cet affaiblissement le pouls prend plus de dé-
 » veloppement parce que la tension est plus faible dans le
 » système artériel.

» g. Il est impossible de résumer dans une formule géné-
 » rale l'influence de la galvanisation des pneumogastriques
 » sur la respiration.

» h. La galvanisation du bout périphérique se fait sentir sur
 » les mouvements respiratoires, probablement parce que les
 » vagues s'envoient réciproquement vers la périphérie des fibres
 » récurrentes.

» i. La section d'un vague est accompagnée d'un affaiblis-
 » sement des mouvements de la paroi thoracique correspon-
 » dante.

» j. Enfin, il ne nous a pas paru que l'un des vagues fût
 » plus particulièrement préposé à la digestion. »

6. *Des altérations de la moelle consécutives à l'arrachement du
 nerf sciatique*, par le D^r Hayem (1873, septembre). —

Les curieuses expériences de M. Hayem montrent que
 l'arrachement d'un nerf peut servir à la détermination du trajet
 intra-médullaire de ces rameaux et à l'étude des rapports ana-
 tomiques normaux entre les nerfs spinaux et les cellules de la
 substance grise.

« L'atrophie cicatricielle produite dans le faisceau postérieur
 » de la moelle, en dehors du cordon de Goll, par l'arrache-
 » ment d'un nerf, détermine une atrophie très-rapide des
 » cellules nerveuses, qui porte sur le groupe du *tractus inter-*
 » *mediolateralis*.

7. *Note sur deux cas de lésions scléreuses de la moelle épinière*, par Troisier (novembre).
8. *Note sur l'histologie pathologique de la sclérose en plaques*, par Delove (novembre).
9. *Recherches expérimentales à propos de l'hémi-anesthésie de cause cérébrale*, par M. Veyssière (1874, mars et mai).
10. *Note sur deux cas de myélite aiguë centrale et diffuse*, par Hayem (1874, juillet-septembre).

Dr DOUTREBENTE.

JOURNAUX ANGLAIS

Le Mental Science.

2^e trimestre 1874.

Analyse par le Dr DUMESNIL et le Dr PONS.

TRAVAUX ORIGINAUX.

1. David Skae. — *Leçons sur la folie professées en 1873 au Morisionaianss Collège.*
 2. David Nicholson. — *Psychologie morbide des criminels. — Conceptions délirantes spéciales aux prisonniers.*
 3. Samuel Wilks. — *Deux cas d'aliénation mentale dépendant de la syphilis.*
 4. W. G. Balfour. — *Altérations pathologiques observées dans les cerveaux des aliénés.*
 5. J. Hawkes. — *Jean Jacques Rousseau; étude psychologique. Notes et cas cliniques.*
- Un chapitre sur les fractures. — Phosphore dans la mélancolie. — Note sur un cas de méningite tuberculeuse chez un adulte sans tubercules dans les poumons. — Un cas de congestion apoplectiforme du cerveau. — Cas d'inoculation du virus érysipélateux par une morsure. — Épilepsie et migraine. — Un cas de chorée.

Le précis de pathologie mentale qui fait le complément des l'essai de nosologie du docteur Skae offre une originalité attrayante. En effet, l'auteur a dû mettre en relief, dans chaque chapitre, certains symptômes qui restaient autrefois confondus avec les autres, et qui ont été élevés par lui au rang de signes pathognomoniques. La connaissance de ces symptômes saillants est précieuse, car s'ils ne caractérisent pas aux yeux de tout le monde une variété morbide, ils n'en ont pas moins une importance de premier ordre dans certains cas, et l'on doit

savoir gré au Dr Skae de les avoir déterminés. Ces leçons intéressantes se continuent par l'étude de la *folie des femmes enceintes*.

C'est chez les femmes mariées tard qu'on observe le plus souvent la folie de grossesse. Leur premier accouchement a lieu entre trente et quarante ans. Les symptômes les plus habituels sont ceux de la mélancolie ou de la mélancolie avec démence. La tendance au suicide est surtout fréquente. Le suicide est motivé par un dégoût de la vie et un désir ardent d'en finir avec elle. La folie morale n'est pas rare chez ces malades, mais la forme mentale la plus commune est la dipsomanie. Le docteur Tuke fait à cet égard la remarque très-juste que le besoin insatiable de stimulants que l'on observe en pareil cas, n'est qu'une exagération des goûts dépravés qui se manifestent normalement chez les femmes grosses. La folie de grossesse n'est pas incurable; elle guérit dans la proportion de 70 pour 100.

La *folie puerpérale* fait explosion généralement dans le mois qui suit l'accouchement. On peut encore l'observer après huit semaines. Les femmes âgées de trente à quarante ans, primipares, y sont surtout exposées. Le danger de rechutes diminue à chaque nouvelle grossesse. La folie puerpérale prédispose à d'autres affections mentales; l'hérédité joue dans sa production un rôle très-important. La forme de la maladie varie suivant l'époque où on l'observe. Jusqu'au seizième jour après l'accouchement, les malades sont maniaques; après cette époque, elles sont démentes ou mélancoliques. La tendance au suicide s'observe chez ces malades comme chez les femmes grosses; mais, tandis que chez ces dernières elle résulte d'une perversion des facultés, elle est causée chez les accouchées par une impulsion spontanée. Dans trois cas de manie puerpérale, M. Tuke a constaté de la salacité et des habitudes de masturbation. M. Skae considère les symptômes comme purement réflexes. L'influence héréditaire a été constatée dans 22 cas; — chez 23 malades, l'accouchement avait été compliqué. La folie puerpérale guérit dans les proportions de 76,7 pour cent. Quand la guérison survient, elle a lieu du troisième au sixième mois. Après neuf mois, le pronostic cesse d'être favorable. Voici, d'après le Dr Tuke, la marche de la maladie: au bout de trois semaines, souvent plus tôt, l'excitation maniaque tombe et est remplacée par un état de démence compliqué d'un délire de forme spéciale. L'idée dominante est *l'erreur sur l'identité des personnes*. Cet état dis-

paraît insensiblement laissant à sa suite de l'obnubilation mentale, la malade croyant sortir d'un rêve. Cette forme de délire, « erreur sur l'identité des personnes, » constitue pour M. Skae un élément important de diagnostic. Il suffit de le constater chez une jeune femme alitée présentant de l'agitation et de la moiteur à la peau pour conclure à l'existence d'une folie puerpérale.

Cette affection ne peut guère être confondue qu'avec la *mania a potu*. Le Dr Tuke affirme toutefois que la folie puerpérale se distingue par des caractères bien tranchés, qu'il a réunis dans le tableau suivant :

« Les symptômes physiques sont en rapport direct avec les » symptômes d'ordre mental. La malade est pâle, froide, sou- » vent moite avec un pouls accéléré, petit, irrégulier. Les traits » sont tirés, la faiblesse est extrême et va parfois jusqu'au » collapsus. En même temps, la malade est bruyante, incohé- » rente dans ses discours et ses actes. Elle paraît avoir des » hallucinations de la vue, fixant un œil effaré sur des objets » imaginaires. Une parole prononcée dans son voisinage lui » fournit matière à d'abondantes divagations. Elle saisit tout » ce qui se trouve à sa portée, personnes et objets, ramasse » ses couvertures, jure et blasphème. Elle ne peut rester » au lit et s'élançe à chaque instant, dans un vague désir d'errer » au dehors. Enfin, il y a surtout des allures lascives caractéris- » tiques. Les tentatives fréquentes de suicide ont cette particu- » larité de ne pas dépendre d'une intention. La malade se » jette brusquement par terre, essaie de se précipiter par la » fenêtre ou de s'étrangler avec les cordons de sa coiffe, mais » elle n'apporte aucune méthode dans l'emploi des moyens » et cède à une impulsion dont le motif n'est plus saisissable. »

Plus fréquente encore est l'impulsion du meurtre du nouveau-né. Il y a chez la femme atteinte de folie puerpérale une perversion des sentiments à l'égard de son enfant. Elle perd cette sympathie mystérieuse qui devrait la lier à l'être qu'elle vient de mettre au monde. Elle craint toutefois de lui faire du mal et est épouvantée elle-même des pensées qui viennent l'assaillir, car elle se sent dominée par des impulsions horribles et redoute de ne pouvoir en être maîtresse. Le meurtre commis par la malade a eu quelquefois pour effet d'exercer une influence particulière sur la maladie, en changeant sa forme symptomatique, ainsi qu'il appert de deux exemples rapportés par le Dr Skae à la fin de cet intéressant paragraphe. Dans le premier

cas, le meurtre a eu pour effet de rendre la raison à la malade qui a seulement perdu la mémoire de l'acte commis. Dans le deuxième, la forme mélancolique (qui datait de la grossesse) fit place, après le meurtre, à un délire expansif, et la malade guérit quelque temps après.

La folie d'allaitement, qui forme un groupe distinct avec la folie de gestation et la folie puerpérale, est une variété de forme asthénique. Les femmes âgées de plus de trente ans, celles qui ont élevé et nourri beaucoup d'enfants, qui ont eu des hémorragies post-puerpérales, en sont surtout affectées. L'allaitement en est la cause déterminante et manifeste, mais l'époque de l'invasion varie suivant les forces de la femme qui allaite. Une femme affaiblie par une hémorragie devra donc être plus tôt atteinte qu'une autre. Cette affection a des signes prémonitoires qui sont : céphalalgie, tintements d'oreilles, éblouissements, constriction céphalique, anxiété précordiale, tiraillements dans la région pelvienne. La maladie confirmée peut se présenter sous les formes suivantes : accès passagers de manie (un cinquième des cas), mélancolie (près des quatre cinquièmes), démence (un dixième).

Les accès maniaques ont une durée de dix à quatorze jours; ils sont compliqués d'hallucinations et l'on y retrouve, comme dans la manie puerpérale, l'erreur sur l'identité des personnes. Les mélancoliques sont plus ou moins déprimées, mais la tendance au suicide, quand elle existe, est chez ces malades d'une grande intensité. Cette forme a une durée de trois semaines à un mois et se complique fréquemment d'un certain degré d'hystérie. Les malades atteintes de la folie de l'allaitement ont souvent de l'exophtalmie, et l'auscultation révèle chez elles l'existence du « bruit de diable, » d'autant plus marqué que l'allaitement est plus avancé. M. Tuke a donné une statistique assez curieuse sur cette maladie mentale. Sur 54 malades, 39 ont guéri, 12 sont devenues démentes, une est morte, deux étaient encore en traitement à l'époque où on a fait ce travail.

La folie climatérique se manifeste pendant la période de ce nom. La grande climatérique a lieu chez les femmes à l'époque de la ménopause, entre la quarantième et la cinquantième année. Malgré l'opinion contraire de quelques savants honorables, les hommes ont aussi leur grande climatérique, entre 50 et 60 ans. Sir Henry Holland, le docteur Conolly et nombre d'autres savants l'ont admise. Son existence ne peut

faire l'objet d'un doute. Certains sujets constatent à cet âge de leur vie une transformation radicale et inattendue dans l'accomplissement de leurs fonctions physiologiques. Pour quelques-uns d'entre eux c'est un véritable âge critique, comparable à la ménopause. M. Skae va plus loin et constate une modification remarquable dans les aptitudes sexuelles qui rend l'assimilation des phénomènes observés chez l'homme et la femme encore plus rigoureuse. Sans être frappé d'impuissance, l'homme n'est plus, une fois éloigné de la femme, porté vers l'acte viril. Le désir n'est plus le fait de l'excitation spéciale de l'organe de la génération, mais il procède de l'activité cérébrale. L'homme aime d'abord la femme, la Psyché, avant d'aimer la chair. Le désir sexuel est le dernier, non le premier élément de sa passion. C'est d'ailleurs ce qui a lieu chez la femme qui a dépassé la ménopause.

Il se manifeste donc chez l'homme et chez la femme une vérosanie dont le tableau symptomatique a été soigneusement tracé par l'auteur.

Le malade est en proie à des accès de dépression qui, se rapprochant, tendent à donner un type continu à son affection mentale. Ces accès alternent avec des périodes d'excitation pendant lesquelles le malade est inquiet, d'une sensibilité malade et d'une irritabilité extrême. Lorsqu'arrive la mélancolie à forme continue, on observe chez le malade la défiance des autres, la crainte d'un malheur imminent mais non défini, le remords d'avoir perdu son âme, le refus d'aliments, des conceptions délirantes souvent persistantes, des hallucinations variées et une tendance au suicide.

Dans les paroxysmes passagers d'agitation le malade peut être dangereux; toutefois on rencontre rarement chez lui des tendances homicides. La monomanie orgueilleuse est rare. Un détail curieux est la conscience de leur état que conservent la plupart de ces malades. Non-seulement ils acceptent leur séquestration, mais encore ils refusent de sortir, dans la crainte qu'il ne leur arrive quelque chose. Mais le caractère le plus saillant du délire est la crainte d'un malheur non défini. Chez la femme, elle a été constatée dans un tiers, chez l'homme dans les deux tiers des cas. Cette crainte donne à la physionomie une expression de terreur qui se traduit en outre chez les femmes par des cris et des lamentations. Certains malades ne peuvent dire ce qui fait l'objet de leur épouvante, d'autres déclarent qu'ils sont sur le point de subir un trépas horrible,

sans fournir d'autres explications. Trois malades sous l'influence de cette terreur, ont tenté de se suicider et n'ont jamais pu décrire de quel genre de supplice ils se croyaient menacés. A cette conception délirante s'ajoute aussi parfois la crainte de perdre son âme. C'est encore un symptôme distinct qui peut servir à caractériser la folie climatérique.

La *manie ovarique*, que quelques observateurs ont appelée à tort utérine, est le partage des vieilles filles. Tous les médecins ont vu dans leur pratique des femmes âgées présentant des signes d'aberration mentale plus ou moins liée à la passion sexuelle. Quelques-unes de ces malades deviennent les héroïnes de procès scandaleux et accusent devant la Cour des hommes honorables de les avoir violées. M. Skae a eu l'occasion, lors d'un procès de ce genre, de rechercher la fréquence de cette conception délirante, et il a trouvé que, sur 250 femmes, dont la majorité était atteinte de démence, 23 croyaient fermement que des hommes cohabitaient avec elles chaque nuit. L'anatomie pathologique de cette maladie mentale est le point le plus intéressant de son histoire. Elle se lie toujours à une affection des ovaires ou des organes voisins. Chez une femme observée par le docteur Stethil Wright on a trouvé un cancer des ovaires, de l'utérus et de l'épiploon. Cette femme croyait que les esprits lui pénétraient par les entrailles dans le vagin et la violaient par cette voie. Une autre femme, dont l'auteur nous rapporte l'histoire, croyait qu'on la violait chaque nuit par l'anus. Cette femme avait un cancer du rectum.

L'auteur passe rapidement sur les folies *hypochondriaque* et *sénile*. La première, avec ses symptômes protéiformes, sans délire caractéristique dont le *moi* est l'élément dominant, ses souffrances nerveuses qui ne laissent au malheureux aliéné d'autre préoccupation que le soin de lui-même, est familière à tous les médecins. C'est une affection de l'âge avancé, propre aux individus qui sont de bonne heure paresseux, sensuels et portés à la luxure. Ces malades sont ennuyeux au suprême degré et souvent incurables.

La *folie sénile* est en rapport avec les changements survenus dans les vaisseaux et la circulation du crâne à un âge avancé de la vie. Le signe qui indique cette transformation est la perte de la mémoire (surtout ce le des faits récents). L'âge où la mémoire s'altère varie suivant les sujets. L'âge moyen est 70 à 75 ans. Les habitudes d'intempérance hâtent l'apparition de ce symptôme, en favorisant la production des suffusions sé-

reuses sous l'arachnoïde. C'est la lésion caractéristique de la démence sénile. Elle correspond à la destruction de la substance cérébrale, et le point de départ de ces désordres est l'athérome artériel. Les symptômes principaux de la démence sénile sont : excitation légère, caractère importun, fantaisie extravagante, entêtement, tout cela greffé sur une perte de mémoire de plus en plus accentuée, un babil qui rappelle l'enfance. Cette seconde enfance marche rapidement vers une démence complète et alors le malade oublie tout, jusqu'à sa personne. « Il n'a ni yeux, ni dents, ni oreilles, rien enfin. »

De longs développements sont consacrés à la folie *phthisique*. La fréquence de la phthisie chez les aliénés a été mise en lumière par Esquirol et Georget, en France ; Burrows et Ellis, en Angleterre et tout récemment par le Dr Clouston, dans un remarquable livre intitulé : « *Relations entre la tuberculose et la folie*. — Le travail du Dr Clouston, qui résume heureusement ce qu'on sait de la folie phthisique, est condensé dans vingt aphorismes, qu'on ne lira pas sans intérêt :

1° La phthisie pulmonaire est beaucoup plus fréquente, comme *cause reconnue* de la mort, chez les aliénés que dans la population générale ;

2° Les autopsies démontrent que les poumons d'aliénés contiennent des dépôts tuberculeux deux fois plus souvent que ceux d'autres individus ;

3° La phthisie pulmonaire est la cause reconnue de la mort dans la moitié seulement des cas où des dépôts tuberculeux ont été trouvés à l'autopsie ;

4° Dans les cas de tuberculose, les altérations du cerveau sont moins marquées que lorsque la mort a lieu à la suite de toute autre maladie. Dans la plupart des cas, il est pâle, anémique, à vascularisation irrégulière, avec tendance au ramollissement de la voûte et des parties voisines. En outre, la substance grise a une densité inférieure à celle qu'on constate dans toute autre affection mentale ;

5° Le tubercule n'est pas plus fréquent dans les centres nerveux des aliénés que dans ceux d'individus jouissant de leur raison ; quand il y existe, il ne se révèle dans la majorité des cas par aucun symptôme et ne se rattache à aucune forme particulière d'aliénation mentale ;

6° Les tubercules du péritoine n'existent pas plus fréquemment chez les phthisiques aliénés que chez les phthisiques sains d'esprit. Plus souvent que la tuberculisation pulmonaire, cette

lésion coïncide chez les premiers avec la mélancolie et la monomanie du soupçon ;

7° L'âge moyen de la mort chez les tuberculeux est de trois années environ antérieur à l'âge moyen de la mort chez les aliénés ; chez ceux qui ont des dépôts tuberculeux abondants, il est de cinq ans inférieur à la moyenne générale ;

8° Les phthisiques qui ont eu des accès antérieurs d'aliénation mentale sont dans la même proportion que les aliénés en général ;

9° La prédisposition héréditaire est plus fréquente chez les tuberculeux que chez les aliénés en général ; la proportion en plus est de sept pour cent ;

10° La monomanie du soupçon est le symptôme d'aliénation mentale qui correspond le plus fréquemment à la tuberculose. La paralysie générale occupe l'autre bout de la série qui marque la fréquence de la phthisie dans les diverses formes d'aliénation mentale. La manie se place à côté de la paralysie générale et la mélancolie à côté de la monomanie du soupçon. La tendance à la démence dans toutes les formes mentales est plus grande chez les tuberculeux que chez les autres aliénés. La majorité des paralysés généraux et des maniaques, meurt sans tubercules ; la majorité des mélancoliques, monomanes et déments présente des symptômes de tuberculisation avant la mort ;

11° Dans tous les cas de paralysie générale avec tuberculisation, la maladie avait commencé par la dépression ;

12° Dans un certain nombre de cas (un quart environ des tuberculeux), la folie affecte un type particulier et invariable, et peut vraiment s'appeler folie phthisique. Dans tous ces cas, la phthisie s'est développée après la folie, avec une telle rapidité que le tubercule devait être déjà formé dans les poumons ou qu'il y avait chez le malade une forte prédisposition aux tubercules. On sait que ce qui caractérise la phthisie est une diminution de l'énergie nutritive. De même qu'un os mal nourri se nécrose, que la peau mal nourrie se couvre de parasites, de même le désordre cérébral dépend de la nutrition imparfaite du cerveau. Ce n'est pas tant l'affaiblissement de la nutrition que la perversion fonctionnelle qui en est la conséquence, qui engendre la folie. L'état mental particulier qu'on observe, l'incurabilité de la folie, l'aspect du cerveau après la mort, la diminution de sa pesanteur spécifique, tout concourt à prouver la réalité de cette cause ;

43° Il y a un rapport spécial entre la mélancolie profonde avec la tendance persistante au suicide et le refus d'aliments et la *maladie du poumon* (gangrène ou tubercule) ;

44° Dans un petit nombre de cas, la folie ne se manifeste que par une espèce de délire développé au début de la phthisie chronique et se dissipant rapidement ;

45° Le pronostic est entièrement fâcheux quand la phthisie apparaît chez un aliéné quelconque ;

46° La moitié des tuberculeux meurt dans les trois ans qui suivent le début de l'aliénation mentale ;

47° Rien ne prouve que l'influence morbide pneumogastrique ait quelque rapport avec la tuberculisation dans les cas de folie ;

48° La longueur d'une maladie mentale ne tend pas au développement de la phthisie plus qu'à la production d'autres maladies ;

49° La phthisie est entièrement latente chez un tiers ou un quart des aliénés, chez les autres elle reste latente fort longtemps. Cette propriété est surtout frappante chez les paralysés généraux, où la phthisie ne se trahit par aucun symptôme :

20° Dans un petit nombre de cas, le début de la folie améliore la phthisie. Chez quelques malades, où la phthisie est chronique, une attaque d'aliénation mentale peut être suivie de la disparition des symptômes de phthisie, ou les attaques de manie alternent avec les manifestations de la tuberculose. Dans la grande majorité des cas, cependant, les symptômes phthisiques sont simplement masqués, et la tuberculisation suit son cours.

L'étude psychologique du docteur Nicholson sur les criminels (voir les analyses précédentes) touche maintenant une question nouvelle. On a vu que l'idiosyncrasie du criminel se manifeste sous deux formes distinctes dont l'une, la perversion du jugement est la forme la plus inférieure d'intégrité mentale. Les conceptions fausses qu'elle enfante peuvent s'exagérer et affecter la gravité d'un véritable délire. Une fois ce degré franchi, le criminel est aliéné. M. Nicholson étudie dans ce chapitre les conceptions délirantes des criminels. Il les distingue en ordinaires et spéciales. Les premières sont communes aux prisonniers et aux autres hommes. Il ne convient de s'occuper ici que des conceptions délirantes spéciales, qui sans être absolument spéciales aux prisonniers, se font remarquer pourtant

par leur fréquence chez cette classe d'individus. Pour s'expliquer la production de ce phénomène morbide, il convient de se rendre compte de l'effet de l'emprisonnement sur l'homme. Les souffrances physiques qu'il entraîne avec lui sont actives et passives. D'une part il prive le prisonnier de la vie sociale, de la liberté et lui impose un régime sévère; d'autre part il l'astreint à une discipline rigoureuse et le condamne à des travaux pénibles. Si quelques natures acceptent facilement ces épreuves, d'autres en sont vivement impressionnées. Sous l'influence d'idées nouvelles d'une grande intensité, l'esprit est entraîné vers une seule direction. Il devient « instable comme un navire dont le lest s'est déplacé ». On assiste alors à la simple perversion de l'idéation. Un degré de plus et le délire apparaît. Les conceptions délirantes spéciales aux prisonniers peuvent se diviser en quatre groupes.

1. Le prisonnier subit un traitement injuste — passe-droits, — privations imméritées.

La cause de cette conception délirante peut être imaginaire ou circonstancielle. Quand elle est imaginaire, c'est le cas du prisonnier qui adopte l'idée qu'un fonctionnaire inconnu de lui, qui n'a jamais eu affaire à lui, le poursuit spécialement de sa haine. Il est incapable de corriger les écarts de son imagination et tombe dans la conception délirante confirmée qui s'accompagne dans ces circonstances d'autres désordres intellectuels. Elle indique en effet un trouble mental profond et sérieux. Elle n'est pas occasionnée par une cause extérieure rapprochée, immédiate, mais est le résultat d'un travail morbide préexistant. Quand elle est circonstancielle, la conception délirante résulte de sévices exercés contre le prisonnier, le plus souvent dans l'intérêt du maintien de la discipline. Ces sévices peuvent être mérités, mais il peut se faire aussi que le prisonnier soit véritablement la victime d'un gardien. La conséquence dans les deux cas est la conviction d'une persécution systématique qui s'empare de son esprit. Cette idée de persécution peut embrasser tout le personnel de surveillance ou s'étendre seulement à un ou plusieurs officiers. Elle est de nature irritante et peut être le point de départ de violences de la part de l'individu qu'elle affecte. Il devient haineux et vindicatif et finit par se livrer à des voies de fait. On observe cette conception délirante chez les hommes plus souvent que chez les femmes, ce qui s'explique par la discipline plus sévère et les travaux plus pénibles auxquels les hommes sont astreints.

2. Des substances toxiques ou malfaisantes sont mêlées aux aliments.

L'idée d'empoisonnement est regardée par le vulgaire comme la conception délirante du prisonnier : « Une idée délirante, » raconte Dickens, des prisonniers de Lausanne, paraît devenir commune aux trois quarts d'entre eux; sous l'influence de cette crainte qu'on ait mêlé quelque chose à leur nourriture, *pour les guérir de crime* « ils refusent de manger. » Le fait s'observe, mais moins fréquemment, dans les prisons d'Angleterre. M. Nicholson fait dériver cette aberration du goût d'une perturbation préalable des centres de l'idéation. « Cette conception délirante est habituellement associée à la première, le refus de nourriture étant précédé de l'idée de persécution. Elle présente peu de gravité, le refus d'aliments ne persistant pas devant l'alimentation forcée. Elle est relativement rare d'ailleurs, ainsi qu'il a été dit, en Angleterre, et cette immunité doit être attribuée à la variété du régime dans les maisons de détention anglaises.

3. Visites et communications mystérieuses.

Les objets de l'apparition sont presque toujours des parents ou des amis du prisonnier. Dans d'autres cas, ce sont des spectres, des visions terrifiantes engendrées par le remords et la solitude du cachot. Ce phénomène peut se manifester avec une agitation temporaire; mais l'auteur remarque qu'on a rarement à redouter des violences envers les surveillants, que le détenu appelle plutôt à son secours. La production de la vision peut avoir lieu par deux voies distinctes. Son point de départ peut être le sensorium. Une impression partie du sensorium va se transformer dans les centres élevés, où elle trouve les souvenirs du sujet, les remords de son crime. Le phénomène qui en résulte est à proprement parler une illusion, puisqu'il a pour point de départ une impression réelle. — Mais il peut se faire aussi que la vision résulte de l'activité primitive des centres de l'idéation, sans que l'activité du sensorium soit mise en jeu. Il se produit alors une hallucination d'origine idéale. Les conceptions délirantes du troisième groupe peuvent rendre le prisonnier difficile, quand elles font naître en lui des désirs qu'il est impossible de satisfaire.

4. Le prisonnier a été condamné et incarcéré injustement. Cette conception délirante qui aurait dû figurer au début de cette étude, ainsi que le fait remarquer judicieusement l'auteur, reconnaît pour cause la perversion morale de l'individu. On a

déjà vu, à propos des criminels accidentels, comment par une accommodation graduelle, leurs facultés morales s'émeussent et se façonnent au crime. Ils arrivent à perdre la conscience de l'énormité de leurs forfaits et de leur déviation de la bonne voie. Ils considèrent alors le châtement comme hors de proportion avec la faute qu'ils ont commise. C'est l'idée fausse qui engendre plus tard la conception délirante. Il pourra nourrir longtemps cette idée sans que sa conduite en prison devienne répréhensible. Quand le délire est confirmé, il peut revêtir deux formes : la forme mélancolique. Le malade paraît alors affligé de son entourage, se réclame de son innocence et demande son élargissement. Il est importun, mais non impertinent ni insubordonné. Dans la deuxième forme, qui est plus commune et apparaît à une époque plus tardive, le prisonnier ne se contente pas d'affirmer son innocence, mais demande sa liberté dans un langage menaçant. De pareils sujets sont aussi bien placés dans un asile que dans une prison, et ils sont partout également insupportables. Les conceptions délirantes du premier groupe sont purement psychiques.

Des réflexions très-pratiques suivent cette étude. M. Nicholson insiste d'abord sur le caractère spécial de ces conceptions délirantes. Il ne nie pas que les prisonniers ne puissent en avoir d'autres ; mais celles-là leur sont habituelles. Un prisonnier peut croire qu'il est empereur, qu'il possède une fortune immense ; mais il croira plus volontiers qu'il est injustement traité, qu'on en veut à sa vie ou qu'on empoisonne sa nourriture. On comprend l'importance de cette notion qui permet de saisir dès le début l'explosion d'un accès d'aliénation mentale.

Cette spécialisation du délire n'existe pas d'ailleurs seulement chez les prisonniers. Il est possible de la retrouver chez les aliénés ordinaires, par une étude des commémoratifs, quand on dispose de renseignements suffisants. En principe, on doit admettre qu'une intelligence faiblit là où elle est éprouvée. En remontant aux troubles intellectuels du début, on peut se rendre compte de la forme du délire observé chez un malade.

Il y aurait un travail à faire qui consisterait à assigner une place exacte aux conceptions délirantes dans la pathologie mentale. M. Nicholson leur reconnaît une frappante analogie avec les tumeurs en pathologie normale. De même qu'il y a des tumeurs bénignes dont la structure ne s'écarte pas de celle des tissus normaux, et des tumeurs malignes qui sont hétéro-

morphes ; de même les conceptions délirantes, ces exubérances de l'intellect, peuvent ne pas s'écarter de l'idéation normale, ou sortent entièrement du domaine des idées admises. Elles seront dans le premier cas bénignes ; dans le second, elles ont un cachet de gravité qui n'est contesté par personne.

Un caractère important de ces conceptions délirantes des prisonniers (en exceptant toutefois celles des visitations nocturnes) est leur possibilité. Ainsi, tout invraisemblable que paraîtra la chose, ils peuvent être innocents, persécutés, on peut altérer la composition de leurs aliments, de pareilles suppositions n'ont rien d'absurbe en elles-mêmes. On remonte par elles à l'idée fausse qui en a été l'origine, et que l'isolement cellulaire a élevée jusqu'au délire. Cette influence de la séquestration en cellule a été si bien reconnue en Angleterre que la durée de cette peine y a été limitée à neuf mois.

Des quatre groupes de conceptions délirantes, deux sont purement psychiques, ce sont celles qui se rapportent à une condamnation injuste et aux mauvais traitements exercés dans la prison. Les deux autres, celles qui ont trait à l'empoisonnement et aux visites nocturnes, peuvent être psychiques ; mais elles admettent un élément nouveau, une impression sensorielle. Cette impression est-elle réelle ou d'origine idéale ? il n'est pas toujours possible de l'établir.

Le médecin qui a connaissance de ces conceptions délirantes, doit se rappeler qu'elles entretiennent chez le prisonnier, avec l'idée de griefs imaginaires, une irritation qui peut être dangereuse, et il doit se prémunir contre une violence possible. Il est rare que le prisonnier se nuise à lui-même. Ainsi il ne persiste pas habituellement dans ses essais d'abstinence. Toutefois, dans certaines formes mélancoliques, il peut être poussé au suicide, et des mesures doivent être prises pour s'opposer à l'exécution de ses projets.

Les prisonniers simulent des conceptions délirantes, comme ils simulent toute espèce de maladies. La conception délirante est une preuve manifeste d'aliénation mentale et il est tout naturel qu'ils choisissent ce moyen de simulation. On conçoit aussi qu'ils préfèrent simuler les visitations nocturnes et le délire du poison. Ces formes délirantes touchent mieux les sens de l'observateur et ont moins d'inconvénient que les autres au point de vue des suites, en cas d'insuccès. Ce ne serait pas sans danger, en effet, que le prisonnier viendrait se plaindre d'être molesté ; il peut, au contraire, dire impunément qu'il a

des visions, cela ne sort pas de la juridiction du docteur, qui attache à sa déclaration l'importance qu'il juge convenable. L'imposteur n'aime pas les demi-moyens. Il aura soin de présenter un accès de folie qui ne puisse pas être confondu avec une simple effervescence du caractère.

L'étude de l'hallucination chez le prisonnier peut jeter quelque lumière sur le débat pendant entre les docteurs Blandford et Maudsley. On se rappelle que le docteur Blandford, dans un travail récent sur les hallucinations de l'ouïe, dont l'analyse a été donnée dans le dernier numéro des *Annales*, admet que la moelle allongée est le siège des hallucinations de l'ouïe.

M. Maudsley, à la séance de la Société médico-psychologique, a pris une part importante à la discussion qui s'est élevée sur le mémoire du D^r Blandford et a critiqué sa manière de voir relativement au siège des hallucinations qu'il croit produites par les centres élevés du cerveau. M. Nicholson discute ces deux opinions, en mettant au service de la question l'expérience qu'il doit au milieu qu'il a étudié. Il est impossible, chez les malades qui ont fait l'objet du mémoire du D^r Blandford, d'observer l'hallucination à son début. « Ces malades, écrit-il, sont » tous incurables et chroniques. » Ce n'est pas dans un asile, en effet, qu'il faut chercher l'hallucination à son premier degré. Or, cet avantage, le médecin de la prison de Porstmouth l'a eu souvent. A ce moment il a pu constater que l'hallucination de l'ouïe chez le prisonnier est susceptible de guérison. Il suffit, en effet, pour la faire cesser, de mettre fin à l'emprisonnement cellulaire. On a changé les conditions psychiques établies par ce régime répressif dont les principales sont la limitation de la pensée et la concentration des idées dans une direction particulière. La promptitude avec laquelle l'hallucination a disparu montre qu'elle était imputable aux troubles des centres élevés du cerveau. L'hallucination paraît donc être d'origine idéale. Griesinger a exprimé la même opinion. Toutefois, M. Nicholson admet que le sensorium peut être affecté isolément. Il peut être le siège d'un état pathologique, et le résultat doit être la production d'une activité sensorielle morbide, c'est-à-dire une hallucination qui, se transmettant aux centres psychiques, sera corrigée ou non par eux.

Le D^r Maudsley reconnaît d'ailleurs lui-même aux centres ganglionnaires une activité indépendante, aussi bien dans l'état de maladie que dans l'état de santé. Parlant des hallucinations de la vue chez les enfants en bas âge, il constate chez eux une

véritable folie sensorielle et dit: « Les sens du malade sont » possédés par des hallucinations; les cellules centrales gan- » glionnaires sont dans un état d'activité convulsive; devant » leurs yeux sont des flammes rouges de sang, au milieu des- » quelles la personne qui se présente, quelle qu'elle soit, » prend la forme du démon ou paraît horriblement transfi- » gurée. Les oreilles sont pleines du bruit des vociférations, » et le malade entend des voix qui lui commandent impérati- » vement de fuir. Il sent des odeurs sulfureuses qui le suffo- » quent et ses gestes désespérés et violents, comparables à » ceux d'un éléphant, sont une lutte convulsive contre des » hallucinations terrifiantes. »

M. Nicholson admet donc que les hallucinations peuvent avoir les deux origines, idéale et sensorielle. La préexistence de l'aliénation mentale n'est pas une preuve que l'hallucination a son siège dans les centres élevés de cerveau, car elle peut être provoquée par l'extension du processus morbide des circonvolutions à la moelle allongée. Le siège de la folie n'est donc pas forcément le siège, le point d'origine des hallucinations.

En résumé, les rapports de siège des hallucinations et de l'aliénation mentale peuvent être présentés ainsi qu'il suit:

1° L'hallucination peut avoir le même siège que l'aliénation mentale et peut se montrer, avant, avec ou après elle (origine purement idéale);

2° L'hallucination peut différer de la folie dans son siège d'origine; elle peut naître dans le système ganglionnaire et se manifester:

a. Avant l'aliénation mentale. — Les hallucinations corrigées devenant persistantes et conduisant à l'altération des fonctions intellectuelles;

b. Après l'explosion de la folie. — Les ganglions étant pris secondairement, par suite de l'évolution morbide et donnant ensuite lieu à des impressions fausses qui demeurent *non corrigées*;

c. Concurremment avec l'aliénation mentale. — Improbable mais non impossible.

A la série des observations de folie syphilitique publiées dans le dernier numéro du *Mental Science* par les docteurs Newington et Batty Tuke, le docteur Samuel Wilks vient ajouter deux observations nouvelles dont voici le résumé rapide.

Le sujet de la première est une femme de vingt-sept ans. Il

résulte des renseignements qu'elle fournit, que son mari lui a communiqué la syphilis et qu'elle a eu des accidents secondaires après six semaines de mariage. Plus tard elle a fait cinq fausses couches. Un an et demi avant son admission elle a eu une nécrose du maxillaire supérieur et des os propres du nez. Quelques mois se passent après lesquels elle éprouve des sensations étranges à la tête, et elle a une attaque nerveuse suivie d'hémiplégie droite. Elle a eu, un mois avant son entrée, une autre attaque précédée de céphalalgie vive localisée, à la région frontale et temporale droite. Les fonctions de l'œil droit s'altèrent et il y a prolapsus de la paupière du même côté. Le jour de son admission on apprend du mari qu'elle a fait sept fausses couches. En outre, elle a eu plusieurs attaques dans l'année et trois pendant la dernière quinzaine.

A son entrée, on constate une chute de la paupière droite et un strabisme divergent. Rien à l'ophtalmoscope. Le visage est sans expression, il y a de la céphalalgie. Les réponses sont satisfaisantes, mais elle hésite parfois parce que les mots lui manquent. Elle présente de la parésie à droite. La peau offre quelques cicatrices. Le dixième jour, elle a une attaque, le lendemain deux, le surlendemain une. Ces attaques durent plusieurs minutes et sont compliquées de perte de connaissance. Traitée par l'iodure de potassium à la dose de dix à quinze grains. Plus tard, elle eut une autre attaque qui fut suivie de céphalalgie et de dépression mentale. Elle devient alors agitée et incohérente et manifeste des impulsions au suicide. Cet accès dura deux jours et fut remplacé par l'état normal, sans souvenir du passé. Une autre attaque eut lieu après une semaine, et deux jours plus tard se manifesta un accès de manie furieuse avec délire ambitieux. Le lendemain le calme s'était rétabli presque complètement, mais elle quittait l'asile.

La 2^e observation est celle d'un homme qui fut ramassé dans la rue pendant une attaque. La face était livide et il y avait de légères convulsions à droite. Il fut bientôt calme, mais on n'en put tirer aucune réponse. Il eut les jours suivants d'autres attaques d'épilepsie avec convulsions alternant d'un côté à l'autre. Les attaques laissaient après elles un état de stupeur; on prescrivit du bromure de potassium. Ce malade fut bientôt reconnu pour avoir été traité au « Venereal Ward » la semaine précédente, et les renseignements purent se compléter à son égard. La maladie remontait à quatre ans. Il avait alors une hypertrophie des deux testicules, des ulcérations pharyn-

giennes et prenait de l'iodure. Sa mère raconte qu'après sa sortie de l'hôpital, il avait des allures étranges et donnait des signes de débilité mentale manifeste. Il avait eu, trois mois avant son admission, une attaque qui détermina une paralysie temporaire du côté gauche. A son entrée, il est désordonné et tente de battre un gardien. On constate une exostose du radius et une hypertrophie du foie et de la rate. Traité par le bichlorure de mercure et l'iodure de potassium. Les trois semaines qui suivent il est stupide et agité la nuit. Il survient plus tard des complications graves : une éruption de rupia puis un erysipèle qui compromet la vie. Enfin se manifeste un accès de manie qui est suivi du retour à la raison.

L'auteur avoue que ces deux observations ne se distinguent par rien de saillant ; il les a données pour grossir le nombre de celles que possède la science et il saisit cette occasion de critiquer l'appellation de « folie syphilitique » donnée à ces altérations dépendant de la syphilis. Pour qu'un ensemble de symptômes mérite le nom de maladie, il faut qu'il corresponde à des lésions spéciales. Au point actuel de nos connaissances, les lésions révélées par la science anatomo-pathologique sont destructives, ou tendent vers la destruction. Aussi pour M. Wilks « maladie » d'un organe est synonyme de « destruction » de cet organe. Deux affections mentales seulement correspondent à des lésions bien définies : ce sont la démence et la paralysie générale qui dépendent d'altérations de structure qui amènent la dégénérescence et la mort du cerveau. Les autres n'ont pas de lésions propres, et la manie, la chorée, l'épilepsie, le tétanos ne s'expliquent que par une lésion définie du tissu cérébral. Il en est de même de la syphilis dont les productions morbides n'altèrent pas la trame même du cerveau. Les tumeurs syphilitiques déterminent des symptômes identiques à ceux qui sont le résultat d'autres affections organiques. Les cancers, fibromes, myomes, etc. donnent lieu aussi à l'aliénation mentale, indépendamment de l'épilepsie et M. Wilks ne voit pas pourquoi les tumeurs gommeuses ne se placeraient pas à côté de ces produits morbides.

Les lésions cadavériques trouvées dans le cerveau des aliénés ne peuvent acquérir une valeur définitive que lorsque réunies en nombre imposant, elles paraîtront correspondre à certains symptômes. Le but du médecin doit donc être aujourd'hui avant tout d'amasser un grand nombre d'observations

nécropiques. C'est ce qu'a fait M. W. G. Balfour, médecin en chef de l'asile de Hampstead, dont le travail, lu à l'association médico-psychologique de Londres, au mois de décembre 1873, ne porte pas sur moins de 700 sujets.

Sur ce nombre 235 autopsies sont dues à M. le docteur Howden de l'asile de Montrose et ont déjà paru dans le « *Mental Science* » n° d'octobre 1870; 75 sont dues au docteur Tuke, de Fife et Kinross, et 390 sont publiées par M. Balfour qui les a prises dans le service du docteur Marshall, à Colney-Hatch.

Dans un premier tableau l'auteur indique les lésions constatées et leur fréquence dans les cerveaux de sept cents aliénés. Deux autres tableaux complètent ce travail : dans l'un est indiquée la forme vésanique correspondant à la lésion observée (paralysie générale, manie, mélancolie, épilepsie, démence); l'autre donne la proportion pour cent des lésions trouvées dans ces diverses formes mentales. L'étendue de ces tableaux ne leur permet pas de trouver place ici, nous nous bornerons à reproduire les réflexions instructives dont M. Balfour accompagne son mémoire.

Lorsqu'une lésion, telle que cancer, tumeur quelconque, ramollissement, est reconnue pour avoir existé antérieurement à l'aliénation mentale, il est plausible de lui attribuer l'explosion de cette dernière. A ce sujet l'auteur cite trois exemples intéressants ; le premier de tumeurs multiples ostéofibreuses du cerveau ; le 2° de tumeur gommeuse de la dure-mère ; le 3° de tubercules de la dure-mère. Les symptômes décelant la présence de ces lésions graves furent de beaucoup antérieurs à la maladie mentale qui a paru évidemment leur devoir son origine. — Par contre, certaines altérations comme l'opacité de l'arachnoïde, les épanchements ventriculaires, les adhérences des membranes à la substance grise, doivent être considérées comme les effets de l'aliénation mentale.

Les changements subits de la vertu au vice chez des individus d'un certain âge, dont le caractère est formé, ne sont pas rares. On est malheureusement porté dans le monde à rendre responsables de leurs écarts des hommes qui ont agi sous une influence malade. Ce sont des paralysés généraux, des alcooliques. Ce qu'on considère chez eux comme des fautes ne sont que des défaillances. — Ils n'avaient pas le pouvoir de ne pas les commettre.

Les lésions du cervelet sont extrêmement rares. On les a observées seulement sur treize sujets, et encore quatre seule-

ment de ces lésions méritent d'être rapportées, savoir : hémorragie, deux; ramollissement, un; tumeur kystique, une. Cette rareté des lésions du cervelet doit être rapprochée de ce fait remarquable que le poids de cet organe ne change pas chez l'aliéné, tandis qu'il est démontré que le cerveau des aliénés est plus léger que le cerveau normal. M. Skae a émis une opinion contraire, il est vrai; mais l'auteur se croit en droit d'incriminer le procédé d'observation employé par le célèbre aliéniste. L'immunité du cervelet s'accorde très-bien avec cette croyance qu'il régularise les actions réflexes et remplace le cerveau pendant le sommeil. Pendant le sommeil, en effet, l'attitude d'un aliéné ne diffère pas de celle d'un homme en santé.

Chez 60 sujets, soit 8 1/2 pour 100, on n'a pas pu découvrir d'altérations pathologiques. On doit attribuer ce résultat négatif à l'infériorité de nos moyens d'investigation.

La répartition des lésions observées suivant les formes mentales a mis en lumière quelques faits intéressants :

Les altérations du crâne ont été le plus fréquentes dans la paralysie générale et la démence paralytique; puis on les observe dans l'ordre suivant : épilepsie, démence, mélancolie et manie. C'est l'injection du diploe qui a été le plus souvent observée. Elle est favorisée par l'afflux du sang qui marque les attaques épileptiformes de la paralysie générale et les attaques d'épilepsie. La dure-mère est altérée surtout dans la paralysie générale et la démence paralytique; l'altération la plus commune est l'épaississement de cette membrane.

L'ordre de fréquence pour les altérations de l'arachnoïde est : paralysie générale, démence paralytique, démence, manie, épilepsie et mélancolie. C'est d'abord l'opacité qui apparaît; elle est le résultat d'un travail inflammatoire et présente tous les degrés, depuis le dépôt laiteux qui suit le trajet des vaisseaux, jusqu'à l'opacité complète qui cache les circonvolutions. Les hémorragies de l'arachnoïde ne sont pas rares. Etudiant la genèse de l'hématome, l'auteur fait dériver du sang organisé la formation de la membrane kystique. Cette manière de voir n'est plus admise aujourd'hui et nous savons, depuis les travaux de l'école de Charcot, que la membrane est préexistante à l'hémorragie et que celle-ci a lieu par la rupture des vaisseaux formés au sein de la membrane elle-même.

Les adhérences de la pie-mère à la substance grise ont été trouvées dans la proportion de 45 p. 400 chez des paralysés

généraux. Elles siègent surtout au voisinage des circonvolutions supérieures, à la partie moyenne et postérieure du cerveau. On les a vues dans toutes les formes d'aliénation mentale; elles paraissent causées par l'hypérémie qui favorise le développement de tissu connectif. Des bulles de liquide, tantôt claires, tantôt d'aspect gélatiniforme se présentent parfois entre les mailles de la pie-mère. Ce sont des suffusions séreuses que la pie-mère, en s'enfonçant entre les circonvolutions, empêche de s'étendre.

Les altérations ordinaires des vaisseaux sont l'injection et l'athérome. L'injection est surtout fréquente dans la mélancolie (26 p. 100 des cas); elle est plus rare dans la démence; l'épilepsie occupe un rang intermédiaire. L'athérome est commun dans la démence. Il coïncide avec une dégénérescence semblable de la mitrale et de l'aorte.

Les modifications de coloration de la substance grise sont d'une appréciation difficile. Sans parler de l'action cadavérique; tel observateur verra un état normal là où un autre verra un état morbide. Aussi cet élément d'observation a peu d'importance.

L'aplatissement des circonvolutions existe surtout chez les épileptiques. Il peut dépendre de l'épanchement ventriculaire aussi bien que des congestions fréquentes qui poussent et compriment le cerveau contre la paroi interne du crâne.

Les modifications de la substance blanche sont rares relativement aux autres lésions. Elles consistent principalement dans le ramollissement, l'œdème, l'induration, le retrait et l'injection vasculaire.

Le corps strié et la couche optique sont fréquemment le siège de lésions dans la paralysie générale et la démence paralytique. On y trouve le ramollissement, l'hémorrhagie, des kystes et des cicatrices. Les ventricules présentent des altérations pathologiques dans toutes les formes mentales. Ce sont: des épanchements considérables de liquide, des dépôts granuleux sous le plancher ventriculaire, des kystes, des plexus choroïdes. Dans la démence on peut mettre l'épanchement ventriculaire sur le compte de l'atrophie et du retrait du cerveau. Les dépôts granuleux ne sont autre chose que de petits épanchements liquides sous la membrane du ventricule. La preuve en est qu'en arrachant cette membrane, on les fait disparaître et que le microscope ne retrouve pas ces prétendues granulations.

Le travail de M. Balfour se termine par les conclusions suivantes : 1° la folie est une maladie qui demande pour se produire des conditions de structure qui rendent les centres nerveux capables de subir les influences nuisibles ;

2° Dans certaines formes d'aliénation mentale il existe des altérations de la substance cérébrale, que, selon toute probabilité, produisent les symptômes de la folie ; dans d'autres, les lésions observées doivent être regardées comme des effets secondaires ;

3° Chez un certain nombre de sujets, on n'a pu découvrir ni la cause de l'aliénation mentale, ni ses effets ;

4° Le cervelet est très-rarement affecté, en supposant qu'il le soit jamais, par l'aliénation mentale.

L'existence tourmentée de Jean-Jacques Rousseau avec ses contradictions répétées, ses splendeurs et ses déplorables chutes est bien faite pour exciter l'intérêt des penseurs. On se trouve en face d'un problème insoluble quand on veut s'expliquer les anomalies de cette nature complexe, et le psychologue est impuissant à ramener à un type normal cette organisation défectueuse. Mais la science mentale vient à bout de ces difficultés en considérant Jean-Jacques comme un malade. Pour elle, les anomalies et les défaillances de l'illustre philosophe sont des symptômes, et la solution du problème n'est plus qu'une question de diagnostic. Telles sont les réflexions que nous ont suggérées les lignes attachantes qu'a écrites M. le Dr Hawkes, de Westbrooke-House, sur le célèbre Gênois.

Suivant Jean-Jacques pas à pas dans sa vie agitée, depuis sa naissance jusqu'à sa mort, l'auteur a soin de relever dans leur ordre, en les interprétant psychologiquement, les points saillants de son histoire. Ce travail a pour résultat de mettre en lumière les éléments jusque-là confondus, quoique soupçonnés, d'un état morbide bien défini, dont l'existence ne saurait être désormais révoquée en doute.

On sait que les soins manquèrent à Rousseau pendant sa première enfance. Privé de sa mère, il vécut avec un homme grossier, passionné et incapable de le conduire. Livré à lui-même, il fut donc exposé prématurément aux dangers de l'analyse intérieure. « Il n'avait, a-t-il dit plus tard, aucune idée des choses réelles ; rien ne lui venait par conception, » tout par sensation. » A l'âge de dix ans, il est placé par son

oncle chez un notaire, mais son peu d'aptitude le fait bientôt renvoyer, et il devient apprenti graveur. Son patron était un homme commun et violent, en même temps que profondément pervers. Son exemple exerça une influence funeste sur le moral du jeune Jean-Jacques; « ses meilleures dispositions » semblent avoir été glacées par les rudes contacts qu'il subit, » tandis que ses mauvais instincts se développèrent soit par » l'effet d'un désir de se protéger lui-même, soit pour lui » procurer une compensation à sa situation misérable. »

Cependant le jeune apprenti se fatigue de la société de cet homme. Il s'enfuit et goûte avec délices le bonheur d'être libre. Errant à l'aventure dans les montagnes de la Savoie, il est recueilli par un prêtre et il embrasse la religion catholique, non par conviction, mais pour payer l'hospitalité qu'il a reçue. Il est envoyé à Turin pour y faire son éducation religieuse dans un monastère. En quittant Turin, il entre au service d'une dame et, là, il se rend coupable d'un acte odieux, en faisant accuser une pauvre servante d'un larcin qu'il a commis. Il donne dans cette circonstance les preuves de sa perversité et d'un manque absolu d'énergie morale en laissant condamner cette jeune fille malgré les remords qu'il en ressent. Ces remords ne l'ont jamais quitté et la nature impressionnable de Jean-Jacques n'a pas peu contribué à leur donner une intensité plus grande.

Après un court séjour dans la maison du comte de Gouvon, Rousseau cède à son besoin de changement et à son amour de la nature et entreprend à pied un voyage en Savoie. Le hasard le conduisit à la demeure d'une femme dont le nom est inséparable du sien dans l'histoire. M^{me} de Warens est sa maîtresse et l'on doit noter avec l'auteur l'excessive promptitude avec laquelle Rousseau reçoit l'impression de la beauté. Il a soif de tout ce qui flatte ses sens, de tout ce qui est beau. Il offre ce qu'on pourrait appeler la luxure des yeux; « il est » absolument incapable de réprimer ses désirs et de brider les » appétits de sa nature charnelle. » La société de M^{me} de Warens et le site ravissant qui s'offre à sa vue, son cœur dévore tout cela avec une ardeur insatiable.

Eh bien! ce bonheur ne devait pas durer. Sa bienfaitrice avait tenté, mais en vain, de lui faire apprendre le latin pour entrer dans les ordres; son intelligence fut rebelle au latin. Il se tourna alors du côté de la musique. Il y fut tout aussi inhabile; mais, un beau jour, Rousseau disparut avec son

professeur. Ils gagnèrent Lyon. Le malheureux musicien étant mort d'une attaque dans la rue, Rousseau se trouva seul. Il dut mener alors une existence misérable et avilissante. A Lausanne, il prétendit donner des leçons de musique sans la savoir, mais son charlatanisme ne lui rapporta que des déboires. Errant et oisif, il trouvait néanmoins un charme irrésistible à cette vie vagabonde. « Les idées lui viennent sans » qu'il les cherche... Il les accueille avec une sorte d'extase... » Il passe ses nuits sous le dôme des arbres, et s'endort au » chant du rossignol.....

Rousseau s'abandonne aux impressions qui lui viennent du dehors. Il a rompu avec les liens sociaux. Il admire la nature dans ses rapports avec lui seul, à l'exclusion des autres hommes. Il se complaît dans cette union avec le monde de la nature et dans cette séparation entre lui et son espèce, autant qu'il peut la pratiquer. Cependant il n'a pas toujours été misanthrope, et dans l'occasion, ses sympathies se sont éveillées en faveur de ses semblables, déshérités de la fortune.

Quelque temps après, nous le trouvons de nouveau auprès de M^{me} de Warens, qui lui a pardonné et lui a fait reprendre ses études. Ils habitent la ferme des Charmettes, et là s'est écoulée la période la plus heureuse de l'existence du philosophe. Plusieurs années se passent pendant lesquelles le sensuel Rousseau trouve toutes les satisfactions. La contemplation de la nature l'absorbe et le ravit, et il admire le créateur à travers le voile de la création. M. Hawkes fait remarquer très-justement que son amour de la nature participe de son amour charnel. Il n'est heureusement impressionné que par ce qui est doux et paisible. Un paysage désolé, une mer furieuse l'attristent.....

M^{me} de Warens ne pouvait toujours suffire à J.-Jacques. Un jour il la délaissa pour une servante d'auberge.

Cette femme ignorante et grossière devait lui donner le bonheur parfait. Il a vécu vingt-cinq ans avec elle, laissant à la charité publique le soin d'élever les enfants qu'elle lui donnait, fournissant ainsi la preuve d'un manque complet de sens moral et d'un égoïsme révoltant. On doit remarquer que, dans le même temps, il écrivait un livre sur l'éducation. On se demande comment Rousseau a pu choisir pour sa compagne une pareille femme. Était-ce un défi jeté à la société? Cherchait-il l'assouvissement d'instincts grossiers? Cette conduite annonce-t-elle un commencement d'aliénation mentale?

Quoi qu'il en soit, il eut pour elle une tendre affection et c'est pendant le temps qu'ils restèrent ensemble que Rousseau conquiert sa gloire d'écrivain.

L'Académie de Dijon avait mis au concours la question suivante : « Le progrès des sciences et des arts a-t-il contribué à corrompre ou à épurer les mœurs ? » On sait comment Rousseau, quoique artiste dans l'âme, osa se prononcer pour la négative et gagna le prix. Sa réputation littéraire fut fondée. Un second discours qu'il envoya à la même Académie sur cette question : — *De l'origine de l'inégalité parmi les hommes*, — n'eut pas un moindre retentissement.

Rousseau séjourna douze ans à Paris, parfaitement heureux dans la société de Thérèse. Il y revit sa bienfaitrice, M^{me} de Warens et la laissa mourir de misère. Cette conduite odieuse, comme toutes les turpitudes qu'il a commises, lui a préparé dans l'avenir des remords cuisants.

Il fit ensuite un voyage à Genève, où il embrassa le protestantisme avec la même désinvolture qu'il avait montrée jadis pour embrasser le catholicisme. A son retour à Paris, son amour pour la solitude lui fit accepter la retraite que lui offrait M^{me} d'Épinay, à Montmorency. J.-Jacques y vécut comme un satyre. « Il semblait, dit notre confrère, que son amour intense de la nature avait développé en lui les éléments de l'homme primitif. » On sait par ses écrits qu'ils eurent alors des hallucinations de folie érotique. C'est en cet endroit qu'il fit la *Nouvelle Héloïse*, un livre scandaleux qui eut un succès de scandale. L'Hermitage fut aussi le lieu de ses amours avec M^{me} d'Houdetot, dont la fascination le portait à des excès sans nombre et à des rages insensées. Il quitta subitement la maison de M^{me} d'Épinay pour se retirer dans un cottage solitaire au milieu de la forêt.

Les ouvrages qui suivirent la *Nouvelle Héloïse*, le *Contrat social* et l'*Émile*, sont connus. Le dernier faillit lui être fatal, comme on sait, et Rousseau, poursuivi par la police, ne dut son salut qu'au dévouement de la duchesse de Luxembourg, qui favorisa sa fuite.

« Alors commence pour lui cette sombre période de sa vie pendant laquelle, chassé de ville en ville, tourmenté par des souffrances corporelles, harcelé par des pressentiments sinistres, il devint finalement la victime de la manie des persécutions. » Il réussit pourtant à passer trois années paisibles à Motiers, dans le Val de Travers ; mais, au bout de ce

temps, traqué par une foule ignorante, il fut obligé de se réfugier dans l'île Saint-Pierre. Il y retrouva le calme ; mais, soit qu'il ne pût se faire au repos, soit qu'il fût stimulé de nouveau par l'aiguillon de la sensualité, il reprit de nouveau sa course, et se rendit en Angleterre, où il se lia avec Hume. L'influence dépressive du climat, le manque d'affections dont il avait tant besoin, le souvenir de ses infortunes, furent autant de causes du dérangement intellectuel dont il donna alors le spectacle. Naturellement il chercha querelle à son ami. Il l'entendait lui crier la nuit pendant son sommeil : « Je tiens Jean-Jacques Rousseau ». Le malheureux halluciné fut chassé par l'intensité de son délire et prit la fuite pour échapper aux persécutions dont il se croyait l'objet. Il disparut pour plusieurs jours. Découvert dans un village du Lincolnshire, il s'enfuit une autre fois. Cette crise se termina quand il mit le pied, à Calais, sur le sol de France. L'année suivante il avait accepté l'hospitalité du prince de Conti, à la campagne. Il y eut un nouvel accès. Il voyait partout des émissaires détachés contre lui, et accusait son jardinier d'être un espion de Hume. Arrêté par erreur à Chambéry pour dettes, ses idées de persécutions s'en affermirent, et ses terreurs prirent une intensité nouvelle.

Il se réfugia enfin à Paris, où il trouva la paix pendant huit années. Il vivait modestement en copiant de la musique. Son ami Saint-Pierre, qui ne le quittait pas, eut à souffrir bien souvent des écarts de son caractère maladif. Sa santé, cependant, s'affaiblissait tous les jours, et il eut à supporter l'épreuve de la misère. Le caractère aigri de sa compagne ne contribua pas peu à empoisonner la fin de sa vie qui fut des plus tristes. Il mourut peu après dans une maison située près de Paris, où la générosité d'un ami l'avait recueilli, après avoir été tourmenté jusqu'au dernier moment par les mêmes conceptions délirantes.

Se tua-t-il d'un coup de pistolet ? L'histoire de J.-Jacques nous autorise à formuler une opinion à cet égard. Cette nature mal équilibrée, où l'éducation n'avait pas amené cette pondération nécessaire des instincts par la raison, où les rayonnements d'une splendide intelligence étaient voilés à chaque instant par des défaillances morales honteuses, était un terrain préparé d'avance pour le développement de l'aliénation mentale, dont les symptômes, nous l'avons vu, se sont manifestés sous la forme de la manie des persécutions. Rous-

seau était une victime marquée d'avance pour le suicide, et si quelques admirateurs pudiques ont voulu étouffer le bruit de l'arme qui a mis fin à ses jours, ils ont pris une peine inutile. Rousseau, dit le Dr Hawkes, en terminant, fut un paradoxe et sa vie une énigme avec une sombre et terrible fin.

Au chapitre des notes et cas cliniques sont consignés un grand nombre de faits intéressants. C'est d'abord huit observations de fractures recueillies par le Dr T.-L. Rogers pendant les années 1871, 1872 et 1873.

a. Un jeune Irlandais, maniaque agité violemment, est placé sous la surveillance spéciale d'un gardien. Un mois après son admission, il se plaint d'une douleur à la poitrine; on découvre une fracture de la troisième côte droite. Il avait l'habitude de se précipiter brusquement en avant. La veille il avait échappé au bras de son gardien et était tombé sur la face. On présume que la fracture remonte à cette époque. Un appareil contentif est appliqué, mais le malade succombe à une pleuropneumonie. Son état s'était compliqué d'un abcès du cuir chevelu, consécutif à des coups à la tête que le malade s'était donnés en martelant de sa tête la porte de sa cellule. A l'autopsie on a trouvé une fracture des deuxième et troisième côtes droites. Une adhérence s'était établie entre le siège de la fracture, la plèvre et le poumon, qui d'ailleurs était sain à ce niveau. Il y avait une hépatisation de la base du poumon droit et de tout le poumon gauche. La structure des côtes ne paraissait pas altérée.

b. L'observation suivante est celle d'un tailleur atteint de mélancolie. La santé physique est très-affaiblie. L'alimentation est difficile. Il a de fréquentes attaques de dysenterie et reste levé entre les attaques. Les poumons sont tuberculeux. Plus tard sa haute taille et sa faiblesse extrême indiquent le séjour au lit, dans la crainte qu'il ne se blesse en tombant. Une fracture de la deuxième côte, qui ne se révélait par aucun signe extérieur et n'avait pas été soupçonnée, fut découverte deux ou trois jours après. Il mourut de phthisie quelques jours plus tard. On constata à l'autopsie l'extrême fragilité des côtes que le ciseau pouvait entamer avec une grande facilité dans le sens longitudinal. Leur enveloppe extérieure avait la minceur d'une carte à jouer. Dans l'intérieur était une matière demi-fluide.

c. Il s'agit d'un malade amélioré pour lequel on avait prescrit une sortie à titre d'essai. Il commit des excès alcooliques et rentra à l'asile dans un état maniaque violent. Il présenta successivement une fracture de l'extrémité externe de la clavicule et plusieurs fractures de côtes, dont le mécanisme ne put être découvert. M. Rogers les attribue à l'action musculaire. Aucun bandage ne put être maintenu. Le malade était extrêmement difficile à conduire. Dans le quartier des valides, son caractère agressif lui attirait constamment des blessures, quand on l'y plaçait il en revenait peu après avec une côte cassée. Le plaçait-on avec les faibles, sa violence était à redouter. Il constituait, d'après l'auteur, une exception au système de nulle contrainte. On put lui faire des injections hypodermiques de morphine, en lui faisant accroire qu'on le vaccinait.

d. Un homme de peine, ancien soldat qui a reçu au siège de Delhi une blessure grave à la tête, s'adonne à l'ivrognerie et dépense tout son avoir pour satisfaire sa passion pour boire. Dénué de tout, il cherche un refuge au Workhouse. Admis plus tard à l'asile, il est en démence, et présente en outre des altérations de la motilité semblables à celles de la paralysie générale. C'est un malade d'humeur batailleuse. Un jour, on lui trouve la face meurtrie, et un examen plus attentif fait constater de la douleur à la pression de la poitrine à droite, mais sans fracture de côtes. Plus tard on découvre de l'obscurité et de l'absence du murmure respiratoire dans une région du côté droit de la poitrine. L'isolement en cellule est employé pendant trois mois. Rendu à la société des autres malades, son caractère querelleur occasionne de fréquentes rixes. Blessé à la tête d'un coup de sandale par un de ses compagnons, il est remis au lit et l'on constate en outre, que la huitième côte droite est fracturée en deux endroits. Il meurt dix-sept jours après. A l'autopsie on a vu que l'un des bouts de la côte fracturée avait pénétré dans la poitrine et déterminé la formation d'un abcès. La limitation de cet abcès par des adhérences pleurales avait permis l'accès de l'air à la partie postérieure du poumon jusqu'à l'époque de la mort.

e. Epileptique violent, pensionnaire de l'asile depuis plusieurs années. On s'aperçoit que les mouvements du bras droit sont difficiles et l'on découvre une fracture du col anatomique de l'humérus. On suppose qu'il s'est fait cette fracture en tombant dans une attaque. Cette explication est d'autant plus

plausible qu'il est tombé depuis du même côté sur la tête, le bras étant fixé par l'appareil.

f. Fracture de côte dont l'origine ne peut être découverte ; mais on note cette particularité que le malade avait eu déjà une côte cassée dans un autre asile. Le malade est sorti guéri.

g. Observation de fracture des os de la jambe [avec issue des fragments, chez une femme atteinte de paralysie générale. Cette lésion grave a été produite pendant l'acte de secouer un tapis. Une particularité intéressante de cette observation est l'insensibilité à la douleur présentée par cette malade. Le premier examen de la blessée intrigua fort le médecin. L'extrémité osseuse qui faisait saillie était noire. Le vêtement était percé de deux ouvertures triangulaires dont les bords étaient souillés de sang et de bitume. Il avait été manifeste que la malade avait tenté de marcher sur de l'asphalte fraîche, qui avait laissé des traces sur l'os et sur les ouvertures que l'os avait faites aux vêtements. L'amputation fut faite et la guérison de la blessure fut obtenue.

h. M. Rogers mentionne encore : 1° une fracture de la clavicule chez une épileptique. La cause resta inconnue ; 2° des fractures non consolidées du fémur et de l'humérus, découvertes après la mort chez une femme atteinte d'une affection du système osseux. Cette femme avait aussi une luxation des vertèbres dorsales. Elle mourut de pleurésie ; 3° trois fractures du col du fémur consécutives à des chutes, chez des vieillards.

Le phosphore paraît décidément avoir une utilité réelle dans la mélancolie, ainsi qu'il appert des expériences de M. le docteur Williams, médecin en chef de l'asile de Sussex. Des six malades traités par le phosphore, deux ont été radicalement guéris, le troisième n'a pas éprouvé d'effet salutaire, le quatrième a été amélioré temporairement, le cinquième était en voie de guérison quand l'observation a été publiée ; quant au sixième atteint d'ataxie locomotrice, il a offert un résultat inattendu. L'affection mentale a été guérie, et l'ataxie locomotrice n'a subi aucune modification. Les malades chez lesquels le phosphore a produit le meilleur effet sont des aliénés atteints de mélancolie simple, sans conceptions délirantes systématisées. Le médicament a été administré à la dose d'un trentième de grain répétée deux fois par jour ; la dose quotidienne a été élevée progressivement jusqu'à trois et quatre

trentièmes de grain. Aucune incommodité n'a été éprouvée par les malades qui n'ont présenté, après quelque temps de médication, qu'un enduit blanc argenté de la langue, semblable à celui qu'on observe chez les individus qui prennent de l'arsenic.

— Le docteur Oscar Woods, médecin adjoint de l'asile du comté de Warwick, présente l'observation d'une jeune idiote morte à l'âge de seize ans, après une amélioration notable de son état mental, d'une méningite tuberculeuse. L'autopsie a fait découvrir les lésions suivantes : adhérences de la dure-mère au crâne, sur toute la longueur du sinus longitudinal supérieur ; arachnoïde à la base et sur le cervelet opaque, épaissie, d'une coloration vert sale ; suffusion générale sous-arachnoïdienne ; dépôt floconneux de lymphes couvrant le cercle de Willis et la protubérance ; pie-mère adhérente aux circonvolutions au niveau de la scissure de Sylvius et parsemée de granulations ; épaississement de l'arachnoïde au voisinage de l'artère cérébrale moyenne droite ; suffusion de lymphes jaunes autour du vaisseau (cette altération n'existe pas à gauche) ; ramollissement de la substance cérébrale, substance grise pâle, une once de sérosité dans les ventricules ; trigone et septum d'une consistance peu peuse. La section de la couche optique du côté droit fait découvrir six ou sept tubercules jaunes, durs, criant sous le scalpel, un ou deux sont de la grosseur d'un pois. La couche optique droite est recouverte d'un dépôt de lymphes floconneux pâles. Remarque importante : *les poumons ont été trouvés exempts de tubercules.* D'anciennes adhérences reliaient le poumon droit à la paroi thoracique.

— Sous le titre « Memorandums cliniques » le docteur Thompson, médecin en chef de l'asile de Bristol, rapporte deux observations intéressantes, l'une de congestion apoplectiforme du cerveau avec autopsie, l'autre d'inoculation du virus érysipélateux par une morsure.

Le sujet de la première observation est un homme qui a déjà fait un séjour dans les asiles d'Amérique. A Bristol, dans sa famille, il est assailli par des idées de persécution et devient violent et dangereux. A l'asile il présente des accès de fureur de plus en plus rapprochés. Ces accès sont plus tard suivis de légères attaques épileptiformes accompagnées d'insensibilité partielle, quoique passagère. A la suite d'une de ces crises, il est pris de convulsions qui se manifestent d'abord aux mem-

bres inférieurs puis aux membres supérieurs. Les traits se crispent, la face devient livide et il meurt. L'autopsie a montré les désordres de la congestion simple, sérosité sanguinolente, dilatation extrême des vaisseaux et coloration rouge de la substance cérébrale. L'auteur appelle l'attention sur l'effet produit par le changement de calibre des vaisseaux sur l'état mental des sujets. Il peut amener l'explosion de la folie, soit directement, soit en altérant la nutrition cérébrale et produisant la démence. Les attaques épileptiformes imputables à l'augmentation du calibre des vaisseaux peuvent être mises en parallèle avec les attaques de syncope cérébrale qui surviennent chez les paralysés généraux et qui paraissent devoir être attribuées à la diminution de ce même calibre.

La deuxième observation est l'histoire d'un gardien qui fut mordu au pouce par un aliéné atteint d'érysipèle pendant une tentative d'alimentation forcée par la pompe stomacale. Il guérit après l'amputation de son pouce. L'aliéné mourut.

— L'épilepsie et la migraine sont deux affections voisines, ainsi qu'il résulte des travaux des docteurs Anstie et Liveing. Partant de cette idée, M. Richard Greene, médecin adjoint de l'asile de Sussex, a pensé que le chanvre indien, qui a une efficacité incontestable contre la migraine, serait propre à guérir l'épilepsie, et il a médicamenté avec cette substance, neuf malades pris au hasard. Il a complètement échoué et a au contraire observé, chez sept de ses malades, une aggravation légère. Cet insuccès lui inspire une réflexion fort juste : que les épileptiques ne s'améliorent pas temporairement, comme on l'a prétendu, sous l'influence de tout traitement nouveau. M. Greene remarque aussi qu'il est fort étrange que ces deux maladies ayant tant d'affinité, la gravité de l'une, l'épilepsie, s'augmente avec l'âge, tandis que l'autre, la migraine, diminue de violence et finit par disparaître vers l'âge moyen de la vie.

— Il est rare que la chorée se manifeste dans l'âge adulte, Aussi le cas dont on doit la relation à M. James Macfaren, médecin adjoint de l'asile d'Edimbourg, est-il vraiment remarquable. Le malade n'avait aucun antécédent morbide connu. A l'âge de quarante ans, il était encore laborieux et actif et vivait de son métier de scieur de long, quand il fut pris d'une céphalalgie frontale et commença à présenter quelques mouvements involontaires des membres. La maladie fit des progrès, et il fut mis

dans l'impossibilité de travailler. Il mendia son pain et devint la risée de la foule. Un jour la police le prit pour un ivrogne et l'arrêta. Deux jours après il entra à l'asile des aliénés. Du côté mental, il ne présentait qu'un peu d'affaiblissement intellectuel et une grande susceptibilité de caractère. Un traitement dont le bromure de potassium faisait la base fut institué, et son état s'améliora rapidement. Cet homme n'avait rien, disait-il, du côté de l'hérédité. Toutefois il avouait que son frère avait eu, quelques années auparavant, une « fièvre de cerveau. » Cette maladie, dont il n'a pu préciser les symptômes, pouvait être un accès de manie. Cette constatation mettrait en évidence un *nervosisme* de famille qui s'est manifesté plus tard sous forme de chorée, chez le malade qui faisait le sujet de cette observation.

— L'article Revue consacre plusieurs pages à l'analyse d'un livre de M. le docteur Julius Althaus, intitulé : « Traité d'électricité médicale, théorique et pratique et de son usage dans le traitement de la paralysie, la névralgie et autres affections. » L'ouvrage du Dr Althaus est complet et comprend sur la matière tout ce qui peut être utile au praticien depuis les préliminaires de physique jusqu'à l'application des courants continus au cerveau et au grand sympathique. Ces deux chapitres sont particulièrement intéressants.

Les expériences de Erb, de Heidelberg, de Burckhardt de Bâle et autres, ont prouvé que le cerveau subit l'influence d'un courant appliqué sur le crâne. Les effets produits sont : étourdissements, vertiges, assoupissement, malaise, défaillances, vomissements et convulsions, les derniers phénomènes vomissements et convulsions s'observent avec un courant intense.

Le mode d'application des électrodes varie suivant l'effet qu'on veut produire. Si l'on veut faire traverser au courant les deux hémisphères, on peut placer les électrodes, l'un au front l'autre à l'occiput, ou bien un électrode sur chaque tempe ou sur chaque apophyse mastoïde. Pour la direction du courant Benedict conseille de placer le pôle positif au niveau des vertèbres cervicales et le pôle négatif sur l'un des côtés du front, Mais cette conduite n'est pas invariable et l'expérimentateur doit faire varier la direction du courant suivant les symptômes observés et surtout suivant les effets produits. Le pôle positif sera porté de préférence vers le point du crâne où le malade ressent de la douleur ou une impression de poids ou de resserrement. Les électrodes peuvent même être appliqués, d'après

le Dr Arndt, l'un dans le voisinage de la tête, à la nuque par exemple, l'autre en un point quelconque du corps. La base du cerveau est influencée par le courant développé dans cette expérience.

M. Althaus admet la possibilité de l'entrée du fluide électrique par le liquide et les vaisseaux sanguins, et entre même dans des considérations anatomiques à ce sujet pour expliquer par ce trajet des sinus, la marche de l'électricité au sein de la masse cérébrale. Toutefois il pense que la cinquième paire de nerfs joue un rôle important dans l'électrisation du cerveau.

Il y a trois procédés pour obtenir la galvanisation du grand sympathique. Dans tous les cas un électrode est porté dans la fosse auriculo-maxillaire, la position de l'autre électrode varie seule ; il peut être placé : 1° sur l'apophyse transverse de la sixième ou septième vertèbre cervicale, au côté opposé du corps ; 2° au sternum au point d'insertion du muscle sternomastoïdien ; 3° à l'intérieur de la cavité buccale, sur l'articulation du maxillaire inférieur. Les effets produits sont : 1° une sensation d'assoupissement et de torpeur se continuant après la suppression du courant (l'auteur pense que cet effet pourrait être utilisé contre l'agitation maniaque) ; 2° certaines modifications de la pupille, tantôt contraction, tantôt dilatation ; 3° une action évidente sur le cœur, dont le nombre de battements varie ; 4° une sensation générale de chaleur, accompagnée parfois de sueurs.

D'après le docteur Arndt, de Griefswald, l'électrisation est un remède inestimable dans plusieurs formes d'aliénation mentale. Le courant induit est un stimulant précieux dans les maladies du système nerveux, utile surtout dans la simple atonie du cerveau, la dépression ou la paresse de l'organe. La faradisation des nerfs phréniques accélère la respiration et est salutaire en décarbonisant le sang, activant la circulation et s'opposant à l'hypérémie passive de la pie-mère. Il considère le courant constant comme l'agent le plus puissant dont dispose l'aliéniste.

Les résultats ont été remarquables à l'asile de Sussex, entre les mains du docteur Williams. Outre les deux succès publiés dans le livre du docteur Althaus, ce médecin a encore publié, dans les rapports de l'asile de Sussex, quinze observations intéressantes sur le même sujet.

La galvanisation est utile dans les cas de paralysie cérébrale consécutive à une hémorrhagie ou une embolie. Le traitement

doit être commencé quinze à dix-huit jours après l'attaque, il serait dangereux plus tôt et le succès serait douteux plus tard, Pour l'application, le pôle positif est porté sur le front, du côté de la lésion, et le pôle négatif sur la nuque. On doit commencer avec un faible courant et procéder avec prudence.

— Ici se trouve une courte analyse de la nouvelle édition (3^m) du traité des *Maladies mentales* des D^{rs} J. C. Bucknil et Daniel Hack Tuke, ouvrage revu et augmenté considérablement, etc., etc.

Les services qu'il rendra à la science aliéniste sont indiscutables.

— Signalons enfin la publication des leçons faites à Guy's Hospital par le docteur Thompson Dickson, sous le titre : « Science » et pratique de la médecine dans leurs rapports avec l'esprit, « la pathologie des centres nerveux et la jurisprudence de » l'aliénation mentale. »

— Le numéro du *Mental Science* que nous venons d'examiner se termine par un aperçu des dernières recherches (mars 1874) du D^r Ferrier sur le cerveau, tendant à prouver qu'il y a une localisation de fonction dans des régions spéciales des hémisphères cérébraux. A côté des conclusions de cet expérimentateur distingué, on mentionne les deux communications faites à la même époque à la Société biologique de Paris par MM. Carville et Dupuy, dont les recherches semblent prouver l'excitabilité des hémisphères cérébraux, contrairement à l'opinion professée généralement par les physiologistes. L'un et l'autre, en effet, montrent, à l'aide d'expériences différentes, que de légers courants induits sont capables de diffusion, à distance, à travers la substance cérébrale, etc., etc.

— Mentionnons encore: une statistique des idiots dans la Grande-Bretagne, empruntée au *Medical Record* (11 mars 1874), et un cas d'ostéomalacie avec manie aiguë, tiré des rapports de l'hôpital St-Georges pour 1873. Cette observation rappelle quatre cas analogues terminés également par la mort qui ont été notés dans le rapport annuel de l'asile de West-Riding (1874).

— Enfin, une courte notice chronologique sur le D^r Forbes-Winslow décédé le 3 mars 1874, à l'âge de 63 ans. Parmi les nombreux travaux de cet infatigable et illustre écrivain, nous

citerons ses « Leçons sur la folie — ; La médecine et les médecins; — Considérations biographiques sur les médecins contemporains éminents; — Anatomie du suicide; — Préservation de la santé du corps et de l'esprit; — des Mémoires nombreux sur des cas médico-légaux conduisant à la folie; — Ramollissement du cerveau; — Maladies obscures de l'esprit et du cerveau: — la Lumière comme agent influençant la vie et la santé. » Il est le fondateur du *Journal psychologique*, etc., etc.

— Un jeune médecin plein d'avenir, le Dr Thomson Dickson, a été également enlevé à la science, cette même année (5 janvier 1874); il commença par un cours sur les maladies mentales à l'hôpital de Guy; ses leçons réunies en un volume sont mentionnées dans le numéro même du *Mental Science* dont nous venons de rendre compte. Parmi ses travaux nous citerons : « Matière et Force, en rapport avec les phénomènes d'ordre mental et cérébral », sans parler de nombreux articles analogues publiés dans divers journaux, notamment la *Lancette*. Il s'est également beaucoup occupé de l'épilepsie et de recherches microscopiques concernant les altérations du cerveau et de la moelle.

BIBLIOGRAPHIE

THÈSES DE PARIS (1877, suite)

45. — *Quelques faits à propos d'une épidémie de tétanie*; par Benoît Mattraits.

Les lecteurs des *Annales* ont pu lire sur cette épidémie une intéressante communication faite par M. Magnan à la *Société médico-psychologique* (séance du 27 novembre 1876). La thèse de M. Mattraits n'en est pour ainsi dire que le développement.

47. — *Etude sur la syncope. Symptômes, définition, pathogénie*; par Ernest Gravier.

48. — *Essai sur les complications osseuses et articulaires de l'ataxie locomotrice*; par G. Lecomte.

49. — *De l'apoplexie spinale*, par Constant Lefebvre.

52. — *Essai sur la syncope. Recherches cliniques et expérimentales*; par F. Hosteing.

D^r ANT. RITTI.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Asile public d'aliénés d'Armentières; compte rendu sur le service médical de l'asile pendant l'année 1876; par le D^r Bouteille; br. in-4o, 1877.

— *Traité clinique des maladies du système nerveux*; par le D^r Rosenthal, avec préface de M. le professeur Charcot; Paris, 1878, vol. in-8o; chez Georges Masson.

— De la production et de la consommation des boissons alcooliques en France et de leur influence sur la santé physique et intellectuelle des populations; par M. le D^r Lunier; vol. gr. in-8o avec 6 cartes teintées; chez Savy, 77 boulevard St-Germain; prix: 8 fr.

— Asile public d'aliénés de Saint-Robert; rapport statistique et compte moral d'administration pour l'année 1876, par M. Pinot; Grenoble, 1877, br. in-8o.

— *Etude sur la folie puerpérale*; par M. le D^r Germain Cortyl; thèse de Paris, 1877, br. in-8o.

— De l'influence des excès alcooliques sur la production de phthisie pulmonaire, spécialement chez les aliénés; par M. le D^r Armand Longeaud; thèse de Paris; 1877, br. in-8o.

— De quelques phénomènes nerveux chez les aliénés; par M. le D^r Cullerre; Auxerre, 1877, br. in-8o.

— Hospice de Marsens; rapport général administratif et relevé statistique du service médical pour les années 1875 et 1876; par M. le D^r Girard de Cailleux; Fribourg, 1877, br. in-12.

VARIÉTÉS

PRIX

DES

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Ce prix, de la valeur de six cents francs, sera donné à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet de pathologie mentale au choix des concurrents.

Le but de ce concours étant essentiellement clinique, chaque mémoire devra avoir pour base au moins dix observations détaillées, précédées chacune d'un sommaire.

Le prix sera décerné par une commission de cinq membres, choisis parmi les chefs de service des cinq asiles de la Seine, auxquels s'adjoindront les rédacteurs des *Annales*.

Les mémoires, écrits en français, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresse des auteurs, devront être envoyés avant le 1^{er} janvier 1879, à la rédaction des *Annales médico-psychologiques*, rue de l'Université, 6.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

BUREAU POUR 1878.

Président : M. Baillarger.*Vice-Président* : M. Prosper Lucas.*Secrétaire général* : M. Motet.*Secrétaires particuliers* : MM. Ritti et Paul Moreau (de Tours).*Trésorier-archiviste* : M. Aug. Voisin.*Membres honoraires.*

MM.
 Belhomme, ✱.
 Carrière.
 Dechambre, O. ✱.
 Durand (de Gros).
 Janet (Paul), O. ✱.
 Bourdin.
 Maury (Alfred), O. ✱.

MM.
 Michéa, ✱.
 Ott.
 Girard de Cailleux, O. ✱.
 Legrand (Maximin), 51, rue
 des Saints-Pères.
 Foville (Achille) fils.
 Trélat, ✱.

Membres titulaires.

MM.
 Baillarger, rue de l'Univer-
 sité, 8.
 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 de
 la Visitation.
 Cotard, à Vanves (Seine).
 Dagonet, asile Sainte-Anne.
 Dagron, 25, rue Montaigne.
 Dally, 5, rue Legendre.
 Delasiauve, 35, rue du Som-
 merard.
 Dumesnil, 40, rue de l'Ar-
 rivée.

MM.
 Falret (Jules), 114, rue du
 Bac.
 Fournet, 14, rue du Cherche-
 Midi.
 Fournié (Edouard), rue Louis-
 le-Grand, 11.
 Goujon, rue Picpus, 90.
 Lamaestre (Espiau de), asile
 de Ville-Evrard, à Neuilly-
 sur-Marne (Seine-et-Marne).
 Lasègue, 4, rue Perrault.
 Legrand du Saulle, 9, boule-
 vard Saint-Michel.
 Linas, 8, place de la Made-
 leine.
 Loiseau, 26, rue Vieille-du-
 Temple.
 Lucas (Prosper), asile Sainte-
 Anne.
 Lunier, 6, rue de l'Université.
 Luys, rue de l'Université, 8.
 Magnan, asile Sainte-Anne.
 Mesnet, 161, rue de Charonne.
 Meuriot, 17, rue Berton.
 Mitivié (Albert), 244, boule-
 vard Saint-Germain.

MM.

Moreau (de Tours), 6, rue de
Beaune.
Moreau (de Tours), Paul, 6, rue
de Beaune.
Motet, 461, rue de Charonne.
Peisse, école des Beaux-Arts,
rue Bonaparte.
Pouzin, 5, rue de Poitiers.
Ritti, 40, rue des Beaux-Arts.

MM.

Rota, 90, rue Piepus.
Rousselin, asile Saint-Yon, à
Rouen.
Sémelaigne, au château Saint-
James, à Neuilly (Seine).
Sémerie.
Voisin (Auguste), 46, rue Sé-
guier.

Membres correspondants.

MM.

Boileau de Castelnau, à Nîmes.
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 Sainte-Gemmes-
sur-Loire.
Bonnefons, à Leyme (Lot).
Dumont (de Monteux), à Ren-
nes.
Dunant, à Genève.
Laffitte, à Rennes.
Arthaud, à Bron, près Lyon.
Garreau, à Bayonne.
Renault du Motey, à Douai.
Petit, à Nantes.
Christian, à Maréville.

MM.

Campagne, à Avignon.
Payen, à Orléans.
Broc, à Evreux.
Saint-Lager, à Lyon.
Danner, à Tours.
Papillaud, à Saujon (Charente-
Inférieure).
Ollier, au 6^e chasseurs.
Doutrebente, à Ville-Evrard.
Bouteille, à Armentières.
Darnis, à Montauban.
Hildenbrand, à La Charité.
Dufour, asile Saint-Robert,
près Grenoble.
Fabre, à Bailleul.
Hospital, à Clermont-Ferrand.
Péon, à Cadillac.
Masbrenier, à Melun.
Maret, à Auch.
Hurel, à Gaillon.
Sizaret, à Maréville.
Taguet, à Marseille.
Parant, à Toulouse.
Lailier, à Quatre-Mares, près
Rouen.
Laussedat, à Versailles.
Mordret, au Mans.
Prosper Despine, à Marseille.
Sisteray, à Bordeaux.
Solaville, à Poitiers.
Gallopain, à Evreux.

Membres associés étrangers.

MM.

Ramaer, à la Haye (Hollande).
Biffi, à Milan.
Blech, à Coste.

MM.

Pi y Molist, à Barcelone.
Pujadas, à Barcelone.
Bucknill, à Londres.

Tuke (Daniel), à Falmouth.	John Sibbald, à Lochgilphead (comté d'Argyl).
Munoz, à Paris, chaussée d'Antin.	Berliny, à Malmo (Suède).
Frézé, à Kazan (Russie).	Backel, à Venise.
Herzog, à Saint-Pétersbourg.	Mac Intosh, à Murthley (Ecosse).
Salomon, à Malmo (Suède).	Vermeulen, à Gand.
Azzuri, à Rome.	Ingels, à Gand.
Berti, à Venise.	Van den Abeele, à Bruges.
Lokhart Robertson, à Londres.	Sannicola, à Aversa.
Maudsley, à Londres.	Perla, à Aversa.
Harrington Tuke, à Londres.	Cardona, à Pesaro.
Mundy, à Vienne.	Mouti, à Parme.
Flemming, à Schwerin (Meck- lembourg).	Semal, à Mons.
Mongeri, à Constantinople.	Lentz, à Froidmond.
Tonino, à Turin.	Leidesdorf, à Vienne.
Miraglia, à Naples.	Lefebvre, à Louvain.
De Kraft-Ebing, à Gratz.	Bateman, à Norwich.
Schlager, à Vienne.	Obersteiner père, à Vienne.
Cramer, à la Rosegg (Soleure).	Masoin, à Louvain.
Fetscherin, à la Valdau (Ber- ne).	Morselli, à Macerata.
Lombroso, à Turin.	Rothe, à Varsovie.
	Bini, à Florence.
	Stacchini (Carlo), à Florence.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— M. le D^r BAILLARGER a été élu président de l'Académie nationale de médecine pour l'année 1878.

— M. le D^r LUNIER a été élu président de la Société de statistique de Paris, et vice-président de la Société météorologique de France, pour l'année 1878.

— Par arrêté de M. le préfet de police en date du 19 janvier 1878, M. le D^r RITTI a été nommé médecin-inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés de la Seine, en remplacement de M. le D^r Berthier, décédé.

NÉCROLOGIE.

— BERTHIER (Pierre), médecin résidant de Bicêtre, membre titulaire de la Société médico-psychologique, a succombé, le 20 décembre dernier, à l'âge de 47 ans, à l'affection douloureuse dont il souffrait depuis plusieurs mois.

Berthier entra dans le service des aliénés comme interne de l'asile d'Auxerre dont M. Girard de Cailleux, son parent, était alors le directeur-médecin. Il y remporta le prix Esquirol, fondé en faveur des internes des asiles d'aliénés.

Après avoir été reçu docteur en médecine à Montpellier, le 7 janvier 1857, il devint successivement chef interne de l'asile d'Auxerre, médecin en chef des asiles d'aliénés de Bourg (Ain), et enfin, en 1865, médecin résidant de Bicêtre.

Berthier a publié un assez grand nombre de travaux estimés qui sont par ordre chronologique :

De la nature de l'aliénation mentale d'après ses causes et son traitement ; thèse de Montpellier, 1857 ;

Médecine mentale ; 1^{re} étude : *De l'isolement* ; br. in-8°, 1859.

De la folie diuthésique ; br. in-8°, 1859 ;

De la dépopulation des campagnes ; br. in-8°, 1859 ;

Dégénérescence ; dégénération ; br. in-8°, 1859 ;

Médecine mentale ; 2^{me} étude : *Des causes* ; br. in-8°, 1860 ;

De l'imitation au point de vue médico-philosophique ; br. in-8°, 1860 ;

La fièvre dans ses rapports avec l'aliénation mentale, in *Annales méd.-psych.* ; janvier 1861 ;

Excursions scientifiques dans les asiles d'aliénés ; 4 fascicules in-8°, 1862, 1864, 1865, 1867 ;

Erreurs et préjugés relatifs à la folie ; br. in-8°, 1863 ;

Guérison de la diarrhée chronique des aliénés ; in *Annales méd.-psych.* ; mars 1864 ;

Le ptyalisme chez les aliénés, — même recueil ; septembre 1865 ;

La médecine de Molière ; br. in-8° 1864 ;

Causes de l'encombrement des asiles d'aliénés et remèdes à y apporter, in *Annales méd.-psych.* ; mai 1866.

Rage et rabidisme ; br. in-8°, 1868.

De la folie goutteuse ; De la folie cancéreuse ; in *Annales médico-psych.*, mai et novembre 1869.

Le médecin aliéniste ; Le surveillant d'aliénés ; in *Journal de médecine mentale*, tomes II et III.

Des transformations épileptiques ; in *Annales méd.-psych.* janvier 1873.

Classification et diagnostic dans les maladies mentales, — même recueil ; mai 1873.

Des névroses menstruelles ou la menstruation dans ses rapports avec les maladies nerveuses et mentales ; vol. in-8°, 1874.

Berthier n'avait que des amis : aussi ses collègues des asiles de la Seine et la plupart des membres de la Société médico-psychologique dont il faisait partie depuis plus de dix ans, s'étaient-ils joints à ses parents pour lui rendre les derniers devoirs.

Au nom de la Société médico-psychologique, M. le Dr Motet, secrétaire général, a prononcé les paroles suivantes :

MESSIEURS,

J'ai le douloureux devoir de venir, au nom de la Société médico-psychologique, dire le dernier adieu à notre regretté collègue Berthier. Le coup qui nous l'enlève était inattendu. Berthier meurt à 47 ans, à cette période de la vie où la maturité des jugements donne tout leur prix aux travaux, fruits de l'expérience acquise. Sa vie s'était passée tout entière, on peut dire, au milieu des aliénés, et, dans ce monde à part, il avait donné la preuve de son savoir, de la bonté de son cœur, de son dévouement. Il avait compris de bonne heure que le

médecin des asiles d'aliénés n'a pas seulement à soigner l'une des maladies les plus tristes qui atteignent l'humanité, mais qu'il doit encore à ces pauvres déshérités « du grand bien de l'intellect », une paternelle bienveillance. La sienne était inaltérable; son caractère doux et modeste rendait son commerce facile, et tous ceux qui furent en relations avec lui devinrent et restèrent ses amis; heureux privilège d'une nature honnête, inaccessible à l'envie, et qui, même dans les jours difficiles, conserva cette égalité sereine qui fait l'homme supérieur à sa destinée.

Berthier entra jeune dans le service des asiles d'aliénés; son oncle, notre collègue, M. Girard de Cailleux, l'avait appelé près de lui à Auxerre; il avait dix-neuf ans; c'est là qu'il fut initié à la médecine mentale, à laquelle il devait rester fidèle toute sa vie. En 1853, il obtenait le prix Esquirol. Cette récompense consacrait de sérieuses études; elle était aussi un puissant encouragement pour l'avenir. Berthier aimait à se souvenir de ce premier succès; il en était justement fier, et il avouait volontiers qu'il avait eu sur sa carrière médicale une influence décisive. A partir de ce moment, il redoubla d'ardeur au travail, et quand son internat fut terminé, M. Girard de Cailleux, sachant bien qu'il ne pourrait trouver un collaborateur plus consciencieux, plus dévoué, voulut le conserver près de lui et lui fit donner les fonctions de chef-interne, qu'il remplit jusqu'en 1858. Il était depuis deux ans docteur en médecine, lorsqu'il fut nommé médecin en chef des asiles de Bourg. Désormais, livré à lui-même, il donna la mesure de ses aptitudes doublées d'une précoce expérience. Il s'y montra ce qu'il avait toujours été, laborieux, actif, dévoué à ses malades; il y conquit les sympathies les plus vives, la considération la mieux méritée. Les sept années qu'il y passa furent pour lui des années heureuses, utilement remplies; et, comme pour en fixer la trace, nous retrouvons à chacune d'elles un travail, une brochure, dans lesquels son esprit se plaisait à aborder tantôt un des points délicats et difficiles de la médecine mentale, tantôt un sujet de philosophie ou de critique. C'est ainsi que parurent successivement : une étude sur l'isolement, comme moyen de traitement de la folie; un travail sur la folie diathésique, un autre sur les causes, un autre encore sur l'imitation au point de vue médico-philosophique; il résumait sous le titre « d'Excursions scientifiques », ses appréciations sur les asiles qu'il avait visités; ses écrits étaient exempts de recherche, non pas sans originalité, mais simples comme toute sa vie. Il disait comme il pensait, et si ses jugements sur certaines choses pouvaient être discutables, on leur devait toujours reconnaître la marque d'une sincérité rare, d'une indéniable bonne foi. Ces qualités sont surtout remarquables dans ses brochures sur les erreurs et sur les préjugés relatifs à la folie, et sur la médecine dans Molière. Vous les retrouverez encore dans les travaux publiés dans nos *Annales*, et dans une importante monographie datée de 1874, sur les névroses menstruelles.

Cette énumération rapide vous dit assez, Messieurs, que Berthier fut un médecin laborieux ; la douleur et les regrets qui le suivent ici vous disent à leur tour qu'il fut un homme honnête et bon. Venu à Bicêtre en 1865, médecin résidant depuis 1867, il a su conquérir l'estime, l'affection de tous ceux pour lesquels son dévouement n'eut jamais de défaillances. On se souvient ici de ces jours de deuil, où les médecins de Bicêtre eurent une tâche si périlleuse, si difficile, on sait avec quelle abnégation ils ont fait leur devoir : je ne peux séparer Berthier de ses collègues dans l'expression des sentiments de la reconnaissance publique, mais en évoquant ces souvenirs je veux rendre un hommage mérité à cet homme de bien, qui semblait depuis avoir oublié tout ce qu'il avait fait pendant les longs mois du siège.

Nous, ses collègues de la Société médico-psychologique, nous savions bien quelle était sa modestie ; nous nous doutions aussi qu'elle cachait des trésors de bonté. Nous apportons ici l'expression sincère de notre estime et de nos regrets. Nous associons respectueusement notre douleur à celle d'une mère étonnée de survivre au fils qu'elle n'a jamais quitté, dont la tendresse pour elle était le soutien, comme elle était le charme de sa vieillesse ; frappée dans ce qu'elle avait au monde de plus cher, elle ne saurait être consolée ; nous pleurons avec elle, et nous mêlons nos larmes à celles d'une femme, de jeunes enfants qui perdent leur guide, leur appui.

Reçois, Berthier, nos derniers adieux : ton souvenir reste vivant parmi nous ; si disparu trop tôt, tu laisses ici-bas quelque tâche inachevée, dors en paix, des mains amies sauront la recueillir, elle sera complétée ; ce sera le pieux hommage rendu à ta mémoire par la famille médicale que tu as honorée par ta vie.

Adieu ! Berthier, adieu !

— GUÉRIN DU GRAND-LAUNAY (Alexandre), directeur-honoraire d'asiles d'aliénés, correspondant de la Société médico-psychologique, chevalier de la légion d'honneur, est mort le 10 janvier 1878, dans sa 90^e année, à Angers, où il s'était retiré depuis sa mise à la retraite.

Le Dr du Grand-Launay, qui, avant d'entrer comme fonctionnaire dans le service des aliénés, avait dirigé une maison de santé qu'il avait fondée à Baugé, en 1829, et qui cessa d'exister en 1844.

C'est à cette époque que du Grand-Launay fut nommé médecin de l'asile de Pontorson ; il devint ensuite directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier, où il resta jusqu'au moment où il fut admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Du Grand-Launay est resté plein de vigueur d'esprit et de corps jusqu'à ses derniers moments : il n'a pas cessé un instant de s'intéresser aux travaux de la Société médico-psychologique, et il ne regrettait rien tant que de n'avoir plus à donner des soins à ses chers malades. Du Grand-Launay était avant tout un homme de cœur.

— ROLLER (Christian), directeur médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Illenau (duché de Bade), membre associé étranger de la Société médico-psychologique, est décédé le 4 janvier 1878, dans sa 76^e année.

Roller, né en 1802, a été reçu docteur en médecine en 1827. Après avoir été successivement médecin adjoint (1829), puis directeur et médecin en chef de l'asile d'Heidelberg (1837), il a été appelé, en 1843, à remplir les mêmes fonctions à l'asile d'Illenau, à la fondation duquel il avait contribué par ses travaux et ses efforts et qui fut construit et organisé sur ses indications. Il est resté à la tête de l'établissement jusqu'à sa mort.

Vers la fin de 1844, Roller fonda avec les D^{rs} Damerow et Flemming l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, qui a été depuis cette époque, en Allemagne, ce qu'ont été en France les *Annales médico-psychologiques*, fondées au commencement de la même année. Cet excellent recueil auquel Roller a fourni de nombreux articles, est actuellement dirigé par le D^r Laehr.

En 1867, Roller commença la publication d'un journal hebdomadaire intitulé : *Illenauer Wochenblatt*, dans lequel il a relaté les faits de tout ordre intéressant cet asile et inséré même des articles rédigés par des malades.

Lors de l'Exposition de 1867, Roller a pris une part active aux travaux du congrès aliéniste international, et nous avons tous conservé le meilleur souvenir de nos relations avec cet excellent et digne confrère.

L'année dernière, Roller a fêté solennellement, à l'asile d'Illenau, le 50^e anniversaire de son doctorat, au milieu de ses malades émus et reconnaissants.

Les principaux ouvrages de Roller sont les suivants :

1^o *Die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen*. (Les établissements d'aliénés envisagés sous tous leurs aspects). Karlsruhe 1831.

2^o *Grundsätze für Errichtung neuer Irrenanstalten, insbesondere der Heil-und-pflegeanstalt bei Achern im Grossherzogthume Baden*. Karlsruhe, 1838. (Principes pour la fondation de nouveaux établissements d'aliénés et en particulier de l'asile de curables et d'incurables d'Illenau, grand Duché-de-Bade).

3^o *Illenau, Die Grossherzoglich badische heil-und-pflegeanstalt* (Illenau, l'établissement d'aliénés pour curables et incurables du grand Duché-de-Bade). Rastadt, 1847.

4^o *Psychiatrische Zeitfragen aus dem Gebiet der Irrenfürsorge in und ausser den Anstalten*. (Questions psychiatriques du temps, ou des modes divers d'assistance des aliénés, à l'intérieur et à l'extérieur des asiles.) Berlin, 1874.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE.

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE, Association contre l'abus des boissons alcooliques, réunie en assemblée générale, le 16 décembre 1877, a formé son bureau comme il suit pour l'année 1878 :

Président : M. Edouard Laboulaye, de l'Institut.
Vice-Présidents : MM. le baron Larrey, Colmet Daage, Paul Pont et le Dr Jules Bergeron.
Secrétaire général : Dr L. Lunier.
Secrétaires généraux adjoints : MM. Edmond Bertrand et Dr Decaisne.
Secrétaires des séances : Drs Magnan et Vidal.
Bibliothécaire-Archiviste : Dr A. Motet.
Trésorier : M. Gust. Maugin.

Nous croyons devoir rappeler que la Société décerne chaque année, dans sa séance solennelle du mois de mars, un certain nombre de médailles et de livrets de Caisse d'épargne aux instituteurs, chefs d'atelier, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et toutes autres personnes qui lui sont signalés comme s'étant fait remarquer par leur sobriété exemplaire et leur propagande en faveur de la tempérance.

Toutes les demandes de récompenses, avec pièces à l'appui, doivent être adressées, avant le 20 février 1878, au secrétariat général de l'œuvre, rue de l'Université, 6, où sont également reçues les adhésions.

— Le concours pour trois places d'internes à l'asile de Bron s'est ouvert le lundi, 10 décembre, à la Faculté de médecine.

Cinq candidats s'étaient fait inscrire ; quatre se sont présentés et ont soutenu honorablement les trois épreuves.

Les candidats élus sont, par ordre de mérite : MM. Bouvet, Danthony et Olivier. (Le *Petit Lyonnais* du 17 déc. 1877).

SERVICE DES ALIÉNÉS DE LA SEINE.

Le montant des dépenses du service des aliénés inscrites au budget du département de la Seine, pour l'année 1878, s'élève à 4,400,000 fr., supérieur de 400,000 fr. à celui de 1877, et s'applique en prévision à l'entretien de 7,304 aliénés assistés qui seraient répartis comme il suit :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Sainte-Anne	390	390	780
Vaucluse	361	361	722
Ville-Evrard	320	320	640
Bicêtre	600		600
La Salpêtrière	» »	700	700
Asiles de province	» »	» »	3,862
	Total.		7,304

qui, au prix de journée moyen de 4 fr. 55 c. coûteront 4,442,874,40. En 1876, la dépense s'est élevée 4,017,942,69.

MEURTRE COMMIS PAR UN ALIÉNÉ EN CHEMIN DE FER.

— Un assassinat a été commis aujourd'hui à la hauteur de Pique-Pierre dans un wagon du train qui part de Grenoble à 10 h. La victime est un sieur Pierre-Emile Avenier, âgé de 20

ans, né à Eybens, qui allait rejoindre son corps. L'assassin est un nommé Pierre Debladis, de Beauvoir-de-Marc, âgé de 45 ans, atteint d'aliénation mentale, que le maire de sa commune envoyait à Saint-Robert, accompagné d'un gardien.

Le crime aurait été commis dans les circonstances suivantes : Le fou se serait précipité sans provocation sur le sieur Avenier à qui il aurait lancé un coup de pied dans le ventre et qu'il aurait jeté mort sur la voie, le train étant en marche. Il aurait sauté ensuite et se serait fait une contusion à la main gauche. Aux cris du gardien, on s'est lancé à la poursuite du fugitif qui fut bientôt arrêté et mis à la disposition de M. le procureur de la République.

(Le *Réveil du Dauphiné* du 6 décembre 1877).

ENSEIGNEMENT CLINIQUE DES MALADIES MENTALES.

Asile Sainte-Anne. — M. le D^r MAGNAN a repris ses leçons cliniques à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 27 à 9 heures et demie du matin et les continuera les dimanches suivants à la même heure jusqu'au 31 mai inclusivement. — Les leçons porteront plus particulièrement cette année sur l'étude de l'*idiotie, des dégénérescences intellectuelles et des diverses formes de démence.*

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

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

PATHOLOGIE
 ———
 DES
DIFFÉRENTES ESPÈCES DE RÉMISSIONS

QUI SURVIENNENT DANS LE COURS
 de la
PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

Par le **Dr DOUTREBENTE**
 Médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard.

CHAPITRE PREMIER.

Nous n'ignorons pas que MM. Baillarger en 1855 et Sauze en 1858 ont déjà traité cette question avec une autorité toute spéciale ; malgré l'importance de leurs travaux, il nous semble que tout n'a pas encore été dit, que certains côtés de la question doivent être mis plus en relief et que, par suite, l'étude des rémissions, qui se produisent dans le cours de la paralysie générale, s'impose de nou-

veau et avec urgence à l'attention des médecins aliénistes.

Généralement admises par tous les auteurs, ces rémissions n'ont pas, je crois, été étudiées au point de vue de leur fréquence, de leurs variétés et de leur valeur sémiotique : une description plus complète de leur mode de production et leur démonstration clinique répétée permettront certainement, un jour, d'apporter des modifications précieuses dans la marche, les tendances et la terminaison d'une maladie regardée comme incurable.

Observe-t-on plus souvent qu'autrefois dans le cours de la paralysie générale *progressive*, ces temps d'arrêt, aussi singuliers qu'inattendus? Incontestablement, mais cela tient peut-être à ce que la paralysie générale est plus connue, mieux observée et plus rapidement traitée qu'autrefois. Il y a 30 ou 40 ans à peine, quelques médecins spécialistes seuls savaient reconnaître l'existence de cette maladie ; aujourd'hui, presque tous les médecins l'ont observée même dans les hôpitaux ordinaires et peuvent, dès le début du mal, conseiller aux familles les mesures d'isolement et le placement dans des établissements spéciaux. La paralysie générale n'est peut être pas, elle-même, plus fréquente qu'autrefois : les termes de comparaison faisant défaut, il ne nous est pas permis d'avoir une opinion arrêtée à cet égard. Tout ce qu'on peut dire c'est que connaissant mieux la paralysie générale que nos prédécesseurs, notre attention est plus souvent éveillée et notre esprit s'y arrête plus fréquemment.

Quoi qu'il en soit et pour notre faible part, nous avons quotidiennement l'occasion de constater de véritables pauses dans la marche d'une maladie réputée fatalement progressive. La rémission est un fait acquis, impossible à nier ; elle peut devenir pour le médecin traitant, et faute de mieux, une demi-solution vers laquelle doivent se diriger toutes les ressources de son esprit ; elle se produit, parfois, si

soudainement et dure, dans certains cas, si longtemps, que la plus grande réserve nous est imposée en présence d'un pronostic à prononcer.

Les rémissions déterminent dans la marche de la maladie des irrégularités, de véritables intermissions dont la durée peut varier de quelques mois à 25 ans et plus encore.

Il nous semble difficile d'établir des points de comparaison entre les rémissions des différentes formes de la folie et les rémissions que nous nous proposons d'étudier, par cette seule raison, tout d'abord, que les premières se produisent en dehors de tout travail pathologique connu, et que celles-ci, au contraire, correspondent, évidemment, à la suspension momentanée et partielle d'un ensemble de modifications morbides en voie d'évolution dans la texture intime des centres nerveux.

La paralysie générale ne pouvant se terminer d'une façon heureuse ou s'amender, tout au moins, on a donné le nom de *manie congestive* aux nombreux cas dans lesquels il fallait constater une disparition insolite et rapide des phénomènes congestifs qui caractérisent le début de la paralysie générale. Le plus souvent aussi, cette manie congestive précédait de quelques mois ou même de quelques années l'apparition d'une paralysie générale réelle et cette fois incurable. Cette opinion est-elle encore invoquée par son savant promoteur? La communication qu'il a faite récemment sur cette question à la société médico-psychologique ne nous permet guère d'en douter.

M. Baillarger, en effet, préoccupé des rapports intimes de la paralysie générale avec les vésanies, admet que les rémissions dans cette maladie sont dues à la guérison d'accès de manie ou de mélancolie qui présentent des caractères spéciaux et qui sont assez aigus, dans certains cas, pour masquer l'existence de la vraie maladie, la paralysie générale.

Ce savant aliéniste s'appuie sur ce fait clinique réel, à savoir : que pendant une période d'agitation spasmodique,

certaines symptômes, l'embarras de la parole et la débilité musculaire notamment, sont comme masqués par l'activité psycho-motrice fournie par les malades.

Il invoque aussi cet autre fait clinique aussi patent : que pendant la période d'affaissement on voit souvent s'accroître les phénomènes accusateurs de paralysie et de démence, symptômes essentiels de la paralysie générale.

Cette manière de voir trouvera certainement des partisans parmi ceux qui admettent l'existence de la *folie paralytique*, cette folie protéiforme qui peut, suivant les cas, devenir une manie, une mélancolie, une monomanie et enfin une démence paralytique. Nous professons à cet égard le scepticisme le plus complet : nous ne croyons pas à l'existence d'une forme de folie dite paralytique; nous ne comprenons plus les rapports de la paralysie générale avec les véanies; ces dernières appartiennent encore au groupe vague *des névroses* et la paralysie générale ne peut plus y être rattachée, depuis que nous en connaissons le processus morbide et les lésions anatomiques.

La paralysie générale ou encéphalite interstitielle diffuse est une *entité morbide* nettement caractérisée et *localisée*. Peu importe qu'elle s'accompagne de délire des grandeurs ou d'idées dépressives, la folie, si elle existe, ne se montre qu'à titre de complication : dans un grand nombre de cas, d'ailleurs, un simple affaiblissement intellectuel remplace l'aliénation mentale ; la présence de celle-ci n'est donc pas absolument indispensable.

Il convient de citer à l'appui de cette opinion, les faits publiés par M. Lunier en 1847 et 1849 (1). L'honneur d'avoir considéré la paralysie générale comme une entité morbide appartient certainement à M. Baillarger (2). Bayle, dès

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1849.

(2) *Ann. méd.-psych.*, t. IX, p. 334, 1847.

1822, avait bien établi que la maladie décrite par lui sous le nom d'*Arachnitis chronique* était constituée par deux sortes de symptômes concourant au même degré à caractériser une seule et même affection ; mais il en avait fait une espèce de folie (monomanie ambitieuse avec paralysie), tandis qu'en réalité, comme l'a démontré M. Baillarger, la lésion des facultés intellectuelles, chez les paralytiques, consiste avant tout et quelquefois même uniquement en un affaiblissement de ces facultés, la démence.

Telle est, aujourd'hui, notre manière de voir, et nous avons la persuasion qu'elle est adoptée aujourd'hui par la grande majorité des praticiens et notamment des médecins aliénistes.

Mais que dire de la *manie* ou de la *mélancolie*, dont on voudrait nous faire voir les rapports intimes avec la paralysie générale ? Connaît-on leur expression symptomatique, leur valeur sémiotique ? Sait-on si réellement elles forment une ou deux espèces de folie ? Peut-on les regarder comme des entités morbides ? Doit-on au contraire, à l'exemple de Morel, ne les considérer que comme des symptômes propres à certaines phases d'une maladie mentale à déterminer ?

Nous n'avons pas aujourd'hui à nous prononcer à ce sujet, nous nous contenterons de dire que, en présence de modalités pathologiques encore confuses, la manie et la mélancolie, nous pensons que la folie et la paralysie générale forment deux états morbides distincts, dont les traits d'union tendent de plus en plus à disparaître. Les auteurs du commencement du siècle observaient toujours la paralysie générale chez les aliénés et en faisaient un mode de terminaison de la folie. Peut-il en être ainsi aujourd'hui ? En un mot, la paralysie générale est-elle une maladie primitive ou secondaire ? M. Jaccoud (1) reconnaît une péri-

(1) *Traité de Pathologie interne*. Paris, 1877, 4.

encéphalite *primitive* et une *secondaire*. Cette dernière se rencontrerait dans la période d'affaissement des psychoses, mais pourrait survenir aussi dans le stade maniaque ou mélancolique. Malgré toute l'autorité qui revient, à si bon droit, au brillant professeur de pathologie interne de la faculté de Paris, nous ne pouvons admettre une périencéphalite *secondaire*. Il faudrait pour cela renier le progrès, revenir en arrière et ressusciter la théorie de la paralysie générale des aliénés.

Nous ne serons pas le seul à affirmer que la paralysie générale est une maladie primitive, qu'elle ne succède pas à l'aliénation mentale et qu'elle se développe de préférence chez des gens sains de corps et d'esprit, qui par la vigueur de leur constitution physique et morale paraissent défier les coups de la maladie.

Elle n'est pas héréditaire, du moins à la façon de la folie, et ne se rencontre pas habituellement dans les familles entachées d'hérédité morbide progressive spéciale à la folie. Elle a, il est vrai, une hérédité spéciale, une hérédité de tempérament (Lunier) : cette hérédité normale et non morbide, n'a rien de fatal, et dans les familles, où elle se produit dans plusieurs générations, on n'observe rien de comparable aux dégénérescences si bien étudiées et décrites par Morel dans les familles entachées d'aliénation mentale héréditaire.

L'influence héréditaire se fait sentir directement, elle ne progresse pas et ne se transforme pas ; de telle sorte que le fils d'un paralytique pourra devenir lui-même paralytique et que, par contre, le fils d'un dipsomane deviendra épileptique ou idiot. Comme exemple, nous croyons devoir citer l'observation de M. C**, capitaine d'infanterie, que nous avons soigné à l'asile de M**. Ce malade, atteint à 45 ans d'une paralysie générale par suite de chagrins et de travaux excessifs, était le fils d'un proscrit de décembre mort de paralysie générale ; ses aïeux paternels avaient succombé

dans un âge avancé à la suite d'hémorragies cérébrales.

Nous avons déjà dit (1) qu'une espèce d'immunité semblait accordée aux candidats à la folie, contre les éventualités d'une paralysie générale future; cette opinion exagérée se heurte contre certains faits, rares il est vrai; mais alors, en pareille occurrence, la paralysie générale tend à devenir chronique, rémittente et peut durer 10, 15 et 25 ans. Lorsque le premier, en 1870, nous avons émis cette idée, elle a paru paradoxale, sauf toutefois à MM. Morel et Lunier, qui à cette époque ont daigné me témoigner leurs encouragements. Une manière de voir qui repose sur l'observation de faits cliniques doit faire son chemin, elle ne tarde pas à rencontrer des adhérents; soumise à la Société médico-psychologique dans une récente discussion (Rapports de la paralysie générale avec les vésanies), par plusieurs membres de cette société savante, elle n'a pas soulevé d'objections, que je sache. C'est pourquoi j'en réclame la paternité, tout en remerciant MM. Lunier et Legrand du Saulle, dont le bagage scientifique est déjà si considérable, de ne pas l'avoir laissée tomber dans l'oubli.

Les adeptes d'une nouvelle science, la sociologie, dont le programme a été tracé d'une façon si lucide par le docteur Gaëtan Delaunay, auront certainement à proposer, comme mesure prophylactique, le célibat des êtres capables de faire souche d'aliénés, d'idiots et de dégénérés; ils n'auront, suivant nous, rien à craindre des paralyés généraux et de leurs descendants.

Si la paralysie générale a paru succéder à l'aliénation mentale, c'est qu'autrefois les symptômes physiques étant inconnus, passaient inaperçus; l'attention des observateurs n'était pas éveillée et se concentrait naturellement sur les troubles psychiques, si remarquables d'ailleurs, par leur

(1) *Thèse*, Paris, 1870, page 50.

intensité et leur variété infinie. Les phénomènes primordiaux qui caractérisent les troubles de la motricité sont, au début, difficilement appréciables ; mais chez les personnes adonnées à une profession qui demande beaucoup de précision et de dextérité, on remarque, bien avant l'apparition du délire, des indécisions dans les mouvements ou des erreurs de tact qui deviennent pour les malades des causes d'irritation sans cesse renouvelées. Je me rappelle avoir observé à l'asile de T*** pendant mon internat, un paralytique ayant exercé longtemps dans la ville la profession d'horloger : avant son entrée à l'asile et alors que personne ne songeait à l'existence d'une paralysie générale, cet infortuné laissait à chaque instant tomber les menus objets qu'il prenait avec une pince ; parfois aussi, il touchait avec ses instruments ou déplaçait telle pièce qu'il aurait voulu éviter ou laisser en place ; il s'emportait alors et brisait ce qui se trouvait sous sa main.

Que si, pour nous, les signes qui relèvent de l'ordre physique sont les symptômes essentiels de la paralysie générale, il n'en est pas moins vrai que les désordres de l'intelligence ont parfois un caractère particulier qui permet souvent à première vue de diagnostiquer la paralysie générale. Toutefois leur constatation n'est possible qu'en écoutant parler les malades, et alors, le frémissement des lèvres, le tremblement de la langue, l'hésitation de la parole viennent attirer l'attention de l'observateur au moins autant que les idées de satisfaction. Ces dernières, d'ailleurs, sont loin d'être constantes, au début du mal. Quelques auteurs ont, en effet, observé dans cette période un état de dépression qui peut, soit se prolonger, soit faire rapidement place au délire des grandeurs.

Pour la rédaction des observations qui seront produites à la fin de ce travail et que nous avons recueillies parmi les malades soumis à une observation journalière par plusieurs médecins et internes, nous avons formulé un questionnaire

aussi complet que possible, résumant tous les désordres qui surviennent dans les organes du mouvement, de la vie de relation et de la vie animale; leur disparition, leur absence ou leur amélioration nous ont permis d'établir des degrés dans l'importance de la rémission.

1^o Symptômes fréquemment observés : besoin exagéré d'activité; agitation spasmodique; hésitation de la parole; tremblement des lèvres; tremblement de la langue; tremblement des membres; raideur des membres; grincement des dents; mouvement de dégustation (Baillarger); inégalité des pupilles (Baillarger); pupille gauche plus dilatée que la pupille droite; contraction exagérée des pupilles (Baillarger); émission involontaire des urines ou des matières fécales.

2^o Symptômes rarement observés: déviation des sourcils et du sillon nasal (Lunier); déviation de la luette (Linas); strabisme (Esquirol); exophthalmie (Moreau de Tours).

En maintes circonstances, nous avons dû rechercher l'existence de l'anesthésie de la peau signalée par M. de Crozant, et dans l'observation 4 ce symptôme était le seul qui persistait encore dans un état de rémission complète durable.

Les troubles de la sensibilité spéciale, les hallucinations de la vue, les erreurs de tact, la dépravation du goût et de l'odorat disparaissent rapidement à l'approche d'une période de rémission, et dans un seul cas de rémission incomplète durable, nous avons vu persister les hallucinations de l'odorat.

Pour la constatation de l'inégalité des pupilles, il importe de tenir compte de l'état congénital et aussi du mode d'éclairage des appartements.

Tous ces phénomènes plus ou moins fréquents sont rapportés et décrits par M. Baillarger dans l'appendice au traité des maladies mentales de Griesinger. Mais en outre de ces symptômes déjà si nombreux, il en est d'autres encore d'une

importance certaine et que nous ne devons pas oublier pour en signaler la disparition ou la persistance dans les états de rémission. Bien avant que des mesures aient été prises pour empêcher le paralytique de nuire à lui-même ou à la société, on observera chez lui une modification sensible du caractère et des habitudes. Il devient querelleur, difficile à vivre, parfois soupçonneux et violent ; il perd toute retenue et tient des propos orduriers et obscènes. Dans quelques cas aussi, les paralytiques se livrent à des excès de toute sorte, qui font souvent contraste avec la régularité de leur conduite antérieure (Baillarger) ; citons notamment la masturbation à laquelle certains paralytiques se livrent avec fureur et sans se cacher. Très-souvent aussi on observe la tendance au vol. MM. Lélut, Baillarger, Legrand du Saulle, Brière de Boismont et Sauze citent ou rapportent de nombreux exemples de condamnations pour vols accomplis par des paralytiques généraux ; « j'ajouterai que des actes attentatoires à la morale, » ou que des outrages publics à la pudeur ont été parfois » punis avec sévérité et que leurs auteurs ont été dirigés sur » les maisons de détention (1). » Il est probable qu'au moment du jugement ces paralytiques étaient en rémission et ont paru alors responsables d'actes commis, antérieurement, sous l'influence de propensions instinctives ou d'impulsions morbides agissant en dehors du concours de la volonté.

CHAPITRE II.

On peut considérer dans la marche de la paralysie générale deux périodes, l'une dite congestive, l'autre dite de désorganisation. C'est pendant la première période que M. Calmeil a conseillé de recourir à un traitement curatif, car, suivant lui, le processus inflammatoire n'a pas eu le temps

(1) Legrand du Saulle, *Gazette des hôpitaux*, novembre 1866.

de s'affirmer, puisque la rougeur congestive ne dure que depuis quelques semaines. La durée de cette période congestive présente de grandes variations et peut certainement se prolonger beaucoup plus longtemps. Il est assez difficile d'admettre *a priori* la possibilité d'une guérison et même d'une amélioration sérieuse pendant la période de désorganisation ; mais comme nous voyons des rémissions se produire au bout de six mois et plus de maladie, on ne peut fixer de règles précises à cet égard. Pouvons-nous, d'ailleurs, en l'état actuel de la science, nous rendre scientifiquement compte de cette période congestive ? Les découvertes récentes des anatomo pathologistes ont permis de contrôler, d'affirmer et d'accroître les travaux de Bayle et de Calmeil ; la macroscopie et la microscopie se complétant l'une par l'autre, nous ont fait connaître les lésions anatomiques de la période de désorganisation. Que se passe-t-il pendant la période congestive ? Nous ne pouvons que faire des suppositions à cet égard : la rougeur congestive, le degré plus ou moins prononcé de rougeur ou d'anémie cérébrale constatés dans les nécropsies, ne prouvent pas la rougeur ou l'anémie pendant la vie. Les opinions sont partagées à cet égard et, suivant M. Regnard, ces lésions peuvent varier suivant la position du cadavre (1). L'encéphalite interstitielle diffuse, aujourd'hui admise, remplace la méningite de Bayle et la méningo périencéphalite de M. Calmeil ; doit-on, en présence de ce résultat, invoquer encore le processus inflammatoire des anciens auteurs avec son cortège de poussées congestives ? La sclérose cérébrale, résultat de la prolifération du tissu interstitiel (névroglie), ne commence à se produire qu'au bout d'un temps plus ou moins long ; elle est précédée d'une période préparatoire dite congestive, pendant laquelle la guérison est possible et les rémissions fréquentes.

Il nous paraît difficile de déterminer le moment où com-

(1) Regnard, *De la congestion cérébrale*. Paris, 1858.

mence la période de désorganisation ; elle semble résulter de l'accumulation des éléments de nouvelle formation venant dissocier par compression les cellules et tubes nerveux et prenant successivement leur place. La période dite congestive de longue durée permet l'explication des rémissions soudaines et tardives avec disparition rapide des symptômes graves de la paralysie générale. Pendant cette période, en comparant le cerveau à une éponge, il y aurait une sorte d'imbibition sanguine des centres nerveux, et, par suite, compression de leurs éléments anatomiques. Cette compression suffit probablement pour déterminer l'explosion des phénomènes qui caractérisent la paralysie générale au début : suivant le degré de tension et d'atonie des vaisseaux capillaires, on doit observer des symptômes plus ou moins intenses et en raison directe de la puissance de la compression.

Nous ne savons pas reconnaître la fin de la période congestive et le début de la période de désorganisation ; car il existe des phénomènes de transition communs aux deux périodes. Ces phénomènes intermédiaires, dont l'existence est forcée, rendent le pronostic difficile et incertain ; ils interdisent aux médecins traitants d'affirmer l'issue fatale et prochaine d'une maladie dans laquelle l'irrégularité de la marche, de la durée et de la terminaison surprend, étonne et confond.

Dans l'observation 2, nous voyons les symptômes de la paralysie générale marcher avec une rapidité surprenante, si bien qu'au bout de quatre mois le malade atteint de crises épileptiformes et plongé dans le marasme paraissait devoir succomber : la famille fut prévenue par dépêche télégraphique de venir assister le malade dans ses derniers moments. Aujourd'hui, cinquante jours après ce pronostic, le malade est dans un état physique et mental tellement satisfaisant qu'il est impossible de reconnaître l'existence de la paralysie générale.

Dans ce cas particulier, il est bien évident que la période de désorganisation a été évitée, elle ne peut être invoquée; les phénomènes ultimes de la paralysie générale peuvent donc se produire même dans la période congestive.

Si les rémissions qui surviennent dans le cours de la paralysie générale ont été admises par tous les auteurs, il n'en est pas de même de la guérison. Parmi ceux qui rapportent des observations de guérison, plusieurs se sont accusés d'avoir fait des erreurs de diagnostic. *Un pareil malade, diraient les uns, a été paralytique; donc la maladie persiste encore, puisqu'elle ne guérit pas. Ce malade, diraient les autres, n'a jamais été atteint de paralysie générale, autrement il ne pourra manquer d'offrir encore les signes de cette affection* (Baillarger).

Quoi qu'il en soit, en présence de certains cas bien avérés, M. Baillarger a cru devoir créer, pour éviter la confusion, une nouvelle espèce de *manie dite congestive*; cette maladie se termine habituellement par la guérison, alors que les malades avaient présenté les symptômes accusateurs d'une paralysie générale au début. En présence du refus des praticiens de reconnaître la réalité de certains cas de guérison, on ne pouvait mieux faire que d'enlever à la paralysie générale les malades qui avaient l'audace de guérir quand même. Nous nous déclarons incapable de faire le diagnostic différentiel entre la manie congestive et la paralysie générale au début, et nous ajouterons que, à notre connaissance, ce diagnostic se fait toujours après coup, c'est-à-dire après guérison ou décès. Pourquoi vouloir donner deux sens à une expression symptomatique toujours identique à elle-même? et puisqu'il se trouve dans la science des observations de paralysie générale terminée par guérison, pourquoi se refuser à y croire? Une idée théorique se discute, mais les faits s'imposent. Il nous semble pourtant bien naturel d'admettre que la manie congestive n'est qu'une paralysie générale au début et curable; s'il en est ainsi, l'état

congestif du cerveau et de ses membranes aurait une durée insuffisante pour permettre à l'inflammation de s'établir et de s'affirmer.

Dans la grande majorité des cas, nous n'assistons pas, d'ailleurs, à une guérison, mais simplement à une rémission plus ou moins accusée pouvant durer plusieurs mois ou même plusieurs années et en imposer pour une guérison (Linac). C'est dans la forme maniaque de la paralysie générale que se rencontrent le plus souvent les rémissions; mais alors ce qui a disparu c'est l'accès de manie (Baillarger). On peut croire, à bon droit, que cette fréquence est relative, qu'elle est due à ce que la forme maniaque est la forme la plus ordinaire et que, d'ailleurs, l'état maniaque est généralement symptomatique d'une paralysie générale à forme aiguë. En admettant cette manière de voir, on nous permettra de dire : *que dans la forme aiguë ou maniaque de la paralysie générale on observe fréquemment des périodes de rémission et quelquefois même la guérison.* Dans toutes les maladies, la forme aiguë et franche présente plus de chances de guérison qu'une forme subaiguë à début insidieux ou bâtarde.

Nous avons la facilité d'observer à Ville-Evrard un grand nombre de paralytiques récents; ces malades, visités d'abord à la préfecture de police par MM. Lasègue ou Legrand du Saulle et à Sainte-Anne par MM. Magnan et Bouchereau, ont dans leur dossier le diagnostic : paralysie générale ou démence paralytique; pas un n'est regardé comme atteint de manie congestive; quelquefois, cependant, après un séjour plus ou moins prolongé, nous voyons progressivement disparaître l'agitation, l'hésitation de la parole et le délire; le malade renaît à une vie meilleure, il raisonne, se souvient et souvent rit le premier quand on lui parle de ses conceptions gigantesques, dont il reconnaît alors tout le néant (*obs. 4, 2, 3*).

Les rémissions n'ont pas toutes le même caractère, ni la

même importance ; elles offrent à l'observateur des singularités et des contradictions apparentes ; nous avons essayé de les classer dans le tableau suivant, dans lequel il est facile de constater deux espèces de rémissions ayant chacune deux variétés.

Rémissions survenant dans la paralysie générale.

	<i>Momentanées</i>	Fréquentes.	
I. RÉMISSIONS INCOMPLÈTES.	} <i>Durables</i>	} Forme chronique.	} Rares.
		Forme circulaire.	
II. RÉMISSIONS COMPLÈTES.	<i>Momentanées</i> ou intermissions	Rares.	
	<i>Durables</i> ou guérison	Assez rares.	

I. — RÉMISSIONS INCOMPLÈTES.

Première variété, *rémissions momentanées*. — Ce sont évidemment les plus fréquentes, elles sont admises par tout le monde. Leur durée est fort variable ainsi que leur intensité ; elles peuvent se reproduire un grand nombre de fois chez le même malade.

Deuxième variété, *rémissions durables*. — Les plus bizarres, les plus insolites et les moins connues en raison de leur rareté ; leur durée ne peut être limitée à 10, 15 et même 25 ans. Dans un travail précédent (1) nous avons admis l'existence d'une hérédité spéciale pour la paralysie générale ; après l'avoir distinguée de l'hérédité de la folie, nous ajoutons : lorsque la paralysie générale se développe chez un individu prédisposé à la folie, en vertu des lois de l'hérédité morbide progressive, il y a lieu, dans ce cas particulier et rare, de considérer le paralytique comme atteint d'une maladie chronique et rémittente. Parmi ces

(1) *Thèse*, Paris, 1870.

malades, les uns deviennent chroniques d'emblée, présentent à peine de temps à autre quelques manifestations subaiguës sous l'influence de petites poussées congestives ; les autres au contraire ont de la double forme ou des phénomènes circulaires analogues à ceux qu'on rencontre chez les aliénés héréditaires. La folie paralytique à forme circulaire a été observée par différents auteurs et a fourni le sujet d'une publication spéciale à M. le Dr Fabre actuellement médecin en chef de l'asile de Bailleul (1).

II. — RÉMISSIONS COMPLÈTES.

Première variété, *rémissions momentanées* ou encore *intermissions*. — Elles se produisent assez fréquemment au début de la paralysie générale, c'est une véritable intermission de courte durée. « Le trait de lumière a été rapide, » mais il n'a pas été de bon aloi. Un éclair a percé des » ténèbres, mais pour ne projeter qu'un faux jour » (Legendre du Saulle).

En parlant des *intermittences* observées dans la paralysie générale M. J. Falret ajoute : « On est frappé d'étonnement en voyant des aliénés, en proie depuis longtemps » au délire des grandeurs le plus multiple et le plus incohérent, à l'agitation maniaque la plus violente, et à des » phénomènes de débilité musculaire déjà très-prononcés, » revenir, comme par enchantement, à un état presque » normal, reconnaître leurs erreurs, renoncer à toutes » leurs idées délirantes et recouvrer leurs forces musculaires. »

Deuxième variété, *rémissions complètes et durables* ou guérison. — Malgré des assurances contradictoires, nous l'admettons comme possible, en raison des cas authentiques rapportés par différents médecins spécialistes. Il y a dans

(1) *Ann. méd.-psycholog.*, mars 1874.

la science un certain nombre de faits qui permettent d'avancer que les grandes suppurations peuvent produire une dérivation salutaire, parfois suivie d'une guérison parfaite. M. Baillarger a vu des rémissions semblables se prolonger pendant deux ans et plus. Sur six cas, M. Legrand du Saulle a vu la rechute survenir quatre fois au bout de dix à onze mois, une fois au bout de dix-huit mois et une fois au bout de trois ans.

M. BILLOD (*Annales médico-psychologiques*, 1850, tome II, pages 608 et suivantes) cite un cas de guérison bien authentique, dans un travail intitulé : *Recherches sur la paralysie générale*; il rapporte avec beaucoup de détails ce cas curieux observé, il est vrai, dans une période peu avancée de la maladie. Dans une autre circonstance, il aurait observé un second cas de guérison assez durable pour persister encore au bout de huit années, et tout récemment un troisième cas, dans son service de Vaucluse, avec disparition complète de tous les symptômes; mais cette fois il n'y a pas, comme dans les faits précédents, la garantie de la durée.

M. BONNEFOUS (*Annales médico-psychologiques*, mai 1869) rapporte un cas de guérison de paralysie à la suite de bains prolongés, occasionnée, suivant nous, par une vaste suppuration consécutive à des brûlures considérables.

M. BOULLAUD (*De l'encéphalite*, 1820, page 88), un cas de guérison, chez une infirmière âgée de 46 ans, à la suite d'un vaste phlegmon de la région lombaire.

M. TRÉLAT, dans le répertoire des observations inédites (*Annales médico-psychologiques*, t. VI, 1845), un cas de guérison définitive chez une dame : à la suite d'une consultation avec Rostan, il y avait eu application d'un large séton à la nuque.

M. FABRE (*Thèse*, Paris, 1832), une observation de guérison, chez le sieur Louis Buffé, âgé de 47 ans. A la suite de contusions violentes ayant déterminé une fonte purulente de la jambe droite, Ferrus fit pratiquer l'amputation

de la cuisse par Murat le 26 juin 1830. Buffé sort guéri de tous ses maux le 6 sept. 1830.

M. LAFFITTE (*Archives cliniques des maladies mentales*, tome I, page 36), une observation de guérison à la suite de suppurations abondantes. Le malade est sorti guéri de l'asile de Blois le 13 juillet 1857. Le Dr Lunier, dans le service duquel se trouvait le malade, nous a affirmé qu'en 1870 la guérison ne s'était pas encore démentie.

M. COMBES (*Thèse*, Paris, 1858), une observation de guérison, après plus d'un an de maladie, à la suite d'un écoulement purulent par les deux oreilles.

BULARD, une observation de guérison, après deux ans de maladie, à la suite d'une fracture du tibia avec plaie pénétrante. Cette observation m'a été communiquée par M. Bulard en 1870.

BAILLARGER (appendice au *Traité des maladies mentales* du professeur Griesinger, Paris, 1869) :

— Page 613, une observation de guérison soutenue et persistant alors depuis treize ans.

— Page 614, une observation de guérison.

— Page 686, une observation de guérison, qui persistait encore cinq ans après la sortie, et survenue après une suppuration abondante, le malade ayant fait une chute violente qui avait rendu nécessaire l'amputation de la jambe.

— Page 693, une observation de guérison au bout de trois ans de maladie.

— Page 695, une observation de guérison, chez un malade dont la famille présentait trois cas de suicide.

— Page 699, une observation de guérison après cinquante-sept jours de maladie.

M. JULES FALRET (*Thèse*, Paris, 1853, page 113) cite une observation de guérison de paralysie générale au début.

MARCÉ (*Gazette des hôpitaux*, 1863), une observation de guérison soutenue pendant un an.

MOREL (*Annales médico-psychologiques*, 1858, page 388) rapporte *une curieuse observation de guérison* définitive après huit mois de maladie, à la suite d'une vaste suppuration fournie par un abcès du foie. « Trois ans après cette guérison, ce malade exerçait à Paris la profession de teinturier sur une plus vaste échelle, sans que sa raison ait souffert la moindre atteinte, sans que les phénomènes de la paralysie aient reparu. Tel est cet homme dont nous avons pronostiqué, non-seulement l'incurabilité, mais encore la fin prochaine. »

M. FOVILLE (*Annales médico-psychologiques*, 1858, page 378) cite *une observation de guérison*, à la suite d'un grand nombre de plaies sur le corps. Neuf ans après, l'ancien paralytique s'occupait encore d'affaires importantes avec succès.

M. DELASIAUVE (Voy. Baillarger, *loc. cit.* page 619), *une observation de guérison* complète après deux rémissions successives.

— Page 689, *une observation de guérison soutenue* après quinze mois de maladie.

— Page 690, *une observation de guérison* après sept semaines de maladie; on avait eu recours à l'emploi du séton et des ventouses.

— Page 691, *une observation de guérison* après quinze mois de maladie. Le retour à une santé complète persistait encore huit ans après.

BAYLE (*Maladie du cerveau et de ses membranes*, Paris, 1826, page 362), *une observation de guérison* complète au bout de huit mois de maladie. Le malade ayant perdu sa position par suite de son séjour à l'asile, tomba dans la tristesse et se suicida quelques mois après sa sortie de l'asile.

— Page 367, *une observation de guérison* après huit ou neuf mois de maladie.

FERRUS, *une observation de guérison* au bout d'un an de

480 DES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE RÉMISSIONS

maladie et qui a persisté pendant vingt-cinq ans (rapportée dans la *Thèse* du professeur Lasègue).

M. LUNIER, *une observation de guérison chez un vigneron de 38 ans*; la maladie paraît avoir été jugée par des sueurs abondantes; des escharres nombreuses s'étaient rapidement produites.

WILLIS (*de anima Brutorum*, pars secunda, cap. 9, historia, secunda, p. 192) rapporte l'observation d'un homme sujet aux vertiges depuis déjà quelque temps, et qui perdit successivement ses forces, les mouvements volontaires, l'intelligence et la mémoire; il était arrivé au dernier degré de la paralysie, lorsque, sous l'influence des cautères qui suppuraient abondamment, il recouvra peu à peu la mémoire et le mouvement. Six mois après, la guérison était complète; *et etiam num sanus vivit*, ajoute Willis.

J. DUBUISSON (*Traité des vésanies*, 1816, page 255) cite un cas de guérison de démence aiguë, qui est évidemment un cas de paralysie générale; il avait eu recours à l'application d'un séton à la nuque.

ESQUIROL (Delaye, *Thèse*, Paris, 1824) avait observé un cas de guérison de paralysie générale à la suite d'hémorroïdes spontanées. Ce fait démontre, ajoute Delaye, que la maladie dont nous parlons peut guérir.

(La fin au prochain numéro.)

CONTRIBUTION
A
L'HISTOIRE DE L'ÉPILEPSIE

DANS SES RAPPORTS
AVEC L'ALIÉNATION MENTALE

Par le Dr GARIMOND,

Agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier,
Médecin en chef de l'Asile privé du Pont-Saint-Côme.

(Suite et fin.)

Reste maintenant à examiner un autre mode d'hérédité, qui prend une importance particulière, parce que, tout à fait inattendu, il se passe sous nos yeux et que nous pouvons le reproduire à volonté. Des convulsions sont expérimentalement provoquées chez des animaux. Ceux-ci échappent à la gravité des lésions et continuent à vivre; ils se reproduisent et transmettent à une partie de leurs descendants des aptitudes épileptiques. Donc l'épilepsie expérimentale symptomatique d'une lésion, a conquis par l'hérédité le rang d'entité morbide essentielle. Ne nous hâtons pas d'accepter cette conclusion dans toute sa rigueur. Il s'agit, on l'a déjà compris, de l'expérience si connue de Brown-Séquard. Après la section de la moelle à diverses hauteurs, les petits animaux appelés Cobayes qui ont subi cette opération deviennent convulsifs. Il n'est pas même nécessaire que la moelle soit incisée : de simples piqûres déterminent une exaltation de l'excitabilité et par suite une hyperesthésie

et une augmentation de l'énergie des actions réflexes. Au bout de deux ou trois semaines, on peut, chez ces animaux, provoquer des convulsions en pinçant des parties déterminées de la face ou du corps. C'est surtout par la section des cordons postérieurs, entre la septième et la troisième lombaire, qu'on arrive à ce résultat. Des recherches plus récentes prouvent que l'on peut obtenir l'épilepsie expérimentale de diverses manières, en coupant ou sectionnant incomplètement le nerf sciatique, en opérant une fracture dans laquelle ce nerf est irrité. Les convulsions cessent alors dès que le cal est formé. Enfin, on peut produire une attaque d'épilepsie chez les Cobayes en leur frappant violemment la tête. L'apparition de la maladie n'est immédiate que dans ce dernier cas. Après la section du sciatique elle peut se faire attendre jusqu'au soixante-onzième jour. Les premières convulsions ne sont jamais nettes ni bien franches au début. Ce n'est qu'à la longue que l'attaque présente toutes les phases de l'épilepsie humaine : perte de connaissance, chute, état tétanique, asphyxie, convulsions générales et stupor. Certes ce sont des expériences qui prouvent la nature réflexe et symptomatique de l'épilepsie et dont il serait utile de se servir, mais le fait de cette transmission héréditaire semble venir contredire cette appréciation. Est-ce bien réellement l'aptitude convulsive seule qui est ainsi reproduite, ou simplement la condition matérielle du phénomène ? A force de détruire un organe chez un animal, de le torturer de diverses façons, on parvient exceptionnellement à former des produits ressemblant à leurs ascendants, et on rend ainsi permanents des caractères que l'on a intérêt à obtenir. N'en est-il pas de même des animaux dont on mutile la moelle ? Les nouveau-nés n'apportent-ils pas avec eux une partie de la lésion avec ses conséquences physiologiques ? La distinction n'est pas inutile, car dans cette dernière hypothèse l'épilepsie n'est rien dans la transmission. Du reste, a-t-on jamais vu la fonction se perpétuer sans l'organe ? Un

phthisique toussé: pense-t-on qu'il transmettra la toux à ses enfants sans le tubercule? Y a-t-il des raisons suffisantes pour scinder l'acte morbide, supprimer la condition organique et laisser subsister seule sa signification physiologique, et faire ainsi d'un état secondaire un type vivant de sa vie propre? Jusqu'à démonstration du contraire, il est permis d'en douter. Je n'ai point trouvé signalé l'état anatomique des Cobayes porteurs de l'épilepsie héréditaire; mais, à l'appui de mon opinion, je puis citer l'exemple suivant: « Dans beaucoup de circonstances, dit M. Poincaré, l'épilepsie provoquée par la section du sciatique, loin de se guérir, devient héréditaire. Les enfants des Cobayes naissent avec les pattes de derrière altérées dans leur nutrition (1). » Sur quoi porte l'hérédité? Est-ce sur l'épilepsie ou sur la lésion du sciatique et ses conséquences? La réponse ne me paraît pas douteuse et confirme en tout point ma manière de voir.

Voilà donc les trois modes de transmission: hérédité directe, hérédité indirecte, et celle par voie expérimentale, examinés avec soin et ne nous offrant aucune certitude au point de vue de l'existence de l'état morbide général épilepsie. J'ajoute qu'après toutes les discussions soulevées à ce sujet, M. Delasiauve (2) déclare que les faits produits n'ont pas modifié l'opinion qu'il a émise dans ces circonstances. Je ne reviens pas sur les arguments qu'il donne à l'appui de sa proposition et dont plusieurs ont figuré dans la discussion précédente, mais qui n'en acquièrent que plus de valeur par l'autorité du maître. Enfin (3) M. Lunier, sans rien affirmer, conteste les résultats numériques. Il croit, comme M. Delasiauve, qu'il est essentiel de distinguer les cas dans lesquels l'épilepsie existe seule et ceux où elle est dépendante d'une autre affection des centres nerveux. Cette

(1) Poincaré, *loc. cit.*, p. 85.

(2) Delasiauve, *Ann. méd. psych.*, 4^e série, t. XII, p. 123.

(3) Lunier, *Ann. méd.-psych.*, 4^e série t. XII, p. 124.

distinction est importante et de nature à modifier sensiblement les résultats numériques selon qu'on en tient compte ou qu'on les néglige. C'est en nous conformant à ces idées que nous arrivons à un résultat négatif.

Quoique la pathogénie soit surtout éclairée par l'étude des conditions héréditaires, on ne doit cependant pas négliger les faits actuels, ceux dont l'évolution se passe en entier sous nos yeux; nous n'en avons donc point fini avec l'étiologie, et en poursuivant notre examen, peut-être pourrions-nous concevoir des résultats autres que ceux qui se résument en une formule négative.

Nous ne cherchons pas à faire l'histoire de l'épilepsie en général; aussi laisserons-nous de côté la pathogénie des épilepsies réflexes, organiques et celles par empoisonnement. Leur étiologie est parfaitement connue et incontestée. Elles sont toutes symptomatiques de causes variables et nous n'avons pas à espérer de retrouver parmi elles l'entité morbide épilepsie. Nous devons au contraire nous occuper de ces convulsions constituant un groupe distinct, qui ne peuvent être classées à côté de celles que nous venons d'énumérer, dont la cause souvent ignorée laisse croire qu'elles pourraient bien relever de l'affection épileptique, état morbide d'une nature spéciale. Je suis loin de reculer devant l'examen de cette supposition, mais une conclusion de cette importance mérite d'être acquise par autre chose que par une simple hypothèse. Nous sommes en présence d'un groupe de convulsions dont la nature et l'étiologie nous échappent; nous n'avons dès lors droit à aucune affirmation, l'obscurité n'est jamais la lumière.

Si, plus tenaces dans nos recherches, nous parvenons à démontrer que ces épilepsies forment un groupe beaucoup moins compacte qu'on ne le croit et dont on peut successivement détacher des parties importantes, nous devons en conclure que celles qui ont échappé à notre analyse ne

constituent pas une classe séparée relevant de l'entité morbide spéciale épilepsie.

Le raisonnement comme l'expérience parviennent en effet à établir qu'il existe des épilepsies dites constitutionnelles, développées sous l'influence rhumatismale, scrofuleuse, ou herpétique, c'est-à-dire des convulsions qui sont sous la dépendance de ces états morbides généraux comme les manifestations sur la peau et sur les articulations, sont sous l'influence de l'herpétisme, du rhumatisme et n'ont dès lors qu'une signification symptomatique multiple. Nous l'avons déjà vu : MM. Foville, Moreau, Voisin, font une large part dans l'étude de l'hérédité à ces mêmes maladies, et ils y joignent le rachitisme, l'alcoolisme, l'aliénation mentale, la chorée, l'hystérie. Nous nous emparons de ces faits indéniables et nous ajoutons que cette influence, prouvée dans l'hérédité l'est encore sur l'individu isolé. Loin d'accepter l'interprétation qu'en donnent ces auteurs nous y puisons des arguments contre l'essentialité de l'épilepsie. On ne voit point pourquoi on invoquerait la transmutation morbide alors qu'il est tout simple de reconnaître dans le fait actuel ou héréditaire la présence de maladies diathésiques se manifestant sous leurs formes primitives et se localisant sur leurs tissus d'élection ou portant leur action sur le centre nerveux et amenant secondairement des troubles variés. Des faits de ce genre se passent certainement sous nos yeux et quelquefois leur analyse devient possible. Ceux qui ont admis l'épilepsie larvée seraient mal venus de contester une étiologie si simple et si rationnelle. Mais si je regarde comme indiscutable l'action des états affectionnels tuberculose, scrofule, herpétisme, il m'est difficile d'assigner le même rôle dans l'hérédité à la folie, à la chorée et à l'hystérie. L'aliénation mentale, c'est-à-dire le délire; la convulsion, le vertige et l'absence, c'est-à-dire la contraction tonique et chronique, l'anémie cérébrale et la syncope ne représentent qu'un côté de la maladie, la forme apparente

dont la cause est le plus souvent ignorée ; en signaler la présence seule appréciable chez les ascendants, sans essayer d'en pénétrer le mystère, ne peut servir qu'à constater que la race est condamnée aux localisations nerveuses sans aucune autre signification possible. Ces réserves posées dans les interprétations à donner à ces faits d'ordres divers, il faut reconnaître que l'expérience de chacun de nous vient confirmer la vérité des statistiques déjà citées. J'ai sous les yeux, dans une ville voisine, une famille, résumé malheureux de toutes ces conditions morbides : aïeul herpétique et scrofuleux, sans altération mentale ; même état morbide pour l'aïeule. Un frère est mort aliéné. Le grand-père de cette lignée s'unit à une femme scrofuleuse, il est lui-même très-herpétique, convert de larges plaques rouges et humides, et meurt aliéné. Cinq enfants lui survivent : un épileptique, un lypémanique, un scrofuleux, trois mariés sans enfants. Le scrofuleux s'unit à une femme dont la santé a été toujours mauvaise et qui, jeune encore, a été atteinte de paralysie : le mariage n'a pas amélioré la race : il y a eu des avortements sans nombre, un épileptique mort à 20 ans, un tuberculeux, un choréique qui a succombé en bas âge ; un jeune homme de 18 ans est seul jusqu'à présent bien portant. De pareils exemples seraient faciles à multiplier ; ils démontrent l'influence des maladies scrofuleuses et herpétiques sur les manifestations nerveuses variables dans des familles fatalement prédestinées. Les mêmes faits se produisent sur l'individu isolé. Les maladies constitutionnelles portent leur action sur les centres et déterminent la création de l'état nerveux dans le sens de la manifestation épileptique. « Toutes exposent plus ou moins aux névroses, disent MM. Ferrand et Vidal (1), les sujets qui en sont atteints » et ils ajoutent, « ce n'est pas directement

(1) Ferrand et Vidal, *Dict. Encycl. des sciences médicales*, t. xx, 4^{re} partie, 267. Art. Convulsion.

qu'elles provoquent des accidents convulsifs, mais bien par l'intermédiaire des lésions qu'elles déterminent dans les appareils chargés d'exécuter le mouvement. »

Il me serait difficile de donner des exemples suffisamment démonstratifs de toutes ces influences sur le système nerveux. La chronicité des épilepsies telles qu'on les retrouve dans les asiles souvent avec lésions organiques secondaires, en masque tout à fait l'origine; c'est donc forcément à la clientèle civile qu'il faut s'adresser; celle-ci n'appartient pas au domaine public et n'offre qu'un champ restreint d'observation.

Nous trouvons à l'appui de l'influence du rhumatisme des observations dues aux médecins d'eaux minérales. — On sait que quelques-unes d'entre elles sont réputées spécifiques pour le traitement de cette maladie et des différentes formes qu'elle affecte. « Or, dit M. Rotureau (1), parmi les névroses, l'hystérie et l'épilepsie sont celles qui se trouvent le mieux de l'usage interne et externe des eaux de Lamalou. Nous appelons l'attention sur quelques heureux résultats signalés par les médecins de ces stations. » Cet auteur émet cependant des doutes, tant ces faits lui paraissent surprenants. Le docteur Cardinal longtemps inspecteur à Lamalou n'a signalé, dans une pratique de six ans, que trois cas de guérison d'aura sans modification de la convulsion; mais ce praticien insiste sur la curation d'une foule de maladies nerveuses que l'on peut rapporter à la même cause, voire même des paralysies générales. La guérison de l'épilepsie par les eaux thermales de cette composition semble révéler la nature de l'affection qui préside à son développement. Du reste beaucoup d'auteurs modernes entrent dans cet ordre d'idées. M. Besnier (2),

(1) Rotureau *Dict. encycl. des Sciences méd.*, t. I, 4^{re} partie, 2^e série, p. 495. Art. Lamalou.

(2) Besnier. *Dict. encycl. des Sciences méd.*, t. IV, 2^e partie, p. 576, 3^e série. Art. Rhumatisme.

dans un article récent, tout en constatant la difficulté du diagnostic du rhumatisme cérébro-spinal, n'a aucune répugnance à en admettre la réalité. Il pense que l'on doit prendre en considération les faits bien observés analogues à ceux que M. Colin a décrits sous le nom de Rhumatisme cérébro-chronique et que M. Bourdon appelle du nom de Folie rhumatismale. Il rapporte la Chorée à une affection du même genre chez les enfants. Mais tout en admettant les désordres survenus par l'invasion de cette affection sur la moelle, l'auteur ne va pas jusqu'à se prononcer sur l'existence des névroses de cette nature : ce n'est qu'exceptionnellement et à l'état aigu que les convulsions épileptiformes réalisent à elles seules la part dominante de l'encéphalopathie rhumatismale.

M. Trousseau(4), dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, donne comme preuves des localisations cérébrales de ce genre, la migraine périodique, qui a tous les caractères du rhumatisme et qui disparaît sous l'influence d'une manifestation arthritique, et le vertige, rangé encore parmi les phénomènes produits par la goutte irrégulière. M. le docteur Berthier, dans un article sur la folie goutteuse, publié dans les *Annales médico-psychologiques*, cite à son tour un grand nombre d'auteurs qui ont rapporté des exemples de manie due à la présence de la goutte. Il ajoute que son influence sur les névroses convulsives n'a jamais été méconnue. L'épileptique de Van-Swieten dut sa guérison à la réapparition d'une goutte périodique. Morgagni raconte qu'un fils de goutteux avait des vertiges et des convulsions attribués à la même cause. Lanzoni assure qu'une femme sujette au mal caduc depuis vingt-cinq ans en fut délivrée par la goutte qui s'empara du pied gauche. Guilbert a constaté la chorée chez un homme affecté d'une goutte tophacée. Enfin, M. Legrand

(4) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 270.

du Saule (4) a été témoin d'un fait de haut mal, d'origine goutteuse et de plus héréditaire. M. le docteur Combal, dont la grande expérience n'est point favorable à l'idée d'essentialité des maladies nerveuses, a bien voulu nous communiquer le fait suivant. Un magistrat, jeune encore, est subitement atteint d'une maladie nerveuse dont les caractères alarmants ne sont bientôt plus douteux. Une épilepsie des mieux caractérisées et des plus fréquentes le force à abandonner son siège. Après plusieurs années d'un traitement infructueux, le malade vient dans le Midi. L'état s'aggrave et l'aliénation mentale en certains moments se joint à ce cortège effrayant. En interrogeant le passé du malade, on apprend qu'un rhumatisme depuis longtemps sans manifestations a précédé les convulsions. En présence de l'insuccès du traitement antérieur, on se rattache à cette idée, et une thérapeutique est instituée en ce sens. L'insuccès est complet pendant dix mois, lorsque tout à coup un gonflement articulaire survient et les convulsions disparaissent pour ne plus revenir. La démonstration est aussi claire que possible et si elle ne se répète pas plus souvent, c'est qu'il arrive que les localisations, après avoir duré longtemps, deviennent définitives en laissant des traces organiques qui rendent la curation tout à fait impossible.

La ténacité est surtout le caractère des maladies hérétiques, et il n'est pas de médecin qui n'ait présent à l'esprit quelque affection de ce genre contre laquelle il a constamment à lutter. Heureux quand ces manifestations normales presque physiologiques se portent à la peau où elles présentent de véritables dérivations. Il n'en est pas malheureusement toujours ainsi, et il est constant que souvent elles se détournent de leur voie naturelle pour évoluer sur les centres nerveux. La plupart des auteurs

(4) Legrand du Saule, *Société de méd. prat.*, 5 oct. 1865.

admettent, en effet, que la suppression des dartres est l'origine de beaucoup de troubles mentaux. Lorry, Poupert, Alibert, Vigaroux, Wilson, reconnaissent que l'herpétisme attaque les parties internes aussi bien que la peau et plusieurs signalent l'apparition de phénomènes graves. Anglada, Rayet, Gibert, Baumes, Devergie, se rangent à cette opinion et notent d'une manière particulière leurs rapports avec les maladies nerveuses. Tissot admet que celles-ci peuvent être dues à des éruptions répercutées. Biett insiste sur la succession et l'alternance des dartres et de certaines maladies nerveuses. D'après Rayet, leur suppression peut occasionner l'épilepsie, la folie, l'amaurose. Devergie démontre la fréquence des accidents cérébraux chez les enfants à la suite de la rétrocession de l'eczéma. Raymond, de Marseille, Tissot, Biett rapportent des exemples d'épilepsie de nature dartreuse (1).

Nous voilà donc fort de l'autorité du grand nombre et de noms les plus respectés pour étayer notre opinion. Il est cependant malaisé de donner des preuves directes et irréfutables, parce que l'herpétisme une fois localisé a une ténacité sans pareille, et que faisant partie de la constitution du malade, il se guérit difficilement, et parce que les faits sur lesquels on s'appuie se prêtent à des interprétations variées et discutables. Il n'est donc pas indifférent de rappeler que dans la statistique héréditaire, l'herpétisme ou du moins la scrofule, confondue sous le même nom, figure pour une large part d'influence dans la production de l'épilepsie. J'ajouterai les faits suivants : 1° une jeune dame avait été successivement atteinte de phénomènes graves du côté de la poitrine ; plus tard s'étaient déclarées des douleurs utérines ; enfin toutes ces manifestations douloureuses avaient

(1) Voir pour la plupart des ces renseignements le travail du docteur Caisso couronné à Bordeaux. — (*Des déviations de l'herpétisme*, in *Union médicale de Bordeaux*.)

cédé la place à une maladie convulsive de forme épileptique. Un ensemble de renseignements puisés à diverses sources, permit de penser que ces formes morbides successives étaient sous la dépendance d'une affection herpétique. Un traitement institué dans ce sens et des frictions vives faites sur la peau amenèrent l'éruption générale d'un eczéma impétigineux et aussitôt cédèrent les accidents. Cette éruption se renouvelant fréquemment par des poussées successives, fut d'une ténacité presque invincible. Elle finit cependant par céder à l'usage des eaux sulfureuses naturelles plusieurs fois répétées. 2° M. Voisin rapporte un fait emprunté au *Medical Times* (12 janvier 1867) : une jeune femme était atteinte depuis quelques années d'attaques épileptiformes. Elles se suspendirent sous l'influence du traitement par le bromure de potassium; mais en même temps il parut une éruption acnéiforme. Le bromure fut discontinué et remplacé par la liqueur de Fowler aux doses habituelles; dès que l'éruption cessa, des attaques semblables aux premières reparurent et la maladie progressa depuis cette époque (1). 3° Un jeune homme est atteint d'épilepsie depuis longues années. Aucune hérédité directe ni indirecte n'est signalée. Il est seulement fortement lymphatique et herpétique. Des convulsions caractéristiques éclatent à la suite d'une émotion morale vive, un saisissement occasionné par la peur. Les attaques sont complètes; ce sont de grandes crises arrivant à des intervalles irréguliers. Divers traitements sont institués, aussi rationnels que possible, le tout sans réussite. En désespoir de cause le malade est envoyé à des eaux salines et sulfureuses. Une première saison amène une suspension de la maladie pendant quinze mois; une deuxième saison procure une guérison complète.

(1) Voisin, *De l'emploi du bromure dans les maladies nerveuses*, Prix de l'Académie de médecine, 1874.

Il me serait possible de fournir encore quelques faits de ce genre : ils ne seraient que la reproduction, à quelque chose près, de ces dernières observations. L'épilepsie n'est, dans ces diverses circonstances, qu'une forme des maladies diathésiques; le raisonnement, l'opinion des auteurs les plus recommandables, les recherches sur les filiations héréditaires, les examens cliniques, tout concourt à prouver que le groupe des maladies convulsives dites constitutionnelles, reconnaît pour cause des diathèses variées dont l'analyse permet souvent de constater la nature.

Où maintenant pourrons-nous rechercher l'entité morbide épilepsie? M. le professeur Lasègue (1), dans un article récent, vient nous prêter son appui et nous fournir des explications que nous ne saurions trop apprécier. Pour lui, l'épilepsie vraie est caractérisée par son développement et ses lésions anatomiques; elle a toujours lieu avant la période de vingt ans : elle a une marche régulière, la première attaque survenant en pleine santé ressemble à la dernière. Si le délire, l'imbécillité, l'idiotie acquise se manifestent à sa suite, ce sont des complications qui tiennent à la convulsion, à l'action cérébrale, et ne font pas partie de la maladie. Elle n'est pas directement héréditaire; mais aussi elle n'est pas spontanée. Elle se retrouve dans les familles dont les ascendants sont comptés parmi les irresponsables, les idiots, les infirmes, les déclassés, ceux chez lesquels l'alcoolisme, la bizarrerie de caractère n'ont jamais fait défaut. Les mariages consanguins viennent prêter ici leur concours. Enfin quelquefois on n'a pu invoquer que l'hypothèse d'un accouchement laborieux. Voilà le tableau abrégé, tel que le reproduit M. Lasègue, de l'épilepsie vraie.

(1) Lasègue, *De l'épilepsie par malformation du crâne*. *Ann. médico-psyc.*, 1877, p. 164 et suiv.

Répond-elle à une entité morbide spéciale et essentielle ? Dépend elle de l'affection épileptique ? Pas le moins du monde. M. Lasègue, dont l'expérience est « aussi profuse que possible (1) », conclut que c'est une simple infirmité due à une malconformation du crâne. Celle-ci se révèle par l'asymétrie de la face avec déformation du trou occipital, etc. Elle est donc de cause organique, et la convulsion est symptomatique. On voit que, malgré les efforts de ceux qui s'occupent de ce sujet, nous ne pouvons nulle part retrouver l'épilepsie affective, entité morbide spéciale et essentielle. Par quel mécanisme saisissable à l'esprit, la scrofule, la tuberculose, le rhumatisme, l'herpétisme, les lésions organiques permanentes ou accidentelles, viennent-ils se traduire par la convulsion ? L'uniformité dans les manifestations, en même temps que la multiplicité des causes qui les produisent, prouve qu'il y a entre elles un lien commun, un point où elles aboutissent toutes, où elles se confondent et d'où émane la forme pathologique. Les notions acquises de toute antiquité désignaient le système nerveux central comme l'origine de l'épilepsie, mais avec assez de vague pour que des écrivains rapprochés de nous en aient fait une maladie cérébrale. Des études plus récentes reconnaissent qu'elle est due à une modification de la moelle et surtout de la protubérance et du bulbe. « On ne peut nier (2), d'après ses fonctions, écrivent MM. Ferrand et Vidal, que ce dernier organe ne soit le centre convulsivant par excellence, l'organe qui répond à la forme clinique la plus grave des accidents convulsifs, aux phénomènes épileptiformes. C'est un fait que les expériences de Kussmaul et Tenner ont mis

(1) *Loc. cit.*, p. 477.

(2) Vidal et Ferrand, *Dict. encycl. des sciences méd.*, t. XX, p. 246.

hors de doute et qui leur a permis d'appeler le bulbe du nom de *nodus epilepticus*. Tandis que ces auteurs ont vu les convulsions possibles encore après la section de la moelle cervicale, Brown-Séguard a observé qu'elles peuvent se produire même après l'ablation des lobes cérébraux et du cervelet dans leur totalité. D'où il est permis de conclure avec Axenfeld que le bulbe est le siège principal sinon exclusif de la modification pathologique que traduit l'attaque consulsive de forme épileptique. Ceci paraît encore confirmé par les troubles fonctionnels propres à l'attaque convulsive épileptiforme et en particulier par l'asphyxie, puisqu'on a pu dire des convulsions de l'épilepsie qu'elles sont asphyxiantes. En un mot, les troubles de la respiration d'abord, ceux de la déglutition, de la mastication, ceux de la parole, de la mimique faciale, qui appartiennent à l'attaque épileptiforme, peuvent être rapportés à une perturbation brusque, profonde, survenue dans le centre nerveux bulbaire. » Cette perturbation brusque et profonde est considérée par M. Brown-Séguard comme une simple augmentation du pouvoir excito-moteur. C'est à cette théorie, qui paraît la plus rationnelle, que l'on doit quelques idées nettes sur le mécanisme des convulsions.

Je ne puis entrer dans des développements à cet égard, mon sujet ne le comporte pas. D'ailleurs l'augmentation du pouvoir excito-moteur n'est qu'un des aspects d'une modification plus générale que je désigne sous le nom d'état nerveux et qui préside à l'éclosion des maladies des centres dont l'aliénation mentale, l'hystérie, la catalepsie, l'éclampsie, l'épilepsie ne sont, à mon avis, que des manifestations variables. Je le définis : « la part que prend le système nerveux à l'exercice de toute fonction active ou passive, part devenue illégitime par excès, insuffisance, perversion ou aberration ». Le système nerveux a des fonctions multiples ; il préside à la sensibilité générale et spéciale, à la contraction, au mouvement, à l'intelli-

gence et à la nutrition. Cette part d'action bien réglée correspond à l'état normal. Lorsqu'elle est modifiée en un sens ou en un autre, elle constitue un état pathologique qui permet toutes les manifestations qui se rapportent aux troubles de ses fonctions. Ceux-ci sont aigus et passagers, chroniques et durables; les perversions peuvent appartenir à l'ensemble du système, et alors les formes morbides se succèdent avec facilité ou bien elles sont localisées et restent plus longtemps les mêmes. Elles sont avec altération organique indiscutable ou simplement avec des changements dans la nutrition. Résultat de causes variées, cet état, toujours secondaire, ne paraît primitif que dans le fait héréditaire, qui lui-même n'est à son origine que très-secondaire.

Sans vouloir insister sur ces idées théoriques, ni résoudre toutes les questions qui s'y rapportent, n'a-t-on pas le droit de se demander si les modifications que j'appelle état nerveux ne seraient pas un véritable mode affectionnel. En les envisageant ainsi dans le seul cas douteux d'hérédité indirecte, nous retombons sous le coup des objections, déjà faites sur la transmütabilité des maladies scrofuleuses, herpétiques, etc. Ces affections morbides, en portant leur impression sur le système nerveux ou sur les parties en corrélation avec lui, créent une condition organique qui modifie les centres dans le sens de la production et de la manifestation épileptiques. Les vices de conformation, les malconformations du crâne de M. Lasègue, sont le résultat d'une pareille transmission, et lorsque les faits ne sont pas aussi bien caractérisés, on n'en est pas moins autorisé à admettre des altérations de nutrition telles que celles que l'on constate dans l'épilepsie héréditaire expérimentale chez les animaux qui naissent convulsifs avec atrophie des membres inférieurs. Dans ces cas, c'est un appareil incomplet avec fonctionnement morbide qui a été transmis. Du reste, c'est l'opinion de M. Brown-Séquard,

qui admet dans l'épilepsie des altérations de la nutrition. Je ne puis continuer cet exposé qui m'entraînerait trop loin ; je fais, si l'on veut, bon marché de ces idées théoriques et je me hâte de conclure.

L'étiologie pas plus que la symptomatologie ne nous permettent de reconnaître l'entité morbide épileptique. L'étude de l'hérédité, loin de prouver la transmission de l'espèce avec ses caractères, démontre, au contraire, que toutes sortes de maladies affectionnelles peuvent avoir pour conséquence l'épilepsie, l'hystérie, l'aliénation mentale. Elles portent leur action sur le système nerveux, modifient ses fonctions soit par des changements durables, soit par des altérations transitoires, mais qui n'en sont pas moins symptomatiques. Ce que l'hérédité démontre, l'examen de l'état actuel de nos malades le confirme. Le groupe des épilepsies dites constitutionnelles n'est pas plus épileptique vrai que les autres. L'analyse pénétrant dans les mystères de leur évolution établit que souvent ces épilepsies sont de nature rhumatismale, herpétique, etc., etc.; d'autres fois, tout à fait organique et sous la dépendance d'une lésion osseuse, et nous sommes réduit à déclarer que l'épilepsie vraie, entité morbide spéciale et essentielle, n'a jusqu'ici aucun droit à occuper une place dans le cadre nosologique. X

Après ce que nous venons d'établir, l'anatomie pathologique, le pronostic et la thérapeutique deviennent d'un médiocre secours pour la solution de notre problème.

Les altérations anatomiques sont peut-être aussi variables que le nombre des épilepsies ; bien rarement les lésions seront identiques. On ne pourrait trouver une apparence d'uniformité que dans les points mêmes où se réalise la convulsion, dans le bulbe et la protubérance. La différence des fonctions n'entraîne pas nécessairement après elle des différences appréciables dans l'organisation. La sensibilité, la motilité, les actes de nutrition, ceux de l'intelligence

s'exercent au moyen des mêmes tissus ou de tissus en apparence similaires. On comprend que des modifications en excès, en diminution, en perversion, n'entraîneront d'autres changements que ceux de la nutrition, qui ne sont point constatés par l'examen cadavérique. Il est certain qu'il y a une modification qui confère au bulbe et à la protubérance une fonction morbide éventuelle ; celle-ci échappe à nos moyens d'investigation et ne peut être admise que par une vue de l'esprit. Par conséquent il est jusqu'à présent impossible d'exposer la nature intime de ce changement, et nous n'avons qu'à noter la multiplicité des lésions des organes centraux ou périphériques qui provoquent la convulsion ou en établissent la condition préalable. Il est d'ailleurs inutile, pour notre sujet, d'insister sur ces détails. Ils n'ont aucune importance au point de vue qui nous occupe. La lésion organique n'est jamais primitive. Elle est sous la dépendance d'une cause antérieure ou bien d'un état morbide général. Dans le premier cas la convulsion est accidentelle, toute symptomatique. Dans le second, le problème se borne à savoir quelle est la nature de cet état morbide. Ce n'est point par l'anatomie pathologique que nous pouvons répondre.

J'en dirai autant du traitement. La thérapeutique, dont les succès sont si peu nombreux, ne permet que rarement de démontrer la nature de la maladie. Si l'analyse clinique bien conduite nous amenait à des résultats réels et presque constants, nous pourrions en retirer quelques conclusions ; mais ce sont de trop rares exceptions pour qu'elles fussent à elles seules pour établir une loi générale. Il leur faut l'appui d'autres données. Quand, au contraire, on abandonne les indications puisées surtout dans les antécédents du malade, on est obligé de se contenter de combattre directement l'état nerveux. Si un médicament spécifique était trouvé ; si, par exemple, le bromure agissait d'une manière certaine, analogue à l'action du sul-

l'usage de quinine dans l'intermittence, nous serions tenté de conclure de la spécificité thérapeutique à la spécificité d'affection. Il n'en est pas ainsi, et, dans l'une et l'autre hypothèse, il n'y a que quelques cas de guérison suffisants pour encourager le médecin, mais impuissants à eux seuls pour ces démonstrations théoriques.

Le pronostic, à son tour, toujours grave, quoique incertain, n'ajoute rien à ce que nous savons déjà. Quelle que soit la cause qui détermine la convulsion, celle-ci peut devenir durable, permanente et ne finir qu'avec la vie ; nous ne pouvons d'avance, même dans les cas les plus simples, nous prononcer sur cette durée avec certitude ; si nous arrivons quelquefois à une détermination de la nature de la maladie, ce n'est point le pronostic qui nous en fournit les éléments, mais au contraire il va puiser les données dont il se sert dans des études auxquelles il n'apporte aucun contingent.

Je maintiens donc mes conclusions : ni la symptomatologie, ni l'étiologie, les définitions adoptées pas plus que l'anatomie pathologique, la thérapeutique et le pronostic, ne nous donnent la notion de l'entité morbide essentielle épilepsie.

Nulle part peut-être l'opposition à l'idée de l'existence de cette affection n'a été nettement formulée. Elle paraît cependant ressortir des travaux d'hommes recommandables, et dont l'autorité ne serait pas à dédaigner. MM. Brown-Séquard, Vulpian, Poincaré, en considérant l'épilepsie comme un effet réflexe, ont par cela seul fourni des arguments contre la création de l'entité morbide épileptique ; mais ces auteurs n'ont pas eu l'intention de faire l'histoire de cette maladie à ce point de vue, et si cet aperçu peut bien rigoureusement leur appartenir, il n'est en aucun lieu nettement accusé. C'est dans les écrivains plus spéciaux qu'il faut aller à la recherche de cette notion. Tout

récemment M. Lasègue, dont les théories semblent avoir subi une évolution importante, admet que l'épilepsie vraie n'est pas une maladie ; elle est plutôt une infirmité due à un vice de conformation. Quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir sur ces recherches, il n'en résulte pas moins que, pour ce professeur, il ne doit point exister d'état morbide général épileptique, mais bien une malconformation avec convulsion symptomatique, d'une consolidation vicieuse des os du crâne. M. Lunier (1), qui envisage la pathogénie des maladies mentales à un point de vue élevé, croit à l'unité du lien pathologique qui unirait entre elles les diverses affections cérébrales dont les manifestations présentent le type intermittent ou périodique, telles que la manie intermittente, la folie à double forme, l'épilepsie larvée, le vertige épileptique, les crises épileptiformes de la paralysie générale. On reconnaîtrait certainement, si on les étudiait à ce point de vue, que ces affections, variables quant à la forme, procèdent d'une origine commune, l'excitation cérébrale, et ont leur point de départ dans un processus hypérémiqne de l'encéphale dont le siège et le degré établissent et expliquent suffisamment les différences symptomatiques.

Ce savant aliéniste reconnaît comme nous qu'il y a une modification nutritive siégeant dans un point variable des centres nerveux et que la physiologie s'efforce de déterminer. Elle tient sous sa domination les diverses formes morbides dès lors tout à fait symptomatiques. Mais on ne peut admettre l'hypérémie comme un fait initial ; il faut bien au-dessus d'elle rechercher les causes génératrices qui la constituent. C'est cet examen qui amène à reconnaître la multiplicité des espèces épileptiques et à leur assigner leur véritable caractère. Antérieurement à M. Lunier, en 1858, M. Bouchet ne considérait l'épilepsie que comme le sym-

(1) Lunier, *Ann. méd.-psych.*, t. X, 1873, p. 307.

ptôme d'une congestion cérébrale pouvant s'exprimer sous toute autre apparence phénoménale; et laissant cette analyse incomplète, il n'allait pas plus loin. Cette hypothèse, dit M. Delasiauve (1), impliquerait que le paroxysme, ayant revêtu le type maniaque, hallucinatoire, lyppémanique, pourrait se métamorphoser en accès épileptiques, alterner avec eux, ou ceux-ci, s'étant manifestés d'abord, s'y substituer ou s'y associer par des modes variés. L'aspect changeant des crises n'empêcherait pas l'unité morbide, à la condition, bien entendu, de regarder la congestion cérébrale comme démontrée et aussi comme le fait primitif initial ayant en lui-même sa raison d'être. M. Delasiauve n'ose point se prononcer. Le terrain, ajoute-t-il, est glissant. En quoi consiste le genre épileptique? A quel signe le reconnaître? Dans quel cercle en circonscrire les effets? Est-ce une névrose spéciale ou seulement une de ces expressions multiples et variables qui rattachent à une cause au fond la même, une foule de manifestations analogues, hystérie, catalepsie, extase, aliénation mentale.

A part ces quelques auteurs dont l'opinion est réservée ou hésitante, la plupart des aliénistes regardent l'épilepsie comme une entité morbide spéciale et essentielle et s'efforcent à produire des faits d'épilepsie larvée, sur laquelle ils m'admettent aucun doute. M. Lasègue, qui n'avait pas encore mis au jour son travail sur l'épilepsie vraie; MM. Billod, Berthier, J. Falret, Voisin, ne marchandent ni sur le nom ni sur la chose. Ils ne craignent pas d'en élargir le cadre. M. Legrand du Saulle y fait entrer plusieurs groupes de vésanies, qui ont jusqu'ici constitué des entités distinctes, à savoir les folies transitoires, impulsives et homicides. M. Billod incline à partager cette opinion et ne serait pas éloigné d'y rattacher certains cas de

(1) Delasiauve, *Annales méd.-psych.*, 5^e série, t. X, p. 297 et suiv.

manie intermittente, de folie circulaire, à double forme, opinion excessive qui finit par comprendre dans l'épilepsie larvée presque toutes les aliénations mentales à type aigu. C'est inutilement que MM. Baillarger, Lunier, Delasiauve, font des réserves, insistent sur la nécessité d'une étude plus suivie, doutent encore après l'examen de faits nombreux : le courant emporte les aliénistes et les pousse dans toutes les exagérations.

En présence de cette adhésion presque unanime, nous serions mal venu de conclure que l'épilepsie, entité morbide spéciale, n'existant pas, il n'y a pas de larvation possible. Il faut, avant de formuler cette conclusion logique mais extrême, tâcher de démontrer que, même en suivant la voie tracée par les aliénistes, on ne peut arriver à rien de précis et de concluant. On aura beau accumuler les faits, on n'en fera jamais ressortir que des groupes morbides dont les caractères artificiels refuseront de s'unir entre eux.

La démonstration de ces impossibilités non-seulement nous autorisera à rejeter l'idée d'épilepsie larvée, mais encore elle viendra confirmer quelques points de notre étude sur la nature de l'épilepsie.

Nous avons donc à rechercher quels sont les signes de l'épilepsie larvée et à apprécier si leur ensemble est suffisant pour la caractériser. M. Morel, dans son premier mémoire, au milieu d'une symptomatologie multiple, avait noté comme très-importants la perte de souvenir, l'instantanéité et la violence du délire, sa périodicité, les bruits éclatants hallucinatoires (1). M. Lasègue (2) y ajoutait la brièveté de l'accès délirant. Après la perte de souvenir, la disposition impulsive constituait un des signes les plus caractéristiques, d'après M. Billod (3). La rapidité, la sou-

(1) Morel, *Gaz. hebdom.*, 1860.

(2) Lasègue, *Ann. méd.-psych.*, t. IX, 5^e série, p. 160.

(3) Billod, *ibid.*, t. X, p. 299 et suiv.

daineté de l'accès, le défaut de connaissance, tout cela ne constitue-t-il pas une épilepsie larvée? ajoutait M. Berthier. Il suit de là que tous les faits qui présentent la perte de mémoire une fois l'accès terminé, la périodicité dans le retour, la brièveté dans la durée, doivent faire penser à une épilepsie larvée (1).

Tel est le programme qui, je le crains, n'est qu'un cadre préparé d'avance et copié sur la marche de l'épilepsie. Aussi les auteurs les plus enthousiastes, après avoir cité de nombreuses observations destinées à être la démonstration évidente de leur théorie, reconnaissent la difficulté du diagnostic. Les règles posées sont si peu suivies, que M. Fourn t a pu dire que c'est un diagnostic de sentiment. M. Billod reconnaît que l'histoire de l'épilepsie larvée est à faire. Les exemples présentés par M. Morel sont contestés, et M. Delasiauve (2) ne craint pas d'écrire, après avoir analysé toutes ses observations: « Significatifs dans leur ensemble, les symptômes indiqués ne sont ni constants ni irréfragables ». L'examen rapide auquel je vais me livrer n'est que le commentaire de cette opinion à laquelle je me range en accentuant davantage les conclusions négatives. Prenons chacun de ces faits en particulier.

Les mots *perte de souvenir* ne donnent pas une idée bien exacte du phénomène auquel on attache tant d'importance dans le diagnostic de l'épilepsie larvée. Il laisserait en effet supposer que la mémoire est atteinte comme lésion isolée et prédominante dans le cas de convulsion épileptique et de la folie qui la suit, absolument comme cela se passe dans quelques maladies chroniques, dans la paralysie générale par exemple: il n'en est point ainsi dans l'épilepsie. Ce n'est pas la mémoire qui est primordialement et exclu-

(1) J. Falret, *Ann. méd.-psych.*, 5^e série, t. IX, p. 162.

(2) Delasiauve, *Ann. méd.-psych.*, 5^e série, t. IX, p. 518.

sivement atteinte. Ce sont les éléments au moyen desquels elle s'exerce qui n'existent pas. Le trouble est général, il y a suspension de toute activité intellectuelle : pendant quelques instants l'organisme ne paraît plus en rapport de communication avec l'être intellectuel, il y a rupture momentanée de l'alliance du sens intime et de l'agrégat matériel, suspension des actes de l'intelligence et de la sensibilité morale ; il n'y a pas conscience, pas de perte de souvenir, mais plutôt absence complète. Lorsque après les vertiges, les convulsions se réitèrent, que le délire survient vague et peu accentué ou au contraire violent, furieux, instinctif, l'activité intellectuelle n'est pas encore pleinement rentrée dans ses droits ; elle n'analyse pas ses sensations, sa spontanéité est bridée, et, s'il n'y a aucun souvenir de tous ces troubles de l'organisme, c'est qu'il n'y a que des perceptions incomplètes. L'absence tient évidemment à la nature de la maladie, probablement à la congestion provoquée par l'attaque. Lorsque le délire survient en dehors de toute convulsion, il n'a plus la même raison de ne laisser aucune trace. Aussi les malades, une fois revenus à eux-mêmes, analysent-ils leurs sensations à moins qu'ils ne soient déments, paralytiques, ou que la fureur ait été si violente qu'ils aient perdu jusqu'au sentiment de leur propre existence.

Ici le manque de souvenir est dû à l'intensité du délire, de sorte que toutes les fois qu'on trouvera ce signe en dehors de la démence et de la paralysie générale, on peut conclure que la folie a suivi de près l'attaque ou s'est élevée jusqu'au délire furieux, aveugle et instinctif.

On conçoit, après ces explications, que, si ce fait est fréquent dans la folie suite de convulsions, il manquera au contraire bien souvent dans la manie aiguë survenue chez des malades soupçonnés d'épilepsie. M. Morel lui-même, dans ses observations destinées à édifier sa doctrine, oublie fréquemment de le signaler, et lorsqu'il en tient compte, six fois à peu près sur douze observations, une fois le souvenir

est simplement confus, quatre fois l'attaque épileptique antérieure est constatée ou soupçonnée, une fois le délire est aveugle et violent.

Les auteurs qui l'ont suivi dans cette voie ont été aussi impuissants que lui, dans leur œuvre de systématisation. En effet, si l'on cherche des exemples de délire épileptique en dehors de la convulsion, on court risque de ne rencontrer que des faits contradictoires. Je cite avec M. La-sègue (1) un maréchal ferrant pris d'un délire subit avec homicide, qui loin d'oublier, discute et invente un système pour se disculper. M. Legrand du Saulle (2) reproduit l'observation d'un nommé Thouviot que de concert avec MM. Berthier et Falret il regarda comme épileptique larvé. Après un assassinat exécuté sans motifs, il en donne les détails les plus nets et les plus précis. Les annales judiciaires toutes récentes contiennent l'observation du nommé Canard, épileptique délirant, presque idiot qui commet un parricide. Il se souvient parfaitement de toutes les circonstances de son forfait, il en donne les détails. Soumis à l'observation médicale des docteurs Hudellet, Pic et Louis, de Bourg, il est reconnu atteint de la forme la plus grave de la folie épileptique. L'acte inculpé ne paraît pas avoir été précédé de vertige ou de convulsion. Il a été exécuté froidement et conçu par avance et depuis longtemps : au contraire, dans la prison, il a été saisi d'un délire instinctif et aveugle, se jetant sur ses gardiens, mais cette fois après de nombreuses convulsions.

L'absence est en effet facile à constater toutes les fois que le vertige ou la convulsion a précédé le délire. X... a des vertiges, et il ne divague pas habituellement; ceux-ci s'étant réitérés, la folie survient. Il se précipite sur un officier à la tête de sa compagnie et cela sans motif. On le

(1) *Annales méd.-psych.*, t. IX, 5^e série, p. 452.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1877, n^o 33.

séquestre ; il proteste demandant sa liberté, ne pouvant se rendre compte des motifs de son isolement. Une seconde fois, toujours à la suite de nombreux vertiges, il s'échappe de chez lui, entreprend une course de longue haleine et ce n'est qu'au bout de deux jours que renaît en partie la lucidité de l'intelligence. Il reste méfiant, ombrageux, impatient de la rigueur des mesures prises à son égard, et au bout de vingt jours seulement, le délire tombe tout à fait. A coté de lui se trouve un épileptique atteint, à la suite d'une attaque complète, de délire bruyant avec hallucinations, et plutôt gai que triste. La crise convulsive revient plusieurs fois s'entremêler au délire qui finit par s'épuiser, les attaques s'étant suspendues. Le malade n'a qu'un souvenir confus de la période décroissante de sa maladie.

Ai-je besoin d'insister pour démontrer qu'à leur tour les accès de manie peuvent exister avec la perte de souvenir, lorsque le délire est instinctif et aveugle. Ici je suis obligé de me reporter à l'analyse du phénomène et de ses causes. Je n'ai que cette preuve à donner. Si je cite des faits de manie avec ce caractère, et ils sont assez rares, on pourrait répondre que ce sont des épilepsies larvées, quoique jamais la convulsion n'ait été constatée.

Il n'en est pas moins avéré que l'absence ou perte de souvenir n'est bien réelle que dans les cas de délire survenus après les accès. Elle est au contraire fort rare chez les épileptiques lorsque la folie survient en dehors des convulsions.

Que dirai-je de la *périodicité* ou plutôt de l'excitation périodique que M. Morel regarde comme un signe de larvation épileptique. M. Delasiauve (1) ne lui accorde qu'une importance relative, parce qu'elle est commune à d'autres vésanies. Elle est notée par M. Falret (2) et admise

(1) *Annales méd.-psych.*, t. IX, p. 522.

(2) *Ibid.*, t. IX, p. 462.

par la plupart des partisans de l'épilepsie larvée. Non-seulement, à mon avis, ce caractère est contestable, mais le mot est peut-être mal choisi. M. Delasiauve (1) reconnaît que la périodicité des accès épileptiques, qu'on a voulu rapprocher de celle des maladies larvées, n'est soumise à aucune règle; que le hasard semble présider à l'évolution épileptique. Il en est d'ailleurs de même dans toute aliénation mentale survenant par accès; il n'y a aucune régularité dans l'apparition, par conséquent pas de retour à des époques fixes, pas de périodicité, et simplement des intermittences.

C'est donc de ce dernier fait que les auteurs ont voulu parler; réduite à ces termes, la question est bien vite résolue. Quelles sont les aliénations mentales qui n'ont pas des rémittences et des intermittences? Toutes sont ou continues avec des moments d'exaspération ou intermittentes revenant par accès. C'est le caractère des manies à récives, celui bien plus marqué de la folie circulaire et d'une foule d'autres troubles mentaux qui n'ont aucun rapport avec l'épilepsie.

Un point saillant du délire épileptique est, dit-on, de reproduire à chaque accès les mêmes formes chez les mêmes individus. M. Morel en a fait un des caractères de l'épilepsie larvée. Il existe toutefois dans beaucoup d'autres circonstances et en particulier dans les folies circulaires.

R... n'a jamais eu ni convulsions ni vertiges; il est en observation depuis plus de vingt ans: deux fois par an, à des époques indéterminées; il est pris d'un délire qui varie en durée, mais qui revêt chaque fois les mêmes caractères, mobilité extrême, besoin de mouvement, sentiment exagéré de ses forces, de son intelligence, de sa position sociale, prodigue et avare en même temps. Esprit méfiant et pervers, habile à saisir le côté fâcheux de toutes choses,

(1) Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*, p. 79.

dénonciateur audacieux, irritable jusqu'à la fureur. En somme, malade peu agréable, mais qui devient bientôt doux et tranquille, honteux de ses folies, affectueux, triste à l'excès, reconnaissant qu'on veuille bien ne plus se souvenir de ses crises dont la durée est à peu près chaque fois de quarante jours. Nous pourrions citer bien d'autres exemples ; il suffit pour établir que pas plus que la perte de souvenir et la périodicité, cette apparition régulière n'est exclusive de la folie épileptique.

L'instantanéité, la rapidité, la violence du délire ne sont pas seulement des caractères de l'épilepsie larvée ; on les observe souvent lorsque le délire éclate après les convulsions, et on retrouve ce signe avec ses variétés dans une foule d'autres circonstances. J'ai sous les yeux plusieurs malades remarquables à cet égard. L'un d'eux est atteint d'exaltation religieuse avec hallucinations. Habituellement calme et tranquille, en d'autres moments il entre dans de véritables fureurs dès qu'on lui adresse la parole. Il s'agite, injurie, menace, ramasse de la terre à poignée à défaut de pierres jusqu'à ce que les gardiens viennent, non le calmer, mais le contenir. Un second malade, encore jeune, quoique aliéné depuis longtemps, a une incohérence sans pareille ; il ne dit pas trois mots de suite. Habituellement tranquille, on peut l'employer à quelques travaux du jardin, il suffit qu'une figure nouvelle lui apparaisse, qu'un mot qui ne lui convient pas lui soit adressé, pour qu'il entre dans la fureur la plus complète. On peut, presque à volonté, provoquer ce bref accès de colère. Il s'agite, frappe des pieds, menace du poing, s'emporte ; mais, comme il est poltron, tout cela se passe à distance des gardiens ; ne sachant qu'inventer dans sa rage, il jette son chapeau, défait sa veste, s'en débarrasse, court de tous côtés, mettant le poing sous le nez des malades inconscients. Cet accident est si fréquent, sa marche si régulière, que les gardiens savent ce qu'ils ont à faire. On ouvre la porte d'une

cour isolée et solitaire ; on appelle le malade qui, sans se laisser atteindre, faisant mille marches et contre-marches, finit par entrer dans ce lieu d'isolement. Il se calme presque aussitôt et quelques heures après il revient à la vie commune.

L'instantanéité et la rapidité du délire se retrouvent donc facilement en dehors de la folie épileptique. Il en est de même de la fureur ; celle-ci présente des degrés variables, et je dois reconnaître qu'elle est bien plus fréquente dans le délire convulsif, et que c'est là surtout qu'elle atteint le degré de violence qui va jusqu'à l'absence. Mais je fais cette restriction seulement en faveur du délire survenant immédiatement après l'attaque et dont les caractères tiennent non pas seulement à l'intensité mais à la nature de la maladie. En dehors et loin de l'attaque rarement ces caractères persistent.

Les *propensions homicides* et *suicides* ne sont pas non plus exclusives de la folie épileptique. J'ai connu un aliéné dont la maladie s'est terminée par la démence, qui jamais n'a eu de convulsions, qui avait tué pour tuer. Un autre, à certaines périodes d'une folie d'ailleurs assez innocente, se précipitait à tout instant la tête la première sur le sol au risque de se la briser. On était obligé de le garder non-seulement à vue, mais de très-près, pour échapper à ce qu'il appelait ses mouvements involontaires.

Un troisième maniaque halluciné, habituellement facile à conduire, a tout à coup, au moment de se coucher, pendant que l'on mettait sa chambre en ordre, saisi un balai, avec le manche duquel il frappait à coups redoublés sur la tête de son gardien, et ce n'est que grâce à sa force et à son agilité que celui-ci parvint à échapper à des accidents plus graves.

Enfin les *hallucinations terrifiantes* sont loin d'être constantes ; elles persistent souvent après les crises convulsives, mais elles peuvent manquer et appa-

raître dans des cas où jamais il n'y a eu de l'épilepsie.

Nous ne dirons donc pas avec M. Delasiauve : significatifs dans leur ensemble, mais bien plutôt insuffisants dans leur ensemble, les symptômes indiqués par M. Morel, acceptés par beaucoup d'auteurs, ne sont ni constants ni irréfragables. Si on les prenait pour guides, on risquerait fort de classer sous la même étiquette, et la folie circulaire, et les folies instinctives, et quelques formes de paralysie générale.

Les tentatives pour établir une classe particulière d'aliénation mentale se manifestant en dehors et en l'absence de toute crise convulsive et qu'on aurait dénommée épilepsie larvée, n'ont pas été jusqu'ici suivies d'un succès complet. Il ne devait pas en être autrement : toutes les fois qu'un malade n'a point donné antérieurement des signes certains d'épilepsie, on peut soupçonner, mais jamais affirmer la nature de son délire. Lorsqu'un diagnostic s'établit par le simple examen des faits présents, il est bien près de voir surgir des démentis, d'autant que lorsqu'il s'agit de larvation, on ne peut s'attendre à trouver des signes constants et uniformes.

La larvation ou masque n'est en effet qu'un aspect spécial de l'irrégularité pathologique. L'état morbide se cache derrière un ensemble de phénomènes qui ne lui appartiennent pas habituellement. Si la maladie est complètement larvée, elle ne reproduit aucun des aspects de sa forme ordinaire ; si elle l'est incomplètement, on retrouve quelques signes qui mettent sur la voie, mais sont insuffisants pour la certitude du diagnostic. On voit par là combien la symptomatologie est trompeuse, combien mal fondée est la prétention d'établir le diagnostic de l'état morbide par des signes uniformes, puisqu'en disant épilepsie larvée, on reconnaît que la maladie se cache et se présente sous un aspect qui ne lui est pas habituel et qui doit varier à l'infini.

Les études à ce sujet ne sont donc point arrivées à un résultat d'une certitude absolue, et il reste prouvé que con-

seulement la symptomatologie est insuffisante pour démontrer la réalité de cette entité morbide, mais, plus encore, qu'elle sera toujours impuissante pour une pareille détermination, puisqu'il est de l'essence des maladies larvées de prendre des masques divers et variés. Il ne résulte pas de là que certaines formes de folie n'aient des rapports avec l'épilepsie, mais que la périodicité, l'instantanéité, la perte de souvenir, la tendance homicide ou suicide, tous ces signes réunis ensemble ne pourront point caractériser ce délire. Il faut, disons-le avec M. Lunier, quelque chose de plus, que l'étude des antécédents peut seule donner. Un accès épileptique ayant précédé la folie, quelle qu'elle soit, fera plus pour en dévoiler la nature que toutes les symptomatologies possibles : conséquence importante en médecine légale et qui ne permet point de décorer du nom de folie épileptique une foule d'accidents dont la classification, par cela même qu'elle est indéfinie, ne doit pas faire la fortune de la larvation. Il n'y a donc point d'épilepsie larvée, mais bien, comme le veut encore M. Lunier, une folie épileptiforme ou simplement une folie avec épilepsie, et celle-ci ne peut être reconnue que lorsqu'elle a été précédée, immédiatement ou à distance, d'un accès épileptique. Ce serait s'en tenir à de bien vagues généralités que de se contenter d'établir cette succession symptomatique, sans tâcher de se rendre compte de la nature des rapports de la folie avec l'accès convulsif. Je dis de l'accès avec la folie, car s'il est démontré que l'épilepsie n'existe pas comme entité morbide spéciale, le problème se trouve réduit à la solution des hypothèses suivantes : 1° l'aliénation mentale dépend de l'influence prochaine ou éloignée, mais exclusive, des accès ; 2° elle se développe, au contraire, sous le coup d'influences multiples variables, parmi lesquelles l'épilepsie joue un rôle important ; 3° l'aliénation mentale survient comme une simple complication sans rapport aucun avec l'épilepsie.

Il ressort des théories modernes que le cerveau ne doit pas

être considéré comme le siège de l'épilepsie. Les phénomènes qui indiquent sa participation à la maladie sont secondaires par rapport à ceux qui se passent dans la région bulbaire (1). Donc le délire lui-même, quelque forme qu'il affecte, survenant immédiatement après l'attaque, n'en est que la conséquence, ne fait pas partie intégrante de l'épilepsie qui, dans quelques cas, n'a qu'un retentissement passager sur le cerveau.

Quel que soit, d'ailleurs, le mécanisme de la convulsion, il n'en reste pas moins établi qu'après l'anémie cérébrale incontestable du début, survient une congestion de degré variable suivant que l'individu n'a eu qu'une seule attaque ou une série non interrompue. C'est ce que démontre l'anatomie pathologique (2). Cette congestion modifie le fonctionnement cérébral et amène le délire, mais c'est tout ce que l'on est en droit d'affirmer. Sachant la forme des convulsions, leur nombre, leur répétition plus ou moins rapprochée, on ne peut prévoir la nature de ce délire, son intensité, sa durée. Plusieurs conditions se trouvent en présence; l'impulsion produite par l'attaque est variable. L'impression cérébrale dépend non-seulement du coup que reçoit l'organe, mais encore de sa disposition préalable, des états morbides généraux ou locaux qui ont porté déjà leur empreinte sur le cerveau. La cause même de l'épilepsie ne limite pas toujours son action au bulbe et à la protubérance. Elle peut primitivement et en même temps attaquer l'organe encéphalique. Souvent enfin l'épilepsie ne fait que suivre l'action des causes qui agissent sur le cerveau, la convulsion éclate et n'est qu'une sorte de choc et retour.

Un rhumatisme porte-t-il en même temps son impression sur l'encéphale et sur la moelle allongée, la convul-

(1) Voisin, *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, p. 618.

(2) *Ibid.*, p. 610.

sion, à son apparition, trouve l'organe de l'intelligence préparé à recevoir son impression. Une tumeur encéphalique dans les corps striés ou les couches optiques provoque, par sa seule présence, des attaques épileptiques, celles-ci à leur tour réagissent sur le cerveau disposé à ressentir leur impression par suite des troubles de nutrition déterminés par cet état local. Un individu reçoit un coup sur la tête et devient épileptique par une sorte de retentissement réflexe; la convulsion à son tour réagit sur le point d'où est parti l'étincelle, tout autant de conditions que nous pouvons analyser, mais non mesurer, pour les mettre en équation et en retirer une conclusion rigoureuse et prévue. Aussi est-il difficile de savoir quand le délire éclatera, et sous quelle forme il s'accroîtra, quelquefois permanent et chronique, d'autres fois transitoire et aigu. Le délire permanent, constituant ce que l'on appelle le caractère des épileptiques, se présente surtout lorsque la convulsion éclate dans le jeune âge, et que l'évolution cérébrale se fait sous l'influence constante des coups répétés, apportés par l'épilepsie. Il en résulte un arrêt de développement. D'autres fois, au contraire, celui-ci est primitif; l'individu est déjà idiot, et l'attaque n'est que la conséquence de cette infirmité, amenant à son tour des troubles nouveaux dans l'organe malade. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que les suites des accès, même réitérés, n'ont pas une marche en rapport avec le grand nombre de ces derniers. Il est, dit M. Delasiauve (1), des enfants qui, malgré la fréquence du mal caduc se développent de corps et d'esprit, parviennent à l'adolescence dans des conditions à peu près identiques d'intelligence et de force à celles de leurs camarades exempts d'infirmité, et lorsque les convulsions amènent des troubles intellectuels et sensitifs permanents, ce n'est pas toujours le type égoïste qui a été surtout signalé qui prédomine, mais

(1) Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*, 148, 163.

quelquefois un caractère tout opposé. Enfin le même malade suivant les moments peut présenter des formes différentes de délire, ce qui tend à prouver que la convulsion, tout en ayant une prépondérance incontestable ne s'exerce pas avec une même intensité, une fréquence égale, et qu'elle concourt au même but en même temps qu'une foule d'autres causes qui n'ont avec elle qu'une relation plus ou moins directe.

Le délire aigu survient aussi chez les épileptiques déjà atteints de délire chronique ou sains d'esprit. Il se présente à des époques indéterminées, nullement prévues, sous forme d'accès de manie simple ou de fureur. Le trouble intellectuel apparaît immédiatement après l'accès ou à une distance assez grande de celui-ci, pour que son action paraisse épuisée. Lorsqu'il se manifeste immédiatement après l'attaque convulsive, la relation de l'un à l'autre paraît évidente quoique la démonstration ne le soit pas autant. S'il ne se manifestait jamais qu'après les convulsions, on pourrait être rassuré à cet égard, mais il n'est pas rare de le voir survenir assez loin de leur moment d'apparition. Cependant la fréquence même de cette relation, le mécanisme de l'attaque en ce qu'il est connu, nous autorisent à penser que la convulsion entre pour une large part dans la production de ce phénomène. Il est assez rare de le voir éclater par suite d'une seule attaque. Elle semble insuffisante pour amener l'ébranlement cérébral; il est nécessaire que les effets s'accumulent par des efforts multipliés; on observe souvent des aliénés excités par une première crise, agités par une seconde, furieux à la suite d'une troisième. Il ne faut cependant pas croire que ce soient des règles absolues et sans variations; il arrive quelquefois, et cela dépend évidemment de l'état nerveux antécédent, qu'une seule convulsion est immédiatement suivie de délire et même de fureur. Les mêmes faits peuvent se reproduire avec de

simples vertiges. Quant aux absences, elles produisent plutôt la démence par leur répétition. Leurs coups répétés mais faibles ne semblent pas propres à la formation du délire aigu.

Il n'est pas tout aussi facile de reconnaître la part qui revient à l'épilepsie, lorsque le délire aigu éclate en dehors de l'attaque, c'est-à-dire sans qu'on puisse invoquer l'action immédiate de l'excitation ou de la congestion cérébrale. Cependant le problème se trouve simplifié par l'élimination d'une donnée, celle de l'action supposée de l'épilepsie, état morbide spécial. Reste donc à savoir si le délire est une complication accidentelle, sans lien avec l'épilepsie, ou au contraire s'il y a une relation et de quelle nature elle est. Il est évident que dans ce cas la convulsion n'est nullement provocatrice, le délire se manifeste sous une autre influence; mais il est bien difficile d'admettre que, lorsque les crises épileptiques se sont succédé, elles n'ont laissé aucune impression sur le cerveau. Chaque attaque amène une congestion telle que dans quelques cas, on suit la filiation depuis l'excitation simple jusqu'à la fureur. N'est-il pas dès lors présumable, lorsque la folie se déclare loin des accès; qu'une cause accidentelle est bien intervenue, mais qu'elle a trouvé des conditions toutes favorables créées par avance? De sorte que l'épilepsie a été une des causes de la prédisposition aux diverses formes de délire, mais on ne peut affirmer qu'elle ait eu une influence exclusive. Les maladies antérieures, l'hérédité de l'état nerveux, les diathèses diverses, ont contribué à créer cette prédisposition qui est devenue plus accentuée et s'est facilement prêtée à l'apparition du délire.

Resterait à élucider un point délicat. Pourquoi, dans quelques cas, le délire prend-il la forme de la fureur dite épileptique dans laquelle nous retrouvons quelques-uns des caractères assignés par M. Morel à l'épilepsie larvée? Le

problème n'est point facile à résoudre. Tout ce que l'on constate, c'est que cette forme est plus fréquente après les attaques que dans leurs intervalles ; qu'elle survient souvent chez les malades déjà aliénés et même chez des idiots. Elle semble dépendre de conditions organiques préalables, difficiles à analyser. On se trouve en présence de plusieurs facteurs parmi lesquels l'attaque convulsive joue un rôle prédominant, mais non exclusif, et nous ne pouvons mesurer cette part d'influence. Contentons-nous de conclure : la convulsion épileptique est en même temps une cause prédisposante et une cause provocatrice du délire, lorsque celui-ci la suit immédiatement.

Dans toutes les autres circonstances, elle n'a plus d'action provocatrice, mais elle conserve toujours dans la prédisposition un rôle tantôt exclusif, tantôt en concomitance avec des modifications organiques appréciables ou non, survenues sous l'influence de lésions locales ou d'états morbides généraux.

Pour être donc autorisé, lorsqu'un malade se présente atteint d'aliénation mentale, à déclarer que celle-ci dépend de l'épilepsie, il faut absolument qu'on ait constaté au moins un accès. Le diagnostic porté en dehors de cette condition, n'est appuyé sur rien de solide et devient une simple appréciation de sentiment. On est cependant en droit de soupçonner la présence de l'accès si le malade s'est livré à des actes de violence avec délire furieux, aveugle et instinctif ; mais on doit s'arrêter en ce point, jusqu'à ce que l'observation ait permis d'acquiescer la conviction de la présence de quelque manifestation épileptique. Le diagnostic ne pourra s'établir avec certitude que par cette donnée.

Nous concluons :

1° Le délire rapporté à l'épilepsie, sans avoir été précédé de convulsions, d'absence ou de vertiges, ne peut se conce-

voir qu'à la condition que l'existence d'un état morbide spécial de ce nom ait été démontré;

2° Or l'étude étiologique, la symptomatologie, le pronostic, les recherches d'anatomie pathologique pas plus que la thérapeutique, ne permettent de formuler cette démonstration;

3° Au contraire, les manifestations épileptiques paraissent être le résultat de causes variées, tantôt faciles à analyser, d'autres fois simplement soupçonnées et portant leur action sur le bulbe et sur la protubérance, dont elles modifient l'état nerveux;

4° Les études physiologiques modernes établissent que ce sont ces organes primitivement atteints, qui sont les véritables générateurs des phénomènes spéciaux désignés sous le nom d'épilepsie. Ce n'est que secondairement et par suite de la marche de la maladie que le cerveau participe à ce mouvement, et le délire ne fait pas nécessairement partie de l'attaque; par conséquent, l'épilepsie larvée, telle qu'on l'a admise, ne peut être démontrée;

5° Les auteurs qui, ne voulant pas s'intéresser à ces questions préalables, ont cru pouvoir se contenter d'une symptomatologie plus ou moins exacte pour établir la réalité d'une entité morbide nouvelle, ont complètement échoué. L'étude des symptômes ne peut d'ailleurs suffire à caractériser une maladie, surtout lorsqu'il s'agit de larvation, puisque celle-ci ne consiste que dans l'irrégularité pathologique;

6° Donc le diagnostic, que la symptomatologie seule égayerait, a besoin de s'étayer sur la pathogénie; or, remonter à l'origine du fait morbide, c'est rechercher l'existence de l'état morbide qui a présidé à son développement; et dans l'espèce c'est étudier l'épilepsie, maladie spéciale. Celle-ci n'existant pas à ce titre, ce que l'on a regardé comme sa conséquence a une tout autre origine;

7° L'aliénation mentale aiguë et chronique est commune cependant chez les épileptiques. D'après ce que nous venons

d'établir, elle n'a des rapports qu'avec l'accès dont elle peut être la conséquence. Celui-ci prend en effet part au développement de la folie, et il agit tantôt comme cause prédisposante et provocatrice, tantôt simplement comme cause prédisposante. Il est donc utile de signaler cette influence dans la classification des aliénations mentales ; mais comme elle n'est ni exclusive ni toujours parfaitement déterminée, je préférerais, au nom de délire épileptique, délire épileptiforme, celui de folie avec épilepsie.

Quelle que soit la valeur des conclusions que je viens de formuler, elles n'en sont pas moins une protestation motivée contre cette tendance trop générale de faire de l'épilepsie le pivot de toutes les aliénations mentales à forme intermittente. Elles auront peut-être pour résultat de forcer l'attention à se porter de nouveau vers un sujet délicat, dont les problèmes ardu ne peuvent se résoudre qu'en essayant de soulever un coin du voile qui nous cache les mystères de la vie.

OBSERVATION

DE

LYPÉMANIE

GUÉRIE PAR LA MUTILATION VOLONTAIRE
DES ORGANES GÉNITAUX.

Par M. le Dr SOLAVILLE,
Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Poitiers.

SOMMAIRE. — État mental caractérisé par un délire partiel avec prédominance d'idées religieuses : hallucinations de la vue et de l'ouïe, interprétation délirante, idées de possession et dispositions impulsives : le malade dit que Dieu lui ordonne de se couper les parties génitales.

Rouillard (Joseph), journalier, âgé de 34 ans, est entré à l'asile des aliénés de Poitiers, le 16 juin 1877. C'est un homme bien constitué, mais profondément anémique : figure pâle et attristée, cheveux noirs et abondants, physionomie sympathique.

Le début de la maladie remonte à un an environ, et paraît reconnaître pour cause le chagrin qu'il ressentit à la perte de sa femme qui succomba aux suites d'une affection de poitrine.

Rouillard nous raconte que depuis la mort de sa femme, il n'a pas cessé un seul jour de la voir et de l'entendre ; toutes les nuits elle lui apparaît et lui reproche de l'avoir fait mourir. C'est bien lui en effet qui l'a tuée ; aussi serait-il privé de la vue du Seigneur et ne devra point être enterré en terre sainte. S'il en gémit, ce n'est pas pour lui, mais pour sa famille. La nuit, le jour, il entend des voix qui lui

disent toutes sortes de mauvaises choses. Il s'imagine qu'il va être brûlé, « *qu'un équarrisseur va l'écorcher tout vif* ; » il l'appelle, il l'entend bien, car il ne le laisse pas un instant tranquille. Il est bien certain que le mauvais esprit est dans son corps, il est damné. Et pourtant, il n'a reçu que de bons conseils, il s'est confessé et n'a jamais fait de mal à personne ; seulement il croit bien qu'il a tué sa femme, *pour l'avoir trop aimée.*

Ces renseignements nous sont fournis par le malade dont nous n'avons fait que reproduire les paroles.

1^{er} juillet. — Rouillard est tout à fait inoffensif ; en dehors de ses convictions délirantes, il raisonne parfaitement ; il cherche à se rendre utile dans l'établissement ; il est peu communicatif, mais il se montre serviable pour tout le monde. Chaque matin, à notre visite, il appelle notre attention, nous prie d'avoir pitié de lui, de la triste position dans laquelle il se trouve et qu'il déplore « surtout à cause de ses enfants ». Il nous dit qu'il lui passe mille mauvaises pensées par la tête, qu'il essaie vainement de chasser. Il croit toujours qu'il va être brûlé, « et que ses enfants vont être *rouâtis.* » Il nous demande avec instance de lui faire l'*opération qui doit le guérir*, et Rouillard accompagne ses paroles d'un geste significatif.

Cet état se maintient pendant un mois, sans modification aucune, malgré le traitement institué : bains, douches froides, préparations ferrugineuses, etc., régime tonique, travail autant que possible. Le malade est convaincu que tant qu'il n'aura pas accompli les ordres qu'il a reçus d'en haut, il n'a pas de guérison à espérer.

1^{er} août. — Depuis quelque temps, Rouillard paraît moins absorbé par ses idées malades. Il travaille assidûment, mange de bon appétit et dort bien, après de longues nuits passées sans sommeil. Il se plaît à nous dire qu'il va beaucoup mieux, qu'il est entièrement débarrassé des folles idées qui lui traversaient l'esprit, et qu'il ne songe plus

qu'à retourner dans son pays, où il a hâte de revoir ses chers enfants.

6 août. — Ce matin, Rouillard s'est montré comme les jours précédents, le sourire sur les lèvres, lorsque nous l'abordons. Il ne semble nullement préoccupé, et rien sur son visage ni dans son attitude n'éveille notre attention. Mais à peine avons-nous quitté l'hôpital, que notre interne de service, M. Berland, nous fait prier de nous rendre immédiatement auprès de Rouillard *qui vient de se faire de profondes blessures.*

Voici ce qui s'était passé :

Rouillard, qui depuis quelque temps aidait le baigneur dans son service, avait saisi l'instant où cet homme était absent, pour s'emparer d'une mauvaise hachette servant à fendre le charbon de terre, et venait de se couper les parties génitales, avant que le baigneur, qui rentrait à ce moment, eût eu le temps d'arrêter son bras. Un flot de sang inonde le parquet et les murs de la salle. Le malade reste impassible. On le transporte sur son lit ; l'interne, aussitôt averti, parvient, non sans peine, à arrêter l'hémorrhagie, au moyen d'irrigations continues et de compresses d'eau froide.

A notre arrivée, le malade nous accueille presque en souriant ; il ne se repent point de ce qu'il a fait, *puisque cela lui était commandé* ; il ne devait guérir qu'à ce prix, il est content, la chose serait à refaire, qu'il recommencerait.

Le sang suinte à travers les pièces de l'appareil provisoirement appliqué, et que nous enlevons avec précaution. La plaie est horrible à voir, les bourses sont en lambeaux ; un testicule est complètement séparé des parties, l'autre est à moitié coupé, meurtri sous la hache et ne tenant plus qu'à un léger fil ; la verge n'offre plus qu'un moignon informe. Il est certain que si Rouillard a fait preuve de courage et de volonté, son bras l'a mal servi, et l'art devra intervenir pour parfaire l'œuvre commencée par une main inhabile. En attendant, nous remplaçons les compresses d'eau froide par

des gâteaux de charpie imbibée d'une solution de perchlorure de fer et maintenus à l'aide d'une légère compression. Mais cela ne fait point l'affaire du malade, qui nous demande en grâce d'achever l'opération et de laisser couler tout son sang. « De cette manière il mourra de sa bonne mort et il ira droit au ciel. »

A la visite du soir, le malade est assez tranquille ; mais il a fallu lui tenir les bras attachés, pour l'empêcher d'enlever les pièces du pansement. Pouls à 90, potion calmante.

7 août. — M. le professeur Jallet, l'habile chirurgien de l'hôpital général, dont le concours, chaque fois que nous l'invoquons, ne nous fait jamais défaut, est venu, ce matin, visiter notre malade. Après avoir mis la plaie à nu, fait la section des lambeaux de peau, il essaie d'introduire une sonde dans l'urètre, au milieu de ce gâchis ; et ne pouvant y parvenir, il se décide à pratiquer l'amputation de la verge au-delà des parties hâchées, et se contente de faire un pansement pur et simple, laissant à la nature le soin d'éliminer les parties mortes et de régulariser la plaie.

Pendant ce temps, le malade semble étranger à ce qui se passe autour de lui, il n'accuse aucune douleur. Cette insensibilité qu'on pourrait appeler, selon M. le docteur Billod, anesthésie de cause morale, se remarque souvent chez les aliénés, et principalement chez ceux qui attendent à leur vie ou se mutilent. N'en a-t-on pas vu se mordre les lèvres jusqu'au sang, se couper la langue avec les dents, se manger les doigts, etc., sans manifester la moindre douleur ?

8 août. — Délire pendant la nuit. Ce matin, le malade est pâle, abattu, pouls faible. — Eau vineuse. Diète.

9 août. — Face amaigrie, pouls très-faible. Le malade ne se plaint pas, mais il cherche toujours à arracher les pièces du pansement, disant « qu'on a grand tort d'empêcher son sang de couler ». On est obligé de lui maintenir les bras attachés. — Bouillons, eau vineuse. Dans la soirée, 120 puls., légère agitation.

10 août. — Le malade est très-abattu ; pouls à 96 ; anorexie, constipation. Huile de ricin, 25 grammes.

11 août. — On change le pansement ; et la plaie, qui du reste a bon aspect, est recouverte de charpie cératée. En retirant la sonde on remarque un peu de pus à l'orifice de l'urètre. Le malade est très-affaibli et refuse les bouillons qu'on lui offre. Le purgatif administré hier a produit deux selles abondantes. La fièvre persiste avec exacerbation. Le soir 120 puls. Sulfate de quinine, 0,50.

12 août. — Même état.

13 août. — En retirant la sonde pour la nettoyer, il sort du pus, comme la première fois. La plaie va aussi bien que possible. On parvient à faire prendre au malade un peu de bouillon et de vin, mais il est toujours dans le même état de prostration. Léger délire pendant la nuit.

18 août. — L'état du malade s'est peu modifié. La fièvre n'a point cessé, les nuits sont agitées ; le pouls est à 108 le matin, et à 130 puls. le soir. Soif vive. Les pansements sont renouvelés tous les jours ; une certaine quantité de pus s'échappe du canal, chaque fois que la sonde est retirée. Sulf. de quinine. Tisane d'uva ursi.

20 août. — Légère amélioration : le malade a dormi une bonne partie de la nuit. Le délire a disparu ; la peau est moins chaude, le pouls moins fréquent. Le malade prend un peu de nourriture ; les urines chargées et brunes contiennent toujours un peu de pus. Bi-carbonate de soude, 2 grammes dans un pot de tisane.

25 août. — Un changement notable s'est produit dans l'état du malade. La température et le pouls ont baissé considérablement. Plus de fièvre, les nuits ont cessé d'être agitées, le facies s'anime, l'appétit revient. Rouillard ne semble plus sous la domination des idées qui l'obsédaient, du moins il n'en parle plus, et nous nous gardons bien de réveiller chez lui des conceptions malades, prêtes à éclater peut-être. La sonde maintenue à demeure jusqu'à ce jour, est définitivement enlevée.

30 août. — L'état du malade est de jour en jour plus satisfaisant. Le visage se colore, le sommeil est bon et la fièvre a complètement cessé. La plaie est en bonne voie de cicatrisation.

La convalescence se poursuit sans encombre, et toutes les fonctions de la vie organique s'accomplissent régulièrement. La situation mentale a suivi la même progression. Rouillard, que nous évitions, autant que possible, de rappeler au sentiment de sa déchéance, ne s'en montre point excessivement affecté. Il n'a jamais, dit-il aujourd'hui, beaucoup recherché les plaisirs sexuels, et ce ne sera pas pour lui une grande privation de se passer de femme. Peut-être aussi l'absence de ces nobles attributs de l'homme, qui le rendent propre à la reproduction de son semblable, explique-t-elle, chez notre pauvre malade, cette accalmie du sens génésique.

Quoi qu'il en soit, Rouillard n'est plus ce qu'il était avant son aventure ; et la satisfaction peinte aujourd'hui sur son visage contraste d'une manière frappante avec sa physionomie attristée d'autrefois.

Bientôt il va nous demander à retourner dans son village, pour y reprendre ses travaux, et retrouver ses enfants qu'il est impatient de revoir. Néanmoins, nous croyons devoir le garder quelque temps encore ; le malade y consent de bonne grâce.

Mais, le 15 octobre, rien ne s'opposant plus à sa sortie, Rouillard, incomplet mais content, quitte l'asile entièrement guéri de sa blessure et de sa folie.

RÉFLEXIONS. — Les cas d'aliénation mentale jugée par une maladie incidente, par des lésions graves, accidentelles ou provoquées ne sont pas rares ; et la science nous en fournit des exemples en assez grand nombre, mais qui n'enlèveront rien, je crois, à l'intérêt que notre observation peut offrir

Résumons-la :

Rouillard est un très-honnête homme, d'intelligence

ordinaire et de conduite irréprochable. Il ne saurait nous dire s'il y a eu des aliénés dans sa famille. Au bout de quelques années de mariage, sa femme meurt, lui laissant deux enfants, et il s'imagine que c'est lui qui l'a tuée par ses excès amoureux. A dater de ce moment, le sommeil le fuit, il est sous l'empire d'hallucinations étranges et même d'impulsions suicides. Kouillard s'est mis dans la tête qu'il doit aux mânes de sa femme le sacrifice de ses organes génitaux. Il profite de la première occasion pour mettre à exécution le projet qu'il médite, et, l'acte accompli, le voilà guéri de sa folie. Après l'expiation, le salut.

La guérison obtenue est-elle de cause physique ou morale ? Doit-on l'attribuer à la lésion traumatique, ou bien n'est-elle que l'effet de l'imagination ? Peut-on la rapporter à la joie ressentie par le malade et qu'il ne cherche point à cacher, en voyant atteint le but qu'il poursuivait depuis longtemps, semblable à cette sorte de détente qu'éprouve, après son crime, l'épileptique meurtrier ?

Peut-être est-elle due à l'action combinée de ces deux causes.

L'EXTATIQUE DE FONTET⁽¹⁾

Par M. le D^r BOURDIN

Les grands événements, je veux dire ceux qui sont assez puissants pour ébranler la société humaine, produisent parfois des effets qui retentissent jusque sur la pathologie. L'histoire en montre des exemples fréquents.

Quand la société est troublée, la pathologie se met à l'unisson. C'est particulièrement dans le système nerveux que l'on observe, comme dans un miroir fidèle, l'image des événements qui agitent la conscience et jettent, hors des voies normales, l'entendement proprement dit et le sentiment moral du juste et de l'honnête.

Arrivée à ce point, la société, naviguant sans boussole, est exposée aux plus grands écarts. C'est alors que se montrent ces névroses extraordinaires, types étranges que le peuple accueille avec une foi aussi aveugle que sincère, frêle et fragile piédestal de ses espérances. C'est alors qu'apparaissent ces névropathies en apparence insensées et absurdes ainsi qualifiées peut-être parce qu'elles mettent en déroute les savants et la science dont ils sont amoureux.

Ces quelques réflexions préliminaires me sont suggérées par un fait dit d'extase observé sur Marie Bergadiou, par MM. les docteurs H. Mauriac et E. Verdalle, rédacteurs de la *Gazette médicale de Bordeaux*, lesquels ont publié un

(1) *Étude médicale sur l'extatique de Fontet (Gironde)*, par les D^{rs} E. Mauriac et H. Verdalle, rédacteurs de la *Gazette médicale de Bordeaux*. Broch. in-8° de 64 pages; Paris, 1875; chez Germer Baillière.

récit détaillé de la visite faite par eux à l'extatique de Fontet (Gironde).

Marie Bergadieu, dite vulgairement *Berguille*, est née en 1829. Mariée à l'âge de 21 ans, elle quitta ses parents pour suivre son mari. Elle eut plusieurs enfants, qui tous moururent, à l'exception d'un fils. En 1874, elle perdit uné fille qu'elle aimait beaucoup. Elle fut très-affectée de cette mort.

Dès l'âge de 15 ans, Marie Bergadieu donna des signes d'hystérie. A 30 ans, elle était hallucinée. A plusieurs reprises on la vit, pendant la nuit, une fourche à la main, poursuivant le diable qui ne cessait de l'obséder. Sa fille morte lui apparaissait presque toutes les nuits.

Au mois d'avril 1873, elle présenta les premiers symptômes d'une gastralgie opiniâtre, considérée par le vulgaire comme un *cancer* de l'estomac, qui, disait-on, aurait été subitement guéri par l'usage de l'eau de Lourdes.

Le 27 avril de la même année, après la guérison du cancer, eut lieu la première vision de la Vierge. A partir de cette époque survinrent des crises d'extase qui, au 19 mars 1874, avaient atteint le nombre de 37. Indépendamment de ces crises, elle paraît avoir eu des accidents se rattachant à la léthargie proprement dite.

Les crises d'extase ont presque toujours été annoncées à l'avance. Ces crises se produisent ordinairement à l'heure et au jour prédits. Il n'en a pas été de même de certaines prédictions concernant la politique et la religion. Celles-ci ne se sont jamais réalisées. Les prophètes d'occasion mettent la main dans un sac qui contient beaucoup plus de mauvais que de bons numéros.

Nous arrivons à la crise du 11 juin 1875, qui a eu pour témoins un avoué de Bordeaux, un négociant de la Réole, M. le D^r Tronche, de Meilhan, un Parisien dont on ne donne ni le nom, ni la profession ; enfin MM. Mauriac et Verdalle, les auteurs du récit.

Marie Bergadiou est couchée dans un lit, ses yeux sont ouverts, mais le regard est indécis ; elle répond assez correctement aux questions qu'on lui adresse. Elle se plaint d'une douleur de tout le corps. Cette douleur est plus vive, dit-elle, à la paume et au dos des mains, à la plante et au dos des pieds, au côté droit et enfin au front. Des pressions assez fortes exercées à l'insu de la malade, sur les points ci-dessus spécifiés, paraissent ne pas augmenter la souffrance. Interrogée sur ses visions, elle répond qu'elle voit Jésus-Christ et sa passion. Elle ajoute qu'elle entend des voix qui la dirigent dans sa conduite et dans ses paroles.

A une heure trois minutes, l'extase commence. Le regard devient fixe; la pupille, un peu dilatée, se contracte sous l'influence de la lumière. Les lèvres remuent, on dirait que la malade murmure des prières. Les membres sont raides, se laissant pourtant fléchir sans trop de difficulté, puis, abandonnés à eux-mêmes, se redressent brusquement. Trois minutes se passent. Les yeux, toujours largement ouverts et fixés en haut, deviennent rouges et larmoyants. A une heure huit minutes, la tête s'incline sur l'épaule gauche. Une minute après, la malade se soulève et s'agenouille sur son lit. Alors commence l'exercice du *Chemin de la croix* qui dure trente-six minutes. A la fin, Berguille se retrouve dans la même position qu'au début de la crise.

Dans le cours de cet exercice, les bras s'agitent en tremblant comme à la suite d'une fatigue prolongée. L'odorat est obtus, ainsi que l'ouïe. La pupille reste un peu contractile ; le clignement des paupières est assez fréquent. La peau paraît insensible aux piqûres et aux pincements. La malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. Est-ce parce qu'elle n'entend pas, ou parce qu'elle ne veut pas parler ? on ne sait. Il survient un certain mouvement de déglutition qui devient de plus en plus fréquent et qui se suspend un instant quand on place sous le nez un flacon contenant de l'ammoniaque liquide concentrée.

Deux phénomènes doivent particulièrement fixer l'atten-

tion. Au début de l'accès, la température des extrémités s'abaisse sensiblement. « La main et les pieds sont pâles et » froids comme du marbre, tandis que la face et le cou sont » chauds et injectés. » Le pouls donne, à l'origine, de 62 à 72 pulsations à la minute. Il s'élève rapidement à 80, puis à 84 et enfin à 100 pulsations. Cette accélération progressive se produit dans l'espace de trente-sept minutes.

Après l'exercice du *Chemin de la croix*, la scène change ; le *crucifiement* commence. « La malade se rejette en arrière, » se couche sur le dos, étend les bras de chaque côté, et » demeure immobile. »

A ce moment les yeux sont fermés et semblent fuir la lumière. Le globe de l'œil se renverse quand on veut ouvrir la paupière, de telle sorte que l'on ne peut observer l'état de la pupille. La sensibilité de la peau paraît abolie. Les pincements, les piqûres ne produisent aucun effet apparent. Un appareil électrique « très-fort, au bi-sulfate de mercure, » produit des contractions énergiques des muscles des avant-bras, mais sans donner naissance au moindre signe de sensibilité. La température de la peau se relève, les extrémités deviennent chaudes. L'appareil musculaire de la poitrine semble paralysé, la cage thoracique est immobile. Le diaphragme fait les principaux frais de la respiration. Les muscles du ventre se contractent avec force et rapidité. L'expiration est bruyante et comme soufflante. Les membres sont dans l'extension forcée. Il faut employer une certaine force pour les fléchir. Les paupières se contractent énergiquement.

Au début de la scène du *crucifiement* le pouls est à 112. Deux minutes après il tombe à 84. Sept minutes plus tard il est descendu à 76. Une heure quarante-trois minutes après le début, il est à 70. Il baisse peu à peu et dans l'espace d'une heure il arrive à 56 pulsations par minute, pour se relever progressivement jusqu'à 70 et continuer de la sorte jusqu'à la fin de la crise.

La respiration offre pendant le même temps une série de

variations assez singulières. Au commencement de la scène le nombre des inspirations est de 100 par minute. Au moment où le pouls est descendu à 84, le nombre des inspirations est égal à celui des battements du cœur. A deux reprises, la respiration est suspendue pendant 45 secondes. Enfin après une heure et quart de crise, la respiration est descendue à 72 à la minute.

La crise du crucifiement, commencée à 4 heure 44 minutes, se termine à 6 heures 47 minutes. Alors Berguille « s'assied sur son lit, se tourne du côté de la cheminée qui est chargée de statuettes, d'images, de chapelets, et elle se met à contempler ces objets. A ce moment, paraît-il, elle voit la *Vierge* : ses yeux se remplissent de larmes. Elle prie et parle d'une façon peu intelligible. Au bout de quelques instants elle se recouche et tout est oublié. Une demi-heure après elle se lève et aussitôt se livre aux vulgaires travaux de la cuisine. » Page 31-32.

Cette observation, fort intéressante à beaucoup d'égards, a servi de thème à une discussion critique sur la nature et sur le siège présumé de l'extase, et sur les théories scientifiques propres à en expliquer la production.

Des personnes étrangères à la science médicale ont considéré comme *surnaturelle la manifestation* observée chez Marie Bergadieu. Pour le médecin qui sait tenir compte des antécédents de la malade, les symptômes observés sont purement et simplement de l'ordre pathologique.

Les auteurs du mémoire se rangent à cette dernière opinion. Ils vont même plus loin, peut-être même trop loin. Attribuant une grande importance à certaines circonstances observées dans le cours de leur visite à Fontet, ils arrivent à conclure que les accès sont *entièrement et depuis longtemps sous la dépendance de la volonté* de Marie Bergadieu.

Ils se fondent: 1° sur ce que l'accès se produirait souvent à des époques fixées à l'avance par la visionnaire elle-même; 2° sur ce que la visionnaire, au milieu de la crise, avait

soin de disposer ses vêtements selon les règles de la décence; 3° sur une certaine fourberie présumée consistant en une entente secrète entre la visionnaire et les personnes de son entourage; 4° sur ce que l'on peut, en général, aider à la manifestation de l'extase et même la provoquer par des moyens psychiques et surtout par des *procédés mécaniques*.

Sur ces divers points je réponds : 4° La prédiction d'un événement quelconque n'est pas du domaine de la médecine. La science médicale ne me semble pas en possession des éléments indispensables à la solution des questions de cet ordre. Franchement je crois que la médecine a mieux à faire que de se commettre avec les prophètes de carrefour, avec les illuminés de tous rangs. Qu'elle évite des compromissions inutiles qui n'aboutissent à rien de bon, ni à la conversion des prophètes qui n'en continuent pas moins leur petit commerce, ni à la conversion des croyants qui restent intrépidement attachés à leur foi. A mon avis, il y aurait donc lieu d'écartier cet argument.

La seconde objection a-t-elle de la valeur? A l'état normal aussi bien qu'à l'état pathologique, l'être humain accomplit automatiquement des actes qui, dans l'origine, étaient sous la dépendance absolue de la volonté. Ces actes conservent, en apparence, le cachet propre des actes accomplis en pleine connaissance par les hommes en possession de leurs facultés intellectuelles, et pourtant ces facultés restent manifestement étrangères à l'accomplissement des actes devenus automatiques. Exemple : pour apprendre à écrire, on est obligé de suivre les prescriptions d'un maître. Peu à peu on s'habitue à tracer les caractères de l'écriture sans penser aux règles elles-mêmes tout en les respectant. A ce moment la plume devient un pur et simple instrument automatique entre les mains de l'écrivain. Ce qui arrive, dans ce cas particulier, se reproduit dans presque toutes les conditions de la vie sociale. On peut en faire l'application à Marie Bergadieu.

La pudeur joue un rôle considérable dans la vie de la femme. Elle la respecte en sa personne comme elle veut qu'elle soit respectée par autrui. Ce sentiment s'efface rarement. L'aliénation mentale elle-même en dépoille rarement ses propres victimes. Il n'est donc pas surprenant de retrouver la trace et la manifestation claire et évidente de ce sentiment de la pudeur au milieu des crises, que, dans notre ignorance, nous appelons encore les névroses extraordinaires. Dans ces cas de graves perturbations, l'automatisme conserve ses droits et il les exerce sans la participation des facultés intellectuelles. On peut donc affirmer, comme conclusion, que l'accomplissement de certains actes automatiques ne prouve nullement que la malade ait « la connaissance à peu près complète » de ces actes. On peut avoir des doutes sur la sincérité de Marie Bergadieu, mais les faits allégués n'en fournissent pas la preuve.

3° Est-on autorisé à dire ou au moins à soupçonner que la fourberie joue un rôle dans l'histoire de Berguille? Le récit fait par MM. Mauriac et Verdalle laisse beaucoup à désirer sur ce point important.

En thèse générale, il faut toujours se tenir en garde contre la sincérité des femmes qui se livrent à la curiosité publique. La Bible elle-même nous apprend que toute espèce de malice est petite en comparaison de celle de la femme : « *Brevis omnis malitia super malitiam mulieris.* » Eccle. xxv, 26. Les maladies les plus diverses servent souvent de manteau au secret désir qu'ont les femmes d'attirer sur elles l'attention et l'intérêt d'autrui. Le R. P. Mach de la compagnie de Jésus nous en avertit. Il dit, en parlant de certaines femmes perverses : « *finxerunt se infirmas...* » On peut donc mettre au compte de la femme un grand nombre de fourberies; néanmoins un jugement aussi sévère ne peut être définitivement accepté qu'après avoir été prononcé, avec preuves à l'appui, par un juge éclairé, sincère et équitable. Les plus graves présomptions ne sont pas équivalentes à la certitude.

Que dans une mesure quelconque, petite ou grande, on trouve le cachet de la fourberie dans les accès de Marie Bergadieu, cela est possible. Cependant on ne peut, sans faire violence à la vérité pathologique, dire que tout n'est que mensonge dans les faits révélés par l'observation. Si les phénomènes de la vie de relation peuvent être imités avec quelque succès, il n'en est pas de même des phénomènes de la vie organique. Il n'existe pas d'exemples connus d'individus pouvant, à volonté, augmenter ou diminuer, dans un temps très court, le nombre des battements du cœur, les porter, en quelques minutes, au-dessus de la normale et, en quelques minutes encore, les faire descendre au-dessous de la normale constatée au commencement de l'accès. Il n'existe pas non plus d'individus capables d'avoir chaud et froid à volonté. Or, ces phénomènes ont été constatés d'une façon certaine dans le cours de l'accès observé par MM. les docteurs Mauriac et Verdalle. « La simulation, nous disent-ils, n'occupe qu'une faible part dans le cas actuel » (p. 47). Si nous acceptons cette déclaration, qui nous paraît une habileté, la question n'en sera guère avancée. Si une partie des symptômes échappe manifestement à l'action de la volonté, il faudrait prouver que l'autre partie est sous la domination de cette même faculté. Or, la preuve manque complètement. Une enquête nouvelle paraît donc indispensable pour fixer l'opinion sur la question de la sincérité de la malade.

4° Peut-on favoriser le développement de diverses névroses et en particulier celui de l'extase à l'aide d'opérations cérébrales, et surtout à l'aide de procédés mécaniques? Des faits en assez grand nombre semblent confirmer cette assertion. Toutefois ce que l'on sait à ce sujet prouve que tous les êtres humains ne sont pas également susceptibles de subir les influences dont il s'agit. Dans le cas actuel on signale, au début de l'accès, deux faits qui ont entraîné la conviction des auteurs du mémoire. Marie Bergadieu, disent-ils, « fixe ses grands yeux ouverts vers le haut de son lit (moyen mécanique): ses lèvres *semblent* marmotter des prières; elle con-

centre *vraisemblablement* sa pensée sur l'image de la Vierge (moyen psychique) » Évidemment, et d'après MM. Mauriac et Verdalle, il s'agit ici, non de preuves, mais de semblants. On n'a pas pu pénétrer le fond de la pensée de la malade. En cet état de choses, il me paraît difficile de tirer des conclusions positives sur le degré de puissance morale et intellectuelle conservée par la malade au milieu de son accès.

MM. Maurice et Verdalle abordent un sujet fort difficile, je veux dire la nature de l'extase. Ils considèrent cette affection comme un « état de condition seconde, de doublement de la vie, » pendant lequel le sujet quitte momentanément sa condition physiologique pour entrer dans une phase durant laquelle ses actes, ses fonctions, ses idées diffèrent essentiellement de ce qu'ils sont à l'état normal. La définition ne semble pas heureuse parce qu'elle s'applique, en partie ou en totalité, à toutes les maladies sans exception. La *condition seconde* est un état qui ne sort pas des limites de la physiologie. Or, l'extase bien caractérisée, l'extase vulgaire, tient par plusieurs côtés et, le plus souvent, en totalité à l'ordre pathologique.

Adoptant les idées du docteur Boens, les auteurs du mémoire disent que l'extase « n'est qu'une simple névrose, dont les symptômes n'offrent rien de plus bizarre, ni de plus *inexplicable* (je souligne) que ceux de tant d'autres affections du même groupe pathologique connues sous le nom d'hystérie, de danse de Saint-Guy, de léthargie et de catalepsie » (page 60). Cette phrase est obscure. Elle semble indiquer que MM. Boens et consorts peuvent *expliquer* les symptômes de l'hystérie et des autres maladies du même groupe pathologique. Si telle est, en réalité, la pensée de ces auteurs, je déclare qu'à ma connaissance, ils sont les seuls capables de donner les explications dont il s'agit. Du temps de Molière on ne savait pas pourquoi l'opium faisait dormir, et Molière réservait ses sarcasmes les plus amers contre l'ignorance des médecins de son temps. Si la

science moderne peut expliquer les affections nerveuses, elle a fait de grands progrès et mérite nos compliments. Si elle n'a pas encore atteint ce but, qu'elle l'avoue sans détours. Sa sincérité la préservera des épigrammes et lui servira de rempart contre la raillerie des gens de gros bon sens que nous nous plaisons quelquefois à traiter d'ignorants.

Quel est le siège anatomique de l'extase? D'après M. Warlomont, ce serait le bulbe, et notamment l'espace compris entre l'extrémité postérieure des tubercules quadrijumeaux et l'extrémité antérieure du bec du *calamus scriptorius*. Ce point est désigné spécialement parce qu'il serait, d'après la physiologie expérimentale, reconnu comme étant le centre de l'action vaso-motrice.

L'explication est-elle juste? elle est au moins boiteuse. En supposant qu'elle suffise pour les cas d'hémorrhagie stigmatique, ce que je conteste positivement, car elle n'explique nullement les intermittences du phénomène, en supposant, dis-je, cette explication comme juste quand on l'applique au phénomène spécial et limité de l'hémorrhagie, elle n'est plus applicable aux phénomènes propres de l'extase simple, c'est-à-dire sans complication d'hémorrhagies stigmatiques.

Les auteurs ont compris que la mystérieuse influence du bec du *calamus scriptorius* n'est pas suffisante pour expliquer la totalité des symptômes de l'extase exempté de complications. Dans cette pénurie d'arguments anatomiques, ils ont demandé à l'expérimentation d'autres données propres à compléter leur théorie. Avec certains expérimentateurs, ils proclament que l'excitation du ganglion cervical du nerf grand sympathique donne lieu à l'anesthésie, et que la section du grand sympathique lui-même donne lieu à l'hypersthésie. De ces deux expériences, ils font sortir l'extase pure.

J'avoue, avec humilité, que je ne comprends pas cette

explication. De l'anesthésie et de l'hypersthésie, unies ou séparées, ne sont toujours que de l'anesthésie et de l'hypersthésie. Ni l'une ni l'autre ne peuvent produire les troubles de l'esprit caractéristiques de l'extase. Ceux-ci ont une genèse à part, absolument indépendante de l'état de la sensibilité. Il est vrai que les expériences faites sur les animaux, si elles sont bien faites, entendons-nous, nous mettent sur la voie de la découverte de la portion du système nerveux qui régit la sensibilité. Je le veux bien, mais on nous accordera qu'une découverte de cette nature n'éclaire que l'un des éléments du problème pathologique, laissant dans l'oubli l'élément essentiel, savoir : l'état de l'entendement des extatiques, état qui domine complètement la question de l'extase.

L'hallucination est la compagne ordinaire des symptômes observés chez les extatiques. A ce nouveau symptôme il fallait un siège. Mettant à profit le travail de M. Ritti inspiré par M. Loys, les auteurs croient avoir trouvé ce siège dans « *les cellules ganglionnaires des centres de la couche optique.* » Ils supposent que les couches optiques se congestionnent préalablement sous l'influence de causes pathologiques variées qui entraînent à leur suite une congestion du centre vaso-moteur et du centre respiratoire, par conséquent, une lésion du bulbe. Je ne sais comment les anatomo-pathologistes accepteront cette explication. Je ne connais rien de plus difficile que de faire de l'anatomie avec des suppositions. L'hypothèse et le scalpel ne sont pas honorés au même titre par les amis de l'anatomie. Si l'on tient absolument à l'explication, il faudrait substituer aux affirmations la preuve des faits que l'on avance.

Supposons maintenant qu'il soit établi « *d'une manière irréfutable par l'expérimentation physiologique* » : 1^o que le bec du *calamus scriptorius* soit le centre de l'action vasomotrice et que la lésion de cet organe soit la cause des hémorrhagies stigmatiques; 2^o que la lésion d'une certaine

partie de l'appareil nerveux grand sympathique soit la cause des troubles de la sensibilité; 3^o que la lésion des cellules du centre moyen et du centre postérieur de la couche optique donnent réellement naissance aux hallucinations de la vue et de l'ouïe; supposons, dis-je, que toutes ces choses soient démontrées d'une manière irréfutable, la question du siège de l'extase aurait-elle reçu une solution satisfaisante? En aucune façon. En effet, la théorie émise laisse de côté les phénomènes intellectuels; elle n'explique pas les troubles de l'entendement et elle ne nous fait pas connaître les lésions d'où dérivent ces perturbations qui sont, par excellence, les caractéristiques de l'extase. En fait, la théorie n'oublie qu'une chose, la plus essentielle.

Indépendamment de l'oubli qui vient d'être signalé, il est nécessaire de faire des réserves expresses sur les points admis par supposition. Quand l'expérimentation dite physiologique, comme on l'appelle (peut-être par ironie), aurait démontrésans conteste la réalité des effets dont elle affirme l'existence, il ne s'ensuivrait pas nécessairement que les pathologistes aient le droit de s'emparer de ces faits pour les appliquer à des cas déterminés. Un homme a l'œil crevé; il ne voit plus de cet œil: voilà une expérience physiologique *irréfutable* au sens que l'entendent les expérimentateurs. De là pourra-t-on conclure que tout homme qui a perdu l'usage d'un œil a cet œil crevé? Évidemment non. La logique qui se respecte ne se permet pas de pareilles incartades. Appliquons le même raisonnement aux lésions cérébrales et pesons-en les conséquences. De ce que la section du nerf grand sympathique provoque une surexcitation considérable de la sensibilité, s'ensuit-il nécessairement que tout individu présentant une hypersthésie a subi la section du grand sympathique? A ce prix il faudrait admettre que Marie Bergadieu aurait, dans l'espace de moins d'une année, subi *trente-sept fois* la section du nerf grand sympathique. Ces assertions n'ont pas besoin d'être réfutées.

N'exagérons rien. MM. Mauriac et Verdalle ne prétendent pas assimiler les faits de l'expérimentation physiologique aux faits de la pathologie. Eh bien! je réponds: là est le mal. Si l'identité entre les deux ordres de faits était démontrée, la science aurait fait un pas. Si l'on abandonne l'identité pour s'en tenir à l'analogie, l'on ne peut tirer des faits aucune conclusion certaine; on est même conduit logiquement à admettre que des effets déterminés et semblables peuvent être engendrés par des causes différentes. Le bon sens condamne un pareil raisonnement.

Pour les diverses raisons qui viennent d'être exposées, on peut se convaincre que le siège anatomique de l'extase n'a pas encore été déterminé d'une manière exacte. Qu'il me soit permis d'ajouter encore une raison capable de combattre victorieusement la conclusion hâtivement tirée des expériences faites sur les animaux. Les animaux sont incapables de lier ensemble deux idées pures, par conséquent ils ne peuvent devenir extatiques. Toutes les expériences faites sur les animaux en vue de rechercher la cause de l'extase et son siège anatomique sont donc condamnées à la stérilité. Toute recherche à ce sujet sera vaine parce que l'on ne peut tirer d'un objet que ce qui est contenu dans l'objet lui-même. Le proverbe français dit que l'on ne peut extraire du sang d'une pierre. En l'état actuel de la science, et comme conclusion de ce qui vient d'être dit, on peut affirmer, sans crainte d'être démenti par les faits, que l'anatomie normale, l'anatomie comparée, pas plus que la physiologie expérimentale et comparée, n'ont donné la raison, ni la cause, ni le siège de l'extase. Aucune théorie émise sur ce sujet n'est donc *fondée sur des principes solides* (page 65).

Si je me suis arrêté plus longtemps sur ce point, c'est parce que j'avais le désir d'éviter aux futurs expérimentateurs la peine et la cruauté d'immoler de nouvelles hécatombes d'animaux dans le but de trouver la solution d'un problème médico-philosophique insoluble à l'aide des seules

ressources de l'anatomie et de la physiologie comparées.

D'un autre côté, si Marie Bergadieu est une vraie malade, digne à ce titre d'un certain respect, il n'y aurait peut-être pas grand mal à ce qu'elle échappât à des comparaisons avec les chiens et les lapins. Le respect de l'humanité dans la personne de l'extatique de Fontet profiterait à plusieurs.

L'observation publiée par MM. Mauriac et Verdalle est intéressante. Il est désirable qu'elle soit continuée. Si les observateurs se contentent de recueillir les symptômes avec une scrupuleuse fidélité ils rendront des services à la science. S'ils se laissent tenter par le désir d'expliquer ce qui est vraiment inexplicable dans l'état actuel de la science, ils courent risque de s'égarer à la suite des expérimentateurs.

Je termine par quelques réflexions générales.

Les médecins ont une tendance marquée à l'incrédulité, et l'expérience prouve qu'ils n'ont pas absolument tort. Mais en toutes choses il y a une mesure. Ils expliquent par la fourberie ou par la volonté troublée les faits extraordinaires soumis à leur observation. En agissant ainsi et en se faisant volontairement accusateurs, ils intervertissent quelquefois les rôles. Au lieu d'avouer leur impuissance ils dénoncent les martyrs à la malignité publique, confondant dans une même mêlée les fourbes, les charlatans et les véritables victimes de la maladie.

En présence de faits extraordinaires restés sans explication scientifique sérieuse, le peuple s'insurge contre le corps médical. Dans sa foi aveugle et dans son ignorance, il élève autel contre autel et proclame surnaturels et miraculeux ces faits qu'il ne comprend pas, et qu'en fait, nul ne peut lui expliquer.

De là des tiraillements, des contradictions, des luttes qui ne tournent pas toujours au profit du corps médical. Si les médecins savaient se taire quand ils n'ont pas trouvé la solution d'un problème pathologique qui sort des voies ordinaires, on leur en saurait bon gré. Ce silence, d'ailleurs, n'en-

tamerait en aucune façon leur dignité. Il y a de la noblesse à avouer certaines ignorances. Les téméraires qui savent tout (à les entendre), qui procèdent en toutes choses par affirmations, éblouissent les ignorants et réjouissent les paresseux, mais ils portent un grand préjudice à la science en empêchant les recherches consciencieuses des amis sincères de la vérité.

Médecine légale

RAPPORT

SUR

L'ÉTAT MENTAL

de **Philbert-Henriette DETIBAULT**

Prévenue d'assassinat

et de **Philbert-Henriette DETIBAULT V^e PICOULEAU**, sa mère

Prévenue de complicité d'assassinat

FOLIE DE PERSÉCUTIONS

ORDONNANCE DE NON-LIEU

Par M. le D^r MORDRET

Médecin en chef de l'asile d'aliénés du Mans.

Je soussigné médecin en chef de l'asile public d'aliénés de la Sarthe, chevalier de la Légion d'honneur, commis par M. Verlet, juge d'instruction près le tribunal civil du Mans, par réquisition en date du 18 janvier 1877, à l'effet d'examiner l'état mental des femmes : 1^o Philbert (Henriette) Detibault, prévenue d'assassinat sur la personne de sa tante ; 2^o Philbert (Henriette) Detibault, veuve Picouleau, mère de l'accusée et prévenue elle-même de complicité dans le même assassinat ; après avoir prêté le serment exigé par la loi, pris connaissance du dossier de l'affaire, procédé à l'examen mental de ces deux femmes, ai rédigé le rapport suivant :

Le 16 janvier 1877 vers le soir, la fille Philbert (Henriette), âgée de vingt-quatre ans, enfant naturel demeurant avec sa mère Philbert (Henriette), veuve Picouveau, également enfant naturel, dans la commune de Saint Mars-d'Outillé (Sarthe), assassinait la veuve Picouveau sa tante, âgée de soixante-seize ans, en lui frappant la tête avec un coin de fer. Le meurtre était commis dans une sapinière, à 200 mètres environ du domicile de la victime. Une personne qui se trouvait dans le voisinage, ayant entendu des cris, est arrivée au secours; la fille Philbert a pris la fuite et a été perdue de vue par elle. — Le maire, prévenu de ce qui venait de se passer, a soupçonné cette fille au signalement donné; il s'est rendu au domicile des femmes Philbert, qui ont refusé d'ouvrir et l'on a dû pénétrer dans leur maison par effraction. La mère et la fille furent trouvées à genoux près d'un christ; un coin de fer maculé de sang était sous le lit; la fille Philbert s'est immédiatement reconnue l'auteur du crime. Elle a déclaré l'avoir commis parce qu'elle était commandée par le mauvais esprit, par la mauvaise œuvre; n'a manifesté alors ni depuis aucun remords, a suivi avec joie les gendarmes, espérant que par eux elle serait débarrassée des obsessions de la mauvaise œuvre.

Dans leurs divers interrogatoires, la mère et la fille ont paru donner des signes non équivoques de folie; elles ont été envoyées à l'asile le 20 janvier, par ordre de M. le Procureur de la République, pour être l'objet d'un examen plus complet de leur état mental.

Cette malheureuse affaire, si grave dans ses résultats, n'en est pas moins une de celles dans lesquelles l'expertise médico-légale est des plus simples, car nul doute ne peut s'élever dans l'esprit des médecins sur la réalité de la folie de l'inculpée.

Il serait oiseux de rappeler ici en détail toutes les réponses de ces femmes; il suffit de dire que toujours elles

ont été identiques à leurs premières déclarations et de résumer le tout brièvement dans un exposé méthodique des faits.

A mon sens les prévenues offrent un cas remarquable de ce que M. Legrand du Saulle a appelé folie à deux. — Le type de cette espèce de folie est le délire des persécutions, délire qui est ici bien manifeste. — Son mode de développement est presque toujours des plus simples et repose sur l'influence qu'un milieu toujours le même, qu'une pensée toujours redite, exerce fatalement sur nous. L'homme qui ne lit qu'un auteur, qu'un journal, s'en assimile peu à peu les idées à son insu. Les sensations profondes par lesquelles un habile orateur fait passer son auditoire, les convictions que sa parole commande, sont moins souvent peut-être le fait de la solidité de ses arguments, que celui de la chaleur avec laquelle il les développe. Il entraîne parce qu'il s'impose ; il touche et la raison abdique devant l'émotion. Ce prestige qu'un homme éloquent peut exercer sur ceux qui ne l'écoutent qu'un instant, un journal sur ses lecteurs habituels, il s'exerce aussi, sans qu'il soit besoin de déployer aucun talent, d'une manière plus lente, mais non moins sûre entre deux personnes qui vivent de la même existence, alors surtout que l'une d'elles a quelque autorité sur l'autre. La plus énergique inculque à la plus faible ses opinions, ses idées, quelque déraisonnables qu'elles puissent être. Celle dont l'esprit est resté droit s'insurge d'abord, mais elle subit peu à peu une influence irrésistible et il vient un moment où ces deux personnes sont à l'unisson. Puis il se peut, en raison de circonstances diverses, que celle qui avait d'abord subi l'influence l'exerce à son tour.

Tel est exactement ce qui s'est passé chez les femmes Philbert. Elles n'étaient pas folles, mais elles passaient dans la contrée pour croire aux sorciers, aux maléfices ; elles se faisaient tirer les cartes et se les tiraient elles-mêmes, m'a-t-il été assuré ; il est vrai que l'une et l'autre

affirment que cela n'était pas, mais elles conviennent avoir hébergé plusieurs fois une tireuse de cartes. Dans un autre renseignement parvenu tardivement à la procédure, ces femmes sont signalées comme recevant assez souvent chez elles des personnes d'une moralité suspecte, qui venaient y prendre le café. Cependant leur conduite passait pour régulière, elles étaient même très-pieuses. Quoiqu'il puisse être de l'exactitude de ces faits, niés par les deux prévenues, toujours est-il que celles-ci croient aux influences occultes et qu'elles partagent sur ce point toutes les superstitions si répandues dans les classes illettrées de nos campagnes et qu'on trouve même souvent chez des personnes que leur instruction ou leur position sociale en devraient garantir.

Ces croyances, qui ont d'abord été celles de la mère, sont nécessairement devenues celles de la fille, et le terrain était merveilleusement préparé pour qu'elles prissent peu à peu dans son esprit un grand développement. Au dire de sa mère, Henriette Philbert, quoique gaie, est au fond d'un caractère sombre, un peu dissimulé, gardant pour elle ce qu'elle éprouve, se concentrant dans ses idées. Ce portrait est exact, car même remarque a été faite à l'asile. Il faut ajouter que le milieu dans lequel elle vivait, la société qu'elle recevait, n'étaient guère de nature à former son esprit, à en redresser les erreurs ; que son âge est celui où les impressions deviennent plus vives, les écarts de l'imagination plus faciles. Avec son ignorance et dans une telle disposition générale, cette jeune fille ne pouvait qu'attribuer à une cause occulte tout ce qu'elle ne s'expliquait pas, et sa mère ne pouvait que la fortifier dans sa croyance ; elles se montaient l'une l'autre ; mais en raison de sa jeunesse, d'une plus grande excitabilité, peut-être aussi d'une prédisposition native, la fille ne devait guère tarder à dépasser la mère. Celle-ci n'est peut-être encore que crédule, l'autre devient folle.

On suit assez facilement les progrès d'un mal qui a pu rester un temps plus ou moins long sans faire explosion, sans être trop remarqué par les quelques personnes qui avaient des relations avec elles ; aussi ces femmes ne passaient point pour folles. Ce ne fut même que vers l'époque de la Noël que la mère, bien moins malade que la fille, s'aperçut que celle-ci devenait plus agitée.

Un affranchisseur du nom de Theissier commence par jeter un sort sur leur vache : « La preuve, c'est qu'elle fait » des bonds inaccoutumés dans le champ, c'est que le » beurre ne se fait plus. » Depuis longtemps déjà elles redoutaient cet homme, « qui est un petit original, qui a le cœur méchant ; il n'est pas sorcier, mais il a des livres qui font du mal. » Si elles ne l'avaient pas changé, c'était par crainte ; elles étaient même pleines d'égards pour lui, l'hébergeant chaque fois qu'il venait, mais c'était pour se le rendre favorable... Cependant il était devenu nécessaire de s'adresser à un autre depuis six mois environ ; il fallait bien opposer une influence à la sienne et l'on appela l'affranchisseur Cuinier « une bien bonne personne » : à sorcier sorcier et demi. Ce doit être vers cette époque que remontent les premières hallucinations de la fille Philbert, mais elles ne sont pas encore très-vives. — Au dire de sa mère, elle se plaignait parfois de douleurs dans le corps et dans les jambes, et elle lui donnait de la tisane ; elle entendait aussi du bruit la nuit, « ça lui bourdonnait dans son lit, » mais elle n'avait pas peur parce qu'elle se recommandait à Dieu, que son lit était béni, etc... — Plus tard les hallucinations augmentent ; elle se croit alors ensorcelée, ensabotée, et paraît avoir persuadé à sa mère qu'elle l'est aussi. — Cuinier donne une bouteille un peu amère (prix : 7 fr.), et la pauvre fille éprouve d'abord quelque soulagement. Mais la voix de Theissier se fait entendre, elle dit que la bouteille est empoisonnée, que le pain, le grain, tous les aliments le sont aussi. La mère accepte tout cela comme

vrai. Pour conjurer le maléfice on jette des oignons dans le feu, on fait bouillir dans une poêle de l'urine et du lait, etc.

Le mal augmente chaque jour et rapidement. Les voix sont de plus en plus pressantes; elles disent à Henriette qu'on va assassiner sa mère pour avoir son petit bien; dès qu'elle sort, elle est poursuivie par « le brigand, par la mauvaise œuvre. » — Ces femmes avaient vendu une chèvre à un nommé Heurtebise; il vient pour s'en livrer; ce jour-là, la mauvaise œuvre ne le permet pas et il trouve porte close. Le lendemain, l'interdit est levé, la fille Philbert conduit la chèvre, mais le brigand l'accompagne, la menace ainsi que sa mère; elle a peur, se fait ramener par l'acquéreur et le retient toute la nuit. Au matin, la mère et la fille croient que c'est à la présence de cet homme qu'elles ont dû leur salut. La première propose de lui donner 5 fr. « Ce n'est pas assez, reprend la fille, la mauvaise œuvre exige davantage. » Elle lui demande son mouchoir et le lui remet après y avoir enveloppé 40 fr., avec recommandation expresse de ne regarder ce qu'il y a dedans que quand il sera chez lui. C'était le double du prix de la chèvre.

Cependant les obsessions deviennent de plus en plus vives. La mauvaise œuvre commande à Henriette de prendre un landier et de l'enfoncer sous un marronnier avec un coin de fer; elle le fait aussitôt sans que sa mère s'oppose à cette extravagance. S'étourdissant sans doute de son bruit, elle devient plus ballucinée que jamais. Ce fut à ce moment qu'apercevant dans les sapins la veuve Picouleau, sa tante, la voix de la mauvaise œuvre lui crie va! va! arrête-la!.. Elle abandonne son chenet déjà brisé et fond sur celle qui allait devenir sa victime. « Ce fut Theissier lui-même qui la transporta, ce fut sa voix qui lui dit : frappe cette vieille personne, et elle a frappé avec son coin de fer, sans l'avoir même reconnue; ou, plutôt, ce fut la mauvaise œuvre qui frappa en se servant de sa main. Puis, cette voix lui dit : En voilà assez, sauve-toi! sauve-toi! et le brigand la sui-

vait de si près, qu'elle rentra chez elle toute troublée, toute folle, et s'y enferma avec sa bonne mère..... Oui, dit-elle encore, je crois à la mauvaise œuvre, j'y croirai toujours, c'est mon idée, je crois bien que c'est comme ça. Dieu m'avertissait sur tout, il me parlait, c'était la mauvaise œuvre qui avait de la jalousie ; ma mère m'a dit de frapper à la porte : j'ai frappé trois fois, j'ai vu des clartés ; la mauvaise œuvre m'a dit : Tu viendras te chauffer à mon feu, etc.»

A l'asile, la mère et la fille ont été séparées pour être soustraites à l'influence qu'elles exercent l'une sur l'autre. Toutes deux, interrogées séparément, ont toujours fait aux mêmes questions des réponses semblables ou ne différant que par des nuances ; elles ont expliqué les mêmes faits de la même manière. Ni l'une ni l'autre ne se croient folles ; seulement la fille dit qu'elle l'a été, que le brigand Theissier, que la mauvaise œuvre la rendaient folle ; que, quand il commandait, elle ne s'appartenait plus et qu'elle était alors capable de faire tout le bien ou tout le mal qu'il voulait. Sa mère affirme également que dans ses moments d'exaltation elle ne pouvait la raisonner, et qu'elle était capable de tout, « car dans ces moments elle était tourmentée par la mauvaise œuvre. » — Ces femmes, qui se défendent de croire aux sorciers, affirment qu'elles savent très-bien « qu'on peut faire du mal au monde par des livres ou des procédés ; que les affranchisseurs ont de ces livres-là, etc... ; que Theissier les a ensorcellées, ensabbatées ainsi que leurs animaux de ferme ; que le fait n'est pas douteux et ne peut l'être. » — Parfois elles se renferment dans une sorte de mutisme, ne répondant plus ou ne répondant que par des dénégations. C'est ainsi que la fille m'affirme un matin (1^{er} février) qu'elle n'avait pas tué sa tante, qu'elle ne l'avait pas frappée, sans vouloir entrer dans aucune explication. Un instant avant elle était joyeuse, me disait qu'elle allait bien, que la mauvaise œuvre la laissait tranquille, et elle me demandait quand elle s'en retournerait

chez elle avec sa bonne mère. Le même soir, au contraire, elle était fort agitée; la sœur du quartier l'ayant priée de balayer et d'essuyer la table, elle l'essaya en vain : « ça la repoussait. » L'agitation croissant, on dut même lui mettre la camisole pendant quelques heures. Le lendemain matin, le calme était revenu, elle parlait avec un grand abandon et racontait son histoire de la veille.

Quant à sa mère, elle n'a point, jusqu'à ce jour du moins, commis d'extravagances à l'asile, elle ne paraît pas non plus avoir eu d'hallucinations bien nettes. Or, les hallucinations, celles de l'ouïe surtout, sont la caractéristique du délire des persécutions. Cette femme est d'une grande crédulité en ce qui concerne le mal que certaines personnes peuvent faire en jetant des sorts aux autres. Cette superstition, si commune dans nos campagnes, ne saurait à elle seule constituer un dérangement mental, mais elle y peut conduire; c'est ce qui est arrivé à sa fille. La mère n'a pas subi, au même degré que celle-ci, les effets de cette cause, cependant elle n'a réagi contre aucune des idées délirantes de sa fille. Loin de là, elle les a admises d'emblée sans restriction et les a toutes partagées.

Elle est, tout comme elle, poursuivie par la vengeance de Theissier, qui les a ensabattées toutes deux, qui a empoisonné leurs aliments, etc... Toutes deux se livrent aussi à des pratiques dérisoires pour conjurer le sort. Si ce n'est pas là de la folie, cela y tient de bien près, et tout porte à croire que sans le malheur qui a brusqué le dénouement de cette situation, la femme Picouveau n'eût guère tardé à avoir aussi des hallucinations. Son état mental ne me paraît donc pas devoir être considéré comme normal. — Quoiqu'il en soit, elle ne peut avoir trempé dans l'assassinat de sa belle-sœur. Il paraît même de la dernière évidence qu'elle l'a ignoré jusqu'au moment de son arrestation. La fille, qui venait de le commettre sans aucune préméditation, ne lui en a pas même parlé en rentrant à la maison; elle était à ce

moment bien plus préoccupée de la poursuite de la mauvaise œuvre à laquelle elle venait d'échapper que de son crime ; aussi elle s'enferme ; elle répand de l'eau bénite, se met un chapelet au cou, puis toutes deux se mettent en prière. Il faut pénétrer chez elles par effraction et c'est alors seulement qu'Henriette, interrogée, se reconnaît l'auteur d'un assassinat que sa mère ignorait encore et qu'aucun intérêt personnel ne pouvait d'ailleurs motiver. Ces deux femmes n'avaient en effet aucun sujet de haine contre la victime ; elles étaient au contraire dans de très-bonnes relations avec elle ; sa mort ne pouvait leur profiter puisqu'elles ne sont pas ses héritiers légitimes...

Jamais ni la mère ni la fille ne m'ont semblé se préoccuper des charges qui pèsent sur elles. Elles ne comprennent pas même qu'on puisse leur imputer à crime la mort de la veuve Picouveau, qu'on puisse les inquiéter à ce sujet. La mère regarde ce meurtre comme l'œuvre de Theissier, dont sa fille n'a été que l'instrument passif. — Henriette dit bien quelquefois qu'elle est chagrine de ce qu'elle a fait, qu'elle y pense en dedans, mais cela n'ôte rien à sa gaieté habituelle. Il n'y a certainement chez elle, ni remords ni inquiétude du châtement qu'elle peut avoir encouru, et cependant ce n'est pas une nature perverse. Quand on lui en parle : « Tuez-moi, dit-elle, je ne demande pas mieux. » — La mère a la même placidité : cela changera sans doute plus tard, si l'état mental de ces malades s'améliore.

La question d'hérédité, toujours si importante dans l'étiologie de la folie, n'a pu être posée dans ce cas, puisque les deux prévenues sont filles naturelles. Je dois observer seulement que presque toutes les statistiques tendent à prouver que la dégénérescence physique, aussi bien que la dégénérescence intellectuelle et morale de l'espèce, sont plus fréquentes chez les enfants illégitimes.

Bien d'autres détails sont consignés dans le dossier de cette affaire et dans mes notes particulières ; mais ceux que

j'ai relevés suffisent et au delà pour établir l'état mental des deux prévenues. Il me paraît même inutile d'entrer dans une plus ample discussion. Je crois donc pouvoir conclure de cet exposé :

1^o Que la fille Philbert-Henriette Detibault est atteinte du délire des persécutions ; que c'est sous une impulsion irrésistible provenant de ce délire qu'elle a tué la veuve Picouleau sa tante ; qu'elle ne saurait être rendue responsable de ce meurtre.

2^o Que la femme Philbert-Henriette Détibault, veuve Picouleau, mère de la précédente, est dans un état mental qui, sans pouvoir être aussi nettement caractérisé que celui de sa fille, s'en rapproche cependant beaucoup ; que les croyances superstitieuses dont cette femme est imbue ne lui laissent point la plénitude de son libre arbitre ; qu'elle ne me paraît pas avoir été la complice de sa fille, mais que, cela fût-il, je croirais encore devoir la déclarer irresponsable.

Une ordonnance de non-lieu a été rendue. La femme Picouleau, devenue fort calme, qui appréciait assez bien l'état mental de sa fille, et ne déraisonnait plus du tout, tout en conservant les croyances superstitieuses qu'on trouve chez la plupart de nos paysans, a pu être mise en liberté. La fille Philbert n'a plus d'ballucinations ; cependant je ne crois pas à sa guérison et son maintien à l'asile me paraît toujours nécessaire.

A. MORDRET.

Société médico-psychologique.

Séance du 23 décembre 1877. — Présidence de M. BILLON.

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

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la mort de M. Berthier, un de ses membres titulaires, et prie MM. Motet et Legrand du Saulle de donner lecture des discours qu'ils ont prononcés sur sa tombe, l'un au nom de la Société médico-psychologique, l'autre au nom du corps médical de l'hospice de Bicêtre.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. (Nous avons reproduit le discours de M. Motet dans le dernier numéro des *Annales*, p. 155).

M. LEGRAND DU SAULLE :

MESSIEURS,

Au nom de l'administration de l'hospice et au nom du corps médical de Bicêtre, je viens saluer ici la dépouille d'un homme de bien. La population émue de notre cher établissement pleure en ce moment son médecin résidant, son conseiller de prédilection, son ami éprouvé. Elle perd beaucoup, en effet; aussi, tout en interprétant sa douleur, ne puis-je me défendre de la partager moi-même.

Pierre Berthier, depuis plus de douze ans, n'a épargné à Bicêtre ni son temps, ni sa peine; toujours prêt, dès qu'il y avait dans la maison une souffrance à soulager ou une infortune à rendre moins poignante, il se prodiguait sans bruit et sans ostentation. Timide, modeste, un peu froid en apparence, très-pénétré du caractère de sa mission, il a toujours fait face à ses devoirs professionnels avec la plus scrupuleuse probité, et, à l'occasion, avec la plus courageuse énergie.

En septembre 1870, l'hospice de Bicêtre fut complètement évacué, dans l'espace de trois ou quatre jours. L'ennemi marchait sur Paris, et l'administration, craignant que la population mixte de notre établissement ne vint à se trouver sous le feu des batteries prussiennes, dirigea les vieillards sur une annexe de la Salpêtrière et les aliénés sur la province, puis elle enleva tout son matériel. Pierre Berthier devenu libre, aurait pu

songer à sa sécurité propre, mais il éloigna sa femme et ses enfants et préféra s'enfermer avec sa mère dans Paris assiégé. « Qui sait ce qui arrivera, me dit-il, je suis médecin et je pourrai peut-être rendre quelques services. » Ces paroles ne furent que trop prophétiques !

La variole éclata tout à coup, du 20 au 25 septembre, dans les nombreux baraquements où campaient l'armée et la garde mobile. Le gouvernement de la défense nationale décida l'isolement des varioleux et il convertit les bâtiments de Bicêtre en hôpital militaire. Le poste était périlleux à plus d'un titre, mais le dévouement médical devait s'élever à la hauteur du danger. Pierre Berthier, nommé médecin-major, prit possession, avec quatre de ses confrères, de l'hôpital militaire des varioleux de Bicêtre, le 3 octobre 1870, et, avec la plus admirable abnégation, il commença cette campagne médicale si dure que, si l'on en publiait actuellement le journal détaillé, personne ne voudrait y croire ! Il supporta toutes les fatigues, tous les périls, toutes les émotions et toutes les privations de cette époque terrible, avec un calme, une sérénité et un zèle qui m'ont toujours impressionné. Dans l'espace de sept mois, Bicêtre a reçu et hospitalisé neuf mille varioleux ! Ce chiffre est absolument sans analogue dans les annales de l'épidémiologie militaire.

Pas plus que ses collègues, Pierre Berthier n'avait un seul instant songé à la possibilité d'une récompense. Le deuil national était alors si sincère et si profond, qu'il ne laissait aucune place aux préoccupations de l'intérêt privé et aux rêves caressés dans les jours heureux de la prospérité publique. Le conseil de santé des armées fut touché cependant de la grandeur des silencieux dévouements dont Bicêtre était le théâtre, et M. Thiers, le lendemain de sa proclamation à Bordeaux, signa, sur la proposition du ministre de la guerre, un décret conférant à Pierre Berthier la croix de la Légion d'honneur. Nous n'eûmes point alors connaissance de ce fait ; mais le 13 mars 1874, l'intendant militaire me communiqua la notification officielle du décret, et me chargea de la remettre à mon digne collègue, très-souffrant en ce moment, épuisé de fatigue et gardant la chambre. Je me rendis à la hâte auprès de lui et le trouvai recevant les soins empressés et tendres de son excellente et vertueuse mère, qui, devenue veuve à vingt ans, vient de se séparer tout à l'heure de son fils pour la première fois. Je balbutiai la grande nouvelle qui m'amenait, mais

Pierre Berthier ne consentit à recevoir de mes mains la lettre ministérielle, qu'après avoir acquis la certitude que deux de ses confrères avaient reçu la même distinction que lui.

Pierre Berthier était extrêmement bon pour les aliénés et il cherchait sans cesse à augmenter leur bien-être. Doux, poli et compatissant envers eux, il n'a jamais méconnu tous les égards qui sont dus à la plus grande des infortunes humaines et il a tenté les efforts les plus méritants en faveur de ses chers malades. Puisse ma voix en ce moment témoigner de toute la gratitude qui part de tant de cœurs reconnaissants !

Mon cher et regretté collègue possédait au premier chef une qualité qui semble devenir de plus en plus rare : il était d'un commerce sûr et d'une droiture sans égale. Sa parole valait mieux qu'un écrit, et comme il n'était pas toujours payé de retour, je l'ai surpris s'affligeant parfois de l'inconstance ou de la duplicité des hommes. « Pourquoi ne pas tenir une promesse, disait-il, il est si simple de ne pas la faire. »

Des publications importantes, des préoccupations très-vives, la collaboration scientifique à un grand journal quotidien et la fondation d'une maison de convalescence, ont lentement et sourdement miné depuis six ou huit mois la santé du docteur Berthier. Il paraissait fatigué et attristé, mais il cherchait à dissimuler son état. Avec une grande justesse d'appréciation il se sentit malade et se hâta de mettre en ordre ses travaux et ses affaires. Et lorsqu'il eut tracé le dernier mot de sa tâche, il soupira, déposa la plume et s'alita dans la même journée. Semblable au voyageur harassé qui, à moitié chemin, laisse tomber son manteau et son bâton, puis s'endort en demandant grâce, Pierre Berthier vient de ployer sous le faix, de défaillir avant l'automne de la vie et d'aborder avec résignation le long sommeil de la mort.

Que l'honnête et dévoué médecin de Bicêtre soit descendu dans sa tombe ! Témoin de sa vie et témoin de sa mort, j'affirme que nous confions à la terre la dépouille d'un homme de cœur et d'un courageux citoyen.

M. le Président félicite M. Peisse, présent à la séance, de sa nomination à l'Institut (Académie des sciences morales et politiques).

Une modification de la sonde œsophagienne.

M. COTARD. — J'ai l'honneur de présenter à la Société une sonde œsophagienne d'un modèle que je crois nouveau et que le fabricant, M. Vergné, a construit d'après mes indications. Cette sonde diffère des sondes ordinaires en ce qu'elle présente à son extrémité un bec courbé d'une longueur d'environ 2 centimètres et faisant avec la sonde un angle obtus d'environ 150 degrés.

Ce bec n'apporte aucune difficulté au passage à travers les fosses nasales et il présente les avantages suivants : la sonde pénètre sans aucune résistance dans le pharynx; le bec courbé ne venant plus heurter contre la paroi postérieure du pharynx, il n'est pas nécessaire d'exercer de pression comme on le fait pour les sondes ordinaires qui doivent se courber à la sortie des fosses nasales pour prendre la direction du pharynx. On sait que le frottement du bec de la sonde contre la paroi postérieure du pharynx finit par enflammer et ramollir la muqueuse et que celle-ci a pu, dans certains cas même, être perforée.

Une fois que le bec de la sonde est arrivé tout entier dans le pharynx, l'opérateur en est averti par les mouvements de latéralité qui, impossibles dans les fosses nasales, deviennent faciles dans le pharynx. Si l'on continuait l'opération en poussant simplement la sonde, le bec viendrait se présenter directement dans l'orifice du larynx comme cela arrive très-fréquemment avec les sondes ordinaires.

Il faut alors imprimer à la sonde un mouvement de rotation sur son axe; le bec au lieu de se présenter au larynx se dirige latéralement et en arrière et l'entrée de la sonde dans les voies aériennes est impossible.

Depuis plusieurs mois, je me sers exclusivement de ces sondes à béquilles, et elles m'ont paru simplifier beaucoup l'opération de l'alimentation forcée.

Rapport de la Commission des finances.

M. LEGRAND DU SAULLE, au nom de la Commission des finances, rend compte à la Société de l'état extrêmement prospère de la caisse et de la bonne tenue des écritures de M. le trésorier. Il expose quelles sont les recettes et les dépenses de la

Société et quelle est actuellement sa réserve financière. Il n'y a pas lieu, d'après lui, de diminuer la valeur du jeton de présence, ni de supprimer le jeton pour les séances supplémentaire de novembre et de décembre.

La somme provenant des intérêts de la donation Aubanel s'élève en ce moment à plus de 2500 fr. On voit que la Société est en mesure de décerner, si elle le juge à propos, le prix de 2400 fr. qui a été annoncé.

M. Legrand du Saulle, en terminant, exprime le désir que des remerciements soient votés à M. A. Voisin, trésorier de la Société.

Les conclusions du rapport de M. Legrand du Saulle sont adoptées.

Elections du bureau de l'année de 1878.

L'élection d'un vice-président pour l'année 1878 donne les résultats suivants :

Premier tour de scrutin : M. Mesnet, 11 voix ; M. Lucas, 10 ; M. Luys, 2.

Second tour : M. Lucas, 12 voix ; M. Mesnet, 10 ; bulletin blanc, 4.

M. Lucas est élu vice-président.

M. Motet est réélu, par acclamation, secrétaire général pour l'année 1878.

M. Voisin, est réélu, par acclamation, trésorier.

MM. Paul Moreau (de Tours) et Riti sont nommés, à l'unanimité, secrétaires annuels.

Le comité de publication est composé de MM. Dagonet, Falret et Peisse.

MM. Billod et Dumesnil sont adjoints au bureau, en qualité de membres du conseil d'administration.

L'exaltique de Fontet.

M. BOURDIN lit sur cette question un mémoire que nous reproduisons ci-dessus.

M. Bourdin propose en terminant : 1° de déposer honorablement dans les archives de la Société le mémoire de MM. Mauriac et Verdalle ; 2° d'adresser à ces auteurs une lettre de remerciements et de félicitations.

M. LUNIER fait observer que c'est une erreur de croire qu'on

ne peut, dans une certaine mesure, augmenter l'accélération de son pouls.

M. DAGONET a vu fréquemment l'accélération du pouls et de la respiration se produire sous l'influence d'émotions profondes, de délire religieux, d'hallucinations mystiques. Ainsi il cite le fait d'une malade qui, à la suite de pertes considérables, a été prise d'hallucinations religieuses se produisant surtout la nuit. Elle voit Jésus-Christ qui lui parle et lui dit que la fraternité doit régner sur la terre et que bientôt la République universelle existera sur le monde entier. Sous l'influence de l'émotion considérable que produisent chez elle ces apparitions, on constate une accélération très-grande du pouls durant plusieurs heures.

M. DELASIAUVE ne croit pas que les malades, semblables à celle dont M. Bourdin raconte l'histoire, puissent prévoir quelque événement dans l'ordre politique.

M. BOURDIN se range à l'observation de M. Delasiauve. D'ailleurs la malade en question n'a prédit que ses actes propres; elle a prévu ses crises. Quant à ses prédictions dans l'ordre religieux ou dans l'ordre politique, elles ne se sont pas réalisées.

Les conclusions du rapport de M. Bourdin sont adoptées.

Projet de statue à élever à Pinel.

M. LEGRAND DU SAULLER : J'ai l'honneur de faire passer sous les yeux des membres de la Société un dessin représentant un projet de statue à élever à Pinel, dans la cour d'honneur de l'asile Sainte-Anne. L'auteur, statuaire médaillé dans les expositions et aujourd'hui hors concours, est fils d'un économiste d'asile privé et a passé toute sa jeunesse non loin des aliénés. Il m'a un jour demandé un sujet de travail et je lui ai fait remarquer que la France, habituellement généreuse envers toutes ses gloires, avait cependant oublié le médecin illustre qui, à Bicêtre, en 1793, avait rompu les chaînes des malheureux fous.

Ce n'est pas ici, au sein de la Société médico-psychologique, qu'il y a lieu de rappeler que l'Angleterre a élevé une statue à Pinel, dans la cour de l'asile de Bedlam, et que le gouvernement français a honoré la mémoire d'un élève de Pinel, en inaugurant si solennellement la statue d'Esquirol, à Charenton, il y a une quinzaine d'années. Ces actes de jus-

lice désintéressée et de préférence complaisante appartiennent à l'histoire.

Pinel demanda donc un jour à la Commune de Paris la permission de briser les fers de ses malades. Une vive opposition se manifesta, et Couthon, président, crut devoir se transporter le lendemain à Bicêtre. « Es-tu donc fou toi-même, dit-il à Pinel, de vouloir déchaîner toutes ces bêtes féroces? » — Non, répondit le médecin de Bicêtre, j'ai la conviction que ces malheureux ne sont aussi violents que parce qu'ils sont enchaînés. Lorsqu'ils seront libres, ils se calmeront et peut-être redeviendront-ils raisonnables. — Eh bien! fais comme il te plaira, » répliqua Couthon.

Vous savez ce qui advint et chaque jour, depuis presque un siècle, nos aïeux dans la science, nos maîtres et nous-mêmes, nous n'avons été que les admirateurs, les disciples et les continuateurs de Pinel.

La statue sans doute devrait être élevée à Bicêtre, mais l'établissement a vieilli et s'est démodé. Obtiendrait-on des fonds? Aucun sacrifice n'a coûté, au contraire, toutes les fois qu'un administrateur a rêvé une splendeur nouvelle en faveur de l'asile Sainte-Anne, élevé d'ailleurs sur les terrains d'une ancienne ferme dépendant de Bicêtre. Partout où il y a des aliénés, Pinel a droit à la reconnaissance publique. A Sainte-Anne, Pinel serait donc chez lui.

L'auteur du projet va s'adresser à M. le préfet de la Seine et il base quelques espérances sur les membres du Conseil général. Je viens vous demander, en son nom, de vouloir bien émettre un vœu favorable. Vous n'avez pas mission, mais vous avez peut-être le devoir de ne pas vous désintéresser dans cette question de justice tardive et de réparation scientifique. Si la Société médico-psychologique existe, c'est évidemment parce que Pinel a créé de toutes pièces la science des maladies mentales.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Lasègue, Legrand du Saulle, Lunier, Dagonet, la question est renvoyée à une commission composée de MM. Falret, Legrand du Saulle et Lunier.

La séance est levée à six heures.

Dr Ant. RITTI.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.
JOURNAUX FRANÇAIS.
Gazette médicale de Paris (1870-1874).

1° *Observation pour servir à l'histoire clinique des abcès du cerveau consécutifs à l'otorrhée* ; par le Dr Aug. Ollivier (1870, n° 47).

2° *Nouvelle note sur l'endocardite et l'hémiplégie puerpérales* ; par M. Aug. Ollivier (1870, n° 27, 28 et 30).

L'hémiplégie est déterminée le plus souvent chez les femmes enceintes et pendant l'allaitement par le transport d'un dépôt fibrineux, d'une végétation valvulaire dans une des artères de la base du cerveau.

3° *Contribution à l'étude de la sclérose péri-épendymaire* ; par M. Hallopeau (1870, n° 30, 32, 34 et 35).

Pour expliquer les lésions qu'il a rencontrées dans un cas de sclérose diffuse péri-épendymaire, M. Hallopeau a formulé les propositions suivantes :

1° La lésion initiale a été le ramollissement nécrotique d'une partie du bulbe.

2° L'irritation provoquée par le foyer s'est étendue de proche en proche à la partie inférieure du bulbe, puis à la moelle.

3° Elle a amené le développement d'une myélite interstitielle diffuse.

4° L'inflammation a porté plus particulièrement sur la substance conjonctive qui entoure le canal épendymaire.

5° Une masse considérable de tissu morbide s'est formée au centre de la moelle ; plus tard ce tissu a subi des métamorphoses régressives qui ont amené la destruction partielle ; telle est l'origine de la lacune que nous avons décrite ; la dilatation du canal épendymaire n'a contribué que très-accessoirement à la constituer.

6° Par l'effet de la sclérose, la moelle s'est atrophiée ; les graves altérations qu'ont subies les cornes antérieures ont eu pour résultat l'atrophie d'une partie des racines, celle des nerfs qui leur font suite et des muscles qu'ils animent.

4° *Note sur l'application des injections interstitielles à l'étude des fonctions des centres nerveux* ; par M. le Dr Beaunis (1872, nos 30, 31 et 33).

5° *Sur un cas de paralysie labio-glosso-laryngée à forme apoplectique d'origine bulbaire* ; par M. A. Joffroy (1872, nos 41, 42, 44 et 46.)

6° *Etude sur les législations anciennes et modernes relatives aux aliénés* ; par M. Ch. Desmaze, conseiller à la Cour d'appel (1873, nos 7, 8, 11, 13, 14 et 16).

Cet excellent travail, publié depuis en brochure par Adrien Delahaye, n'est pas susceptible d'analyse, nous n'en reproduisons que les conclusions :

« Ici se termine la tâche que nous nous étions donnée. Nous avons impartialement et complètement exposé les faits, et nous pouvons, après le sérieux examen des objections et des critiques plus bruyantes que réelles, le plus souvent élevées par la mauvaise foi, la politique ou la passion, arriver à cette ferme conclusion : la folie est une maladie, qu'il faut, comme toutes les autres affections morbides, faire traiter par le médecin. Seulement, comme ici une des premières nécessités du traitement médical est une complète séquestration, il faut organiser et appeler le concours assidu et la vigilance éclairée de l'administration. La liberté individuelle, la sécurité de tous, la morale publique doivent toujours être combinées avec le traitement rapide des aliénés et le secret réclamé en cette matière par les familles. MM. les magistrats du ministère public Vanney, Pagès, Picot, Ribot arrivent aux mêmes conclusions, fondées sur l'expérience.

La loi de 1838 sur les aliénés a, depuis trente-cinq années, largement satisfait à ces multiples exigences. Elle y répondra mieux encore si l'on apporte quelques modifications facilement applicables à l'entrée et au maintien des aliénés dans l'asile. Il suffirait, suivant nous, de donner de l'extension à l'art. 9 de la loi du 30 juin 1838, qui ordonne aux préfets de faire visiter les aliénés, dans les trois jours de leur entrée, par un ou plusieurs hommes de l'art. Cet article contient, en germe, l'idée d'une commission permanente d'inspection, chargée (comme en Angleterre et en Belgique) de surveiller, de contrôler le placement des aliénés, de recevoir toutes plaintes les concernant.

Cette commission pourrait se composer, dans chaque arrondissement, du préfet ou sous-préfet, du président du tribunal civil, du médecin de l'Hôtel-Dieu et des juges de paix. Elle aurait le droit de mander, dans son sein, le médecin qui aurait soigné l'aliéné, — d'entendre les parents, voisins, et de déléguer, s'il était besoin, l'un de ses membres, et émettrait un avis motivé sur les réclamations. Ainsi se trouveraient réunies, comme gage d'un sérieux contrôle, les autorités administratives, judiciaires, médicales, décidant en pleine connaissance de cause. Resterait encore à mieux organiser deux points, dont l'importance ne saurait être méconnue. Nous voulons parler : 1° de la gestion des biens des aliénés, entièrement et trop souvent aujourd'hui abandonnée à l'arbitraire, à la cupidité des familles, car il n'existe pas de mesure protectrice et légale, intermédiaire entre l'administration provisoire, qui est bien insuffisante, et l'interdiction, mesure pénible à provoquer, toujours rigoureuse et onéreuse ; 2° de l'inspection des aliénés, séquestrés à domicile ou dans des maisons, couvents, non spécialement autorisés par la loi.

Pour la guérison de la folie, l'essentiel, c'est l'urgence des secours, la diligence affectueuse des familles, la protection de l'autorité, la discrétion, le savoir et l'honnêteté des médecins. Les divers éléments ont été sagement traduits, combinés et réunis par la loi de 1838, qu'il faut continuer à exécuter scrupuleusement et humainement, sauf quelques nouvelles et légères modifications ci-dessus indiquées.

L'expérience du passé rassure d'ailleurs à l'égard de l'avenir ; car aucun abus, aucun manquement sérieux, n'a été nulle part signalé ; donc nous pensons qu'il faut maintenir, en son entier, pour la France, la législation concernant les aliénés, au lieu de se lancer dans des essais toujours pleins de témérité, de périls, d'incertitude et d'inconnu.

7° *Note sur l'évolution thermique et la rotation conjuguée de la tête et des yeux dans les attaques apoplectiformes de la paralysie générale* ; par M. Victor Hanot (1873, nos 12, 16, 22, 25, 35 et 39).

Voici comme l'auteur résume lui-même son très-intéressant travail :

1° Les attaques apoplectiques qui surviennent dans le cours de la paralysie générale, donnent un tracé thermométrique

identique au tracé de certaines phlegmasies franches, la pneumonie franche, par exemple.

Par là, elles se différencient des accidents analogues dus aux lésions en foyer de l'encéphale (hémorragie, ramollissement), et rentrent dans la loi établie par M. Charcot, à propos de la plupart des états apoplectiformes ou épileptiformes qui ne sont pas immédiatement déterminés par ces lésions en foyer.

Dans mes observations l'évolution spéciale de la température ne peut s'expliquer par une maladie inflammatoire concomitante des organes thoraciques ou abdominaux.

2° Pendant les attaques apoplectiques de la paralysie générale, on peut observer la rotation conjuguée de la tête et des yeux. Dans cinq cas, cette rotation conjuguée a paru reconnaître pour cause la prédominance unilatérale du processus morbide sur un hémisphère, l'hémisphère du côté correspondant au côté où s'était produite la déviation conjuguée.

Dans deux cas, cette prédominance unilatérale du processus morbide s'est traduite par une hémorragie sous-arachnoïdienne; dans un autre cas, pas une congestion méningée très-intense; dans un quatrième cas, il y avait sur tout un hémisphère, épaissement plus considérable, état louche plus accentué, adhérence plus intime à la substance corticale de la pie-mère; enfin, dans une cinquième observation, on a constaté sans inégalité sensible des lésions méningées, une prolifération nucléaire beaucoup plus abondante, des lésions vasculaires plus accusées dans l'hémisphère correspondant au côté où s'était fait la rotation conjuguée.

3° Au point de vue de la rotation conjuguée de la tête et des yeux, il en est des attaques apoplectiques de la paralysie générale, comme des états analogues dus aux lésions en foyer de l'encéphale; ce signe n'y a pas non plus une signification pronostique toujours absolument grave. Les attaques apoplectiques de la paralysie générale qui s'accompagnent de cette rotation conjuguée n'ont pas toujours une issue fatale.

8° *Observations sur le gottre épidémique de la garnison de Saint-Étienne en 1873; par M. le Dr Michaud (1874, nos 2 et 6).*

Cette épidémie n'a différé de celles qui ont été observées dans d'autres localités que par le nombre considérable de soldats qui ont été atteints.

9° *Note sur deux faits de tumeur du mésocéphale;*
par M. H. Hallopeau (1874, n° 9).

Le premier de ces faits est surtout remarquable en ce qu'il a offert, au point de vue symptomatique, la plus grande analogie avec la maladie de la moelle que M. Charcot a décrite le premier sous le nom de sclérose primitive des cordons latéraux.

C'est la lésion spinale secondaire seule qui a donné lieu à des troubles fonctionnels; la tumeur était pour ainsi dire restée inaperçue pendant la vie, bien qu'elle intéressât directement le bulbe dans sa moitié inférieure.

Dans le second cas toute la partie cérébrale de la protubérance a pu être détruite dans une certaine étendue sans qu'il se soit produit des troubles bien manifestes de la sensibilité non plus que de la motilité générale.

10° *Sur deux cas d'atrophie musculaire observée dans le cours de la paralysie générale;* par MM. Aug. Voisin et Victor Hanot, (1874, n° 11 et 13).

Plusieurs auteurs, notamment le Dr Jolly, de Wurzburg, avaient déjà signalé l'existence d'atrophies musculaires dans le cours de la paralysie générale; mais ils n'avaient rien dit des lésions auxquelles ces atrophies pouvaient être attribuées. Dans l'un des cas rapportés par eux, le seul qui se soit terminé par la mort, MM. Voisin et Hanot ont constaté l'existence de l'altération des cellules nerveuses des cornes antérieures, altération à laquelle on paraît aujourd'hui d'accord pour rattacher les troubles trophiques musculaires, et, dans les deux cas, ces troubles trophiques ont pu être nettement déterminés par l'examen microscopique des parcelles de tissu enlevées avec le harpon de Duchenne.

11° *Sur certains faits de vertige ab aure læsa;* par M. le Dr Coyne (1874, n° 14).

Analyse de quelques faits rapportés par le chirurgien irlandais Swanzy et qui se rattachent à des lésions chroniques et très-communes de l'oreille moyenne.

12° *Aphasie chez une paralytique générale;* par M. Victor Hanot, (1874, n° 18 et 19).

Cette observation montre que l'aphasie peut prendre place, au moins exceptionnellement, parmi les altérations du langage

dans la paralysie générale. Il est probable que si elle n'est pas plus fréquente, bien que ce soient surtout les circonvolutions frontales qui sont atteintes par l'encéphalite interstitielle diffuse, cela tient à ce qu'il est nécessaire, pour que l'aphasie se produise, que l'altération porte non-seulement sur toute la substance grise des circonvolutions, mais aussi sur une étendue plus ou moins grande de la partie blanche, comme dans le cas de M. Hanot.

Le malade succomba à des accidents urémiques, déterminés par un sarcome de l'utérus et que l'abaissement considérable de la température permit de diagnostiquer pendant la vie.

43° *Des lésions des parois ventriculaires et des parties sous-jacentes dans la paralysie générale (épendymite, encéphalite interstitielle diffuse périépendymaire; par MM. Magnan et Mierzejewsky (1874, n° 24).*

Cette note soulève des questions assez importantes pour que nous la reproduisons presque intégralement.

Neuf cas de paralysie générale (trois femmes et six hommes), étudiés plus spécialement au point de vue des lésions ventriculaires, forment la base de ce travail. Chez les trois femmes existait une myélite interstitielle diffuse avec localisation plus accusée sur les cordons postérieurs. L'une d'elles, d'abord ataxique, était devenue plus tard paraplégique; elle n'avait offert aucun accident convulsif; la deuxième avait présenté des attaques épileptiformes et la troisième, des attaques épileptiformes et apoplectiformes.

Des six hommes, l'un, ataxique, avait présenté des attaques épileptiformes; sa moelle était le siège d'une dégénérescence grise des cordons postérieurs; deux autres offraient une myélite interstitielle diffuse, plus accusée dans les cordons postérieurs; l'un avait eu des convulsions épileptiformes; l'autre des attaques apoplectiformes; le quatrième présentait une dilatation du canal central de la moelle avec sclérose périépendymaire; il n'avait pas eu de convulsions; le cinquième, avec une myélite interstitielle diffuse, montrait encore une sclérose des nerfs de la deuxième et de la troisième paires crâniennes; il avait éprouvé des attaques apoplectiformes; chez le sixième, enfin, il n'y avait pas de lésion médullaire et l'on n'avait eu à noter pendant la vie aucun accident convulsif.

Chez tous ces paralytiques, les parois ventriculaires étaient le siège de granulations de volume et de nombre variables;

les granulations se présentaient sous la forme de petites éminences arrondies, mamelonnées, gélatineuses, grisâtres, analogues à des grains de semoule, répandues à la surface ventriculaire. Plus nombreuses ordinairement dans la moitié postérieure des planches du quatrième ventricule, ces granulations donnaient parfois à cette région un aspect chagriné avec de nombreuses aspérités rappelant la langue de chat. Le doigt promené à la surface pouvait également sentir les rugosités. Dans les ventricules latéraux, les granulations, en général moins abondantes, se groupaient principalement dans le voisinage de la lame cornée et dans la bandelette semi-circulaire.

La paroi épendymaire avait acquis une épaisseur et une résistance plus grandes en raison du nombre des granulations. En pratiquant, à l'état frais, des sections transversales sur les ventricules, on voyait à la surface de la coupe, une couche d'un gris gélatineux, transparent, d'épaisseur variable, tranchant par sa couleur sur le tissu sous-jacent; et tandis qu'à la surface libre de la coupe se détachaient les petites saillies mamelonnées, de la couche profonde s'irradiaient des traînées irrégulières, grisâtres, qui plongeaient et se perdaient dans les parties voisines.

Vues à un grossissement de 50 diamètres, ces saillies mamelonnées se montraient essentiellement composées de tissu conjonctif à différents degrés d'évolution; c'étaient de véritables fibromes dont le point de départ était la couche réticulaire de l'épendyme.

Lorsque par une coupe du quatrième ventricule, l'on examine l'un de ces petits fibromes divisé perpendiculairement du sommet à la base, on le trouve formé, à la périphérie, par une bande de tissu réticulaire serré, à noyaux rares, minces et allongés, formant une sorte de coque fasciculée, de la surface interne de laquelle partent pour se diriger en dedans de nombreux tractus fibreux, épais, larges, munis de noyaux plus volumineux arrondis et un peu ovales. Lorsque deux papilles se développent au même niveau, sur les deux parois, leur union ne tarde pas à se faire; dans quelques circonstances même ce bourgeonnement peut oblitérer presque complètement l'orifice de l'aqueduc de Sylvius, ou le canal central de la moelle.

Quant à la couche épithéliale, tantôt elle recouvre la tumeur quand elle est peu volumineuse; tantôt elle se rompt et n'en

recouvre plus qu'une partie. Dans quelques cas, enfin, l'épithélium lui-même prend part à l'irritation du tissu conjonctif avoisinant et forme de petits amas irréguliers de cellules épithéliales.

La couche réticulaire de l'épendyme, siège principal de l'irritation chronique, n'accuse pas des bourgeons seulement vers la surface libre; mais de ces parties profondes partent aussi de nombreux prolongements qui se disséminent dans l'épaisseur du tissu nerveux et se perdent insensiblement au milieu de la névroglie.

L'épendymite cérébrale, l'encéphalite interstitielle diffuse périépendymaire, la périencéphalite diffuse, trouvent leurs analogies dans la moelle qui peut présenter une myélite diffuse périépendymaire et une myélite diffuse avec localisation plus accusée à la périphérie, c'est-à-dire des lésions analogues à celles que l'on voit dans le cerveau des paralytiques généraux.

En un mot, disent en terminant MM. Magnan et Mierzejewsky, l'irritation chronique qui se fait à la périphérie de l'encéphale et dans les cavités ventriculaires, avec sa diffusion si largement étendue dans toutes les directions, démontre que la lésion de la paralysie générale est bien une encéphalite interstitielle diffuse généralisée, et si la lésion est plus accusée dans certains points, c'est qu'elle trouve dans ces parties les éléments les plus favorables à l'inflammation chronique, à savoir du tissu cellulaire et des vaisseaux plus abondants.

44° *Hypertrophie du cerveau chez un enfant; examen histologique négatif comme dans un cas de microcéphalie avec idiotie; par M. Landouzy (1874, n° 26).*

Le développement anormal portait sur les hémisphères cérébraux et surtout sur les parties antéro-moyennes, en avant du sillon de Rolando.

Pendant la vie, d'ailleurs, l'enfant, qui avait dix ans et dont l'intelligence était très-développée, n'a présenté aucun phénomène symptomatique qu'on pût rapporter à un état cérébral morbide quelconque. Il a succombé brusquement à un œdème viscéral et dont la cause est restée inconnue.

45° *Abcès du cervelet; par le Dr Wiart (1874, n° 35).*

L'abcès, qui contenait environ 30 grammes de pus, avait son siège dans l'épaisseur du lobe droit du cervelet, dont la sub-

stance grise et une partie de la substance blanche étaient détruites.

Les symptômes observés pendant la vie étaient les suivants :

Faiblesse musculaire qui est allée jusqu'à l'impuissance complète de locomotion et même de station verticale ; embarras de la parole consistant en une lenteur irrégulière dans l'articulation des mots.

Accès épileptiques datant de loin et qui dans les derniers temps ont été d'autant plus répétés et moins violents qu'on approchait du terme fatal.

Pas de troubles sensoriels, si ce n'est un peu de dureté de l'ouïe.

Céphalalgie qui a été le phénomène principal ; elle a débuté par accès tout à fait irréguliers ; elle affectait alors un siège variable, tantôt le front, tantôt l'occiput, tantôt toute la tête ; plus tard, la douleur, très-violente, devint continue et occupa exclusivement la région occipitale ; elle ne cessa pas et dans les derniers jours, elle arracha encore des plaintes au malade.

Pas de vomissements.

Aucun phénomène spécial du côté des organes génitaux.

Affaiblissement progressif, mort sans agonie.

16° *Note pour servir à l'étude des troubles trophiques consécutifs aux lésions cérébrales* ; par M. le Dr Muron (1874, n° 39).

Les troubles trophiques étudiés par M. Muron dans cinq cas d'hémorragie cérébrale n'ont point encore été décrits : ils sont les uns intérieurs, les autres extérieurs.

Les premiers portaient sur la parotide qui présentait une véritable inflammation suppurative, sur la région fessière dont les téguments et le tissu cellulaire étaient congestionnés et enfin sur le genou, où l'on a constaté une hypersécrétion du liquide synovial.

Les seconds portaient sur les reins, qui étaient plus ou moins congestionnés.

17° *Attaques successives de convulsions de tout le côté gauche du corps ; hémiplegie gauche ; abcès superficiel de l'hémisphère droit ; petit abcès du corps strié gauche* ; par M. David (1874, n° 49).

Il s'agit d'un homme de 46 ans, écrivain public, qui après avoir présenté, à diverses reprises, des crises convulsives n'affectant que le côté gauche du corps et surtout les muscles fléchis-

seure de l'avant-bras, succomba à une hémiplegie gauche, sans avoir présenté de troubles notables de l'intelligence, ni de la sensibilité générale, ni du tact.

L'autopsie démontra la présence d'un vaste abcès, situé à la surface de l'hémisphère droit, au niveau des circonvolutions pariétales. L'abcès ne dépassait pas en profondeur le centre ovale de Vieussens et laissait la base du cerveau tout à fait intacte. Un petit foyer occupait en outre le corps strié gauche et n'avait donné lieu à aucun symptôme appréciable pendant la vie.

18° *De l'ivresse publique, de l'ivrognerie et de l'alcoolisme au point de vue de la répression légale*; par M. le Dr Théophile Roussel (1871, n° 32).

Nous ne pouvons mieux faire pour donner une idée exacte de cet excellent travail communiqué à l'Académie de médecine dans la séance du 8 août 1871, que de reproduire les conclusions de l'auteur, qui a contribué plus que tout autre à faire adopter par l'Assemblée nationale la loi du 3 février 1873 tendant à réprimer l'ivresse publique et à combattre les progrès de l'alcoolisme.

« J'ai fini ce long exposé, et l'excellence du but que je me suis proposé peut seule me disculper, à mes yeux, de l'épreuve que je viens d'imposer à la patiente attention de l'Académie.

» En résumé :

« 1° Démontrer qu'une proposition de loi répressive de l'ivrognerie, consistant à assimiler l'ivresse scandaleuse des rues aux contraventions qui relèvent de la simple police, ne saurait, à aucun titre, répondre convenablement aux indications de la science ni aux exigences de l'intérêt social,

« 2° Démontrer que si la gravité croissante, en France, des révélations de la médecine et de la statistique et les documents alarmants qui se multiplient de toutes parts, prouvent si fortement la nécessité des mesures répressives, il faut du moins que ces mesures aient quelque proportion avec l'étendue du mal contre lequel elles sont prises, et qu'elles soient basées sur la connaissance approfondie de ce mal; que l'ivrognerie moderne est un fait multiforme et complexe, dont l'ivresse proprement dite n'est qu'un des éléments; que l'*ivrognerie pathologique* ou *alcoolisme*, qu'on peut rencontrer séparée de l'ivresse, est un autre élément beaucoup plus grave et de beaucoup le plus menaçant pour les intérêts sociaux; enfin qu'une loi ne

s'appliquant pas à l'alcoolisme laisse forcément hors de son action une grande partie des maux et des désordres contre lesquels son secours est invoqué.

» 3^o Démontrer que, pour que la loi puisse offrir, dans la stricte mesure d'un tel sujet, le cachet de grandeur qui convient et qui est aussi une condition de son utilité pratique ; pour qu'elle puisse s'imposer d'abord à l'opinion, influencer sur les mœurs, et, par le premier effet moral, mieux assurer son application, il faut, avant tout, que le fait non défini juridiquement jusqu'à ce jour, de l'ivresse et de l'ivrognerie, prenne, dès qu'il se manifeste publiquement, le caractère juridique ; qu'il prenne place dans notre législation correctionnelle.

» Il faut qu'aux divers degrés de gravité de ce fait puissent s'adapter les peines correctionnelles des différents degrés jusqu'à la plus haute, qui est l'*interdiction des droits civils, civiques et de famille*, particulièrement l'*interdiction du droit électoral*. L'ivrognerie notoire enlevant à l'homme les attributs nécessaires au citoyen, non-seulement la dignité personnelle, mais l'usage intelligent et libre de ses droits et de sa volonté, la pénalité indiquée par la raison et la morale, se trouve aussi exigée impérieusement par l'intérêt public dans un pays de suffrage universel.

» 4^o Enfin, démontrer que toutes les fois qu'en altérant avec la santé l'intégrité intellectuelle et morale de l'homme, l'alcool fait disparaître ou diminue sa responsabilité devant la justice, ou lorsqu'il entraîne des sévices, des désordres, des actes quelconques contre lesquels l'intérêt des familles et de la société s'élève justement, l'*interdiction judiciaire* devient l'arme légitime et nécessaire pour défendre ces intérêts, à la seule condition que l'enquête médico-légale assure en même temps à la liberté individuelle sa protection légitime et nécessaire.

» Telles sont, par-dessus les questions secondaires, les hautes questions dans lesquelles j'ai tenté de chercher ce que j'ai appelé les bases *scientifiques* d'une loi contre l'*ivresse publique* et l'*ivrognerie alcoolique*. Insuffisant pour une pareille tâche, le patriotisme et un vif sentiment des périls publics m'ont encouragé à recourir à l'Académie, à demander qu'elle veuille bien déterminer et poser elle-même, ainsi qu'il lui appartient, ces bases indispensables.

» Jamais il n'y eut de nécessité plus urgente ni d'heure plus propice. A aucun moment de notre histoire, une assemblée française n'a été appelée à remplir un mandat souverain

dans des circonstances plus propres à mettre en évidence la nécessité d'agir sur les mœurs par la législation et de donner force de loi à toute mesure capable de contribuer à l'amélioration morale et physique de l'homme.

» L'innovation qui lui est proposée au sujet de l'ivrognerie est à la fois une des plus puissantes et des plus saines qui se puisse introduire ainsi dans notre vie sociale. Quelque hardie que puisse sembler l'initiative, l'œuvre est faite pour tenter les plus prudents et les plus sages, car le temps n'est plus des hésitations et des timidités, lorsqu'il s'agit d'apporter même dans une mesure restreinte, une amélioration morale plus encore que matérielle, un remède contre une de ces calamités de notre civilisation, qui, après tant de succès dans l'ordre matériel, tant de conquêtes de l'esprit, effraient et humilient notre génération autant qu'elles la lèsent profondément, en la déclinant, en la frappant dans ses forces productrices, diminuant les forces de son bien-être et corrompant les jouissances mêmes qui semblaient devenues le but principal de sa vie. L'œuvre dont je parle réclame tous les concours, et l'Académie me pardonnera si, en cherchant en dehors du terrain législatif, aucun ne m'a semblé plus nécessaire que le sien. Elle marquera une fois de plus, en le donnant, le rang élevé qui appartient à la médecine, dans les sciences sociales. »

19° *Du traitement et de la prophylaxie de la méningite tuberculeuse;* (1874, n° 37 et 38).

20° *Recherches anatomo-pathologiques sur la paralysie spinale de l'enfance (paralysie infantile);* par MM. Henri Roger et Damascino (1874, n° 41, 43, 45, 48 et 51).

Voici les conclusions des auteurs :

1° L'altération caractéristique de la paralysie infantile est une lésion de la moelle épinière dont l'atrophie des nerfs et des muscles est la conséquence.

2° Cette lésion siège plus particulièrement dans la partie antérieure de la substance grise spinale où elle se montre sous forme de foyers ramollis.

3° Ce ramollissement est de nature inflammatoire et la maladie est une myélite.

4° La paralysie infantile doit donc être appelée *paralysie spinale de l'enfance*, et désormais sa place nosologique est certainement dans les affections de la moelle et dans les myélites.

L. LUNIER.

Archives générales de médecine (1873-1874).**1° De l'anorexie hystérique ; par le D^r Lasègue (1873).**

Les troubles digestifs qui surviennent dans le cours de l'hystérie sont nombreux, variables à l'infini, depuis la simple bizarrerie de goût jusqu'au vomissement de sang. Ces phénomènes obscurs, confus, mal observés, souvent attribués au caprice, à la fantaisie, à l'obstination des malades, forment, cependant, un ensemble symptomatique au milieu duquel le professeur Lasègue promène avec assurance la lumière vive du savoir et de l'observation méthodique. L'anorexie hystérique débute par des sensations vagues de plénitude, d'angoisse, *post prandium*, et souvent dès le début du repas. Cette sensation, d'abord insignifiante, se renouvelle de jour en jour avec ténacité, et alors l'hystérique réduit peu à peu sa nourriture et montre rapidement une répugnance invincible que les prières ou les ordres ne font qu'exaspérer. Cette sensation pénible est très-probablement l'expression réflexe d'une perversion du système nerveux central. Pendant les premiers mois, la santé générale résiste à ce défaut d'alimentation, pour présenter, au bout d'un temps variable, les signes graves d'une véritable consommation.

Les règles cessent de se produire, il survient de la soif, les parois abdominales se rétractent, la peau devient sèche, rugueuse, le pouls fréquent, et le palper permet de constater que la région épigastrique devient douloureuse à la pression. Le plus souvent alors, sous l'influence de la fièvre, il se produit une modification heureuse dans l'état mental ; l'hystérique veut bien enfin se soumettre à un traitement médical et rationnel.

L'anorexie hystérique peut guérir et dure environ dix-huit mois à deux ans ; le professeur Lasègue l'a observée chez huit femmes hystériques de dix-huit à trente-deux ans. Dans certains cas elle conduit directement à la phthisie pulmonaire.

2° De la folie consécutive aux maladies aiguës ; par le D^r J. Christian (1873, septembre et octobre).

« En l'absence de documents suffisants, l'histoire de la folie consécutive aux maladies aiguës ne peut pas être faite ac-

- » tuellement d'une manière complète. Cependant, on peut
- » considérer comme démontrées les propositions suivantes :
- » 1° La folie simple peut succéder à toutes les maladies
- » aiguës, les plus bénignes comme les plus graves.
- » 2° Elle peut affecter toutes les formes du délire vé-anique,
- » soit général, soit partiel.
- » 3° Survenant, tantôt au début, pendant le cours de la ma-
- » ladie aiguë, tantôt pendant la convalescence, elle a toujours
- » pour cause un trouble de la nutrition du cerveau.
- » 4° Ce trouble, d'origine primitivement réflexe, est entre-
- » tenu par les altérations diverses du sang, et les troubles de
- » la circulation qui accompagnent, à des degrés variés, la
- » plupart des maladies aiguës.
- » 5° Le début est souvent brusque, instantané ; et rien dans
- » les symptômes et la marche de la maladie aiguë ne peut
- » faire prévoir l'apparition du délire.
- » 6° La durée est généralement courte ; la guérison est la
- » terminaison habituelle. Cependant, cette folie peut devenir
- » chronique et incurable.
- » 7° Le traitement ne diffère en rien de celui des autres
- » formes de folie. Il doit s'adresser surtout aux lésions accen-
- » tuées produites par la maladie aiguë, et qui entretiennent
- » le délire et lui donnent sa physionomie spéciale.

Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques de l'homme et des animaux (1873-1874).

1° Du langage ; par le Dr Onimus (1873, mars et avril).

Mémoire intéressant dans lequel le Dr Onimus s'efforce de démontrer l'existence d'un centre nerveux phono-moteur agissant en dehors de l'influence du cerveau et produisant automatiquement le langage, sous l'influence de l'habitude.

La volonté n'aurait alors qu'une influence excitante et directrice. Une fois le cerveau enlevé, la volonté n'a plus de pouvoir ; mais la fonction reste et se continue fatalement. Le vol chez le pigeon, et la natation chez le canard, quand on leur a enlevé le cerveau, se produisent de la sorte, automatiquement, mais sans direction précise et déterminée.

2° De la différence d'action des courants induits et des courants continus sur l'économie ; par le Dr Onimus (1874, septembre, octobre, novembre, décembre).

« On peut dire aujourd'hui que tout élément vivant non-

» seulement se nourrit et produit de la chaleur, mais aussi
» qu'il détermine la formation de courants électriques. Nous
» avons essayé déjà de montrer l'influence sur les courants
» électriques naturels, des courants que l'on fait agir artifi-
» ciellement (par l'électrisation); elle se traduit par une mo-
» dification dynamique qui amène, comme conséquence, une
» augmentation de nutrition.

» Pour le système nerveux, la grande mobilité des molé-
» cules et la direction, dans des sens déterminés, de l'influx
» nerveux expliquent l'action puissante des courants élec-
» triques. Eux aussi consistent en un flux, se faisant tou-
» jours dans un sens déterminé; il est certain que, selon
» leur direction, ils ont une action variable. Nous n'avons pas
» à insister ici sur tous ces faits qui sortent du cadre qui
» nous est tracé; mais ils nous montrent combien, pour le
» système nerveux, il y a des différences d'action, non-seule-
» ment entre les courants induits et les courants continus,
» mais que, pour ceux-ci, l'influence n'est pas identique, du
» moment que les conditions de production et de direction ne
» sont pas les mêmes.

» Les applications thérapeutiques se comprennent facile-
» ment d'après ces données, sans qu'il soit nécessaire de les
» préciser d'une façon absolue pour chaque cas pathologique
» particulier. On peut dire, d'une manière générale, qu'il n'y
» a point d'agent aussi puissant que les courants induits
» pour déterminer une irritation profonde, énergique et de
» courte durée. Ils ont une action excitante très-supérieure
» aux courants continus, et ils doivent être employés, chaque
» fois que l'on veut provoquer l'excitation des nerfs moteurs
» et des nerfs sensitifs; ils agissent vivement sur les nerfs
» cutanés et ils sont préférables à tout autre agent pour dé-
» terminer des actions réflexes.

» Les courants continus, au contraire, modifient plus len-
» tement l'état moléculaire des nerfs, mais leur action est
» plus intime, plus douce pour ainsi dire, même au moment
» de leur interruption; l'ébranlement qu'ils déterminent sur
» le nerf est moins mécanique, mais a une influence de
» polarité plus marquée et plus durable. En un mot, leur
» action est plutôt tonique, légèrement stimulante, tandis
» que celle des courants induits est irritante et excitante.

» Enfin, et ici surtout, nous retrouvons les principes que
» nous avons déjà donnés dans le mémoire précédent, et dont

» le principal se résume en ces quelques mots : les courants
 » induits ne doivent pas être appliqués sur le système ner-
 » veux central, tandis que les courants continus doivent
 » presque uniquement être appliqués sur les centres ner-
 » veux. »

Montpellier médical (1873-1874).

1^o *Observation d'aphasie complète suivie de guérison; par le
 Dr J. Grasset, interne des hôpitaux de Montpellier (n^o de
 février 1873).*

Les observations d'aphasie suivies de guérison sont rares parce que, suivant M. Grasset, on ne publie que les observations suivies d'autopsie. Il n'y a pas, cependant, à s'étonner de cette tendance de l'esprit scientifique cherchant à déterminer le siège précis de ce singulier symptôme, l'*aphasie*. L'étude du siège de la lésion loin de nuire à la clinique et à la thérapeutique, nous conduit sûrement à une pratique rationnelle et scientifique. M. Grasset, lui-même, nous démontre clairement que les travaux sur la localisation cérébrale de l'aphasie, à la troisième circonvolution gauche frontale, n'ont aucunement nuï à l'étude symptomatique; car il décrit l'aphasie de main de maître, en s'appuyant sur les travaux remarquables de MM. Falret, Lorain, Proust et Jaccoud. Il a surtout insisté et cela, avec succès, sur le parallélisme qui existe entre les altérations de l'écriture et celles du langage articulé ou mimique.

2^o *Médecine légale des aliénés; Dénonciation calomnieuse; par le
 Dr Cavalier, professeur à la Faculté de Montpellier (nos de
 juillet 1873 à janvier 1874).*

Rapport médico-légal d'une étendue considérable, et qui peut, à bon droit, passer pour un modèle d'expertise en matière de médecine légale des aliénés. S'il était permis de reprocher quelque chose aux travaux du professeur Cavalier, ce serait un reproche d'abondance; nous pensons que les arguments gagnent en vigueur lorsqu'ils sont, je ne dirai pas moins nombreux, mais moins délayés et comme perdus au milieu de considérations scientifiques de la plus haute portée. L'auteur de cette dénonciation calomnieuse est une jeune fille de Narbonne, qui, sur les conseils de son père, son confident, avait accusé trois ecclésiastiques, quatre religieuses et d'autres personnes, soit comme auteurs ou complices de viol, tenta-

tive de viol, séquestration arbitraire et excitation de mineure à la débauche. Une ordonnance de non-lieu fut rendue en faveur des accusés, et suivie immédiatement du suicide du père de la jeune fille.

3. *De la paralysie dite ; diphthéritique* par le D^r Quissac, de la Faculté de Montpellier (n^o de sept. 1873).

Sous ce titre de la paralysie dite diphthéritique et de la diphthérie dite maligne et leurs causes, l'auteur publie un court article destiné à détruire les idées de Bretonneau, de Trousseau et leurs élèves sur la diphthérie. Point n'est question de la remarquable thèse du D^r Mingault sur la paralysie spéciale consécutive à cette maladie; le D^r Quissac ne la connaîtrait-il pas? Suivant lui, la paralysie dite diphthéritique serait due à l'emploi des topiques violents dans l'angine couenneuse; la diphthérie lui serait tout à fait étrangère; d'ailleurs, ne croyant pas au virus diphthérique, il en arrive à nier l'empoisonnement diphthérique. Il faudrait, suivant lui, croire que la diphthérie dite maligne trouve sa raison d'être dans la complication d'un élément périodique pernicieux.

4. *Commentaire sur les articles 1974 et 1975 du code civil*; par le D^r Pécholier de Montpellier (no de février 1873).

Curieux rapport médico-légal destiné à prouver la nullité d'une rente viagère constituée sur la tête d'une personne atteinte d'une affection cérébrale le jour de la passation du contrat, et qui a succombé moins de vingt jours après, par suite d'une attaque d'apoplexie. Cette malade était certainement dans le cours d'une paralysie générale progressive au moment où le contrat avait été signé. Le tribunal de Lodève a admis les conclusions de ce rapport.

Marseille médical (1873-1874).

1. *Considérations sur la scrofule cérébrale*; par les D^{rs} Henri Isaac et Emile Demeules (no de janvier 1873).

L'encéphalopathie scrofuleuse débute en général par une céphalée persistante, souvent regardée comme une simple névralgie; c'est une maladie à évolution lente pouvant exister à l'état latent, n'attendant qu'une cause occasionnelle pour éclater. Les accidents peuvent se produire chez les adolescents et les adultes, mais principalement dans le bas âge et la première enfance.

2. *Essai sur l'origine du goître endémique*, par Pierre Zlizeviev pharmacien à Dieulefit (sept. 1873).

Les marnes alpiennes ressemblent à toutes les marnes, mais on y rencontre, en plus, des géodes ou boules avec un noyau, de sulfate de baryte; ce serait là le grand coupable communiquant aux eaux le principe goîtrigène. Les eaux goîtrigènes perdent ce privilège lorsqu'elles parcourent des terrains d'une autre nature et des conduits sableux ou en terre cuite qui distribuent l'eau loin de son lieu d'origine.

Lyon-médical (1873-1874).

1. *De l'assistance publique au point de vue du régime administratif des hospices et des asiles des aliénés*, par Pétrequin (numéro du 2 mars 1873).

Dans ce travail, notre savant et autorisé confrère se montre partisan de la loi de 1838, qu'il croit bonne; mais il ajoute que souvent elle est mal appliquée. On peut, notamment, regretter que certains départements n'aient pas encore un asile à eux; cette inapplication de la loi détermine un encombrement fâcheux dans les asiles des départements limitrophes et détruit ainsi les conditions hygiéniques des meilleurs établissements d'aliénés. C'est, aujourd'hui, la situation de l'asile de Montdevergues construit pour 600 malades et qui en contient actuellement 1,400.

2. *De l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la méningite*; par le Dr H. Debaugé (numéro de janvier 1874).
 3. *Fibrome disséminé des méninges; Hyperhydrurie*; par le Dr Bergeret de Saint-Lager (numéro du 18 janvier 1874).
 4. *De l'hémiplégie alterne par lésion d'un pédoncule cérébral*; par le Dr Perroud (numéro du 25 octobre 1874).

Travail sérieux appuyé sur quatre observations personnelles et terminé par des indications bibliographiques précieuses. M. Gubler, le premier, a donné le nom de paralysie alterne aux paralysies dépendant d'une lésion unique et dans lesquelles plusieurs régions du corps situées à droite et à gauche sont frappées et cela à des hauteurs différentes. L'alternance est due à ce que la lésion siège à la face inférieure du cerveau, là où certains nerfs ont opéré leur entre-croisement, tandis que d'autres n'ont pas encore subi leur décussation.

5. *Observation de paralysie agitante*; par Rabot, interne des hôpitaux de Lyon (numéro du 25 octobre 1874).

Dr DOUTREBENTE.

JOURNAUX ANGLAIS

Le Mental Science.

n° de juillet 1874.

Analyse par MM. les D^{rs} DUMESNIL et PONS.

TRAVAUX ORIGINAUX.

- David Nicholson. — *La psychologie morbide des criminels.*
 D^r William W. Ireland. — *Une enquête sur quelques récits au sujet d'enfants nourris par les bêtes sauvages.*
 David Skae. — *Leçons sur la folie* (suite), édité par le D^r Clouston.
 J. H. Balfour Browne, esq. — *Une analyse de Robert Browning « Bonnet de nuit de campagne en coton rouge, ou turf et tourelles. »*
Le traitement de l'aliénation mentale.
 Notes et cas cliniques. — *Deux cas de syphilis intra-crânienne.*
 — *De la manie comme symptôme de la maladie de Bright.* — *Cas de paralysés généraux envoyés en prison pour vol.* — *Cas de tumeur du cerveau.* — *Cas d'aphasie ataxique avec autopsie.*
 — *Le résultat d'un examen nécropsique sur un idiot hydrocéphale.* — *Cas de folie syphilitique.*
 Notes du trimestre. — *Le budget et les aliénés indigents.* — *Folie et divorce.*
 Revue. — *Principes de physiologie mentale*, par Carpenter.
 Notes et nouvelles.

1^o Dans la suite de son travail sur les criminels, le D^r Nicholson s'attache à déterminer la mesure de leur capacité mentale, et préconise, comme moyen d'épreuve, leur tolérance pour la discipline de la prison. De longues observations faites par l'auteur dans les prisons d'Etat, sur le régime pénitentiaire qui y est mis en usage et sur la manière dont il est supporté, lui ont permis de mettre en évidence une classe d'individus non aliénés, qu'il appelle « faibles d'esprit » et qui seront l'objet, au cours de cette étude, de réflexions spéciales.

Quelques mots, au préalable, sur le système disciplinaire appliqué dans la Grande-Bretagne.

Le système appliqué au condamné, quel qu'il soit et quelles qu'aient été précédemment ses occupations et ses conditions d'existence, est le même pour tous et comprend deux périodes successives. Pendant la première, d'une durée de neuf mois, il est soumis à l'isolement complet et au travail dans une cellule; pendant la seconde, il pratique le travail en commun,

faisant partie d'un groupe plus ou moins restreint ; mais, la nuit, il reste isolé en cellule.

Tous les prisonniers ne sont pas capables de supporter les rigueurs du règlement, et sous ce rapport on peut les diviser en deux grandes catégories, comme il est indiqué dans le tableau suivant :

1. Supportent la discipline.	}	Criminels accidentels (état mental sans anomalies).
		Criminels d'habitude (la plupart intelligents, grossiers, impulsifs, dépravés, etc.)
2. Ne la supportent pas.	}	Faibles d'esprit (organisation mentale imparfaite, responsables partiellement).
		Aliénés (irresponsables et qu'on peut certifier tels).

Cette division est purement arbitraire, car les types ne sont jamais bien tranchés et l'on observe des nuances intermédiaires ; mais si elle n'est pas acceptable rigoureusement au point de vue psychologique, elle suffit pour établir une démarcation quand on veut apprécier les effets de l'emprisonnement. Celui-ci exerce sur l'état mental des individus une influence analogue à celle du travail physique sur le corps. De même que certains sujets sont incapables de supporter un travail pénible et doivent être favorisés d'une diminution de tâche, de même certaines organisations mentales ne résistent pas à l'action de la discipline, qui doit être relâchée en leur faveur. Dans la vie sociale ordinaire, l'homme est soumis, tout libre qu'il est, à certaines lois dont la non-observance peut servir à caractériser une aberration de son état mental. Il doit subir une sorte de discipline que lui impose la société. La vie de la prison comporte une discipline plus sévère, uniforme pour tous les prisonniers. Son observance plus ou moins facile est un critérium pour apprécier leur état mental.

L'action de cette discipline sur l'esprit se manifeste dans trois conditions :

- 1° Dans la première période (période cellulaire) ;
- 2° Dans la vie normale de la prison ;
- 3° A propos de punitions spécialement infligées.

L'emprisonnement cellulaire a été l'objet, depuis une trentaine d'années, de travaux consciencieux, dans le but d'établir la durée qu'il pouvait avoir sans inconvénient pour l'état mental des individus.

Le rapport lu au congrès international des prisons, en 1871, par le colonel Ducasse, président des directeurs des prisons,

nous apprend que la durée de l'isolement fut d'abord fixée à dix-huit mois. Mais d'après les résultats observés par les inspecteurs sur l'esprit des détenus, elle fut réduite à neuf mois. La nocuité de l'emprisonnement cellulaire longtemps prolongé est mise hors de doute par un travail du Dr Baly (Rapport sur la prison de Millbank), publié en 1851. Son influence dépressive s'exerce, dit-il, sur toute l'économie. Il y a d'une part une perte de la vigueur physique, de la résistance aux influences extérieures. Il en résulte la production de singulières attaques convulsives au moment où finit l'isolement cellulaire, lorsque les prisonniers sont transférés de leurs cellules sur les vaisseaux pénitenciers. D'autre part, il se produit un affaiblissement de l'énergie mentale qui peut aller jusqu'à l'imbécillité. Quelques sujets ont un accès de folie au moment de leur embarquement. D'autres subissent une altération de leurs facultés, reconnaissable seulement pour les personnes qui vivent parmi eux ou qui ont l'habitude d'observer les prisonniers.

La durée de neuf mois a paru devoir être adoptée pour amener chez les prisonniers un amendement salutaire sans danger pour leur raison. Mais on doit encore réduire cette durée pour certains d'entre eux. En effet, si un pareil traitement est susceptible de troubler des organisations normales, il devra agir d'une manière plus fâcheuse et plus prompte sur des natures imparfaites.

Les troubles mentaux déterminés par l'existence normale de la prison sont moins immédiats que ceux que produit le système cellulaire. Les résultats en sont moins précis. Tout ce qu'on en peut dire, c'est que les conditions rigoureuses de la vie des prisonniers sont calculées pour impressionner leur esprit. Cette impression sera comptée parmi les causes qui provoquent l'explosion d'une maladie mentale.

Lorsque la raison d'un prisonnier sera atteinte dans les conditions ordinaires, en dehors de toute punition, on pourra mettre cet accident sur le compte de la vie pénitentiaire en accusant soit la privation des sympathies sociales, soit la dépression physique, soit enfin la nature plus ou moins désagréable du travail imposé, toutes ces causes pouvant donner l'essor à l'irritabilité, jusqu'alors latente, d'une organisation défectueuse.

Mais le moyen d'épreuve vraiment infaillible pour apprécier la force mentale d'un prisonnier est la punition. La plupart des cas d'aliénation qui viennent à la connaissance du mé-

decin se présentent à l'occasion d'une punition, et avec eux est soulevée la question parfois embarrassante de savoir si le sujet est punissable et si le méfait qu'il a commis est à la charge de son caractère vicieux, ou imputable à son trouble mental. Le prisonnier sain d'esprit ne s'expose pas à un châ-timent qui serait trop pénible pour lui; aussi réclame-t-il rarement l'intervention du médecin. Quand il a encouru une punition, son insensibilité et son endurcissement sont à la hauteur des violences qu'il a commises. Ce serait professer une dangereuse doctrine que soutenir l'irresponsabilité de ces individus. Ils ne doivent pas être confondus avec les faibles d'esprit, que le châ-timent impressionne toujours, et qui ont vraiment droit à une atténuation de leur peine.

Le moment est venu d'étudier plus spécialement cette classe de prisonniers qui, sans être aliénés, réclament néanmoins l'intervention et la protection du médecin. Le Dr Nicholson nous donne sur les « faibles d'esprit » d'abondants détails. Cette partie de son travail est toute statistique, mais les chiffres qu'elle contient sont assez intéressants pour mériter d'être rapportés.

Cette dénomination de « faibles d'esprit » a été créée intentionnellement par l'auteur pour distinguer les sujets dont il s'occupe des imbéciles. L'imbécile ne cesse pas d'être semblable à lui-même. Il est imbécile et *irresponsable* dans la vie ordinaire comme dans la prison. Le « faible d'esprit » auquel M. Nicholson attribue une responsabilité partielle, donne des signes d'altération mentale seulement sous l'influence disciplinaire de la prison. Il suffit, pour lui rendre la raison, d'adoucir la rigueur de sa position. Une fois rendu à la liberté, les influences dépressives ayant disparu, il recouvre son intégrité mentale. C'est ainsi que certains « faibles d'esprit » devenus aliénés et envoyés dans les asiles ont présenté une transformation soudaine de leur état mental et ont pu être considérés comme de simples criminels et des imposteurs.

Ces prisonniers réclament une atténuation des rigueurs disciplinaires; mais il est inutile de les certifier aliénés puisqu'il suffit de modifier leur situation pour faire cesser le trouble mental.

Les aliénations qui nécessitent la suspension de la discipline chez des prisonniers en cellule revêtent des formes variables. Voici, d'après un rapport du Dr Bradley, à Penton-

ville (1854-1858), la fréquence relative des diverses formes vésaniques observées sur cent individus.

Dépression avec ou sans tendance au suicide.	34
Conceptions délirantes, soupçons, idées bizarres.	22
Irritabilité mentale, nerveuse et excitable.	22
Obtusion intellectuelle, stupidité.	15
Anomalies. {	
Écarts de conduite non motivés.	3
Terreurs nocturnes.	4
Blasphèmes, doutes religieux?	4
Singularités.	4
Non notés.	4
	40
	100

L'isolement en cellule est la première condition d'existence imposée au prisonnier. Elle facilite l'action de la honte et du remords. A ces influences dépressives s'ajoute le sentiment de sa solitude et de la perte de ses espérances. Aussi ne faut-il pas s'étonner de la fréquence de la mélancolie dans le tableau qui précède.

A la seconde période de la vie de prison, pendant laquelle le prisonnier est assujéti au travail en commun, correspondrait plutôt la forme « irritabilité mentale ». Il a triomphé alors de l'influence dépressive de l'isolement et la mélancolie n'est plus à craindre ; mais le défaut d'équilibre de ses facultés se traduit par une vive résistance à l'autorité qui le contraint. Ses conversations avec les autres prisonniers et les fatigues corporelles diminuent le danger de l'apparition d'idées délirantes.

L'irritabilité mentale qui accompagne quelquefois les punitions ne paraît pas devoir être attribuée à ces punitions mêmes. L'effet des punitions souvent répétées est de déprimer profondément le moral en amoindrissant l'énergie physique. Ici encore l'intervention du médecin devient indispensable.

Des recherches ont été faites par le docteur Nicholson sur l'âge des prisonniers faibles d'esprit, leur profession avant leur incarcération, et les crimes pour lesquels ils ont été condamnés. Ces recherches portent sur deux cents condamnés faibles d'esprit qui se trouvaient en prison à la même époque (1871-1872).

Dans un premier tableau se trouvent consignés le nombre total des prisonniers au-dessous de 20 ans, de 20 à 30 ans, de 30 à 40 ans, etc., et en regard le nombre des faibles d'esprit correspondant à ces divers âges. On observe, par ce tableau,

que la période décennale de 20 à 30 ans est celle où l'on observe le plus grand nombre de condamnés (3825) et aussi, parmi ces condamnés, le plus grand nombre de faibles d'esprit (92). De 30 à 40 ans, on n'a plus que 2286 condamnés et seulement 45 faibles. Les nombres vont toujours en décroissant en raison inverse des âges.

Telle est la proportion absolue. La proportion relative des faibles, c'est-à-dire par 4.000 condamnés, est indiquée dans un second tableau. C'est encore à la période de 20 à 30 ans que correspond la plus grande proportion des faibles d'esprit. C'est, en effet, à cette époque que les tendances turbulentes et le manque de contrôle intime, chez un esprit mal organisé, donnent lieu à des actes extravagants et destructeurs auxquels l'auteur fait précédemment allusion sous le nom de *manifestations émotionnelles*.

Les professions exercées par nos deux cents faibles d'esprit, avant leur emprisonnement, forment un amalgame peu instructif, surtout si l'on tient compte de ce fait que la moitié de ceux qui se donnent pour laboureurs ou journaliers sont tout simplement des voleurs. En dépit de certains pessimistes, tels que le Rév. Kingsmill, l'auteur pense que l'école dans la prison est un excellent moyen d'amélioration pour les faibles d'esprit.

Les différents crimes qui ont motivé la condamnation sont répartis, sur les deux cents sujets, ainsi qu'il suit :

Vol avec effraction, vol, fraude	131	
Homicide et violences sur les personnes :		} 33
Meurtre, assassinat	10	
Coups, blessures	23	
Incendie	27	
Viol et attentats	9	
		200

Pour leur caractère et leur fréquence plus grande, les crimes de vol avec ou sans effraction méritent le nom de crimes *ordinaires* ou simples, tandis qu'on doit réserver aux autres l'appellation de crimes *spéciaux* ou extraordinaires.

La proportion de ces deux criminalités distinctes est indiquée dans un dernier tableau où nous constatons que les faibles d'esprit ont peu de tendances à commettre les crimes ordinaires. On y lit, en effet, que les crimes sont, pour la population totale de la prison, dans la proportion de 833 p. 4.000.

Les crimes spéciaux ou extraordinaires sont ceux que com-

mettent de préférence les faibles d'esprit. Tandis que la population totale de la prison ne nous donne que 465 crimes spéciaux pour 4.000 condamnés, la population des faibles d'esprit nous donne le chiffre énorme de 345 pour 4.000.

Voici le détail des crimes pour les uns et les autres :

<i>Crimes ordinaires.</i>	Ensemble de 4000 condamnés.	Faibles d'esprit.
Vols avec effraction, fraude, larcin	833 p. 4.000	655 p. 4.000
<i>Crimes spéciaux.</i>		
Homicides et violences personnelles	400 —	465 —
Incendies	28 —	135 —
Viol et autres attentats..	39 —	45 —
	<hr/> 4.000	<hr/> 4.000

Il ressortirait de ce tableau que les criminels condamnés pour crimes spéciaux doivent se montrer plus fréquemment faibles d'esprit dans la prison.

Sont étudiés ensuite les écarts de conduite des prisonniers dans leurs rapports avec le crime qui a motivé la condamnation. M. Nicholson donne un relevé, qu'il emprunte au rapport de Pentonville pour 1863, des fautes commises par les détenus dans le courant de l'année et de la fréquence de ces fautes chez les mêmes individus. Nous regrettons que l'étendue de ce travail statistique ne permette pas de lui trouver ici sa place.

Les fautes commises par les prisonniers doivent être considérées au point de vue de leur singularité, de leur caractère violent et de leur répétition fréquente. Lorsqu'un prisonnier commet une faute ordinaire, il n'y a pas lieu de s'y arrêter, mais quand sa mauvaise conduite provoque le scandale, il convient de se rapporter au crime pour lequel il a été autrefois condamné, et l'on aura alors des données pour apprécier son état mental. D'une manière générale, les criminels n'ont pas de tendance à commettre des fautes qui rappellent, par leur nature, le crime antérieur. Ainsi l'expérience de l'auteur ne lui a pas montré qu'un incendiaire cherche à mettre le feu à sa literie. Le point important à retenir dans la constatation des antécédents est que la perpétration d'un crime spécial devra faire con-

cevoir des doutes, à l'occasion d'une faute quelconque, sur l'intégrité de l'esprit. Nous savons déjà, en effet, qu'un homme qui a été mis en prison pour crime d'incendie (crime spécial de la classification de l'auteur) est prédisposé d'ores et déjà à donner dans la prison des signes de faiblesse mentale.

2° Que deviennent les facultés d'un enfant abandonné dès sa naissance et privé de la société de ses semblables? Telle est la question pour le compte de laquelle M. William W. Ireland s'est livré à une enquête fort instructive, résumée dans un travail qu'il a lu à la réunion trimestrielle de l'association médico-psychologique, à Glasgow, le 24 mai 1874.

L'auteur recherche d'abord dans l'histoire la plus reculée, les exemples plus ou moins authentiques d'enfants délaissés. Le premier exemple est emprunté à Hérodote, que son amour du merveilleux rend parfois suspect. Le roi Psammétichus, auquel les prêtres de Memphis avaient demandé quel était le peuple le plus ancien du monde, confia deux enfants à un berger. Les deux enfants furent nourris par une chèvre et séparés de tout être humain. Le premier mot qu'ils prononcèrent fut Βεζος. — Or Βεζος, en phrygien, veut dire pain; le premier mot prononcé étant un mot phrygien, les Egyptiens admirent que l'origine des Phrygiens était plus ancienne que la leur.

L'empereur philosophe Frédéric II tenta, dit-on, une expérience analogue. Mais le chroniqueur assure, par un raffinement de délicatesse, comme le fait remarquer M. Renan, que les deux enfants moururent parce que personne n'était là pour les endormir en chantant.

Lindsay de Pitscottie raconte que Jeanne IV d'Ecosse fit élever deux enfants dans l'île de Inchkeith par une femme muette, pour arriver à la découverte de l'origine du langage. Le résultat obtenu, non garanti par l'auteur, est que les enfants parlaient hébreu. A des époques plus rapprochées de la nôtre, on cite des exemples d'enfants trouvés dans les bois et y vivant de la vie des animaux. En 1731 fut trouvée à Soigny, près de Châlons, une jeune fille connue plus tard sous le nom de M^{lle} Leblanc. D'abord muette, elle a pu apprendre à parler et recevoir quelque éducation. Elle a raconté qu'elle faisait sa nourriture de petits animaux et de poissons. Elle excellait à grimper et à nager. Elle a eu longtemps un goût prononcé pour le sang et la viande crue.

L'enfant sauvage découvert dans l'Aveyron en 1798, fut considéré par Pinel comme idiot; on sait, en effet, qu'il fut inéducable.

Peter, trouvé dans les bois du Hanovre en 1724, n'était pas un vrai sauvage. Il était revêtu de quelques loques quand il fut pris, et la coloration blanche de ses jambes indiquait qu'il avait porté des pantalons. Ses parents furent découverts dans la suite et son histoire complétée. Elle a été rapportée par Swift et Monboddo.

Mais autrement curieux sont les récits d'enfants délaissés par leurs parents et nourris et gardés par des bêtes sauvages. M. Ireland s'est attaché surtout, dans son travail, à rassembler des faits de cette nature.

Nous passerons rapidement sur l'histoire ancienne, qui a le tort de ne nous rapporter que des faits douteux ou dénaturés par une tradition trop amie de l'in vraisemblable. On a fait justice de la légende de Romulus et Rémus. La louve qui les a nourris a pris rang depuis longtemps parmi les animaux mythologiques. La prétendue chienne qui allaita Cyrus, exposé par son grand-père Astyage, était, paraît-il, une femme qui s'appelait Σφακία, — ce mot signifie chienne en langue mède.

La seule histoire qu'on puisse regarder comme authentique est due à Procope. Elle s'est passée à Picenum pendant la guerre des Goths. Une femme ayant été enlevée ou tuée par l'ennemi, son enfant fut allaité par une chèvre. Après la guerre, lorsque les voisins de cette femme retournèrent dans leurs maisons, ils furent témoins des soins donnés par l'animal à cet enfant, qu'ils appelèrent Ægisthe. Procope dit qu'il a vu lui-même cet enfant et sa nourrice.

M. Ireland apporte, pour sa part, une collection de faits modernes qui ont un intérêt d'actualité; ce sont des histoires retournées de l'Inde. Mais si le proverbe « a beau parler qui vient de loin » commande une prudente réserve pour la confiance à leur accorder, on ne doit pas moins prendre note des matériaux amassés par l'auteur pour contribuer à l'établissement d'une question qui a passionné les philosophes de tous les temps : l'origine des facultés humaines.

Dans le travail du général Fleeman sur le royaume d'Oude, il y a une série de faits ayant rapport à des enfants qui auraient été trouvés dans les forêts en compagnie avec des loups et que l'on a crus avoir été nourris et soignés par ces animaux sauvages.

Le général cite de nombreux témoins, parmi lesquels des officiers européens.

Voici un premier fait : tout près de Sultampoor, un cavalier détaché pour le recouvrement des taxes, cotoyait à midi une rivière voisine de Chandour, quand il vit une louve sortir de sa retraite avec trois louveteaux et un jeune garçon. L'enfant marchait à quatre pattes et paraissait en bons termes avec la famille. Une chasse fut organisée avec l'aide des habitants. L'enfant fut pris et amené au village. Chemin faisant, on fut obligé de l'attacher, car il se précipitait dans tous les trous qu'il trouvait sur sa route. Il ne parlait pas, mais émettait une sorte de grognement. Une grande foule vint le visiter. Il s'enfuyait à l'approche des grandes personnes, mais s'élançait en grognant sur les enfants et tentait de les mordre. Il refusait la viande cuite et se jetait avidement sur la viande crue qu'il dévorait en la fixant à terre entre ses mains, à la manière d'un chien. Il acceptait volontiers quand il mangeait, la société d'un caniche, auquel il laissait prendre part à sa pitance. Le petit sauvage fut ensuite remis par le rajah de Sultampoor, entre les mains du capitaine Nicholetts du régiment d'infanterie de l'Oude, qui en a continué l'observation.

Cet enfant était inoffensif, mais peu endurant. Il grondait sourdement quand on l'agaçait. Il mangeait ce qu'on lui jetait, mais il préférait la viande crue. Il pouvait boire sans prendre haleine une cruche pleine de lait de beurre placée devant lui. On ne put lui faire porter des vêtements. Il les déchirait et en avalait des lambeaux avec son pain. Il avait une prédilection pour les os crus qu'il mangeait aussi aisément que la viande. Il a dévoré un jour sans efforts la moitié d'un agneau. Il avalait aussi de la terre et des petits cailloux. Il se plaisait dans la société des chiens et des chacals qu'il accueillait volontiers comme ses convives. Cet enfant est mort en août 1850 sans avoir jamais ni ri ni souri. Il était indifférent et ne s'attacha à personne. Jamais il n'a joué avec les enfants, mais il affectionnait un chien errant que le capitaine fit abattre parce qu'il mangeait la nourriture de l'enfant. Cette perte ne lui fit d'ailleurs aucune impression. A l'époque où il fut trouvé, ses parents l'avaient reconnu; mais, le voyant stupide et insensible, ils n'en voulurent pas. Il pouvait avoir neuf à dix ans. Il vécut encore trois années pendant lesquelles toute tentative d'éducation fut infructueuse. Il avait un petit nombre de signes. Ainsi, il montrait la bouche pour demander à manger. Il marchait habituel-

lement à quatre pattes, mais il lui arrivait de se tenir debout. Il fuyait la compagnie des hommes. Il était insensible aux intempéries et ne paraissait avoir qu'une idée, celle de manger. Après avoir été muet toute sa vie, il parla au moment d'expirer et prononça les paroles suivantes en désignant sa tête : « *It aches* » (cela fait mal), puis il demanda de l'eau et mourut.

Le deuxième exemple est emprunté à une note envoyée par M. W. Ball à la société asiatique du Bengale. Cette note a été reproduite par le « *Edinburg, Journal des dames.* »

Près d'Agra, dans l'Inde septentrionale, dépendant de la société des missions évangéliques, est un orphelinat de plusieurs centaines d'enfants confié à la direction du révérend E. G. Erhardt. C'est là que furent amenés, à des époques différentes, deux enfants capturés au milieu des loups. Le dernier avait été pris en mars 1872 par des chasseurs qui enfumaient un repaire de loups. Quand les animaux sortirent, on vit s'enfuir avec eux un enfant. On eut quelque peine à le prendre. Il fut conduit à l'orphelinat. C'était un enfant indou, mais qui n'avait d'humain que les formes. Il ne parlait pas, mais poussait une sorte de plainte. Il déchirait ses vêtements, mangeait la viande crue et lapait l'eau avec sa langue. Quand on le laissait libre, il se cachait le jour et sortait la nuit pour chercher à terre des os qu'il rongait avec avidité. On put lui apprendre à marcher, à se servir d'une cuiller et d'une fourchette, et à boire dans un verre. Malgré les soins dont il fut l'objet, il mourut au bout de quatre mois. Il ne parla jamais et on ne le vit jamais sourire ni exprimer la joie, la honte ou la reconnaissance. Il avait cependant, d'après le révérend Erhardt, la physionomie plus intelligente que le commun des enfants indous et sa couleur et ses formes indiquaient une race élevée. L'éducation de cet enfant, qui ne put être poursuivie, avait été commencée avec le concours de l'autre enfant qui avait été capturé, dans des circonstances identiques, six années auparavant. Celui-ci est notablement perfectionné. Il ne parle pas, mais, à la place du son plaintif qu'il faisait entendre, il pousse des cris exprimant le plaisir et même la gratitude. Il a perdu son goût pour la viande crue, il mange avec avidité du pain et des fruits. Il marche, mais gauchement, portant à chaque pas ses mains en avant. Il est incapable de saisir un morceau de pain qu'on lui jette, mais le laisse maladroitement tomber. Bien que son front soit bas, il n'a pas la physionomie d'un idiot. Il n'a pas de prognathisme et les dents sont bien

implantées. Sa joue gauche présente une cicatrice, trace d'une ancienne morsure. Il exécute divers travaux, mais irrégulièrement. Il aime la société et les jeux des autres enfants, parmi lesquels il a ses compagnons de prédilection, et ne cherche pas à s'enfuir.

M. Ireland a écrit dans l'Inde pour avoir la suite de cette histoire, qui est certes la plus intéressante de son mémoire.

Le troisième cas n'a pas la même valeur. Un enfant d'une douzaine d'années, pris, dit-on, au milieu des loups est confié aux soins du docteur Whishaw, de Lucknow. On donne sur lui des détails fantaisistes. Il a d'abord marché à quatre pattes. Il a de longs cheveux et de nombreuses cicatrices sur le corps. Ses parents, qui l'avaient reconnu après sa capture, n'avaient pu le garder parce qu'il menaçait de les dévorer la nuit. Il mange la viande crue, etc., etc.

M. Ireland s'empresse d'écrire au Dr Whishaw pour obtenir des renseignements précis. Une lettre datée de Luknow apprend peu de temps après à notre confrère que ce petit garçon est un imposteur.

.....Le docteur Whishaw est d'ailleurs très-sceptique à l'endroit des sympathies des fauves pour les enfants abandonnés. D'après lui la plupart des enfants-louvetaux sont des idiots exposés par leurs parents dans le voisinage d'un poste de police.

Le nombre total des faits parvenus à la connaissance de M. Ireland est de neuf. En retranchant le cas qu'on vient de lire et l'un des cas observés par le général Sleeman, il reste sept enfants qu'on a trouvés dans les circonstances suivantes : le premier a été pris par des chasseurs qui enfumaient un repaire de loups; le second par un cavalier avec l'aide de villageois; le troisième est vu en compagnie de jeunes loups par des soldats indigènes qui étaient à l'affût du sanglier. Un berger surprend le quatrième, trottant à côté d'un loup, et un cinquième buvait auprès de deux louvetaux quand il fut capturé. On manque de renseignements sur les deux derniers.

Il faut certainement tenir compte du nombre de faits rapportés par notre confrère, qui donne d'ailleurs lui-même, dans la discussion à laquelle il se livre, l'exemple de la prudence. Il convient qu'il ne faut pas parler de la probabilité de ces faits. Ils n'ont pas pour eux la vraisemblance. On doit se borner à rechercher si, tout extraordinaires qu'ils sont, ils sont

possibles. Sur ce point, l'auteur n'hésite pas à conclure affirmativement : « Une louve, dit-il, qui a perdu ses petits, et dont l'instinct maternel est encore excité, peut le reporter sur un enfant. » Naturellement, le fait serait rare, mais pourrait se présenter isolément parmi le grand nombre d'exemples d'enfants livrés aux loups.

Ce nombre est en effet prodigieux, et nous lisons à ce sujet des chiffres effrayants. En 1874, le nombre des victimes des serpents et des fauves dans les présidences du Bengale et de Madras s'élevait à 46,967. En y joignant la présidence de Bombay, on peut affirmer que le nombre de ces victimes pour l'Inde anglaise est de 20,000, sur lesquelles plus de la moitié succombe à la morsure des serpents. Le reste se compose principalement d'enfants abandonnés dans le voisinage des jungles.

Dans l'Oude, la mortalité par les serpents et les bêtes s'élève à un millier d'individus. En 1874, elle était de 4,484. Dans l'Inde anglaise 5 à 6,000 enfants sont dévorés annuellement par les loups et dans l'Oude on en compte trois à quatre cents.

Le loup nourrit ses louveteaux avec de la viande qu'il leur détaille en petits morceaux. Or, un enfant peut, à la rigueur, s'accommoder de cette alimentation. En outre, le loup peut être apprivoisé et s'attacher à l'homme, ainsi qu'il est constaté par les naturalistes. Il est parent du chien avec lequel il peut s'accoupler. Ne voit-on pas des chiennes allaiter les petits de la loutre, des chattes nourrir de jeunes chiens et même de jeunes lapins ?

Le général Sleeman doute qu'un enfant qui a demeuré plusieurs années avec les loups soit susceptible de développement intellectuel.

Cette sorte d'idiotie acquise, sans vice préalable de l'organisation, serait un fait des plus remarquables. Mais la chose paraît impossible et en contradiction avec ce qu'on sait de l'éducation des idiots, des sourds-muets. Pour l'auteur, les enfants sauvages étaient des idiots. Il n'est pas dit qu'aucun fût sourd, mais tous étaient muets. Que penser de celui dont on a lu l'histoire, qui, ayant été muet toute sa vie, parle au moment d'expirer, dit qu'il souffre et demande de l'eau. Ce fait singulier serait à rapprocher d'un autre rapporté par Vogt, d'un enfant idiot microcéphale, acquérant la parole pendant sa dernière maladie ; qui demande de l'eau, dit que la tête lui fait mal...

Quelques-uns de ces enfants offrent des traces de leur éducation de louveteaux. Chez l'un, les genoux et les coudes ont des callosités qui décèlent la nature de la marche. L'autre court à quatre pattes si rapidement que personne ne peut l'atteindre. Un autre mange des quartiers de charogne et des grenouilles que les enfants du village lui apportent. Celui-ci boit en plongeant son visage dans l'eau, celui-là en lapant le liquide à la manière du chien.

M. Ireland aborde impartialement le chapitre des invraisemblances, qui sont nombreuses.

Le général Sleeman affirme que les enfants délivrés des loups étaient plus tard reconnus par leurs parents. Notre confrère, qui a vécu dans l'Inde et en connaît les mœurs, conteste cette assertion. Les pauvres gens y adoptent volontiers les enfants trouvés dans l'espoir que ceux-ci les assisteront dans leur vieillesse ; mais un enfant idiot est fatalement voué à l'abandon. Il est une source de dangers pour ceux qui l'élèvent, parce qu'il peut leur faire perdre leur caste en mangeant une nourriture défendue. Un serviteur du docteur Ireland perdit sa caste parce que sa femme, devenue aliénée, avait bu de l'eau qu'elle avait reçue des mains d'un musulman.

Les faits du général Sleeman sont donc déjà suspects, mais ils le deviennent davantage quand on lit les bizarres amplifications dont ils sont accompagnés. Un enfant mâche des os aussi aisément que la viande. Un autre a le corps couvert de poils et les poils disparaissent quand on met du sel dans ses aliments. Un troisième boit sans respirer une mesure de lait de beurre, etc.

Les histoires rapportées dans l'intéressant travail de M. Ireland sont donc passibles de nombreuses réserves. Mais, en élaguant le merveilleux, il ne reste pas moins une série importante de faits qui se recommandent à l'attention des penseurs. Il serait donc utile d'en rassembler d'autres et de pousser des recherches dans cette voie en notant soigneusement, ce qui est un complément indispensable de cette étude, la conformation des crânes. On fera aussi, en cas de mort des enfants, un examen nécropsique.

Ce mémoire est complété par quelques autres exemples empruntés à un article de M. Burnet Tylor, publié dans la *Revue anthropologique* de Londres, sous le titre « Hommes sauvages et enfants animaux. »

Le premier, qui remonte à 1664, est relatif à deux enfants

trouvés dans les bois de Groodno, en Pologne, en compagnie de plusieurs ours. L'un parvint à s'échapper, l'autre fut pris et donné par le roi à un chambellan qui l'éleva sous le nom de Joseph. On lui apprit à marcher, mais on ne put lui apprendre à parler.

M. Ireland fait la remarque que, si l'on accepte qu'un enfant puisse être élevé par des loups, on acceptera plus facilement qu'il puisse l'être par des ours qui sont plus doux et moins carnivores.

Ici l'auteur cite plusieurs cas, dont l'un emprunté à Buffon, de la possibilité d'une sorte d'attachement des ours pour des enfants.

Un autre enfant dont l'histoire se trouve dans ce dernier travail a vécu longtemps avec des singes. Il fut pris et rendu à ses parents. Il assurait que les babouins le traitaient avec une certaine distinction et qu'ils le laissaient toujours boire le premier.

Le jeune *Ovinus Hibernus* de Linné qui fut trouvé en Irlande au milieu d'un troupeau sauvage (dont on ignore malheureusement l'espèce), était un véritable idiot, sa tête était mal conformée. Il avait le front bas, le crâne bombé postérieurement, une langue épaisse adhérente aux gencives....

Enfin pour un ensemble de faits de cette sorte la source la plus abondante se trouve dans le travail de M. Tylor.

3° Dans sa quatrième leçon, le docteur Skae aborde l'étude de certaines affections mentales liées à des maladies corporelles qui réagissent sympathiquement sur le cerveau, ou à des maladies du cerveau lui-même, dont elles altèrent directement les fonctions.

La première de ces espèces morbides est la folie traumatique. Elle naît à la suite de coups ou chutes sur la tête. Elle peut être aussi le résultat d'une insolation. Toutes ces causes donnent lieu à la même lésion, l'hypérémie cérébrale, et à des symptômes identiques. L'auteur n'a pas en vue dans ce travail les autres effets des traumatismes de la tête, fractures, coma, phrénitis, etc., mais seulement la folie à laquelle les traumatismes peuvent donner naissance.

La folie et l'épilepsie traumatiques peuvent n'apparaître que plusieurs années après le coup ou l'insolation, mais elles sont reliées à l'accident initial par des symptômes constants: douleur au niveau de la partie lésée, modifications dans le carac-

tère et dans les tendances. A la fin apparaît l'aliénation mentale, tantôt sous la forme maniaque, tantôt sous la forme d'une série d'attaques d'épilepsie compliquées de manie.

Il a été donné à l'auteur d'observer quelques cas intéressants de folie traumatique. Le premier est celui d'un malade qui était tombé sur la tête en versant de voiture. L'aliénation mentale n'apparut que six ans plus tard. Il eut alors une série d'attaques d'épilepsie suivies d'un accès de manie caractérisé par une agitation extrême et des mouvements impulsifs d'une violence inouïe. Ce malade fut notablement amélioré par la trépanation. Le délire s'amenda presque complètement, mais l'épilepsie persista.

Une autre observation, qui s'écarte un peu du type précédent, est celle d'un homme qui eut une contusion de la tête sans fracture. Les symptômes aigus (phrénitis) furent immédiatement suivis d'un état délirant caractérisé par de l'orgueil, de l'exaltation et de l'optimisme.

Le troisième malade est un enfant qui a reçu de son maître d'école un coup de règle derrière l'oreille : ecchymose et gonflement consécutifs sans fracture. L'état mental est caractérisé par de la stupeur et six semaines après, par de l'agitation maniaque. Au bout de douze ans apparaissent des attaques répétées d'épilepsie.

Citons encore l'histoire d'un matelot qui, à la suite d'un coup violent sur la tête, a une série d'attaques d'épilepsie, sur mer et à terre, et présente un délire dans lequel se remarquent des conceptions ambitieuses et l'idée fixe de tuer quelqu'un.

L'aliénation mentale qui succède à l'insolation est une vérasanie du même type. C'est un état maniaque compliqué d'un ensemble délirant de conceptions orgueilleuses, soupçons non motivés et surtout d'idées homicides.

Cette prédominance du délire nous paraît importante à retenir. Elle donne une physionomie spéciale à la folie traumatique et le malade veut avoir une vie.

L'histoire pathologique de la folie traumatique est résumée parfaitement dans ces quelques lignes, empruntées au *Journal médical* d'Edimbourg :

1. La folie traumatique est généralement caractérisée au début par de l'excitation maniaque variant en intensité et en durée.

2. A l'excitation succède un état chronique d'une durée qui

atteint souvent plusieurs années, pendant lequel le malade est *irritable, soupçonneux et dangereux pour les autres*.

3. En pareil cas, il existe une impulsion homicide évidente.

4. Les conceptions délirantes qui caractérisent cette forme mentale sont l'orgueil, l'estime exagérée de soi-même et le soupçon. La mélancolie est extrêmement rare.

5. Cette forme d'aliénation est rarement suivie de guérison. Elle tend à se transformer en démence et aboutit facilement à une affection organique du cerveau.

6. Les symptômes, la marche et la terminaison de l'affection mentale due à des causes traumatiques est suffisamment caractérisée pour qu'on puisse la considérer comme une forme vésanique distincte.

Les folies rhumatismale, choréique, goutteuse et métastatique forment un groupe naturel. Non-seulement leurs manifestations sont semblables, mais encore elles paraissent procéder de la même origine : le transport de l'élément morbide de la périphérie vers les centres nerveux.

La folie rhumatismale a une physionomie toute spéciale que lui donne une singulière combinaison de symptômes physiques et mentaux. C'est une variété du rhumatisme cérébral ou cérébro-spinal. Voici, d'après MM Skae et Clouston, la description succincte d'une attaque de folie rhumatismale.

Un rhumatisant cesse tout à coup d'avoir les articulations douloureuses et donne les signes d'une excitation mentale d'un caractère particulier. C'est d'abord une obtusion des sens, un état d'apathie pendant lequel le malade ne voit ni n'entend, et paraît indifférent à la douleur. Puis se manifeste une agitation intense avec craintes mal fondées et une tendance à se précipiter par les fenêtres ou contre les murs, sans appréhension. Il y a insomnie complète. L'amélioration, qui se montre après quelques jours, est marquée par de la dépression mentale, de l'obtusion des idées. Le malade est soupçonneux et taciturne. La durée de l'attaque est de un à deux mois. Elle laisse après elle un état anémique, une véritable lacune dans les souvenirs du malade.

Voilà pour le côté psychique ; mais on notera surtout dans l'histoire de cette vésanie le développement simultané de symptômes physiques.

Au moment où apparaît le délire, les articulations diminuent de volume, mais la température reste élevée, et l'on observe

des mouvements choréiques. Ils sont d'une violence extrême et donnent au malades les attitudes les plus bizarres. La chorée persiste après le retour de l'intelligence. Cet état se complique d'hallucinations des divers sens et de troubles remarquables du côté de la sensibilité. La motilité peut être aussi gravement atteinte.

Chez un malade on a observé, consécutivement à la chorée, une paralysie temporaire complète. Chez un autre, la paralysie de la vessie a rendu le cathétérisme indispensable.

Le pouvoir réflexe est d'abord augmenté, puis amorti et enfin aboli pendant la période paralytique. Autant que permet de l'établir l'état mental du malade, la sensibilité générale est augmentée. Pendant la convalescence de l'un des malades, il y avait une sensation de chaleur aux jambes, l'auteur considère ce symptôme comme de l'hyperesthésie.

La dernière fonction altérée est la nutrition ; alors apparaissent les escharres avec la paralysie. La température s'abaisse quand les accidents commencent à s'amender. Elle est revenue à la normale bien avant la disparition des symptômes. Pendant toute la durée de l'accès, les urines sont fortement acides.

On doit considérer la folie rhumatismale comme une métastase du rhumatisme. Ainsi que l'a prouvé l'observation, certains malades peuvent présenter des symptômes d'aliénation mentale tout en ayant des accidents arthritiques.

MM. Skae et Clouston proposent une théorie fort plausible de la folie rhumatismale. Elle procéderait du même mécanisme que l'affection articulaire. Le tissu connectif des centres nerveux serait enflammé et déterminerait par la pression exercée sur les cellules, la gêne et l'altération des fonctions nerveuses. Ils s'appuient, pour soutenir cette manière de voir, sur l'élévation de la température, l'acidité des urines qui persistent pendant l'accès délirant, comme dans la phlogose des articulations.

La folie rhumatismale est susceptible de guérison. Sa durée est courte et sa marche bien définie.

La folie choréique ne sera pas confondue avec l'imbécillité des choréiques, ni avec l'aliénation compliquée de chorée observée épidémiquement dans l'histoire de plusieurs pays. Elle se place à côté de la folie rhumatismale. La parenté du rhumatisme et de la chorée est généralement admise aujourd'hui. La chorée elle-même a été décrite comme une véritable folie

des centres moteurs, malgré le défaut apparent d'analogie entre l'activité des centres moteurs et celle des circonvolutions. Certains auteurs admettent que la chorée peut exister sans aliénation mentale, toutefois le Dr Clouston croit avec le Dr Ardnt, que la danse de Saint-Guy est toujours accompagnée d'une altération plus ou moins évidente des fonctions intellectuelles. L'altération fonctionnelle n'atteint pas seulement la moelle, mais la totalité du système nerveux. Quand les manifestations délirantes sont faibles, elles sont l'avant-coureur d'une psychose plus grave.

Le docteur Maudsley a décrit une folie des choréiques. Cette affection mentale, qui s'observe chez les enfants, ne se complique d'aucun des symptômes moteurs de la chorée. Elle se caractérise par une incohérence marquée, et la forme automatique du délire : « On dirait, remarque cet auteur, que les cellules ou groupes de cellules des centres élevés ont été déplacées de leurs connexions et que chaque cellule ou groupe de cellules fonctionne séparément donnant lieu à un délire à répétition et d'une extrême incohérence. »

Un enfant observé par le Dr Maudsley se faisait remarquer par un besoin incessant de mouvement et la répétition constante des mêmes mots. Cet enfant, qui présentait en outre de l'analgésie par places, guérit après deux jours de traitement.

Cette forme de folie se rapproche de la précédente pour sa physionomie d'ensemble. En outre, la connexion étroite qui existe entre les folies choréique et rhumatismale est démontrée par ce fait que la folie choréique s'observe fréquemment chez les rhumatisants. Un malade vu par l'auteur avait eu dans son enfance deux attaques de chorée ; à dix-neuf ans il fut atteint de rhumatisme et, consécutivement, de folie rhumatismale.

De même que pour la folie rhumatismale, le pronostic de la folie choréique dans l'enfance et l'adolescence est favorable.

La folie goutteuse est rare. L'influence exercée par la podagre sur les fonctions mentales a été surtout mise en lumière par Sydenham.

Le célèbre médecin décrit, en effet, en relation avec les attaques de goutte, un état mental caractérisé par la perte de l'énergie morale et une grande irritabilité, quelquefois par une mélancolie profonde. On connaît en médecine la névralgie, la paralysie, l'épilepsie, l'hystérie et l'apoplexie goutteuses, affec-

tions du système nerveux causées par ce que le Dr Clouston appelle le « poison *podagrique*. » Garrod a décrit une manie goutteuse, qui se substitue à l'attaque de goutte, affection à marche rapide, ne nécessitant pas la séquestration dans un asile, et dépendant, quand elle est grave, de la congestion ou même de l'inflammation des méninges.

Toutes ces manifestations morbides sont congénères et l'irritabilité nerveuse de Sydenham est causée par le poison de la goutte comme l'espèce d'aliénation qui nous occupe.

La meilleure description de la folie goutteuse est due à Trousseau. Il a rapporté l'histoire d'un malade qui prit des médicaments anti-goutteux à l'âge de vingt-cinq ans. Quelques années plus tard, l'irritabilité nerveuse et l'affaïssement qui suivaient les accès de goutte, — traités régulièrement à chaque paroxysme, — furent remplacés par de la manie. Avec la goutte chronique atonique apparut la démence sans paralysie. Il mourut dans le coma. Trousseau parle aussi de deux autres malades chez lesquels l'application de l'eau froide sur les articulations douloureuses occasionna une apoplexie métastatique. Les malades furent guéris par des applications sinapisées aux pieds.

La folie goutteuse a deux points de ressemblance avec la folie rhumatismale. Comme elle, elle se produit par métastase, et la fièvre de la goutte persiste pendant l'accès de folie. Elle en diffère par l'absence de chorée qui est remplacée par l'état apoplectique. La folie rhumatismale a des localisations cérébro-spinales ; la folie goutteuse a seulement des localisations cérébrales. Dans la première affection, le tissu connectif du cerveau et de la moelle est atteint par la plegmasie. Dans celle que nous venons d'étudier, la lésion siège dans les membranes du cerveau. Notons que l'autopsie d'un des malades de Trousseau donne raison à cette théorie.

La folie métastatique est celle qui paraît dépendre de la suppression d'un flux chronique, ulcères, hémorroïdes, de la non-apparition d'un accès de fièvre habituel. Les théories qui expliquent la métastase sont plus ou moins satisfaisantes. Il n'y a pas à s'y arrêter, mais on doit simplement constater les phénomènes de métastase, dont la réalité ne saurait être mise en doute.

La folie métastatique a, comme prodrome, une céphalalgie grave intense : ensuite se manifeste l'accès maniaque offrant une acuité qui approche du délire aigu. Quand la manie suc-

cède à la disparition d'un érysipèle, l'origine inflammatoire de l'affection mentale est évidente. La mélancolie est rare. Les auteurs l'ont observée chez une femme consécutivement à la guérison d'un ulcère. La réapparition du pus à la surface de l'ulcère fit cesser le trouble mental qui avait résisté à l'application de révulsifs sur le siège primitif du mal.

La folie métastatique est de courte durée. Elle peut avoir une gravité extrême. Le cas rapporté par Esquirol, d'une femme qui devint aliénée à la suite de la suppression des règles et qui recouvra la raison avec le retour de l'écoulement menstruel est un cas de folie métastatique. On doit le rapprocher de ceux où la suppression d'un ulcère a déterminé des attaques d'épilepsie. La métastase dans les deux cas est causée par un défaut d'équilibre dans l'activité nerveuse centrale. Mais, dans l'un, le point faible est la surface des circonvolutions, tandis que, dans l'autre, le point faible est la moelle allongée.

4° Vers la fin de l'année 1870, le tribunal de première instance de Vire, dans le Calvados, était saisi d'une action en nullité de testament. Un M. Léonce de Miranda s'était suicidé par précipitation, après une existence toute pleine d'anomalies. Il laissait toute sa fortune à l'Eglise, après la mort de sa maîtresse qui devait avoir la jouissance viagère de ses biens. Les héritiers Miranda attaquèrent l'acte, mais les dispositions testamentaires du suicidé furent déclarées valables par le tribunal.

Un poète fort connu d'outre-Manche, M. Browning, s'est inspiré, on ne sait comme, de cette histoire peu poétique, et sa muse est descendue des hauteurs du Parnasse pour discuter en beaux vers un problème médico-légal. Le poème a été publié sous ce titre étrange : « *Le Bonnet de nuit de campagne en coton rouge, ou Turf et tourelles.* » La fantaisie du poète ne laisse pas que d'être originale, mais, ce qui ne l'est pas moins, c'est l'idée qu'a eue M. Balfour Browne, avocat, d'écrire une étude psychologique, mais moins sur le dossier de l'affaire que d'après les conceptions poétiques de M. Browning avec lequel il aborde bravement une polémique. D'accord avec les juges de Vire, M. Browning a trouvé M. de Miranda parfaitement sain d'esprit; M. Browne n'aura besoin, pour mettre en évidence le cas de M. Léonce, que de commenter l'une après l'autre les strophes mêmes du poète, et il s'en acquitte comme le ferait un vrai spécialiste.

Mais, tout en rendant justice au talent qu'il déploie, on ne peut s'empêcher de remarquer que son travail eût été plus sérieux s'il eût puisé uniquement dans les pièces mêmes du procès les éléments d'un diagnostic. Telle qu'elle est cependant, cette étude ne manque pas d'un certain intérêt, et l'auteur a fait heureusement ressortir dans la physionomie et l'histoire de son héros, les traits qui dénotent son organisation profondément malade.

5° Dans notre dernière analyse nous avons annoncé la dernière édition du traité des maladies mentales de MM. Bucknill et Tuke. On sait que chaque auteur s'est fait sa part distincte dans l'élaboration de l'ouvrage, qui a dès lors le double mérite d'être aussi complet et aussi actuel que possible et d'être rédigé avec un talent incontestable. Le chapitre du traitement, qui est résumé aujourd'hui dans le *Mental science* appartient au docteur Bucknill.

La prophylaxie des maladies mentales est d'abord traitée avec un soin tout particulier. Faire la prophylaxie des maladies mentales, c'est, pour M. Bucknill, entreprendre le traitement d'une véritable diathèse vésanique (insane diathésis) qu'il assimile aux autres diathèses telles que la goutte, la scrofule, etc. C'est cet état de l'individu qui, sain d'esprit, est plus apte qu'un autre, par suite d'un vice constitutionnel, à contracter une maladie mentale. Cet état se reconnaît à certains signes : une timidité native, un manque de confiance en soi, souvent c'est un caractère audacieux, s'insurgeant contre toutes les lois ; ailleurs, cruel et féroce, donnant naissance dans la suite à une vie irrégulière et débauchée. Enfin ce sera encore une suffisance outreucidante ou simplement un naturel morose et dominé par de violentes passions.

Quand on a reconnu aux signes précédents qu'un homme est menacé d'aliénation mentale, on doit agir. Les moyens moraux se placent en première ligne. Les organisations faibles et incomplètes seront mises en rapport avec des intelligences robustes. On choisira entre l'éducation de la famille et celle de l'école, et l'on n'oubliera pas que le développement de la santé physique influe sur l'intégrité de l'esprit. On devra surveiller de près les études et surtout cette époque critique où le jeune homme quitte la vie d'école pour devenir libre. Pour la profession, il faudra opter entre les professions manuelles, les

affaires ou l'étude. Le docteur Bucknill est l'ennemi des voyages lointains, employés comme moyen prophylactique. Ils livrent le sujet à la merci de parents trop susceptibles et le placent dans des conditions contraires à l'esprit de la loi. Notre confrère approuve toutefois les voyages qui ne dépassent pas la limite de quatre mois, sous une surveillance suffisante.

Conseillera-t-on le mariage? Il ne pense pas que cela soit prudent. Un médecin ne saurait recommander un pareil moyen sans s'exposer à de graves éventualités. C'est l'inconnu pour l'avenir, une véritable « boîte de Pandore. »

Les préceptes de M. Bucknill touchant le traitement de la folie confirmée s'adressent surtout aux malades des classes élevées. Il conseille de les placer dans un asile privé, et il insiste sur la nécessité du choix d'un bon asile privé. Il donnera la préférence à un établissement contenant au moins trente à quarante malades, car il est essentiel que les malades soient classés. La maison sera spacieuse, aérée, confortable et pas trop encombrée. Il n'est pas inutile de citer ici quelques lignes : « Nous avons vu souvent les pensionnaires de maisons privées » pour la haute classe tellement pressés dans les salles de » jour qu'il n'y restait plus une chaise, un siège, un canapé » pour placer un nouveau-venu. Certains asiles privés, notamment les asiles de la métropole, me paraissent autotisés » pour plus de malades qu'ils ne peuvent en loger, dans de » bonnes conditions de confort et de bien-être. Le défaut est » surtout apparent pour les salles de jour qui ne sont pas en » rapport avec les chambres dont la capacité donne la mesure » du nombre des pensionnaires à recevoir. . . . » Si l'on ajoute à ce grave inconvénient le manque absolu de larges couloirs et l'absence de promenoirs, cour, etc., on constatera qu'il y a beaucoup à faire pour l'amélioration de ces asiles.

M. Bucknill est partisan zélé des récréations et des exercices corporels pour les malades. Ne va-t-il pas un peu loin en préconisant pour eux les promenades à cheval, en bateau, la pêche et la chasse! Sans mettre en doute le zèle convaincu des directeurs d'asile en Angleterre, on peut affirmer qu'il ne s'en trouvera pas beaucoup qui consentiront à conduire leurs pensionnaires à la chasse, quel que soit le bien que ces malades pourront retirer de ce salutaire exercice.

A l'article de l'application du *restraint*, nous notons qu'elle est réclamée dans certaines circonstances urgentes telles que le cas d'un malade suicidaire, ou pour le traitement de maladies

chirurgicales. Son emploi est indispensable quand on pratique l'alimentation forcée.

D'accord avec le D^r Maudsley, l'auteur pense que la sortie prématurée d'un asile est utile dans certains cas, où elle peut déterminer la guérison. L'attaque aiguë d'aliénation mentale laisse après elle une débilité d'esprit qui se trouve bien du contact d'individus dont l'intelligence est saine. Les sorties à titre d'essai sont donc recommandées par le D^r Bucknill, qui ne mentionne pas d'ailleurs les dangers que peuvent présenter ces sorties, ni la responsabilité qu'elles entraînent pour le médecin qui les ordonne. Certains malades chroniques peuvent aussi être rendus à leurs familles où ils jouiront d'une somme de liberté compatible avec leur état mental.

L'hygiène des malades est l'objet de remarques importantes. La quantité de nourriture et de travail doit être judicieusement déterminée par le médecin. Une bonne nourriture est surtout bienfaisante et l'auteur avance que si les malades étaient mieux nourris dans les asiles étrangers, la contrainte mécanique n'y serait pas si fréquemment nécessaire. L'exercice en plein air est indispensable aux malades de toutes classes, et si les « gentlemen » ne peuvent pas être employés à des travaux de terrassement, on doit y suppléer par la promenade à pied et à cheval, les courses en bateau, la chasse...

Le traitement médical doit reposer sur un diagnostic exact. Il est curatif ou palliatif. Il s'adresse à des symptômes aigus ou à cet état particulier qui sépare la période aiguë de la convalescence. Dans tous les cas on doit s'attacher : 1^o à prévenir tout dérangement fonctionnel et toutes conditions morbides de l'organisme; 2^o à combattre l'état morbide du cerveau, qu'il résulte ou non d'une altération physique; 3^o à traiter les symptômes urgents ou dangereux.

La saignée est rarement indiquée; l'auteur s'en est abstenu chez deux mille malades. Il croit néanmoins qu'on a tort d'y renoncer complètement. Il recommande notamment l'application des sangsues ou de ventouses, quand aux signes d'hypérémie cérébrale s'ajoutent ceux de l'inflammation intracrânienne. Le tartrate d'antimoine est utile seulement quand il est toléré et compatible avec l'appétit. On se trouve bien dans certains cas de manie aiguë du mercure administré jusqu'à salivation, mais ce traitement est souvent contre-indiqué par l'irritabilité nerveuse qu'il développe.

La médication opiacée est certainement la plus importante.

Elle est surtout efficace chez les maniaques avec face pâle et pouls petit, quand il y a une agitation incessante et privation absolue de sommeil. On ne prescrira pas l'opium quand il y aura des signes d'hypérémie cérébrale. Toutefois, quand un malade a passé trois nuits sans dormir, l'auteur n'hésite pas, malgré l'état congestif, à lui administrer une bonne dose de morphine. Il ne se dissimule pas le danger de la médication dans des conditions pareilles. Si le sommeil n'est pas obtenu, les doses massives d'opium ajoutent leur action dépressive à celle de la maladie, et le danger de la mort par épuisement en devient plus imminent. Heureusement les progrès de la thérapeutique moderne ont mis entre les mains des médecins d'autres agents qui les dispensent de hasarder une médication aussi périlleuse.

Le Dr Bucknill préconise le chloral, bien qu'il l'ait peu employé. Il est indiqué, selon lui, chez les malades dont l'insomnie paraît dépendre de la débilitation extrême du cerveau (manie des déments, des vieillards, des nourrices). Il sera associé à des stimulants et administré d'emblée à fortes doses et non à doses fractionnées.

La combinaison du chloral et de la morphine a pour résultat de procurer le sommeil à doses moindres et de laisser au réveil un calme que n'obtient pas le chloral seul. Suivant notre confrère du *Mental science*, les alcalis associés au chloral augmentent singulièrement ses propriétés hypnotiques. Certaines opinions non favorables au chloral sont citées dans ce paragraphe. Schüle l'accuse de produire la congestion de la tête et une éruption sur le front. Le docteur Hammond a observé la congestion rétinienne et le docteur Wickham une cécité temporaire.

Le bromure de potassium n'a été expérimenté par M. Bucknill que contre l'épilepsie, mais il n'oublie pas dans son livre les recherches du Dr Clouston, qui l'a employé comme calmant en l'associant à d'autres médicaments, chanvre indien, jusquiame, opium. Ensuite sont mentionnées les études de Lockhart Robertson et Duckworth Williams sur la digitale, de Crichton Browne sur l'ergot de seigle et la fève de Calabar, et des docteurs Clifford Allbutt et Newth sur l'électricité. A l'article *hydrothérapie*, sont conseillés les bains tièdes pour relever la santé physique des malades chroniques et incurables, et l'auteur constate les succès obtenus par le docteur Robertson par l'emploi du drap mouillé dans le traitement des manies

sthéniques. Pour l'alimentation forcée, il préfère l'introduction d'un tube par la bouche au manuel opératoire habituel, mais le mieux est encore la cuillère ou un biberon dont l'usage est possible presque toujours. Quel que soit le moyen employé, il est essentiel de nourrir de bonne heure et abondamment.

Le plan suivant lequel a été conçu cet ouvrage a fait négliger la thérapeutique spéciale des diverses affections mentales. M. Bucknill a écrit quelques lignes sur le traitement épileptique, syphilitique, hystérique et puerpéral. La folie syphilitique est une entité morbide douteuse et le médecin se garderait de traiter un malade pour la folie syphilitique si ce malade n'avait pas de signes évidents de cachexie vénérienne. Le docteur Bucknill admet la nature septique de la folie puerpérale et veut que le traitement de cette affection soit antiseptique, éliminatif et anodin. Cette manière de voir soulève quelques objections. Si la folie puerpérale était le résultat d'un empoisonnement, elle se montrerait bien plus fréquemment dans les états puerpéraux. En outre, l'influence héréditaire à laquelle l'auteur donne une grande importance dans l'étiologie de cette maladie mentale est peu compatible avec l'idée de septicémie.

Quelques réflexions utiles sur les soins à donner aux paralyés généraux et sur l'utilité de l'association des médicaments dans la thérapeutique mentale, terminent ce très-intéressant chapitre.

De nombreuses et intéressantes observations sont réunies sous le titre « Notes et cas cliniques ».

—Deux cas de syphilis intra-crânienne rapportés par M. Hughlins Jackson ont été diagnostiqués en l'absence de symptômes locaux et constatés à l'examen nécropsique.

Le premier malade est un soldat âgé de trente ans qui a reçu, deux ans avant son entrée, un coup violent sur la tête. Quinze mois plus tard il se manifeste de vives douleurs d'une tempe à l'autre et enfin cinq mois avant son admission survient une paralysie de la troisième paire. Les testicules qui étaient noueux ne furent pas examinés au moment de l'entrée, ce qui aurait pu éclairer le diagnostic malgré l'absence de syphilis locale. L'iodure de potassium fut administré, mais sans résultat.

Dans le cours du traitement, le malade eut deux attaques convulsives avec insensibilité complète. Plus tard apparut une

hémiplegie droite avec diminution de la sensibilité sans aphasie. A partir de ce moment les facultés mentales commencèrent à s'altérer. Enfin la paralysie envahit le côté gauche et le malade mourut dans le coma. L'autopsie du cerveau a montré une dégénérescence remarquable des artères de la base. Cette lésion mérite une description détaillée. A la distance d'un quart de pouce du tronc basilaire, l'artère vertébrale droite est augmentée de volume : son diamètre est triple. Le tronc basilaire lui-même est hypertrophié sur une longueur d'un cinquième de pouce. Il s'est développé un tissu nouveau, qui est de la matière gommeuse mais plus friable que d'habitude. L'artère vertébrale gauche est infiltrée de la même substance, et soudée par elle aux racines de la neuvième paire. Le tronc de la cérébelleuse antérieure, parallèle à la vertébrale gauche, lui est soudée ainsi qu'au nerf de la sixième paire. Le cinquième antérieur de la basilaire est granuleux par places, sa coupe est épaisse, ramollie et blanchâtre. Les cérébrales postérieure, cérébelleuse supérieure et les troncs nerveux de la troisième paire de chaque côté sont réunis en une masse par la néoplasie.

La communicante postérieure gauche contient trois noyaux granuleux. Sous l'arachnoïde, au fond de la scissure de Sylvius, est une masse jaunâtre de la grosseur d'une féverole. Les principales branches de l'artère cérébrale moyenne du côté droit qui est agrandie et altérée dans sa structure, sont soudées ensemble. Elles ne contiennent pas d'embolies. La même altération, moins avancée, a été reconnue à l'artère cérébrale moyenne gauche ainsi qu'aux cérébrales antérieures.

La variété des symptômes nerveux observés chez ce malade en même temps que le manque de connexité entre les symptômes, ont conduit M. Hughlings Jackson à admettre l'existence d'une syphilis des centres nerveux. Ce médecin croit même pouvoir établir une règle d'une importance incontestable pour le diagnostic de cette affection : *Des symptômes nerveux irrégulièrement associés ou se succédant au hasard (random) justifient pleinement le diagnostic de syphilis du système nerveux.*

Le second malade, âgé de quarante-cinq ans, a souffert au début d'une douleur vive à la tête. L'examen du fond de l'œil révèle l'existence d'une double névrite optique, malgré l'absence de troubles de la vue. Les renseignements fournis sur ce malade sont négatifs sur la question de syphilis. On sait seulement qu'il a été frappé dans la rue, récemment, d'une attaque dont

la nature n'a pu être déterminée. D'après lui, cette attaque aurait succédé à une chute. La femme de ce malade a eu trois enfants. Le premier est mort-né ; le second a vécu une demi-heure ; le troisième vit encore au moment de l'admission du malade. La connaissance de ce fait d'hérédité conduisit le médecin à soupçonner une maladie syphilitique, et cette cécité intense qui était avec la névrite optique le seul symptôme constaté alors, fut combattue par de fortes doses d'iodure de potassium. Une amélioration rapide s'ensuivit. Au bout d'une semaine le malade paraissait rétabli, mais l'examen ophtalmoscopique apprit que le fond de l'œil conservait la même altération. Il quitta l'hôpital. « Quand un malade a guéri d'une affection syphilitique, dit M. Jackson, il est sujet à souffrir de rechef ». En effet, six mois ne s'étaient pas écoulés que cet homme se présentait à la consultation. Il avait eu trois nouvelles attaques et souffrait de douleurs de tête violentes. Peu après, sa fille, âgée de douze ans, entra à l'hôpital, et les renseignements recueillis sur elle jetaient sur le cas du père une lumière complète. Elle avait tous les attributs de la syphilis congénitale. Incisives déformées, cornée nébuleuse, portant les traces d'une kératite ancienne. Le nez était tombé. Cette jeune fille mourut à la suite d'une fièvre typhoïde. Son autopsie n'offrit pas les lésions de la syphilis viscérale.

Un an après sa première entrée à l'hôpital ce malade s'y présenta de nouveau dans un état des plus graves. Il avait une paralysie faciale droite et un affaiblissement du bras et de la jambe gauches. Puis apparurent de nouveaux symptômes : paralysie de la troisième paire et du rectum. Ce malade ne fut pas régulièrement observé parce qu'il sortit plusieurs fois. Il mourut dans le marasme après avoir présenté, comme phénomènes terminaux, une hémiplegie complète droite avec perte de la parole. Il offrait en outre un symptôme sur la gravité duquel l'auteur a cru devoir appeler l'attention, la tête et les yeux étaient tournés du côté paralysé.

A l'autopsie on trouva des masses gommeuses de la grosseur d'une noisette dans le lobe postérieur droit, sur la tente du cervelet, près de l'os pétreux, une petite gomme du volume d'un demi-fois à la surface d'une circonvolution du lobe pariétal gauche, un foyer de ramollissement de la dimension d'une fève dans le *crus cerebri* droit, un autre foyer de ramollissement gros comme un pois dans la couche optique droite. L'altération vasculaire gommeuse atteignait l'artère cérébrale

moyenne droite et toutes ses branches. Le corps strié, postérieurement, et la couche optique dans ses parties antérieure et inférieure, étaient ramollis.

— Lorsque les facultés cérébrales sont atteintes chez un homme affecté de maladie de Bright, les symptômes observés sont l'obtusion intellectuelle, une paresse mentale pouvant aller jusqu'à la stupeur, et, en dernier lieu, les convulsions et le coma. Cet état mental a été désigné par Addison par le nom de « stupeur tranquille ». Il se distingue facilement de l'apoplexie. La face est pâle, le pouls calme ; en outre le malade sort de sa torpeur quand on l'appelle.

M. le Dr Samuel Wilkie a pu s'assurer que la forme maniaque peut se montrer à la suite de l'intoxication urémique. Trois observations sont rapportées par ce médecin ; mais deux de ses malades avaient eu aussi des crises d'épilepsie et l'on peut se demander si, dans ces derniers cas, la manie n'était pas sous la dépendance des attaques convulsives. Quoi qu'il en soit, on peut considérer la manie comme pouvant arriver chez les albuminuriques, qu'elle soit ou non le résultat de l'urémie.

Doit-on admettre, avec M. Samuel Wilkie que, chez les aliénés albuminuriques, le sens moral et l'intelligence ne sont pas atteints et qu'un testament d'albuminurique, stupide ou maniaque, doit être regardé comme valable ? La question paraît bien délicate et sujette à controverse.

— Les erreurs judiciaires dont peuvent être victimes, au début de leur affection, les individus atteints de paralysie générale, sont le sujet de remarques très-justes de la part de M. Wilkie Burman, qui a réuni de nombreux exemples de paralytiques condamnés pour vol. Il en cite trois dans cette Note qui ont été reconnus paralytiques peu de temps après leur condamnation. L'un des malades a été vu par le Dr Rogers, les deux autres par l'auteur lui-même. La physionomie des actes délictueux est devenue classique : bons antécédents du sujet, spontanéité de l'acte, manque d'habileté dans sa perpétration, le malade ne prend même pas la peine de cacher les objets volés. La condition mentale de l'homme suffit à expliquer le vol qu'il a commis. Elle se résume dans « l'exagération anormale des idées touchant la richesse et la propriété et dans l'obtusion du raisonnement cause de l'inaptitude à saisir les conséquences de sa conduite ». L'attention doit se porter principalement sur les troubles physiques, sur l'altération de la motilité et du langage, qu'un praticien exercé peut presque toujours mettre en évi-

dence. Il faut souhaiter, avec M. Wilkie Bukman que l'instruction des médecins soit un jour complétée par l'étude de la médecine mentale, surtout dans ses applications médico-légales, et que le diagnostic de la paralysie générale à son début ne soit plus le monopole des médecins spécialistes.

— M. le Dr W. Skae publie une observation de tumeur du cerveau. L'affection a débuté six mois avant l'entrée du malade, carrier de son état, âgé de soixante à soixante-dix ans. Cet homme dont la conduite avait toujours été régulière, éprouva un changement complet et son caractère devint irritable. En même temps se manifestait une douleur vive au côté droit de la tête. Deux mois avant son admission, il eut trois attaques convulsives suivies d'hémiplégie. L'altération mentale fit des progrès, et ses actes devinrent désordonnés. Il eut plus tard une autre attaque légère et fut enfin admis à l'asile du comté de Stirling. Les symptômes observés furent de la démence et une paralysie incomplète du côté droit. Les pupilles étaient égales et les traits non déviés. Un phlegmon de l'avant-bras droit, résultat probable d'une chute, fut suivi d'un érysipèle généralisé, dont il mourut. L'autopsie fit voir, outre des adhérences de la dure-mère, l'existence d'une tumeur naissant de la surface supérieure de la tente du cervelet et envahissant la substance blanche du lobe postérieur de l'hémisphère gauche. Cette tumeur était de consistance gélatineuse et contenait des noyaux fibreux. Sa grosseur était celle d'un œuf de poule. Elle avait respecté le cervelet et les sinus du crâne.

— Une observation d'aphasie ataxique, chez un artilleur de trente-quatre ans, est rapportée par le Dr Julius Mickle. Le malade tombé progressivement dans la démence présentait une hémiplégie incomplète du côté droit en même temps qu'il perdit entièrement la parole. Le cas avait débuté par de la dysphagie. Il y avait en outre une parésie des muscles de la face. Le malade n'était pas agraphique, mais était seulement affecté d'un manque de coordination des muscles qui président à l'articulation des mots. Il est mort dans le marasme. Les lésions principales constatées à l'autopsie ont été l'épaississement des artères de la base du cerveau, la dégénérescence de l'artère cérébrale droite et une altération remarquable du corps strié gauche. Sa portion intra-ventriculaire est atrophiée; sa portion intérieure et supérieure, affaissée, présente une coloration chamois. Cette lésion a détruit dans son épaisseur une grande partie du corps strié. Les circonvolutions frontales et

celles de l'insula sont *indemnes*. Cette observation, dans laquelle le facial, l'hypoglosse et le glosso-pharyngien étaient fonctionnellement atteints, tendrait à justifier, selon la remarque de l'auteur, la théorie de Van der Kolk, qui place dans le système olivaire les centres coordinateurs du langage.

— M. le Dr William Benham présente un cas très-intéressant d'hydrocéphalie congénitale avec autopsie, décrite ici avec le plus grand soin. Il s'agit d'une jeune fille qui a succombé en définitive à une dégénérescence rénale et dont toutes les cavités séreuses étaient remplies de sérosité. Les ventricules en contenaient 50 onces. Malheureusement on n'a pu s'assurer, lorsque la malade devint hydrocéphale, si la dégénérescence des reins avait ou non précédé. La tête était devenue excessivement large, etc., etc.

— On a pu lire dans le numéro de janvier 1874, du *Mental science* deux observations de folie syphilitique du Dr Batty Tuke. La première n'était pas terminée. Dans le numéro de ce jour se trouve la fin de cette observation. Ce malade a succombé, le 21 février 1874. Il avait eu, le 17, en prenant son repas, une attaque d'apoplexie, suivie d'hémiplégie et de contracture gauche. Il avait présenté, comme phénomènes accessoires, du hoquet et des vomissements répétés à plusieurs reprises. Il éprouva une amélioration passagère pendant laquelle le sentiment et la parole lui furent rendus en partie, en même temps qu'il put avaler des aliments liquides. Mais il fut pris bientôt d'accidents graves, présenta des spasmes violents dans tous les muscles et mourut dans le coma. Les détails minutieux de l'autopsie sont consignés à la fin de cette observation et pourront être consultés avec fruit pour l'étude de cas du même ordre.

Dans les *Notes du trimestre* sont mentionnées les nouvelles dispositions budgétaires concernant l'entretien des aliénés pauvres. L'Etat va concourir à cet entretien pour une plus large part. Dans le budget présenté, le 6 avril 1874 par le chancelier de l'Echiquier, il est réservé, au profit de chaque « union » une allocation de quatre shellings par semaine et par tête d'aliéné placé dans les asiles de comté et de bourg.

Sir Stafford Northcote fait remarquer que cette mesure ne s'étend pas aux aliénés des quartiers d'asile et des workhouses pas plus qu'aux aliénés non séquestrés. Les asiles métropoli-

tains de Leaverden, Carterham et Hamptead n'en bénéficient pas non plus.

Notre confrère se préoccupe des conséquences de cette nouvelle loi avec les exceptions qu'elle admet. Elle peut avoir de bons et de mauvais résultats. Les « boards of guardians » s'empresseront d'envoyer dans les asiles, dès le début, pour y être traités, les malades qu'ils laissaient devenir chroniques, dans les workhouses. Voilà pour le bon côté. Mais, d'autre part, le même motif d'économie portera ces fonctionnaires à encombrer les asiles de comté d'idiots, de malades chroniques agités qu'on a tolérés jusqu'à ce jour dans des maisons de refuge. Il peut y avoir là un abus très-grave, car les asiles de comté, pas plus que les hôpitaux, ne sont destinés à recevoir des incurables. Les aliénés incurables qui ne pourront pas être maintenus dans les workhouses devront être évacués sur des asiles spéciaux, tels que ceux de Leaverden et Caterham. D'autres asiles semblables, si ceux-ci sont trouvés insuffisants, devront être construits et affectés au même service.

On se rappelle le résultat produit en 1864 par l'« Irremovable poor act » qui déchargea les communes des dépenses des aliénés pour mettre ces malades à la charge des fonds communs des « unions ». Au bout de deux ou trois ans, le chiffre des admissions dans les asiles était considérablement accru. Les autorités locales ne manquèrent pas de se défaire des malades qu'elles renaient précédemment à domicile pour les placer dans les asiles, aux frais du district.

Le même motif d'économie qui a porté les communes à s'alléger de leurs malades, décidera les « unions » à suivre la même voie, sans trop s'inquiéter de l'encombrement que les admissions nouvelles vont occasionner dans les établissements du comté. Ce ne sera pas une difficulté, car les dépenses nécessitées pour l'agrandissement d'un asile seront amplement couvertes par l'allocation gouvernementale. Le véritable inconvénient de la nouvelle mesure sera de faciliter l'admission dans les asiles, de malades incurables qui seront évacués des workhouses, au premier symptôme d'aliénation mentale.

— Ici se trouve une assez longue discussion sur l'affaire Mor-daunt sous ce titre : *insanité et divorce*, affaire qui a fait grand bruit de ce côté même du détroit et dans laquelle, comme on sait, la Chambre des lords décida que le mari pouvait donner suite à son instance en divorce.

La *Revue* contient un savant article critique du D^r John Charles Buckuill sur l'ouvrage du professeur Carpenter intitulé : « *Principes de physiologie mentale avec leur application à l'éducation et à la discipline de l'esprit, et à l'étude de ses conditions morbides.* » Le livre du D^r Carpenter, qui est un développement d'intéressants chapitres contenus dans sa *Physiologie humaine*, n'est pas un simple livre de physiologie. C'est aussi et surtout une œuvre philosophique. La doctrine est un moyen terme entre le matérialisme et le spiritualisme. Il paraît aussi difficile de rapprocher les spiritualistes et les matérialistes que de raccorder deux lignes divergentes à l'infini. C'est pourtant ce qu'a tenté de faire M. Carpenter, sinon avec tout le succès possible, du moins avec beaucoup d'ingéniosité, en inventant le libre arbitre. Pour le professeur, toutes les facultés de l'entendement sont sous la dépendance de l'activité cérébrale. Le libre arbitre en est indépendant, il n'est pas soumis aux vicissitudes organiques du cerveau. Aussi est-il immuable. Il plane au-dessus des autres facultés. Il assiste à la production des idées. Il *en connaît*, et il déduit les motifs de l'acte.

En un mot, le libre arbitre de M. Carpenter est l'âme elle-même, libre et immatérielle. En l'admettant, il fait aveu de spiritualisme et ne trouve pas de réponse à la question que lui pose M. Buckuill: « Dans quel ganglion placez-vous le libre arbitre ? »

Relevons encore dans ce travail quelques lignes pleines de verve sur le magnétisme animal, qui fait encore de nos jours un si grand nombre de dupes. D'après M. Carpenter, le nombre de personnes susceptibles d'être magnétisées est de 1 sur 12 à 1 sur 20, de sorte que, dans une assemblée de cinquante à soixante personnes, on est certain de trouver au moins deux ou trois sujets propres à servir de jouet au magnétiseur.

On trouve enfin dans le même chapitre un exposé très-remarquable de la doctrine de la cérébration inconsciente. Les phénomènes mentaux qui prouvent, d'après l'auteur, l'activité inconsciente du cerveau sont de deux ordres : 1° le souvenir spontané de certains faits ; 2° la recrudescence apparente de travail mental sans mise en activité préalable de l'organe. Un homme qui n'a pas pu résoudre un problème, par exemple, en trouvera tout à coup la solution après le sommeil.

Les idées de M. Carpenter sur l'activité cérébrale inconsciente sont en parfait accord avec sa physiologie du cerveau. On sait, en effet, qu'il admet deux centres d'activité dans l'encé-

phale : 1° la substance grise périphérique; 2° le sensorium. Dans le premier s'élaborent les idées. Le second a pour fonction de recevoir les impressions sensorielles et aussi les impressions mentales. Il est donc le siège de toute conscience. C'est en lui que le « moi », le libre arbitre, le *Will* de M. Carpenter, l'âme, enfin, se met en rapport d'une part avec les sens, de l'autre avec les cellules corticales du cerveau et transforme les impressions qui lui viennent en perceptions et en volitions. Le rôle du sensorium est donc des plus importants. Par malheur pour cette séduisante théorie, le corps strié et la couche optique pouvant être simultanément lésés, leur rôle peut être annulé sans que la conscience soit détruite. Aussi M. Buckuill persiste-t-il, avec M. Maudsley et bien d'autres, à localiser la conscience dans la couche corticale périphérique.

Les *Notes et nouvelles* donnent les comptes rendus des séances trimestrielles de la Société médico-psychologique à Londres et à Glasgow.

— A Londres la réunion a eu lieu le 29 avril, sous la présidence du D^r Harrington Tuke. Plusieurs observations intéressantes ont été présentées. Deux appartenant au D^r Savage sont rapportées avec détail. La première est celle d'une femme de 74 ans, aliénée depuis 1839 (folie d'allaitement). Elle était hémiplegique du côté droit depuis deux ans. En février 1874, elle présente de la contracture des membres et de l'atrophie musculaire à droite. Elle s'éteint dans le marasme. A l'autopsie on retrouve une exostose de l'os frontal gauche, des adhérences de la dure-mère en cet endroit et une lésion considérable de plusieurs circonvolutions temporales du côté gauche; sclérose de la moelle.

Le second malade est âgé de 24 ans, c'est un maniaque chronique, profondément scrofuleux, affecté de vastes suppurations des ganglions du cou, les abcès ayant une tendance phagédénique; en novembre, ce malade devient paraplégique, dépérit et meurt d'épuisement en février.

L'examen nécropsique démontre l'existence d'un abcès strumeux qui s'est ouvert dans le canal vertébral, dans l'espace compris entre la sixième et la huitième vertèbre dorsale.

— Le D^r Rayner rapporte un cas de traumatisme de la tête suivi d'aliénation mentale et pose à cette occasion le précepte important que les coups sur la tête suivis d'insensibilité doivent être traités de bonne heure par le repos forcé du malade.

— La fin de la séance a été consacrée à une discussion très-instructive sur la note de M. Wilkie Burman sur les condamnés atteints de paralysie générale, note dont nous avons dit quelques mots. M. Orange donne à ce sujet quelques chiffres. En onze ans, 4000 malades ont été admis à l'asile de Broadmoor. Il y a eu 147 décès, dont 23 étaient dus à la paralysie générale. Sur ces 23, 6 avaient été acquittés comme aliénés, 47 étaient devenus aliénés après leur condamnation; 8 sur ces 47 avaient subi plusieurs condamnations.

— L'assemblée de Glasgow, réunie le 21 mai, avait pour président M. le D^r Gardner. A propos d'un cas de paralysie de nature syphilitique probable rapporté par M. Robertson, M. Tuke donne des explications détaillées sur la lésion qu'il considère comme caractéristique de la maladie, c'est-à-dire l'infiltration des tuniques des artères cérébrales, le changement de leur calibre et parfois leur oblitération.

—Le D^r Deas lit ensuite un travail fort discuté ayant pour titre : *Les différences locales dans la distribution de la folie.*

—Enfin M. Maclaren rapporte deux cas de paralysie infantile suivis d'épilepsie et de folie, et le D^r Robertson lit un mémoire intitulé : *Maladies de Graves dans ses rapports avec l'aliénation mentale.*

—Dans le même numéro, on annonce la mort du D^r Peach de Langley Hall, ancien président de la commission de l'asile du comté de Derbyshire.

BIBLIOGRAPHIE

De la production et de la consommation des boissons alcooliques en France et de leur influence sur la santé physique et intellectuelle des populations. Par M. le docteur LUNIER (1); Paris, 1877, vol. in-8° de 230 p. avec 6 cartes teintées, chez Savy, éditeur, 73, boulevard Saint-Germain.

Ainsi que l'indique son titre, l'ouvrage a deux parties distinctes : la première, celle qui traite de la production et de la consommation des boissons alcooliques en France, est particulièrement statistique. Elle contient le résumé de longues et patientes recherches. M. le docteur Lunier y a rassemblé toutes les données relatives aux changements survenus en France dans l'étendue des terrains plantés en vignes et la quantité des produits récoltés depuis 1788 jusqu'à l'année 1873, et au travail général en est joint un second par département à partir de l'année 1840.

Ce qu'il a fait pour les vins, il l'a fait également pour le cidre, la bière, le poiré et les alcools, et des tableaux graphiques, nuancés plus ou moins fortement, permettent de saisir d'un seul coup d'œil les différences considérables qui, au point de vue de la consommation, séparent les divers départements de la France.

Aux données statistiques, M. le docteur Lunier en a réuni de très-importantes sur tout ce qui concerne la fabrication des boissons alcooliques, des eaux-de-vie, des liqueurs, et leur mode d'action sur la santé, mode qui, toujours nuisible, diffère néanmoins de nocuité selon les éléments entrés dans la composition des boissons spiritueuses.

Les recherches de l'auteur ne laissent rien à désirer; elles suffisent amplement à la mise en lumière des faits qu'il importait de constater, et on peut en tirer des informations constamment exactes, ayant, dans tous les cas, le plus haut degré de précision qu'il soit possible d'atteindre en ce moment.

(1) Nous empruntons les quelques lignes qui suivent au rapport présenté par M. Hippolyte Passy sur l'ouvrage de M. Lunier à l'Académie des sciences morales et politiques.

Mais quelque intérêt que présente toute cette partie de l'ouvrage, il en est une deuxième qui plus encore mérite l'attention de l'Académie, c'est celle qui rend compte de l'influence exercée par la consommation des boissons alcooliques sur la santé physique et intellectuelle des populations.

Il semble que sur l'humanité pèse une fatalité à laquelle elle n'a pu échapper jusqu'ici. Il y a eu pour elle des époques où grâce à de grandes découvertes, elle est entrée, presque tout à coup en possession des nouveaux et féconds moyens de développement et de bien-être, et à chacune de ces époques, a écloué une cause ignorée ou a opéré plus efficacement une cause déjà ancienne de souffrance et d'affaiblissement, venant amoindrir le bien produit par le progrès accompli. Ainsi, dans le passé, ont apparu successivement des épidémies, des maladies aux paravant inconnues ou peu redoutables, et l'on sait quels maurepandit celle qui accompagna la découverte de l'Amérique. Les annales du xvi^e siècle en ont rendu un ample et triste témoignage. Eh bien ! notre siècle, celui de tous où les conquêtes de la science ont ajouté le plus largement et le plus rapidement aux moyens de production et de richesse déjà acquis, a vu croître et se propager un mal ancien devenu pour lui un obstacle sérieux à l'amélioration du sort des populations : ce mal, c'est l'ivrognerie, l'abus croissant des boissons alcooliques.

M. le docteur Lunier, secrétaire perpétuel de la Société française de tempérance, a publié à diverses reprises des mémoires et notices du plus haut intérêt sur ce sujet important. Dans le travail dont j'entretiens en ce moment l'Académie, il a inséré de nombreux et importants passages de l'excellent rapport de M. le docteur Bergeron sur les maladies déterminées par l'abus des boissons alcooliques, rapport approuvé à l'unanimité par une commission spéciale d'abord, puis par MM. les membres de l'Académie de médecine, et il y a joint l'exposé de faits généraux, recueillis avec soin et de nature à frapper les esprits les moins disposés à reconnaître dans toute son étendue le mal déjà réalisé.

En France, la consommation de l'alcool a doublé depuis moins de quarante années, et, dans le même laps de temps, les cas de folie qui en proviennent ont également doublé. Telle a été aussi la multiplication des suicides dus à la même cause, et si l'on tient compte des infirmités physiques et mentales qui, sans arriver à ces points extrêmes, ont atteint les populations, on a tout droit de s'effrayer des progrès rapides d'un mal qui

ne se borne pas à frapper de dégénérescence les générations présentes ; mais, dont les effets bien constatés aujourd'hui, se répercutent au sein des générations qui naissent de celles-là. Il est de plus à remarquer que cette augmentation du nombre des folies et suicides n'est pas la même dans tous les départements, attendu que ceux où l'on récolte et boit du vin ne l'ont subie qu'en très-faible partie, tandis qu'au contraire, elle s'est effectuée en proportion bien supérieure à celle qu'indiquent les chiffres généraux dans ceux des départements qui ne consomment que de la bière ou du cidre.

Au reste, on peut se faire une juste idée de la puissance des obstacles que l'alcoolisme oppose à l'essor de la richesse et de la moralité là où il exerce principalement ses ravages par un fait admis comme certain aujourd'hui en Angleterre, c'est que, chaque année, l'abus des boissons enivrantes enlève à la population quinze cent millions de francs. Or, que l'on ajoute à cette somme, celle des dommages et des pertes qu'entraînent les maladies, les accidents, les chômages décidés par l'ivrognerie, on arrive à un chiffre tellement élevé qu'il présente au moins le quart de l'ensemble des salaires dont vivent les familles sans autre moyen d'existence que le travail manuel. Assurément, si les chefs de ces familles ne consommaient pas en excès funestes à tous égards une portion si considérable de leur rémunération, tout changerait et s'améliorerait promptement dans les rangs auxquels ils appartiennent et en même temps dans la situation économique et morale de la société tout entière.

Maintenant, d'où est venue l'aggravation d'un vice qui opère dommageablement au sein du monde moderne, aussi bien dans les États-Unis de l'Amérique du Nord que sur le sol de l'Europe ? Deux circonstances particulières ont évidemment agi simultanément. L'une, c'est un accroissement de l'aisance qui a marché beaucoup plus rapidement que l'accroissement des lumières générales et a laissé les populations sans défense suffisante contre les entraînements appelés par l'augmentation de leurs ressources ; l'autre, l'abaissement du prix des boissons alcooliques. L'alcool qui coûtait plus de deux cents francs l'hectolitre, tant qu'on ne l'a demandé qu'au vin, est descendu à moins de soixante lorsqu'on s'est mis à en tirer du cidre, de la betterave, de plantes et de féculs diverses, et la consommation, devenue moins dispendieuse, n'a pas tardé à croître démesurément. Vainement le fisc a-t-il rehaussé les droits qu'il

percevait ; il était trop tard, les habitudes étaient contractées ; elles ont persisté et elles continuent à gagner du terrain .

Y a-t-il des remèdes dont l'emploi puisse arrêter la marche du mal et le renfermer dans d'infranchissables limites ? La question a été agitée dans plus d'un État, et M. le docteur Lunier ne l'a pas laissée dans l'oubli. Au fond, toutes les recherches n'ont abouti jusqu'ici qu'à signaler l'utilité de quelques mesures principales : limitation du nombre des débits de boissons ; surveillance sévère de l'autorité, droits pour elle de désigner les débitants et de sévir directement contre les infractions aux règles dont elle aurait prescrit l'observation. Voilà les mesures proposées : Sans aucun doute, elles ne manqueraient pas d'efficacité, et l'exemple de ce qui a eu lieu en Suède l'atteste ; mais obtiendrait-on des assemblées législatives l'assentiment qu'en requiert l'application ? Il est malheureusement permis d'en douter ; car, déjà des faits ont montré combien peu les élus de la population sont disposés à entrer en lutte avec les hommes qui fournissent à celle-ci les tristes satisfactions dont bon nombre de ses membres ont pris la fatale habitude.

C'est, de tous points ; une excellente publication que celle de M. le docteur Lunier. Elle offre toutes les informations nécessaires à la connaissance de ce qui se passe en France en matière de production et de consommation des boissons alcooliques ; elle donne sur la fâcheuse influence de l'abus de ces boissons d'autres informations du plus haut prix, et l'on ne saurait trop en recommander la lecture à tous ceux qui croient avec raison que le premier bien, dans tout État, c'est la bonne santé physique, mentale et morale de la population qu'il renferme.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Address in mental disorders delivered before the medical Society of the State of Pennsylvania ; par M. le Dr John Curwen ; Philadelphia, 1877 ; br. in-8o.

— Classification des maladies mentales ayant pour base la psychologie et la clinique ; par M. le Dr Delasiauve ; Paris, 1877, br. in-8o

— Du double caractère des phénomènes psychiques ; par M. le Dr Delasiauve ; Paris, 1877, br. in-8o.

— De l'abaissement de la température dans la lypémanie

avec stupeur; par M. le Dr Lamoure; thèse de Paris, 1878; br. in-8°.

— Del metodo clinico in psichiatria; par le Dr Augusto Tamburini; Reggio-Emilia, 1878; br. in-8°.

— Reports of the trustees of the Massachusetts school for idiotic and feeble-minded Youth (années 1870 à 1876). (Rapports 33 à 39.)

— Twenty-second and twenty-third annual reports of the trustees of the state lunatic hospital of Taunton (années 1875 et 1876).

— Twentieth, twenty-first and twenty-second annual reports of the trustees of the state lunatic hospital at Northampton (années 1875 à 1877).

— Report of the Pennsylvania hospital for the insane (année 1877); par le Dr Th. Kirkbride.

— Broadmoor criminal lunatic asylum; annual report (année 1876).

— Forty-fourth annual report of the trustees of the state lunatic hospital at Worcester (année 1876).

— Thirty-third annual report of the managers of the state lunatic asylum at Utica (année 1875).

— Report of the board of managers of the Maryland hospital for the insane (année 1876). Dr John Conrad.

— Association of medical superintendents of american Institutions for the insane propositions and resolutions; Philadelphia, 1876; br. in-8° de 32 pages.

— The present relations of insanity to the criminal law of England; par le Dr W. Orange; Londres, 1877; br. in-8°.

— Disease of the mind; par le Dr Charles F. Folsom; Boston, 1877, br. in-8° de 409 pages.

— Nineteenth annual report of the general board of commissioners in lunacy for Scotland; Edimbourg, 1877; vol. in-8° de 214 pages.

— La stigmografia negli alienati; par M. le Dr Aug. Tamburini; Milan, 1877; br. in-8° de 7 pages.

— Lunacy in its relations to the state; par le Dr James Coxe; Londres, 1878; br. in-8° de 50 pages.

— De la démence dans ses rapports avec l'état normal des facultés intellectuelles et affectives; par M. le Dr Paul Moreau (de Tours); Paris, 1878; br. in-8° de 60 pages.

— Des tremblements consécutifs aux maladies aiguës; par M. le Dr E. Clément; Lyon, 1877; br. in-8° de 35 pages.

— La vie; études et problèmes de la biologie générale; par M. le professeur E. Chauffard; Paris, 1878; vol. in-8° de 526 pages. Prix : 7 fr. 50.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Arrêté du 14 mars 1878. — M. le D^r LANGLOIS, médecin adjoint de l'asile de Dijon, est nommé médecin adjoint de l'asile de Vaucluse (Seine), en remplacement de M. le D^r Fabre, nommé précédemment médecin en chef de l'asile de Bailleul. M. le D^r Langlois est promu à la 4^e classe de son grade pour prendre rang à partir du 1^{er} mai 1878.

NÉCROLOGIE

CLAUDE BERNARD. — La France vient de perdre une de ses célébrités, la science un de ses plus illustres représentants; Claude Bernard est mort le 10 février dernier, à l'âge de soixante-quatre ans. L'unanimité des regrets provoqués par cette perte cruelle indique assez la place importante qu'avait su conquérir ce savant, à la fois si illustre et si désintéressé. Le gouvernement, interprète de l'opinion publique, a tenu à honneur que les funérailles de Claude Bernard fussent faites aux frais de l'État: « Un pays s'honore en vénérant ses grands hommes, » aimons-nous à répéter avec l'honorable M. Bardoux, ministre de l'instruction publique. Ce n'est pas le lieu ici de raconter ces funérailles; encore moins voudrions-nous juger l'œuvre si vaste du premier de nos physiologistes. « Ce n'est pas à moi, dirais-je volontiers avec M. Gambetta (*Séance de la Chambre des députés* du lundi 11 février) qu'il appartient de dire sur cette grande tombe, encore ouverte, quelle traînée lumineuse laissera son passage dans le monde scientifique. Des voix plus autorisées, celles de ses collègues, de ses amis, doivent seules préparer le jugement de l'histoire; nous saluons simplement l'entrée de Claude Bernard dans l'immortalité. » Que pourrions-nous ajouter, en effet, aux discours de MM. Dumas, Vulpian, Bouillaud, Moreau, Gervais, Laboulaye; saurions-nous trouver des accents plus émus que M. Paul Bert, parlant de son maître qu'il vénérât à l'égal d'un père? Notre tâche est plus simple et doit se réduire à enregistrer ici les services rendus par ce savant à la physiologie du système nerveux.

Claude Bernard, nous ne devons pas l'oublier, a été un des premiers collaborateurs des *Annales médico-psychologiques*. C'est dans un de ses premiers numéros (mars 1843) qu'il a publié ses *recherches anatomiques et physiologiques sur la corde du tympan, pour servir à l'histoire de l'hémiplégie faciale*. Interne des hôpitaux et préparateur du cours de Magendie au Collège de

France, il débutait, pour ainsi dire, par ce travail dans la carrière qu'il devait parcourir avec tant de gloire. Les conclusions de ce mémoire ont été développées, modifiées même en certains points, dans les *Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux* (2 vol. in-8°, Paris 1858). Cet ouvrage, qui est entre les mains de tous ceux qu'intéressent les fonctions du plus noble tissu de l'économie, peut être considéré comme le point de départ de tous ces travaux remarquables et par leur nombre et par leur importance, qui, depuis vingt ans, ont été publiés sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux. Rappelons aussi les leçons sur les propriétés de la moelle épinière, publiées dans le volume intitulé : *Leçons de pathologie expérimentale* (Paris 1872), une conférence sur les fonctions du cœur et ses rapports avec le cerveau (in *Revue des cours scientifiques*, 1865), les importantes leçons sur l'anesthésie et les agents anesthésiques (Paris 1874). Nous ne citons actuellement que les œuvres qui ont quelques rapports avec les sujets traités dans ces Annales ; mais que de découvertes — et des plus importantes — faites dans les autres parties de la physiologie, n'aurions-nous pas à indiquer. Toutes ont un caractère commun, c'est de porter la lumière sur des points jusque-là obscurs des fonctions de l'économie et de servir de point de départ à de nouvelles découvertes. Aussi a-t-on pu dire avec raison de Claude Bernard qu'il a été à la fois le plus grand physiologiste du siècle et l'inspirateur reconnu, le guide le plus assuré de la recherche scientifique.

D^r ANT. RITTI

— Nous apprenons au dernier moment la mort de MM. les D^{rs} PAYEN, ancien médecin en chef de l'asile d'Orléans ; PONTIER, directeur-médecin de l'asile d'Aix ; et DEBOUOT, médecin adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire.

PRIX AUBANEL

La SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE PARIS décernera, au mois d'avril 1879, le *prix Aubanel*, de la valeur de 2400 francs, au meilleur mémoire sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse. Les candidats restent absolument libres dans le choix du sujet.

Les mémoires manuscrits, écrits en français et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs, seront reçus jusqu'au 31 décembre 1878, par M. le D^r Motet, secrétaire général de la Société, à Paris, rue de Charonne, 464.

CONGRÈS ALIÉNISTE INTERNATIONAL.

La SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DE PARIS prend, à l'occasion de l'Exposition universelle, l'initiative d'un congrès scientifique international, auquel elle invite à prendre part tous les médecins et directeurs des asiles d'aliénés de France et de l'étranger.

Ce congrès, où seront traitées les questions qui relèvent spécialement de la pathologie mentale et nerveuse, sera tenu à Paris, du 5 au 11 août 1878. Le programme sera prochainement publié.

LES ALIÉNÉS ET LES ÉPILEPTIQUES DANS LES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES DE FRANCE.

Nous empruntons les chiffres suivants à la STATISTIQUE DES PRISONS pour les années 1873 et 1874.

Le mouvement de la population dans les maisons centrales et les pénitenciers agricoles a été :

	1873		1874	
	H.	F.	H.	F.
<i>Pour les aliénés :</i>				
Population totale des établissements	14.150	3.178	15.641	3.400
Aliénés existants au 31 déc. de l'année précédente. . .	26	5	34	7
Cas constatés pendant l'année	36	12	49	16
Total des existants et des cas nouveaux	62	17	83	23
Sortis par libération, grâce ou décès	45	"	48	6
Sortis par transfèrement dans des hôpitaux ou asiles . .	43	10	20	14
Total des sortis	28	10	38	20
Restants au 31 décembre . .	34	7	45	3
<i>Pour les épileptiques :</i>				
Existants au 31 décembre de l'année précédente	95	7	81	6
Cas constatés pendant l'année	45	3	57	7
Total des existants et des cas nouveaux	140	10	138	13
Sortis pendant l'année. . . .	59	4	59	8
Il restait au 31 décembre . .	81	6	79	5

Sur les 50 détenus dont la folie a été constatée en 1873. — 38 hommes, 12 femmes — 45 hommes et 3 femmes avaient donné des signes d'aliénation mentale avant leur incarcération.

En 1874, la proportion des cas de cette nature a été de 21 hommes sur 49 et 1 femme sur 16.

En 1873, 6 hommes ont tenté de se donner la mort (4 par suspension ou strangulation, 2 au moyen d'instruments tranchants); 3 se sont suicidés (1 par strangulation, 2 par précipitation d'un lieu élevé. Deux femmes seulement ont tenté de se suicider par précipitation.

En 1874, cinq suicides ont été tentés et trois accomplis par des hommes; à savoir :

	Tentés.	Accomplis.
Par suspension ou strangulation	4	1
Au moyen d'instruments tranchants.	4	1
Par précipitation	»	1

Deux des suicidés avaient donné des signes d'aliénation mentale.

Une femme a tenté de se donner la mort par strangulation. Dans les établissements d'éducation correctionnelle, dont la population était au 31 déc. 1873 de 6950 garçons et 1635 filles, il n'y a pas eu un seul suicide en 1873. Quant à l'aliénation mentale elle a été constatée chez 4 jeunes garçons et 2 jeunes filles.

En 1874, 2 jeunes garçons se sont suicidés. L'aliénation mentale a été constatée chez 3 garçons et 1 fille.

La moitié, environ, avaient donné des signes d'aliénation mentale avant leur entrée dans les établissements.

Dans les maisons d'arrêt, de justice et de correction, chambres ou dépôts de sûreté, la population n'était, au 31 décembre 1873, que de 24.894, mais le nombre des entrées s'est élevé, en 1873, à 343.551, et en 1874, à 342.920; et en déduisant les entrées par transfèrement, d'autres prisons, en 1873, à 227.908. (178.512 hommes et 49.396 femmes) et en 1874, à 215.880 (166.690 hommes et 49.190 femmes).

Sur cette population on a relevé, en 1873, 534 d'aliénation mentale (419 hommes, 115 femmes); dans 370 cas (292 hommes et 98 femmes) on avait constaté des signes d'aliénation avant l'incarcération; ce qui représente une proportion de 69,29 pour cent.

Dans ces chiffres ne figurent pas 427 hommes et 180 femmes placés momentanément en observation au dépôt de la préfecture de police, à Paris, et dirigés, après examen médical, sur des asiles d'aliénés; tandis que les nombres accusés pour les prisons des départements autres que la Seine comprennent sans aucun doute les aliénés incarcérés dans des conditions analogues.

Nous devons ajouter que très-souvent des individus arrêtés sous l'inculpation d'un crime ou d'un délit sont, après un court séjour dans la prison, reconnus atteints d'aliénation mentale.

Il résulte des chiffres qui précèdent qu'en 1873, la proportion des cas d'aliénation mentale par rapport à celui des individus incarcérés a été sur mille détenus :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Seine.	4.27	0.52	4.40
Autres départements	2.96	3.49	3.07
Ensemble.	2.35	2.33	2.34

On a constaté l'épilepsie, en 1873, chez 258 hommes ou jeunes garçons et 67 femmes ou jeunes filles.

En 1874, l'aliénation mentale a été constaté dans 551 cas (436 hommes et 115 femmes) non compris les 449 individus (294 hommes et 155 femmes) placés momentanément au dépôt de la préfecture de police et transférés de là dans les asiles.

En 1874, l'épilepsie a été constatée chez 245 hommes et jeunes garçons et 71 femmes ou jeunes filles.

Quant aux suicides, le nombre en a été : en 1873, de 25 (24 hommes et 1 femme), dont 6 hommes dans le département de la Seine ; et en 1874, de 21 (19 hommes et 2 femmes) dont 4 hommes dans la Seine.

RÉTABLISSEMENT DU CONCOURS POUR LES PLACES DE MÉDECINS DE BICÊTRE ET DE LA SALPÊTRIÈRE.

M. le Préfet de la Seine, sur la proposition de M. le directeur de l'assistance publique, vient de décider le rétablissement du concours et de la limite d'âge pour les médecins des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. Il a institué à cet effet une commission chargée d'arrêter les conditions et le programme d'un concours spécial pour trois places, actuellement vacantes ou à la veille de l'être.

La commission, dont les travaux seront très-prochainement terminés, est composée de : MM. Vulpian, doyen de la faculté de médecine, président; Baillarger, président de l'Académie; Constans, inspecteur général du service des aliénés; les D^{rs} Alphonse Guérin et Moutard-Martin, membres du conseil de surveillance de l'administration de l'assistance publique et les D^{rs} Ch. Loiseau et Thulié, membres du conseil municipal.

MANIE MÉTAPHYSIQUE.


Un journal anglais, l'*Examiner*, s'égaie aux dépens d'un savant allemand qui a découvert une nouvelle maladie mentale, la *manie métaphysique* (traduction un peu libre de *Grübelsucht*, mot à mot, *manie de raffiner sur tout*), et qui la décrit longuement dans un recueil scientifique. Les symptômes du mal consistent, d'après le D^r X... « en un courant irrésistible d'idées prenant la forme de questions inutiles sur le pourquoi et le comment des choses. » Ce courant entraîne le malade « au delà des bornes de ce que les gens dans leur bon sens considèrent comme le champ ordinaire de la connaissance. » La *Grübelsucht* s'attaque de préférence aux jeunes gens. On la guérit par le bromure de potassium pris à faible dose et combiné avec un traitement hydrothérapique.

Il est rare qu'on ait été obligé de mettre ceux qui en étaient atteints dans les maisons de fous.

Le Dr X... cite le cas d'un étudiant en droit qui était devenu un point d'interrogation vivant. En voyant une chaise, par exemple, il « se sentait contraint » de demander pourquoi elle avait quatre pieds plutôt qu'un. On lui expliquait en vertu de quelle loi une chaise qui n'a qu'un pied tombe par terre ; il demandait aussitôt ce que c'est qu'une loi ; et ainsi de suite. Le cerveau de ce malheureux était traversé par un « courant permanent de pensées investigatrices. »

(*L'Union médicale*, du 31 janvier 1878.)

Pour les articles non signés : L. LUNIER.


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

PATHOLOGIE
 ————
 DES
DIFFÉRENTES ESPÈCES DE RÉMISSIONS
 QUI SURVIENNENT DANS LE COURS
 DE LA
PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

Par le Dr DOUTREBENTE
 Médecin adjoint à l'asile de Ville-Evrard.

(Suite et fin.)

M. LUNIER (compte rendu médical de l'asile de Blois, 1856) : *une observation de guérison* de démence paralytique datant de sept à huit mois, et guérie au bout de soixante jours de traitement par le bicarbonate de soude.

(Loc. cit. 1857) : *une observation de guérison* de démence paralytique, chez le sieur V.... âgé de quarante-trois ans ; depuis trois ans environ ce malade avait des poussées congestives suivies d'accidents vertigineux. Il quitte l'asile après un séjour de deux mois ; toute trace de délire avait disparu, et

l'embaras de la parole était si peu prononcé, qu'on osait à peine le regarder comme un phénomène morbide.

(Loc. cit. 1858) : *une observation de rémission incomplète durable*, chez un dément paralytique dont la mère était sujette à des accès de mélancolie ; entré le 18 juin 1857, sorti amélioré le 8 juillet de la même année.

(Loc. cit. 1860) : *une observation de guérison de démence paralytique*.

(Loc. cit. 1861) : *une observation de guérison de démence paralytique*.

(Loc. cit. 1863, p. 28) : *une observation de guérison de paralysie générale*, chez le même malade dont il a été question plus haut (1858). Il avait eu, en outre, en 1846 et 1853, deux accès dans sa famille ; nous l'avions regardé comme un paralytique en rémission incomplète durable, sous l'influence de ses antécédents héréditaires déjà notés en 1858, par M. le Dr Lunier. Dans son dernier séjour à l'asile de Blois, du 24 décembre 1863 au 13 novembre 1864, ce malade avait présenté les symptômes suivants : « agitation musculaire extrême ; » tremblement des mains et des muscles de la langue ; » embarras de la parole ; inégalité des pupilles ; délire » ambitieux des mieux caractérisés. Guérison à la suite » d'un érysipèle du pied ; un mois de traitement. »

Dr VÉDIE (compte rendu médical de l'asile de Blois, 1864, page 40) : *une observation de guérison*, chez une femme de trente-quatre ans atteinte de démence paralytique. Entrée le 6 avril 1864 à l'asile, le 30 octobre suivant « elle sort guérie, » ou du moins dans un état de *rémission si complète* qu'il » serait difficile de ne pas admettre la guérison. »

Le Dr S. ROY (rapport sur l'asile des aliénés de Québec, par les médecins-directeurs de l'asile, 1872-1873), rapporte *une observation de guérison* à la page 144 et aussi une observation d'amélioration bien remarquable ; il a eu connaissance des cas de guérison observés par MM. Delasiauve et Billod. Pour lui, la paralysie générale peut guérir, car il a

vu guérir un jeune artiste de talent qui avait présenté les signes de la plus profonde dégénérescence dans le cours d'une paralysie générale progressive.

Ludwig MEYER de Gœttingue (Berlin, *Klin. Wochens.*, n° 24, p. 289; 1877) a soumis, depuis quinze ans, dix-sept paralytiques à un traitement déjà mis en usage par Jacobi dans les maladies mentales chroniques. Parmi ces malades, deux sont encore en traitement, huit ont guéri, un, parti trop vite, a eu une rechute au bout de deux ans.

Nous ne voulons point pousser plus loin les citations ; s'il nous a paru nécessaire d'en accumuler un certain nombre pour appuyer notre démonstration, il nous semble que, par leur authenticité et leur valeur intrinsèque, ces nombreuses observations nous autorisent pleinement à admettre une dernière variété de rémissions, la rémission complète durable ou guérison.

Observation I.

Paralysie générale progressive constatée par trois médecins. — Rémission complète durable après un an de traitement.

E. . (Henry), 42 ans, originaire de la Haute-Vienne, ingénieur et professeur libre de mathématiques, entre à V. E. le 18 octobre 1874.

14 octobre, à la préfecture de police, certificat du D^r L.
 » État maniaque, tremblement, hésitation saccadée de la parole.
 » Accès de violence contre sa femme, bris de meubles, réponses
 » sans suite, nie les faits constatés par l'enquête. État mental
 » qui exige son placement dans un asile d'aliénés. »

15 octobre, à Sainte-Anne, certificat du D^r M. « Est atteint de
 » paralysie générale, affaiblissement des facultés, délire ambi-
 » tieux, projets incohérents, hésitation de la parole, pupille
 » gauche plus large. »

19 octobre, à V. E., certificat du D^r D. « Démence avec
 » paralysie générale, hésitation de la parole, inégalité pupillaire,
 » projets ambitieux. Excitation passagère. »

2 novembre. Certificat du D^r T. « Paralysie générale avec
 » idées de satisfaction et de grandeurs; se croit chargé de con-

324 DES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE RÉMISSIONS

» struire des travaux immenses à Paris ; possède un grand
 » nombre de millions. Ne se rend aucun compte de sa position.
 » Symptômes physiques de la paralysie générale au début. »
 14 janvier 1875. Certificat du D^r D. « Démence avec paralysie
 » générale, tremblement de la langue et des mains, idées ambi-
 » tieuses. Riche à 800 millions qu'il a gagnés à construire tous
 » les ports du monde entier. État grave, incurabilité à peu près
 » certaine. »

Mai 1875. Toujours satisfait ; sa fortune est à la banque d'Angleterre ; son père est le maréchal Bugeaud.

Juin 1875. Démence avec paralysie générale, *incurable*.

Septembre 1875. Légère rémission des symptômes, ne se croit plus riche.

Novembre 1875. Démence avec paralysie générale, *convalescent d'une pleurésie*.

Décembre 1875. Rémission prolongée.

15 février 1878. Nous examinons ce malade depuis longtemps et nous ne trouvons ni signes de paralysie ni signes de démence confirmée ; signalons toutefois un affaiblissement des aptitudes spéciales de son esprit aux sciences exactes. C'est plus qu'un défaut d'exercice ; il se rend compte de cette situation, mais il est persuadé qu'en se remettant au travail, il retrouvera ses dispositions antérieures : les sentiments affectifs sont normaux.
 » Huit mois avant mon entrée à l'asile, je souffrais des yeux
 » (amblyopie à droite, mydriase à gauche avec diplopie),
 » malgré les soins de deux spécialistes, cette maladie ne gué-
 » rissant pas, je craignais de perdre la vue, de tomber dans la
 » misère et de ne pouvoir élever mes enfants ; j'ai donc perdu
 » la tête de chagrin. J'ai parfaitement conscience d'avoir eu du
 » délire ambitieux ; je me croyais un grand seigneur, j'avais des
 » millions. Cela est ridicule et absurde. Comment ai-je pu
 » croire cela, alors que la crainte de tomber dans la misère
 » m'avait fait perdre la tête ? »

M. E... est d'un tempérament sanguin ; il travaillait beaucoup à l'intérieur et ne prenait pas d'exercice ; il n'a jamais fait abus du tabac, des boissons ou des femmes. Son père et sa mère étaient des bons et honnêtes cultivateurs morts de vieillesse. Il n'a eu qu'un frère grand travailleur et fort intelligent, docteur ès lettres et ès sciences, emporté à vingt-cinq ans, en huit jours, par une fièvre cérébrale (méningite).

E. ., d'une taille élevée, d'un caractère doux, a une voix et des attitudes féminines ; sa tête est asymétrique, plus déve-

loppée à droite qu'à gauche ; cette anomalie se poursuit sur la voûte palatine et le voile du palais.

SYMPTOMES CONSTATÉS PENDANT LE TRAITEMENT	SYMPTOMES DE LA RÉMISSION.
Besoin exagéré d'activité. . . .	Besoin normal d'activité.
Agitation spasmodique. . . .	Pas d'agitation.
Hésitation de la parole. . . .	Pas d'embarras de la parole.
Tremblement de la langue. . . .	Pas de tremblement.
Tremblement des mains. . . .	Néant.
Inégalité des pupilles. . . .	Égalité pupillaire.
Pupille gauche plus large. . . .	
Projets incohérents. Idées de satisfaction et de grandeurs.	Demande sa sortie pour aider sa femme à élever ses enfants.
Inconscience de son état. . . .	Conscience de son état.
Réponses sans suite.	Réponses irréprochables.
	Pas d'erreurs de tact.
Pleurésie	Etat physique absolument normal.
	Lecture à haute voix excellente.
	Ecriture fort belle et régulière.

Observation II.

Paralysie générale progressive. — Rémission complète après trois mois de traitement.

J... (Alexandre), dit D, trente-neuf ans, né et domicilié à Paris, commerçant, entre à V. E. le 13 septembre 1877.

13 septembre 1877. Certificat du D^r B. « Paralysie générale, » caractérisée par de l'affaiblissement des facultés intellectuelles » et de la mémoire, du délire ambitieux, des idées de richesses ; » projets incohérents ; activité exubérante ; embarras de la » parole ; pupilles inégales. »

14 septembre. Certificat du D^r E. de L. « Démence paraly- » tique, affaiblissement très-marqué de la mémoire ; est souvent » obligé de chercher et parfois ne trouve pas les mots pour » répondre à nos questions ; délire ambitieux, idées de richesses ; » la nuit dernière, il a cassé quatre carreaux qu'il « s'engage » à payer un million chacun. »

28 septembre. Démence paralytique, incohérence habituelle et de plus accès d'agitation pendant lesquels le malade déchire ou brise les objets qui se trouvent à sa portée.

25 octobre. Cet état grave se prolonge depuis son arrivée à l'asile; énorme thrombus de l'oreille gauche.

30 octobre. M. J... est incapable de fournir des renseignements sur son état civil et ne sait pas ce qu'il faisait au dehors. Idées incohérentes, gaies, ambitieuses; embarras de la parole et lenteur d'émission des sons. L'état général est déplorable. Les membres sont constamment agités d'un tremblement assez fort pour rendre la marche difficile et incertaine.

M. J... devient gâteux le jour et la nuit.

2 décembre. La bouche et les lèvres sont remplies et couvertes d'ulcérations de nature suspecte; elles finissent par disparaître à l'aide de lavages fréquents au vin aromatique et de solutions de chlorate de potasse après trois semaines de traitement.

6 décembre. Thrombus de l'oreille droite.

10 décembre. Une congestion cérébrale survient au milieu de ce cortège de symptômes alarmants: insensibilité complète, relâchement des sphincters, mutisme et convulsions épileptiformes. Nous redoutons une issue fatale et prochaine, la famille en est informée par dépêche télégraphique.

11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 et 18 décembre. Continuation des attaques épileptiformes; bromure de potassium à hautes doses; révulsifs énergiques sur le corps et les membres.

19 et 20 décembre. Pas de convulsions; la déglutition s'opère; bouillon et vin généreux.

25 décembre. Le malade sort de sa torpeur, il parle un peu et réclame des aliments.

26 décembre. L'état général est plus satisfaisant.

1^{er} janvier 1878. M. J... se lève pour la première fois, il parle avec aisance et ne délire plus.

20 janvier. Etat physique fort satisfaisant; la parole est lente et un peu grasse (*sic*). Conscience de son état; M. J... prétend que ce sont des pertes d'argent et le chagrin qui l'ont rendu malade. Quelques jours après son entrée à l'asile, il avait été déclaré en faillite.

21 janvier. Une rémission très-sérieuse semble vouloir s'affirmer.

25 janvier. Notre malade prend un peu d'embonpoint.

1^{er} février. L'amélioration se continue régulièrement depuis 34 jours; M. J... n'est plus gâteux; les deux hématomas des oreil-

les se résorbent peu à peu ; nous craignons bien que les oreilles soient pour toujours déformées et ratatinées.

15 février. Rémission complète ; le malade sort aujourd'hui en permission avec sa famille et nous revient heureux de ce premier essai.

SYMPTOMES OBSERVÉS PENDANT LE TRAITEMENT.	SYMPTOMES DE LA RÉMISSION.
Activité exubérante.	Besoin normal d'activité.
Agitation spasmodique.	Calme, quiétude.
Embarras de la parole	Parole libre.
Tremblement des lèvres.	Pas de tremblement des lèvres.
Tremblement de la langue.	Pas de tremblement de la langue.
Tremblement des membres.	Pas de tremblement des membres.
Mouvements de dégustation.	Néant.
Strabisme.	Néant.
Fort inégalité pupillaire. Pupille gauche plus large.	Faible inégalité pupillaire dans l'ombre seulement.
Emission involontaire des urines.	Néant.
Emission involontaire des matières fécales	Néant.
Hallucination de la vue.	Néant.
Dépravation du goût.	Néant.
Projets incohérents.	Réclame sa sortie.
Idées ambitieuses.	Néant.
Inconscience.	Conscience de son état.
Perte de la mémoire.	Retour de la mémoire.
Ulcérations buccales.	Ulcérations guéries.
Hématômes des deux oreilles.	Hématômes ont à peu près disparu.
Convulsions épileptiformes.	Santé physique parfaite.

16 février. M. J... nous raconte aujourd'hui que, pendant sa maladie, il se croyait protégé par les Dieux d'Israël ; il a vu descendre du ciel un de ses aïeux qui doit le protéger dans les

328 DES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE RÉMISSIONS

moments difficiles ; il ajoute d'ailleurs, en riant, qu'il n'aura recours à lui que quand il aura le cerveau dérangé.

Le père de M. J... est d'un caractère doux, intelligent, mais avare ; sa mère est très-nerveuse et irritable ; il a deux sœurs mariées et bien portantes. Lui-même a toujours été sobre, rangé, travailleur ; il fumait beaucoup, sortait peu et aimait la lecture avec passion.

Il a quitté l'asile dans un état de santé des plus satisfaisants ; la rémission est complète.

Observation III.

Démence paralytique. — Excès alcooliques ; disparition du délire, persistance de certains signes de l'ordre physique pendant une rémission de longue durée. — Nouvelle poussée congestive.

C... (Auguste), entré à V. E. le 20 février 1877 ; quarante et un ans, garçon de recette, originaire du département de l'Aisne.

27 janvier 1877. Certificat du D^r L. D. S. « Démence paralytique ; excès alcooliques anciens ; affaiblissement intellectuel, troubles de la mémoire, embarras léger de la parole, » divagations orgueilleuses ; incapacité de se diriger ; évasion » de Vaucluse ».

28 janvier. Certificat du D^r M. « Paralyse générale avec » idées de satisfaction, hésitation de la parole »

20 février. Certificat du D^r E. de L. « Démence paralytique ; ce malade présente de l'hésitation dans la parole et » les idées de satisfaction que l'on observe habituellement » dans cette forme d'alléation mentale. »

Au mois de septembre 1877, C... était dans un état de santé fort satisfaisant ; il réclame sa sortie ; nous avons dû l'examiner avec soin ; nous avons constaté à cette époque l'intégrité de l'intelligence, la conservation de la mémoire. C... était propre, rangé, travailleur et économe, la maladie ne se traduisait plus que par l'embarras de la parole et un léger tremblement des membres. La rémission n'a pas paru assez complète pour autoriser sa sortie. Il a bien conscience de son état et me raconte en riant qu'au début de sa maladie, il avait des idées ambitieuses, se figurant posséder des millions.

Cette rémission très-sérieuse a persisté jusqu'au 11 février 1878, c'est-à-dire pendant onze mois ; à cette époque, sous

l'influence d'une congestion cérébrale dont il est encore impossible d'apprécier l'importance, nous avons vu reparaître le délire ambitieux, les projets incohérents, les idées de satisfaction et aussi s'accroître l'embarras de la parole et le tremblement des lèvres et des membres. Pendant près d'un an, C... n'a pas donné signe d'aliénation mentale.

Observation IV.

incomplet

Paralysie générale diagnostiquée par trois médecins. — Invasion brusque. — Rémission incomplète, au bout d'un mois de traitement, chez un être dégénéré.

M... (V.), trente-cinq ans, ouvrier raffineur né et domicilié à Paris, entre à Ville-Evrard le 27 octobre 1877.

23 octobre. Certificat du D^r M. « Paralysie générale avec » excitation et idées ambitieuses incohérentes, hésitation de » la parole; pupille gauche plus large. »

27 octobre. D^r E. de L. « Démence paralytique, délire des » grandeurs; il sait tout faire, se croit très-habile en toutes » sortes de métiers; embarras de la parole. »

4 novembre. Ce malade présente un affaiblissement considérable des facultés intellectuelles, et de la mémoire: incohérence dans les idées. Il a des idées de grandeurs, de l'embarras dans la parole; il se croit très-vigoureux, il enlèverait avec ses bras quatre sacs de cent kilog. En réalité c'est un petit homme, chétif, malingre, mal conformé et tout à fait incapable d'un semblable tour de force.

11 novembre. D^r E. de L. « Démence paralytique, mêmes idées » de satisfaction et de grandeurs, incohérence; l'excitation » tend à se dissiper. »

20 novembre. M... reconnaît au parloir ses parents et ses amis; il est toujours faible et se montre craintif et un peu niais, il ose à peine parler.

D'après les renseignements que nous avons pu recueillir, ce jeune homme a toujours eu une conduite régulière, il ne faisait pas d'excès de boisson. Il y a deux mois environ, il a fait une chute sur la tête de la hauteur d'un étage, à la suite de cet accident, il est resté triste et taciturne; il perd tout à fait la raison le 20 octobre.

27 novembre. Une amélioration sérieuse s'annonce, le délire

330 DES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE RÉMISSIONS

a tout à fait disparu, l'embarras de la parole persiste toujours un peu.

4^{er} décembre. Une rémission assez complète s'affirme et se continue encore aujourd'hui 16 mars. M... peut difficilement être pris pour un paralytique et cependant, pour ceux qui l'ont suivi depuis le commencement du mal, on observe encore une certaine hésitation dans la prononciation des mots. L'intelligence est aujourd'hui ce qu'elle a toujours été, c'est-à-dire un peu faible.

Il est probable que ce jeune malade restera maintenant dans cet état pendant de longues années, c'est un cas de rémission incomplète durable. Nous n'avons pu refaire l'histoire pathologique de la famille de M... car, devant nos investigations, la famille a toujours fui ; tout ce que nous savons, c'est que M... est un demi-homme, un avorton, un produit dégénéré « dont l'esprit a toujours été faible de naissance », suivant le dire de la mère du malade.

Observation V.

Paralysie générale diagnostiquée par trois médecins. — Invasion brusque. — Rémission complète au bout de vingt-cinq jours.

H..., âgé de trente ans, originaire des Charentes, entre à V. E. le 8 décembre 1877 ; il est d'un tempérament sanguin, n'a jamais été malade avant ce jour ; pas d'aliénation ou de névroses convulsives dans sa famille.

3 décembre. Certificat du D^r L. « Excitation maniaque, » préoccupations politiques ; milliards multipliés par des millions, » très-agité ; divagations, état aigu à invasion subite. »

4 décembre. Certificat du D^r M. « Paralysie générale avec » excitation, délire ambitieux incohérent, hésitation de la parole ; pupille gauche plus large. »

9 décembre. Certificat du D^r E. de L. « Démence paralytique, excitation très-grande qui nécessite l'emploi de » moyens de contention ; il possède des milliards ; il a été » député, sénateur, président de la République. »

20 décembre. Persistance des symptômes précédents qui permettent d'affirmer la démence paralytique. L'excitation est moins prononcée que dans les premiers jours ; mais il y a de l'embarras

de la parole, du tremblement de la langue, des lèvres, et du délire ambitieux. M. H... se trouve dans une admirable position ; il est fort, puissant et parent du duc d'Aumale, etc...

24 décembre. L'agitation a presque entièrement disparu, mais l'état général est peu satisfaisant. H... mange avec glotonnerie ; il a de la diarrhée.

25 décembre. L'agitation a complètement disparu ainsi que le délire ; le malade quitte la section des agités et entre à l'infirmerie.

26 décembre. Le malade est complètement revenu à la raison et ne présente plus aucun des signes physiques de la paralysie générale ; les pupilles sont égales. Je lui raconte que quelques jours auparavant il se disait millionnaire, président de la République ; il se met à rire en disant : « Mais c'est absurde, je suis tout bonnement un petit propriétaire des Charentes ; je ne sais pourquoi j'ai perdu la tête à Paris où j'étais venu pour vendre mon vin. »

27 décembre. Ce malade, réclamé par sa famille, quitte l'asile, sans que nous puissions savoir ce qu'il est devenu.

Observation VI.

Paralysie générale diagnostiquée par quatre médecins. — Rémission complète au bout de trente-quatre jours.

B...(N.J.), âgé de cinquante-six ans, agent d'affaires, originaire du Midi, domicilié à Paris, entre à V.E. le 27 décembre 1877.

20 décembre. Certificat du D^r L. D. S. « Démence paralytique au début. Excitation intellectuelle, activité pathologique, inégalité pupillaire ; quelques conceptions délirantes orgueilleuses ; incapacité de travailler ; déjà traité. »

21 décembre. Certificat du D^r B. « Paralysie générale. Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire ; idées délirantes de satisfaction ; projets incohérents ; actes inconscients, arrêts de la parole ; pupilles inégales. »

28 décembre. Certificat du D^r E. de L. « Démence paralytique ; confusion dans les idées ; secousses comme électriques dans les membres inférieurs. »

41 janvier. Démence paralytique, idées de satisfaction, difficulté de prononcer certains mots.

41 février 1878. Nous examinons aujourd'hui ce malade avec

332 DES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE RÉMISSIONS

beaucoup d'attention ; il n'a plus d'idées délirantes ; l'intelligence est nette, la mémoire parfaite, il a conscience de son état. De plus, les pupilles sont égales, l'embarras de la parole est nul ; le malade lit à haute voix d'une façon irréprochable, il écrit bien et d'une main ferme. Pas de tremblement des membres, démarche assurée. Santé générale très-satisfaisante.

Il quitte l'asile le 20 février dans un état de rémission complète.

lettre de l'ami

Observation VII.

Paralyse générale confirmée et reconnue par trois médecins. — Rémission complète après huit mois de traitement.

B. F. A, âgé de trente-sept ans, originaire du département de l'Ain commis de magasin, entre à V. E. le 9 janvier 1877. D'un tempérament sanguin et issu d'une famille dans laquelle il n'y a jamais eu d'aliénés, B. n'a jamais fait que des excès de travail.

31 décembre 1876. Certificat du D^r L. D. S. « Démence paralytique, affaiblissement marqué de l'intelligence, de la mémoire, de la volonté, de la sensibilité et du mouvement. Embarras de la parole ; inégalité pupillaire ; insomnie ; incapable de travailler ; actes déraisonnables. »

1^{er} janvier 1877. Certificat du D^r B. « Est atteint de paralyse générale, affaiblissement des facultés et de la mémoire ; propos incohérents ; indifférence ; incapable de travailler, de pourvoir à ses besoins ; hésitation de la parole ; pupilles inégales. »

10 janvier. Certificat du D^r D. « Démence avec paralyse générale ; embarras de la parole ; inégalité pupillaire ; relâchement des sphincters ».

24 janvier. Démence avec paralyse générale ; embarras de la parole ; ignorance du cours du temps ; il se croit à l'asile depuis six mois ; faiblesse musculaire générale, gâteux.

15 mars. Attaque congestive, convulsions épileptiformes, coma.

2 juin. Nouvelle attaque congestive à forme apoplectique, toujours gâteux ; il a des escharres au sacrum, au coude et dans le dos. Intelligence complètement obscurcie, incurabilité certaine.

15 juin. Amélioration notable ; les escharres se sont élimi-

nées, les plaies ont bonne apparence, l'état général s'améliore; le malade bredouille moins : depuis deux mois, il articulait avec peine quelques mots toujours les mêmes : roi, empereur, voitures, diamants.

4^{er} juillet. Les plaies se cicatrisent rapidement, le malade n'a plus de diarrhée, il n'est plus gâteux, il comprend ce qu'on lui dit; la parole est toujours fort embarrassée.

4 septembre. Il quitte la section de gâteux et demande à travailler. A partir de ce moment, l'amélioration se continue lentement, mais progressivement, l'intelligence, la mémoire, la volonté reviennent tour à tour, en même temps que disparaissent le délire, l'excitation et les tremblements musculaires.

12 février 1877. Nous examinons B..., dont l'état mental est satisfaisant depuis déjà plus de cinq mois; il a conscience de son état, comprend qu'il a été malade et qu'il a encore besoin de rester à l'asile pour consolider sa santé. Une double cataracte est en voie de formation, elle est plus avancée à droite, la pupille est plus dilatée de ce côté.

Il est impossible aujourd'hui de diagnostiquer une paralysie générale, tous les symptômes physiques ont disparu; il reste seulement un peu de lenteur dans l'émission des mots. Il nous semble que le malade s'étudie à bien articuler, tant il craint de parler comme autrefois, alors, qu'il parlait comme un homme ayant de la bouillie dans la bouche (*sic*).

Observation VIII.

Paralysie générale reconnue par six médecins. — Depuis sept ans rémission incomplète.

D... (Louis), âgé de trente-cinq ans, homme de lettres, né à L... et domicilié à V..., entre à la maison de santé de X... le 15 avril 1876, pour la troisième fois. D'une taille élevée et d'un tempérament nerveux, D... était doué d'une intelligence assez vive, mais il manquait de jugement. Dans sa famille il y a des aliénés, des convulsifs et des toqués. Il a été traité depuis la guerre dans deux maisons de santé différentes, il ne se trouve bien nulle part et ne peut rester en liberté. La paralysie générale est évidente, elle a été constatée par au moins six médecins spécialistes, c'est une forme raisonnée, chronique et rémittente.

334 DES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE RÉMISSIONS

Au début, c'est-à-dire en mars 1874, à la suite de la guerre, D... présentait tous les symptômes de la forme aiguë avec idées de satisfaction et projets incohérents. En juin 1874, il était dans un état de rémission qui permit de le rendre à sa famille; mais une fois libre, il ne tarda pas à se rendre insupportable par son orgueil, sa vanité et son inconduite. Il fatiguait tout le monde, dépensait follement son argent et, perdant toute retenue, se livrait en public à des outrages à la pudeur. Au mois de septembre, survint une attaque apoplectiforme de courte durée, qui eut pour effet la production d'un délire mélancolique avec augmentation des symptômes physiques : embarras de la parole, tremblement des membres, inégalité pupillaire. Conduit dans une maison de santé, il y resta jusqu'en novembre 1875. On a pu constater, pendant le mois suivant, que D... était loin d'être guéri : il avait alors des idées de satisfaction et, avec cela, des préoccupations hypochondriaques absurdes. Tour à tour grand musicien, grand poète, chasseur infatigable (en paroles), il ne tardait pas à se plaindre de son estomac, de ses yeux, de son nez, etc. L'intelligence autrefois remarquable par sa vivacité avait perdu son vernis brillant, enfin l'embarras de la parole était manifeste. Le 15 janvier 1876, je fus appelé auprès de lui, il avait eu, disait-on, une attaque d'apoplexie en sortant de table. A partir de ce moment, la maladie semble faire des progrès sensibles, la démence est manifeste. D... est inconscient, se plaint sans cesse de sentir de mauvaises odeurs, ramasse des cailloux et emplit ses poches de bijoux et de diamants imaginaires. La santé physique s'altère; la langue, les lèvres et les membres présentent les signes du tremblement spécifique, la démarche devient incertaine, l'inégalité pupillaire s'accentue.

Deux ans après, c'est-à-dire en décembre 1877, nous trouvons le malade dans la même situation qu'en 1875. Il a, de temps à autre, une poussée congestive avec aggravation momentanée des symptômes essentiels.

Dans ces conditions particulières, il nous semble impossible de porter un pronostic favorable; toutefois nous pensons pouvoir affirmer qu'une issue fatale et prochaine ne peut être annoncée à la famille. C'est un cas de paralysie générale à forme chronique, rémittente et dans laquelle

les idées de satisfaction, la dépression et l'hypochondrie se produisent en dehors de toute périodicité.

Observation IX.

Paralysie générale constatée par huit médecins.—Rémission incomplète ayant déjà plus de dix ans de durée. ✱

A..., âgé de cinquante ans, ancien négociant, que nous regardions en 1870 (1) comme un malade atteint de paralysie générale chronique avec rémission incomplète, a été visité par un grand nombre de médecins spécialistes; la maladie a été diagnostiquée en 186... par le D^r L., et depuis, huit médecins spécialistes à ma connaissance ont pu l'examiner à loisir; ils ont tous admis l'existence de la paralysie générale. J'ai vécu avec lui dans l'intimité pendant deux années, ce qui m'a permis de constater les symptômes essentiels de la paralysie générale, la démence et les troubles de la motricité. C'était en 1867 et 1868; nous avons vu se produire, à cette époque, quelques poussées congestives qui déterminaient pendant plusieurs jours une aggravation de tous les symptômes; M. A... bredouillait davantage en parlant et devenait malpropre. Aujourd'hui, après une durée de quatorze ans, la maladie est comme enrayée dans sa marche progressive; M. A... vit dans sa famille, il est tout à fait inoffensif et accepte facilement une surveillance attentive et dévouée. S'il a eu au début des idées de grandeurs et des accès de prodigalité, il a bien encore quelques idées de satisfaction; il n'a confiance qu'en lui, mais il est devenu avare et soupçonneux. Il raconte chaque jour les mêmes anecdotes et dans les mêmes termes; l'embarras de la parole persiste toujours.

Un savant médecin aliéniste de Paris qui a soigné M. A..., au début, a eu occasion de le revoir dans le courant du mois de février 1878; il nous assure qu'il considère encore M. A..., comme atteint de paralysie générale.

(1) *Thèse*, Paris 1870, page 51.

Observation X.

Paralyse générale constatée par cinq médecins. — Phénomènes de double forme et rémission incomplète.

*incomplete
double*

R... (Valentin), âgé de trente-quatre ans, étudiant en droit, né à P. et domicilié à B., appartient à une famille dans laquelle il y a plusieurs cas de névropathies héréditaires. En 1870, il s'est marié et aurait, paraît-il, communiqué à sa jeune femme une maladie syphilitique dont il était atteint depuis déjà quelque temps. Cet événement paraît avoir eu une certaine influence sur l'esprit de R... ; il en parle parfois avec douleur, se reproche sa conduite passée, demande la mort et le châtiment de ses fautes. C'est seulement en décembre 1876 que R... a été soumis directement à notre observation. Il avait déjà été soigné dans deux établissements spéciaux, la paralysie générale avait été constatée par plusieurs médecins en août 1870.

Nous avons observé ce malade pendant près de quinze mois ; il a de la double forme et une période de rémission pendant laquelle la santé générale devient très-satisfaisante : — 1° Une période d'agitation violente avec idées de satisfaction, parole hautaine, gestes brusques, irritabilité excessive : durée, quinze jours environ ; — 2° Une période de dépression profonde avec délire hypochondriaque de nature spécifique : R... ne veut plus manger ; il est pourri, son estomac est décomposé, il n'a plus d'intestins. Pendant 30 ou 40 jours il faut le nourrir avec la sonde œsophagienne ; il devient gâteux, refuse de sortir de son lit, ses jambes ont été coupées, assure-t-il ; il ne peut plus marcher. La famille de R... a plusieurs fois été prévenue à ce moment qu'une issue fatale et prochaine était imminente ; c'était une fausse alerte.

Une période de rémission se produisait alors brusquement ; le malade se levait et mangeait seul.

Nous avons observé quatre fois le retour successif et régulier de l'agitation, de la dépression hypochondriaque et de la rémission.

Nous n'avons pas insisté sur les troubles de la motricité quoique, dans les trois périodes, leur persistance nous ait permis d'affirmer l'existence de la paralysie générale. Ce

diagnostic est d'ailleurs celui des trois médecins en chef des divers établissements où M. R... a reçu des soins.

Observation XI.

Paralysie générale au début. — Rémission rapide. — Mort par suite de bronchite pseudo-membraneuse généralisée. — Autopsie.

L... (Charles), âgé de cinquante-deux ans, imprimeur, domicilié à P., entré à Ville-Evrard le 11 janvier 1878.

5 janvier 1878. Certificat du D^r L. D. S. « Démence paralytique; affaiblissement de l'intelligence et du mouvement; » conceptions délirantes orgueilleuses; embarras de la parole; » turbulence furieuse; excès alcooliques. »

6 janvier. Certificat du D^r M. « Paralysie générale avec » délire ambitieux incohérent; hésitation de la parole; pu- » pille droite plus large. »

11 janvier. Certificat du D^r E. de L. « Démence paraly- » tique; calme jusqu'à ce jour, incohérence, délire de richesses » et de satisfaction: il a, dit-il, une santé florissante; il possède » de l'or et des billets en quantité innombrable au trésor public » et chez tous les banquiers. »

15 janvier. Ce malade est devenu très-calme, il ne parle plus de sa fortune immense et de ses richesses incalculables. Sa femme vient le voir et le trouve mieux; les symptômes physiques (embarras de la parole, inégalité pupillaire) persistent toujours.

20 janvier. Amélioration notable; la parole est moins embarrassée; rémission très-importante de tous les symptômes. La santé physique devient florissante.

5 février. L... se plaint de la gorge; il a en effet les amygdales gonflées et recouvertes d'un enduit blanchâtre; la voix est couverte, il tousse un peu; gros râles ronflants dans la poitrine.

10 février. Suffocation, larges inspirations, expiration très-courte, voix éteinte. Souffle bronchique à l'auscultation de la poitrine; L... meurt dans la nuit. L'autopsie faite avec soin a permis de constater que la mort était due à l'envahissement rapide des fausses membranes jusque dans les fines ramifications bronchiques.

La muqueuse du larynx et celle de la trachée sont recouvertes de fausses membranes blanchâtres, peu adhérentes au tissu sous-jacent; elles se prolongent dans tout l'arbre respiratoire. Abondantes surtout au niveau de la glotte, elles obstruent les

ventricules et tapissent les cordes vocales inférieures d'un véritable revêtement plastique.

Les méninges viscérales ont perdu un peu de leur transparence, sans être toutefois lactescentes ; elles n'ont pas encore contracté d'adhérences avec la couche corticale.

Le cerveau a une consistance normale.

Les parois ventriculaires, principalement au niveau du plancher du quatrième ventricule, offrent un aspect chagriné dû à la présence de granulations épendymaires confluentes au niveau du calamus scriptorius.

Ces granulations, parfaitement visibles à l'œil nu, se révèlent au doigt par la sensation de petits grains de sable.

Dans les ventricules latéraux, et de chaque côté sur des points presque symétriques, on trouve des granulations analogues, formant une zone bien limitée sur la paroi antéro-interne au niveau de la face externe du septum lucidum ; un peu plus bas et en arrière, près du trou de Monro, il existe un groupe de quatre ou cinq grosses granulations, offrant l'aspect vilieux de la face dorsale de la langue.

Dans le troisième ventricule, on ne trouve ces granulations que sur la commissure postérieure où elles sont fort abondantes.

La membrane épendymaire, notablement épaissie, se détachait facilement de la paroi ventriculaire avec laquelle il n'y avait pas adhérence intime.

Dans un cas de paralysie générale au début et déjà en rémission, il nous a paru intéressant de signaler l'existence de ces granulations épendymaires si bien décrites, en 1825 et 1826 par Bayle et Calmeil. Depuis elles ont été signalées par MM. Duchek, Joire, Magnan et Mierzejewski.

Observation XII.

Paralysie générale constatée par quatre médecins. — Rémission incomplète, coïncidant avec l'évolution d'une grossesse normale.

R... (Marie), âgée de vingt-neuf ans, née à G..., entre le 21 juillet 1877 à l'asile de V. E. pour une paralysie générale dont le diagnostic est établi par plusieurs certificats médicaux que nous reproduisons.

18 juillet 1877. Certificat du docteur L. « Paralysie générale ; » accidents cérébraux vertigineux, syncopes, idées ambitieuses » très-confuses ; contentement et frayeurs. »

19 juillet. Certificat du docteur M. « Paralyse générale avec » idées hypochondriaques confuses; hésitation de la parole; pupille droite plus large. »

22 juillet. Certificat du docteur de L. « Démence paralytique; » délire des richesses. Elle a fait un héritage de cent trente » mille francs; elle possède trois millions. Cherche à s'évader; » quelques impulsions dangereuses; à surveiller. »

5 août. Certificat du docteur de L. « Démence paralytique; » mêmes idées délirantes. Elle gagne huit cent millions » par an; est couverte de diamants. Toujours très-agitée depuis son admission. »

Aujourd'hui, comme au moment de son entrée, Marie R... présente les symptômes suivants:

Agitation très-vive et désordre complet dans les actes comme dans les idées.

Incohérence et loquacité extrêmes avec prédominance d'idées ambitieuses et de richesses. La malade possède plusieurs millions, est couverte de diamants et de pierres précieuses; son mari gagne huit cent millions par an, etc.

L'expression habituelle de la physionomie est celle de la satisfaction.

Parfois, au milieu de ces idées délirantes, de nature gaie, apparaissent, d'une manière passagère et à des intervalles irréguliers, des idées hypochondriaques confuses, accompagnées de plaintes et de larmes.

Parfois aussi, elle cherche à s'évader et ne compte pas avec les difficultés qu'elle peut rencontrer.

Parmi les symptômes de l'ordre physique, l'embarras de la parole avec frémissement des lèvres, l'inégalité des pupilles avec dilatation plus marquée à droite qu'à gauche, et un certain degré d'affaiblissement général, que nous croyons pouvoir attribuer à l'agitation plutôt qu'aux progrès de la maladie, sont les signes qu'il nous a été donné d'observer.

25 octobre. Tels étaient les symptômes qui caractérisaient l'état mental de Marie R..., lorsque, le 3 septembre, elle dut passer à l'infirmierie pour des plaies du coude occasionnées par l'usage de la camisole que la vive agitation avait rendu nécessaire.

A partir de ce jour, l'état mental de la malade semble s'amender.

A l'agitation succède un calme relatif qui favorise la guérison des plaies du coude, laquelle est complète au bout d'une

340 DES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE RÉMISSIONS

dizaine de jours. Les conceptions délirantes diminuent d'intensité, tendent même à disparaître en prenant une marche lentement rétrograde, et, vers le 20 octobre, il ne reste plus qu'une certaine confusion des idées, confusion dont la malade paraît se rendre compte, surtout lorsqu'on fait appel à ses souvenirs pour préciser certains faits.

De tous les troubles physiques et intellectuels, l'hésitation de la parole avec frémissement des lèvres, est celui qui a persisté le plus longtemps; et nous n'oserions pas affirmer qu'il a complètement disparu, car la malade ayant conscience de la difficulté qu'elle éprouve dans l'articulation des sons, s'applique à parler lentement.

Il n'y a plus d'inégalité pupillaire appréciable.

Calme et docilité soutenus; occupations suivies et utiles.

Alimentation régulière; sommeil naturel, et amélioration notable de l'état général.

12 novembre 1877. Grossesse probable et arrivée vers le quatrième mois.

15 décembre 1877. Réclamée par son mari et se maintenant elle-même, depuis deux mois, dans des conditions de rémission satisfaisantes, Marie R... quitte l'asile.

La grossesse est confirmée.

En terminant cette observation que nous croyons pouvoir considérer comme un cas, non pas de guérison, mais de rémission incomplète d'une paralysie générale au début, nous nous demandons s'il n'y aurait pas entre la grossesse ou entre les plaies du coude, d'une part, et la rémission d'autre part, un rapport de cause à effet.

Ne serait-ce pas un de ces cas de rémission survenant à la suite de plaies, contusions, fractures, et pouvant se rapprocher des cas de guérisons attribuées à de grandes suppurations dont M. le docteur Doutrebente, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard, a réuni un certain nombre d'observations?

C'est une question que nous n'avons pas la prétention de résoudre (1).

(1) Cette observation a été recueillie par M. Boudrie, interne de Ville-Evrard.

Conclusions.

1° On observe fréquemment des rémissions dans le cours de la paralysie générale progressive.

2° Ces rémissions n'ont pas toutes le même caractère ni la même importance : elles sont complètes ou incomplètes.

3° Les rémissions incomplètes ont une durée variable ; elles peuvent persister fort longtemps dans la paralysie générale chronique, dite, parfois, paralysie générale à forme raisonnante ; et, dans ce cas, nous avons remarqué que le sujet était atteint d'une prédisposition névropathique héréditaire.

4° Les rémissions complètes de courte durée ou intermissions ont peu d'importance. Il y a lieu, au contraire, de tenir compte de celles qui, par leur durée, peuvent à bon droit être considérées comme de véritables guérisons.

5° Les symptômes les plus fugaces sont : l'agitation, le délire et le tremblement des membres.

6° L'embarras de la parole, le tremblement des lèvres, l'inégalité des pupilles et un certain degré d'affaiblissement intellectuel persistent plus longtemps.

7° L'embarras de la parole nous a paru être le symptôme le plus tenace.

NOTE

SUR

L'EMPLOI DE L'ATROPINE

CONTRE LA SIALORRHÉE DES ALIÉNÉS

Par le Dr E. DUFOUR

Médecin en chef de l'asile de St-Robert.

Tous les médecins des asiles ont eu fréquemment à observer l'existence de la sialorrhée dans certaines formes de l'aliénation mentale. Cet épiphénomène est toujours pour les malades une cause de débilitation et occasionne une grande malpropreté dans les services. Nous avons déjà, à plusieurs reprises, cherché à parer à ces inconvénients par des applications locales dans la bouche, sans jamais y réussir, quand les recherches de M. le professeur Vulpian sur l'emploi de l'atropine contre les sueurs des phthysiques nous donnèrent l'idée d'essayer cette substance contre la salivation des aliénés. En parcourant depuis l'article ATROPINE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, nous y avons vu également que ce médicament était parfaitement indiqué en pareille circonstance.

Nous avons actuellement dans notre service trois malades, dont un idiot, qui présentent ce symptôme.

Chez l'idiot, la sputation qui était très-forte et fréquente a complètement cessé après un traitement d'environ quinze jours par l'atropine (granules Chanteaud), prise à la dose de 1/2 à 2 milligr. par jour et progressivement.

Chez une femme en démence, la salivation est presque entièrement tarie, alors qu'elle était d'une abondance considérable. — Elle est encore en traitement.

Enfin, notre troisième malade, un dément, qui était constamment entouré d'un véritable lac de salive, ne crache plus depuis qu'il est sous l'influence de l'atropine. Le traitement est commencé [depuis six semaines sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient ; il prend aujourd'hui deux milligrammes du médicament ; mais il suffit que cet aliéné reste quelques jours sans prendre ses granules pour voir réapparaître la sialorrhée qui ne constitue plus, il est vrai, qu'un simple crachotement intermittent.

Ces expériences seront continuées, nous en ferons connaître ultérieurement les résultats définitifs ; pour le moment, nous nous bornons à appeler l'attention de nos confrères sur ce point particulier de la thérapeutique des maladies mentales.

CANCER ENCÉPHALOÏDE

DU CERVEAU

CHEZ UNE ÉPILEPTIQUE

ABSENCE DU LOBULE PARIÉTAL INFÉRIEUR DROIT
SANS TROUBLES OCULAIRES DU CÔTÉ OPPOSÉ

Par M. le Dr Clovis GALLOPAIN,

Médecin adjoint de l'asile d'Evreux.

*Observation recueillie dans le service de M. le Dr Broc, Médecin en chef
Directeur.*

Imbécillité ; épilepsie ; pas de troubles oculaires. Pendant les six derniers mois : céphalalgie, vomissements, somnolence ; attaques apoplectiformes ; hémiplegie droite. — Cancer encéphaloïde du lobe frontal gauche ayant fait irruption dans le ventricule latéral et le troisième ventricule. — Absence de développement du pli courbe et du lobe du pli courbe du côté droit.

Guillem..... (Julie-Louise), âgée de trente-neuf ans, est entrée à l'asile d'aliénés d'Evreux le 18 mai 1875.

Cette malade a été admise à la Salpêtrière le 6 novembre 1854 (elle avait alors environ 13 ans) ; sortie de cet hospice le 4 juillet 1860, elle y est entrée une seconde fois le 29 juin 1864, et y est restée jusqu'au moment où elle a été transférée à l'asile d'Evreux.

M. le Dr Moreau, dans son certificat, déclare cette malade atteinte d'épilepsie.

Guillem... est une imbécile qui ne connaît pas son âge et n'a aucune initiative ; on est obligé de la surveiller et de

la diriger dans tous ses actes ; elle est cependant calme et se laisse facilement conduire. Pendant deux ans, on n'a observé chez elle que des attaques de *petit mal* consistant en vertiges accompagnés de quelques soubresauts dans les membres, et plus souvent de convulsions dans les muscles de la face ; ses attaques n'ont jamais été suivies d'agitation. Elle a un léger embarras de la parole et traîne un peu la jambe gauche.

Pas de troubles oculaires.

4 mai 1877. Guillem... a eu aujourd'hui trois violentes attaques qui n'ont pas été précédées de cri et qui ont consisté en : chute, perte de connaissance, convulsions cloniques, état comateux ; elle s'est profondément mordu la langue.

5 mai. Deux attaques.

9 mai. Trois attaques semblables à celles du 4. Ces attaques n'ont point été suivies d'agitation, mais d'une hébété-tude très-prononcée.

Depuis ces attaques, G... s'est continuellement plainte de céphalalgie plus ou moins violente, affectant particulièrement le côté gauche.

15 juillet. G... accuse une céphalalgie opiniâtre, prononcée surtout à gauche, une somnolence continuelle qui lui fait garder constamment le lit, des nausées, quelquefois des vomissements ; cet état a duré plus d'un mois. Souvent on la surprenait se frappant le côté gauche de la tête avec le poing.

7 août. Même état ; constipation. — Eau de sedlitz.

8 août. Lavement purgatif, tis. d'orge.

15 août. G... va un peu mieux et peut se lever ; souffre de la tête, somnolence.

23 août. G... a eu aujourd'hui dix à douze attaques apoplectiformes précédées ou accompagnées de vomissements et consistant principalement en perte de connaissance, résolution musculaire, immobilité, face vultueuse.

24 août. On constate une paralysie du côté droit; déviation de la bouche et des traits à gauche; chute de la paupière supérieure droite; la sensibilité paraît exaltée à droite; pouls fort, large; sueurs générales, somnolence.

25 et 26 août. Même état; ne peut prendre aucun aliment.

27 août. Coma.

28 août. L'état comateux se prononce davantage; cependant G... sort encore un peu de sa somnolence quand on l'excite par la douleur; pouls très-fort, large; face vultueuse. — Saignée de 200 grammes; lavement: huile de croton, une goutte, sulfate de soude, 15 grammes.

29 août. G... va mieux; l'état comateux est à peu près disparu. — Potion: poudre de digitale, 0, 10 c.

30 août. L'amélioration continue. — Potion: poudre de digitale, 0, 10 c.

4 septembre. G... peut se lever, commence à se servir de ses membres paralysés; gâteuse.

15 septembre. G... se sert assez bien de son bras droit; mais elle ne peut marcher sans aide; se plaint toujours de céphalalgie et se frappe souvent le côté gauche de la tête; tendance continuelle au sommeil.

27 septembre. Somnolence; céphalalgie; nausées, vomissements, plusieurs attaques apoplectiformes légères; sueurs.

28 septembre. Même état. — Tis. d'orge avec émétique, 0, 02 c.

29 septembre. Coma. — Sangsues à l'anus.

2 octobre. Amélioration. — Lavement: aloès, savon médicinal, à à 5 gr.

9 octobre. G... peut se lever; mais elle est devenue tout à fait gâteuse; elle se plaint toujours de céphalalgie.

14 octobre. Vomissements; attaque apoplectiforme; somnolence.

15 octobre. Vomissements; coma qui se prononce de

plus en plus; insensibilité; sueurs générales. Morte dans la soirée.

AUTOPSIE.

Crâne. — Le pariétal droit présente, vers sa partie moyenne, une bosse plus saillante qu'à l'état normal, et qui correspond à une fosse profonde, ovoïde, que l'on remarque à sa face interne. Cette fosse a, dans le sens antéro-postérieur, une longueur de 6 centimètres $1/2$, et, transversalement, dans sa plus grande largeur, 4 cent. $1/2$; l'os, à ce niveau, est très-aminci; il est au contraire épaissi tout autour de la cavité où il forme une sorte de bourrelet.

Méninges. — En incisant la dure-mère, il s'écoule de la cavité arachnoïdienne environ 200 gr. de sérosité. La pie-mère est vasculaire, mince. De nombreuses granulations de Pacchioni sont implantées sur la portion de cette membrane qui recouvre les pieds des 2^e et 3^e circonvolutions frontales droites; il en existe également au sommet du lobe frontal, à 2 centimètres en dehors de la ligne médiane; la dure-mère qui recouvre ces granulations est amincie et criblée de trous, et les os du crâne présentent, dans les parties correspondantes, de nombreuses dépressions.

La pie-mère, au niveau du lobule pariétal inférieur du côté droit, est épaissie, opaline et soulevée sous forme d'une saillie ovoïde présentant les mêmes dimensions que la fosse signalée à la face interne du pariétal du même côté; cette saillie forme une tumeur fluctuante qui, après l'incision de la pie-mère, s'affaisse par suite de l'écoulement d'un liquide analogue à la sérosité céphalo-rachidienne et qui laisse apparaître, à sa place, une excavation profonde.

Cerveau. — Hémisphère droit (poids 314 gr.). La première circonvolution frontale est très-volumineuse et occupe à elle seule presque la moitié de la face externe du lobe frontal; elle se bifurque en arrière, à la partie moyenne de sa longueur: la bifurcation inférieure, arrivée à la fron-

tale ascendante, se recourbe en bas et se termine par une lame mince de 2 millimètres d'épaisseur.

L'insula a un aspect lisse et ne présente à sa surface aucune apparence de circonvolution.

La circonvolution frontale ascendante est divisée à sa partie moyenne en deux tronçons par un sillon; le tronçon inférieur est lui-même coupé en deux par un second sillon.

A la place du lobule pariétal inférieure se trouve une excavation profonde, ovalaire, à bords taillés à pic, allongée dans le sens antéro-postérieur, et s'étendant depuis la scissure de Sylvius en avant jusqu'à la scissure pariéto-occipitale en arrière; son bord supérieur est situé à 3 cent. de la scissure inter-hémisphérique. Cette excavation a 6 cent. de long, 2 cent. $1/2$ de large à sa partie moyenne, et près de 2 cent. de profondeur; son fond est une surface plane qui correspond, dans son tiers antérieur, à la face externe du corps strié; dans la partie postérieure, l'excavation est séparée du ventricule latéral par une membrane de 1 à 2 millimètres d'épaisseur.

La circonvolution pariétale ascendante n'existe que sur une longueur de 2 cent. $1/2$; assez développée dans sa moitié supérieure, elle est très-grêle (0^m,004 d'épaisseur) dans sa moitié inférieure. Sa limite inférieure est marquée par le bord supérieur de l'excavation; à ce niveau, la substance nerveuse n'existe que sous forme d'une très-mince et étroite languette; une lame fibreuse constituée par l'adossement des deux feuillets de la pie-mère, fait suite à cette circonvolution et contourne l'extrémité antérieure de la cavité. Les circonvolutions, qui se dirigent vers l'excavation, et notamment la 1^{re} circonvolution temporale, s'y terminent de même sous forme de lamelles fibreuses, qui se recourbent de façon à border la cavité dans presque toute son étendue.

En résumé, cette excavation résulte de l'absence de dé-

veloppement des deux tiers inférieurs de la pariétale ascendante, de l'extrémité supérieure de la 1^{re} circonvolution temporale et surtout du pli courbe et du lobule du pli courbe, dont il n'existe aucun vestige.

Le lobule pariétal supérieur est normal.

La scissure pariéto-occipitale est très-développée.

Le lobule paracentral présente un développement considérable : il est de forme triangulaire, avec une hauteur de 3 centimètres et une base périphérique 4 cent. 8. Ce lobule est divisé en deux parties inégales par une fossette verticale coupée à sa partie inférieure par un sillon oblique.

Hémisphère gauche (534 gr.). Dans la plus grande partie de la face externe du lobe frontal, sur une longueur de 7 cent. 1/2 et une largeur transversale de 6 cent., la pie-mère est tellement adhérente au tissu sous-jacent, qu'il est impossible de la détacher. Cette surface comprend la 2^e circonvolution frontale, qui présente un développement très-considérable et la bifurcation inférieure de la 1^{re} dans une partie de son étendue ; cette dernière circonvolution est du reste atrophiée. La partie antérieure et supérieure de cette surface est constituée par une plaque lisse, d'un blanc laiteux, ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs.

La 3^e circonvolution frontale est normale, quoique déjetée en bas et en dedans par le développement exagéré de la 2^e.

La frontale ascendante est normale.

L'insula est très-volumineux et composé de cinq circonvolutions formant un lobule très-saillant, allongé dans le sens antéro-postérieur, et présentant une crête qui proémine à travers les lèvres de la scissure de Sylvius.

La circonvolution pariétale ascendante est très-grêle à son extrémité supérieure.

Le lobule paracentral est moins développé qu'à droite : il n'est limité en avant que par un sillon très-court ; sa hauteur est de 3 centimètres, et sa base périphérique a égale-

ment 3 cent.; sa surface est divisée par un sillon vertical qui est coupé à sa partie inférieure par une fossette assez profonde.

Une masse charnue, très-molle, d'un blanc rosé, remplit le ventricule latéral, depuis la queue du noyau caudé jusqu'à l'extrémité antérieure de la corne frontale; cette production, passant par le trou de Monro, va combler le 3^e ventricule. Après avoir ouvert le ventricule latéral, nous constatons que la tumeur a fait irruption dans cette cavité par la voûte du ventricule, et qu'à ce niveau se trouve un pédicule régulièrement arrondi, de 5 centim. de diamètre. Entre la tumeur et le noyau caudé se trouvent plusieurs petits caillots sanguins; l'un d'eux a la grosseur d'une noisette; un autre petit caillot se trouve dans la cavité digitale. Une coupe pratiquée de dedans en dehors, au milieu de la tumeur, nous permet de voir que le centre de celle-ci est constitué par un tissu jaune, résistant, infiltré de granulations calcaires; autour de ce noyau se trouve le tissu rosé, mou, déjà décrit, lequel est mêlé à de nombreux petits caillots sanguins. Une seconde coupe, pratiquée de dehors en dedans, au centre de la plaque lisse, signalée à la partie antérieure et supérieure du lobe frontal, fait constater un noyau de la grosseur d'un marron, constitué par un tissu blanc laiteux très-résistant et infiltré de granulations calcaires. La substance corticale (très-altérée du reste) de la 2^e circonvolution frontale et la pie-mère, qui lui est intimement adhérente, forment une mince coque recouvrant un tissu pulpeux, mélangé de caillots sanguins.

Nous avons vu que la portion altérée du lobe frontal est limitée en bas par la 3^e circonvolution frontale, en haut par la 4^e circonvolution frontale, dans une partie seulement de son épaisseur: elle l'est en avant, par une coupe faite à 2 cent. du sommet du lobe, et en arrière par une coupe passant par les pieds des circonvolutions frontales; dans toute cette étendue la substance blanche et la substance grise sont complètement détruites ou altérées.

Cervelet et bulbe (450 gr.). — Le cervelet ne présente rien de particulier. Le plancher du 4^e ventricule présente des arborisations vasculaires anormales.

Rien dans *la moelle*.

Le cœur ne présente pas de lésion d'orifice; ses cavités sont remplies de caillots sanguins.

Quelques tubercules au sommet du poumon droit.

Autres viscères sains.

RÉFLEXIONS.

Cette observation est très-intéressante au point de vue des localisations cérébrales. Nous avons constaté en effet une absence de développement du pli courbe et du lobule du pli courbe du côté droit, alors que la malade n'a présenté, pendant la vie, aucun trouble dans les mouvements de l'œil du côté opposé; les pupilles étaient égales et la vue était bonne des deux côtés. Or, on sait que, pour Ferrier (1), le pli courbe serait le siège de la perception des impressions visuelles; selon cet auteur, l'excitation du pli courbe provoque des mouvements des yeux et de la pupille analogues à ceux que détermine une forte sensation visuelle; sa destruction entraîne une cécité temporaire dans l'œil du côté opposé. Ces idées ont été adoptées par M. Foville (2), qui croit pouvoir attribuer tous les troubles oculaires, que l'on remarque dans la paralysie générale (chute de la paupière supérieure, nystagmus, rotation conjuguée des globes oculaires, rétrécissement et dilatation de la pupille), à une lésion du pli courbe. D'un autre côté, MM. Charcot et Pitres (3), dans leur travail sur les localisations corticales, déclarent que le centre pour les mouvements des paupières

(1) Ferrier : *The functions of the brain*.

(2) *Annales médico-psychologiques*, janvier 1877, p. 47 et 48.

(3) In *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, juin 1877.

et des yeux est inconnu : ces auteurs ont en effet observé un cas de ramollissement du lobule pariétal inférieur et du pli courbe, sans avoir constaté aucun trouble dans le mouvement des yeux et des paupières.

Il est certain que l'on ne peut assimiler complètement une lésion destructive d'une région de l'écorce cérébrale à une absence congénitale de cette même région ; mais, il n'en est pas moins vrai que l'observation précédente démontre que le pli courbe n'est pas indispensable à l'intégrité de la vision et des mouvements de l'œil et de la paupière supérieure du côté opposé. Cette observation fait aussi naturellement penser à la question des suppléances cérébrales ; et, dans ce cas, peut-on dire que le pli courbe du côté gauche tenait sous sa dépendance les fonctions et les mouvements des deux yeux ? Nous ne le croyons pas, car ce dernier n'était pas plus développé qu'à l'état normal. Mais le lobule paracentral droit présentait, au contraire, un développement exagéré et l'on pourrait peut-être, à la rigueur, admettre que ce lobule suppléait aux fonctions du pli courbe et des deux tiers inférieurs de la circonvolution pariétale ascendante.

DE LA

RESPONSABILITÉ

AU SUJET DES ÉVASIONS

Par M. le Dr AUZOUY

Directeur-Médecin en chef de l'asile de Pau.

En cas d'évasion des aliénés, l'administration des asiles est-elle responsable des conséquences de ces évasions ?

Nous avons vu, il y a quelques années, un directeur-médecin d'asile public d'aliénés actionné devant les tribunaux en paiement d'une somme considérable de dommages-intérêts, parce qu'un aliéné évadé de l'établissement qu'il dirigeait avait incendié une grange contenant des bestiaux et du foin. Notre honoré collègue de St-Lizier (Ariège), fut heureusement relaxé de la plainte, sans dépens.

Aujourd'hui que l'article 75 de la Constitution de l'an 8 ne protège plus les fonctionnaires contre les actions en justice, même les plus inattendues, l'on ne saurait trop se prémunir, ni faire la part de la responsabilité qui doit incomber à chacun.

En 1876, un de nos pensionnaires de 1^{re} classe, comptant déjà plusieurs séjours à St-Luc, d'où il sortit nuitamment en franchissant le mur d'enceinte, nous demanda, devant le tribunal de Pau, trois mille francs d'indemnité, pour l'avoir gardé à l'asile alors que, selon lui, la guérison était obtenue,

et pour lui avoir, par cette prolongation de séjour, causé un préjudice. Le tribunal, après avoir examiné le dossier du plaignant, fit promptement justice de cette outrecuidante prétention, mais néanmoins, rejeta notre demande reconventionnelle d'une indemnité égale aux honoraires de notre avocat.

Des demandes formulées contre les médecins-directeurs d'asile, aux demandes adressées aux asiles eux-mêmes, la transition est facile.

Naguère, le département des Hautes-Pyrénées nous demandait non-seulement le remboursement des frais de transport de Tarbes à l'asile St-Luc, d'une aliénée à sa charge, évadée six mois et demi auparavant, mais encore le paiement de huit journées de séjour à l'hospice, justement réclamées par cette institution charitable.

Il n'est pas douteux que si le département des Hautes-Pyrénées avait continué de payer à l'asile St-Luc les frais d'entretien de Rose N..., l'évadée, notre établissement n'eût été tenu de solder les frais dont il s'agit ; mais cette malade a pu passer plus de six mois dans sa commune, sans qu'on songeât à nous la ramener, et ce n'est qu'après ce long délai, lorsque sa présence a de nouveau troublé l'ordre public, qu'on l'a d'abord placée à l'hospice de Tarbes, et ensuite reconduite à St-Luc. A ne considérer la question qu'au point de vue pécuniaire, il est de toute évidence que les conséquences de cette évasion ont été une économie relativement importante pour le département des Hautes-Pyrénées, chargé de l'entretien de l'aliénée Rose N..., qui par sa fugue l'a exonéré du paiement de 492 journées de présence.

Mais l'administration départementale des Hautes-Pyrénées n'envisageant pas ainsi la question, nous invita formellement à opérer le remboursement qu'elle se croyait en droit d'exiger. Malgré l'exiguïté du chiffre, comme il y avait là une question de principe à résoudre, nous avons cru de-

voir la soumettre à la Commission de surveillance de l'asile, qui, sur le rapport de son Président, M. d'Aleman, président à la Cour d'appel de Pau, a pris la délibération suivante :

« Considérant que l'administration de l'asile St-Luc ne décline pas les responsabilités qui lui incombent ;

» Qu'elle doit supporter les conséquences de toute faute lourde, de toute coupable négligence, mais qu'elle ne saurait être responsable des faits de force majeure, des incidents inévitables dans les conditions exceptionnelles où elle se trouve ;

» Que les mesures les plus soigneusement multipliées sont prises pour empêcher les évasions, que la plus minutieuse surveillance est prescrite, et toujours en action ;

» Mais que l'asile n'est pas une prison, les obstacles matériels ne pouvant y être opposés que dans une certaine mesure ;

» Que les pensionnaires des asiles sont, non pas des coupables, mais des infortunés auxquels, suivant les instructions le plus sagement humaines, il faut laisser, autant que possible, une liberté relative, soit au point de vue hygiénique, soit au point de vue des égards auxquels leur donne droit le malheur de leur situation ;

» Que dans ces conditions de séquestration, réglementairement, légitimement incomplète, malgré de scrupuleuses précautions, il doit nécessairement se produire quelques évasions regrettables mais non reprochables ;

» Que c'est sous le bénéfice de ces considérations et principes, ainsi posés, qu'il convient d'examiner la réclamation de M. le Préfet des Hautes-Pyrénées ;

» Considérant que la nommée Rose N... s'est évadée de l'asile de St-Luc le 3 octobre 1876, et qu'à partir de ce jour elle a cessé de figurer sur les registres de l'établissement comme pensionnaire à la charge du département des Hautes-Pyrénées ;

» Que dès lors, ce département en payant à l'hospice de Tarbes le montant de huit journées de séjour, soit 7 fr. 20 c., n'a à payer que l'équivalent de ce qu'il aurait dû payer à l'asile St-Luc ; qu'il ne peut être affranchi de toute charge ; qu'il doit, ou à l'asile de Pau, ou à l'hospice de Tarbes, et que par suite il ne saurait faire payer à l'asile de Pau sans une équitable compensation, — que l'asile ne réclamant rien, cette compensation s'opère naturellement.

» Pour ce qui concerne la somme de 20 fr., représentant les frais de transport de Rose N... :

» Considérant qu'aussitôt qu'une évasion a lieu, l'administration de St-Luc se met en frais de recherches, écrit, envoie, s'il y a lieu, ses agents pour ressaisir l'évadé, et n'élève aucune réclamation pour rentrer dans les débours que ces recherches ont pu occasionner ;

» Que des recherches ont eu lieu pour ressaisir Rose N..., mais que cette aliénée s'est réfugiée dans sa famille à Réjaumont, qu'elle y a résidé plusieurs mois depuis qu'elle a quitté l'asile, et ce n'est qu'après un long espace de temps, qu'un ordre nouveau du Préfet des Hautes-Pyrénées a motivé une entrée nouvelle de Rose N... à St-Luc ;

» Que dans ces conditions il paraît juste que les frais de transport réclamés soient supportés par le département des Hautes-Pyrénées ;

» Par ces motifs la Commission est d'avis, sinon au point de vue de l'importance de la somme dont il s'agit, mais au point de vue des principes, que cette somme doit rester à la charge du département des Hautes-Pyrénées. »

En présence de considérants si nettement formulés, l'administration départementale des Hautes-Pyrénées n'a pas persisté dans sa réclamation.

A ce propos, nous avons dû nous demander ce que l'on doit entendre par *réintégration* d'un aliéné évadé. Plusieurs fois nous avons reçu, quelques semaines après une évasion exécutée avec succès, la visite de nos ex-malades

venant réclamer leurs effets vestiaires, et rapportant, en échange, ceux qu'ils avaient emportés de l'établissement. Ils présentaient alors une apparence de raison qui nous eût fait considérer comme une atteinte à la liberté individuelle, leur retenue à l'asile, et leur remplacement dans les conditions auxquelles ils s'étaient irrégulièrement soustraits.

Dans le mois qui suit l'évasion (et naguère nous limitions à quinze jours cette latitude), nous pensons être en droit de faire rechercher et réintégrer par nos agents les aliénés enfuis, à moins que nous ne constatons médicalement que la guérison est survenue. En pareil cas, nous nous empressons d'adresser à l'autorité préfectorale un certificat de situation mentale, et de l'aviser de la rentrée du malade à l'asile.

Mais lorsque plus d'un mois s'est écoulé depuis la sortie, subreptice ou non, il nous semble que les évadés n'appartiennent plus à l'établissement, et que l'arrêté de placement les concernant a cessé de leur être applicable. — En effet, l'article 12 de la loi du 30 juin 1838 prescrit la consignation *mensuelle* sur le registre matricule des changements survenus dans l'état mental de chaque malade; or tout aliéné absent depuis plus d'un mois, n'étant plus susceptible de se voir appliquer cette prescription légale, ne fait plus partie de la population de l'asile, et par la durée même de son absence, il peut être présumé guéri de la crise de folie qui avait motivé sa séquestration.

En conséquence, passé le délai d'un mois, nous nous ferions scrupule de contraindre un évadé de reprendre sa séquestration, ne regardant comme réintégrés que ceux qui rentrent dans le mois de la sortie. Passé ce délai, nous estimons qu'une nouvelle décision préfectorale est nécessaire, à cause des changements qui ont pu se manifester dans l'état mental du sujet. La loi de 1838, sagement protectrice de la liberté individuelle, quoi qu'on en ait dit, en prescrivant le certificat immédiat, suivi du certificat de

358 DE LA RESPONSABILITÉ AU SUJET DES ÉVASIONS.

quinzaine, suivi en outre, des notes mensuelles au registre matricule, et des états de maintenance semestriels, a voulu une constatation *fréquente* et ininterrompue de l'état mental des aliénés en traitement.

Lorsque cette constatation s'interrompt, même par un motif irrégulier, il ne peut y être suppléé par une interprétation trop large du texte légal. Le doute d'ailleurs devant profiter à la liberté individuelle, nous demeurons convaincu que la réintégration, dans l'acception vraie de ce mot, n'est praticable que dans le délai d'un mois ci-dessus indiqué, et que, passé cette limite, si la rentrée du malade est devenue nécessaire, elle doit être considérée comme un placement nouveau, et émaner d'une décision nouvelle de l'autorité compétente.

Enfin, en ce qui touche la responsabilité encourue par l'administration des asiles, au sujet des évasions, elle disparaît entièrement lorsque les précautions habituelles ont été prises, et qu'il n'y a pas de faute lourde commise. Une maison de santé, où il n'y a point de *détenus*, mais seulement des *retenus* temporaires, où l'on s'efforce d'accorder aux malades une liberté surveillée, ne peut offrir, relativement à la possibilité des évasions, les sécurités que présentent les maisons de détention. Avec une surveillance active, et une application rigoureuse du règlement, on parviendra à les rendre rares, mais non à les empêcher complètement.

Médecine légale

RAPPORT MÉDICO - LÉGAL

SUR

LE NOMMÉ S... BARTHÉLEMY

INCUPLÉ DE PARRICIDE

MÉLANCOLIE IMPULSIVE ; ORDONNANCE DE NON-LIEU

Par M. le Dr HOSPITAL

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

Nous soussignés, docteurs en médecine, domiciliés à Clermont-Ferrand : Fleury, directeur de l'école préparatoire de médecine ; Maury, médecin-expert au parquet, et Hospital, médecin de l'asile d'aliénés de cette ville ; sur le réquisitoire de M. le juge d'instruction, en date du 11 avril 1877, nous sommes transportés à plusieurs reprises, soit isolément soit collectivement, à la prison d'abord, puis à l'asile d'aliénés de Sainte-Marie, à l'effet d'examiner juridiquement le nommé Barthélemy S..., âgé de dix-neuf ans, natif du Cantal, inculpé de parricide sur la personne de son grand-père, afin de vérifier s'il est atteint d'aliénation mentale ; s'il était aliéné au moment du crime et si l'acte criminel qu'il a commis doit être imputé en tout ou en partie à l'existence de cette maladie ; enfin quel est le degré de responsabilité qui incombe à l'inculpé ; examen dont nous avons dressé le présent rapport.

I. — EXPOSÉ DES FAITS.

A. *Coup d'œil d'ensemble.* — La famille S... habite la campagne, dans un petit village appelé Bouis, près de Mauriac ; elle paraît appartenir à la classe artisanne aisée. De ses différents membres, les uns sont sédentaires et cultivent le sol, les autres sont nomades et vendent des parapluies ; elle se compose de la mère, d'une fille mariée, de trois fils, du père et du grand-père, qui habite une maison voisine. Le père est renfermé depuis dix ans comme aliéné dans l'asile d'Aurillac ; il y est tranquille, paraît être dans la démence consécutive à l'ébriété ; sa maladie commença par des accès de fureur, pendant lesquels il menaçait de mort les différents membres de sa famille, *et en particulier son propre père.* Le grand-père paternel (la victime) était ivrogne, avare et violent jusqu'à la férocité ; un jour il pend une chèvre qu'il surprend dans son pré ; il passait pour un méchant homme. Le fils aîné, d'après un renseignement particulier, serait buveur. — Enfin le fils le plus jeune, Barthélemy, dont nous allons nous occuper.

B. *Examen des faits.* — Malgré des éléments si disparates, la famille vivait en bonne intelligence ; on allait souvent voir le grand-père, et à part une parcimonie exagérée, qu'on lui reprochait tout bas, aucune discussion n'avait lieu ; il aimait ses petits-enfants qui paraissaient le lui rendre. — Le 7 février dernier, entre 4 et 5 heures du soir, une femme qui venait journellement porter du lait chez le vieux S..., entra dans la cuisine, et trouva celui-ci étendu à terre, sur le dos, les pieds près du foyer, la tête presque cachée sous le banc, le chapeau placé près du foyer. Plusieurs personnes ayant été appelées, on constata que le vieux S... était mort, depuis fort peu de temps, qu'il avait la tête fracassée par un instrument contondant et tranchant ; une mare de sang entourait le cadavre ; au cou une plaie énorme l'avait presque entièrement divisé. L'assassin avait dû évidemment

s'y prendre à plusieurs fois, et telle avait été la férocité du meurtrier, que du sang et de la matière cérébrale avaient jailli de tous côtés. En cherchant, on trouva cachée profondément sous le lit, une hache, instrument du crime ; elle était, en effet, couverte de sang et de matière cérébrale, frais ; cette hache se plaçait ordinairement sur une armoire ostensiblement. Le premier coup avait porté sur le chapeau qui présentait une section et avait volé à terre : ainsi le crime était récent. Quel en avait été le mobile ? Quel en était l'auteur ?

La justice, qui s'était transportée sur les lieux, constata dans l'armoire la disparition d'une somme d'argent ; on n'avait pu ouvrir cette armoire qu'à l'aide de la clé que le vieux S... portait habituellement sur lui, qu'on retrouva dans une des poches latérales ; l'assassin avait dû prendre cette clé, s'en servir, puis la remettre en place. Rien que cela indiquait déjà à la justice que le crime avait pu être commis par quelqu'un de familier à la maison et en connaissant les êtres. Les doutes se portèrent d'une manière presque unanime sur Barthélemy S..., petit-fils du défunt ; en effet il passait dans le pays pour n'avoir pas tout son bon sens, et d'autres charges vinrent bientôt s'amasser contre lui. Le lendemain S... venait lui-même se constituer prisonnier, à Mauriac, avouait son crime, son larcin de 400 et quelques francs, et entra dans les plus grands détails. Un crime si odieux commis par un jeune homme, faible d'esprit, et jusqu'alors inoffensif, crime si instantané, si sauvage, pour si peu de profit, et en quelque sorte si mal agencé, fit penser que S... pouvait peut-être bien tenir de ses ascendants et n'avoir pas l'intelligence bien nette ; aussi fut-il résolu de le soumettre à l'expertise médicale ; c'est ce que nous avons fait, mais voyons d'abord les antécédents de l'inculpé.

II.— HISTOIRE DE BARTHÉLEMY S...

S... le plus jeune des fils, paraît avoir été l'objet de pré-

dilection ; sa santé physique n'a jamais été mauvaise ; il n'a pas eu ni fièvres ni convulsions, et son corps s'est bien développé, il n'en aurait pas été tout à fait de même de l'intelligence, celle-ci aurait présenté depuis longtemps certaines déficiences, se manifestant soit par peu d'aptitude à apprendre, soit par son caractère peu communicatif, enfin par une certaine inertie qu'on voit apparaître chez lui fréquemment. Mis en classe chez les frères, il ne s'y fait remarquer que par ses allures misanthropiques ; il n'est ni bon ni trop mauvais élève ; il se mêle peu aux jeux de ses camarades, dont il supporte les boutades avec mansuétude ; tous le regardent comme doué d'un bon caractère, il va même jusqu'à supporter des horions, sans songer à les rendre. Sorti de classe, on veut lui donner un état, il paraît n'avoir ni goût, ni aptitude pour aucun d'eux ; toute son existence est remplie d'indécisions et d'irrésolutions ; il est apathique avant tout. On essaie de lui faire adopter différents métiers ; conduit chez un chaudronnier, celui-ci l'interroge et déclare ensuite qu'il ne peut le prendre en apprentissage ; son beau-frère nous apprend qu'il était en ce moment doux, taciturne, peu intelligent. On l'envoie alors en Alsace, à Colmar, chez un oncle pour apprendre la fabrication des parapluies. Mais celui-ci est désappointé en trouvant dans son neveu un être sans volonté, ni gaieté, misanthrope au point de ne vouloir que travailler seul, loin des autres ouvriers ; ni la sévérité ni la mansuétude ne peuvent modifier S... ; après quelques mois d'apprentissage on le renvoie dans son pays comme incapable. Il revient donc chez lui en octobre 1876 ; l'impression générale qu'il produit est la suivante : on le trouve tout changé, il est taciturne, sauvage et paresseux ; interrogé par ses proches sur cette mélancolie si peu en rapport avec l'exubérance de son âge, il répond : « je m'ennuie... mon caractère ne » peut vivre avec personne, » et autres propos qui décèlent chez lui un grand découragement. Quinze jours après ce

retour il *essaie de s'empoisonner*. En effet, le 11 décembre il se rend à Aurillac, chez la femme Braise aubergiste, y soupe puis va se coucher ; le lendemain l'aubergiste ne voyant pas descendre S..., se rend dans sa chambre, et est frappé par une forte odeur de benzine ; S... avoue qu'il vient d'en boire une certaine quantité pour se faire mourir, prétendant qu'il « *était un être inutile* ». Il demande un prêtre, puis envoie un télégramme à sa famille : le prêtre le trouve fort agité, répétant sans cesse : « *Dieu me pardonnera-t-il ?* » Il *n'écoutait pas ce qu'on lui disait et pourtant il ne voulait pas laisser partir le prêtre*. Son beau-frère, arrivé sur ces entrefaites, dit que, quelques jours avant, S... avait déjà fait une tentative semblable. Il dit à ceux qui lui reprochent cette première tentative : « *J'ai pris de la saloperie pour laisser mon bien à mes héritiers, tant vaut mourir aujourd'hui qu'un autre jour.* » Pendant les huit jours suivants il se promène, lit, mais ne travaille pas. Cependant un docteur est appelé après la seconde tentative. Il le trouve dans un *état d'hébétude prononcée* : selles et vomissements benzinés. S... lui avoue *qu'il n'a aucun motif sérieux d'en avoir agi ainsi*. On lui apprend que le malade était devenu *misanthrope* et qu'il se croyait *à charge à tout le monde*. Ce docteur ne fit aucune difficulté à voir dans S... un malade atteint de *monomanie suicide*. Ramené au Bouis, on le surprend grattant le vert-de-gris d'une vieille casserole, pour faire une troisième tentative de suicide. Interrompu par sa sœur, il sort pour la première fois de sa tranquillité, et lui ordonne de sortir avec menaces. C'est vers cette époque qu'un certificat médical fut délivré à la famille, certificat dans lequel il est dit que *S... est positivement aliéné*. Mais avant d'aller plus loin, disons que nous venons de recevoir des dépositions de ses parents de Colmar ; ces dépositions se résument à ceci : tous ont remarqué chez S... une *misanthropie étrange*, un *besoin d'être seul*, un *dégoût prononcé pour les plaisirs de son âge*, une *conduite irréprochable au point de vue des*

mœurs, une grande sobriété, enfin peu d'intelligence, surtout aucun goût pour son nouvel état, qu'il n'apprend qu'incomplètement et à grand'peine : *ainsi même à cette époque, les modifications pathologiques se montraient en lui.*

Revenu au Bouis, tout le monde remarque ces changements de caractère signalés plus haut ; c'est à cette époque qu'il se plaint de *maux de tête fréquents*. Après ses trois tentatives de suicide, on le voit de plus en plus hésitant sur ce qu'il fera ; il semble qu'il ne peut tenir en place ; il fait à chaque instant de petits voyages dans les environs, va voir des personnes qu'il connaît peu ; c'est ainsi que le 5 février il se rend chez un sieur Barrier, dont il *connaît à peine le fils* ; il s'y conduit cependant assez convenablement *et y couche*. Il se décide à entrer dans les postes, et va, dans cette intention trouver le buraliste. Cet employé le reçoit avec bonté, l'interroge, lui pose un problème que S... ne peut résoudre, et jugeant qu'il n'est pas de force à être reçu immédiatement dans l'administration, l'engage à se procurer un programme et à étudier pendant quelque temps. S... prend alors le parti de rentrer de nouveau à l'école des frères, à Mauriac ; ceux-ci le reçoivent en l'encourageant. Dans leurs dépositions, ils disent plus tard que leur élève leur avait paru concentré et peu intelligent, qu'ils craignaient encore un échec dans ce projet de postes : ils déposent que son caractère était doux, timide et qu'il supportait très-bien les plaisanteries de ses camarades, *sans jamais montrer d'irritabilité*. S... prend donc une chambre en ville, y porte sa malle et suit les cours pendant peu de jours, puis il disparaît. Nous allons le retrouver tout à l'heure.

Le dimanche 4 février, ayant quitté définitivement les frères, il se rend à Jaleirac ; on ne le voit nulle part le lundi, et mardi à 8 heures du soir, il rentre au Bouis, en disant : « Voilà le voyageur » ; il ajoute qu'il vient de Bord et paraît très-tranquille. Le lendemain, 7, jour du crime,

il se lève, va à la cuisine, il déjeune *seul et paraît absorbé*. A deux heures il dîne avec tout le monde, puis va voir peigner le chanvre; parmi les peigneuses, il remarque la présence de la domestique de son grand-père, et lui adresse la parole; puis il annonce qu'il va aller chez la Gandillonne pour lui donner des nouvelles de parents qu'il aurait vus en Alsace. — Il part, on ne le revoit plus, le soir le crime était consommé.

S... vient le lendemain à la gendarmerie se constituer prisonnier. Interrogé le 9 février, il s'avoue l'auteur du parricide, et raconte toutes les péripéties du drame, avec de minutieux détails. L'idée de tuer son grand-père *lui serait venue tout d'un coup sans qu'il ait pu trouver un mobile quelconque* à ce projet : ce n'est *ni une voix, ni une sensation de plaisir* à verser le sang; c'est *une idée fixe, s'enracinant immédiatement*, et contre laquelle il *n'a pas cherché à réagir*. Ni les difficultés de l'accomplissement, ni l'horreur du forfait, ni le désespoir de sa famille, ni la terrible peine de la loi, ni les difficultés de la soustraction, rien ne l'a fait réfléchir; il a adopté de suite cette idée obsédante; il y a pensé trois ou quatre jours avant le 7, a hésité entre quelques autres personnes et son grand-père, a choisi celui-ci, la vue de la servante occupée chez lui le décide définitivement.

Il se rend alors à Laviolle chez son grand-père : deux témoins le voient passer dans une coursière : il ne paraît pas vouloir se dissimuler, il marche d'un pas ferme, entre par le derrière de la maison dans la cuisine, y trouve son grand-père assis près de la cheminée; après quelques mots adressés, il voit sur le meuble, la hache placée assez ostensiblement, il va la prendre, frappe alors le malheureux aïeul avec la tête de l'instrument; ni les cris ni les supplications de sa victime ne peuvent l'attendrir, il frappe toujours, il remet la hache en place et va la reprendre *jusqu'à trois fois*, s'apercevant que le vieillard respire encore; la

dernière fois, il emploie le tranchant et fait au cou une entaille énorme, d'où s'échappe un flot de sang. C'est alors, dit-il, que l'idée de voler lui serait venue. Il se rappelle que le 20 décembre son grand-père l'avait prié de compter l'argent contenu dans l'armoire, et qu'il s'y était trouvé plus de 3, 000 fr. en valeurs diverses; il avait évidemment remarqué dans quelle poche la clé se trouvait; il n'avait pu oublier, non plus, que son beau-frère était présent pendant ces comptes; quoi qu'il en soit, il prend la clé, s'empare de 400 et quelques francs en billets de banque, remet la clé dans la poche, se lave les mains et disparaît.

S... donne tous ces détails sans forfanterie, avec indifférence; *il n'est nullement ému* en retraçant les scènes tragiques dont il a été l'auteur. Il se rend à Mauriac, se débarrasse de la présence gênante de son jeune frère: il est tranquille, il se rend dans sa chambre; mais là il constate qu'il a oublié, au Bouis, la clé de sa malle, et qu'il ne peut changer de vêtements. Il va à l'auberge, soupe deux fois, prend café et petit verre, achète une canne et un parapluie, paie quelques petites dettes criardes, des sommes insignifiantes, et change pour cela *un billet de 100 fr.* Partout où il va *il est connu, et n'hésite pas à donner son nom et celui de son village.*

C'est ainsi que le 6 février, veille du crime, il va dîner à l'auberge de la femme Aruelle et y fait de telles excentricités, dansant, se regardant dans un petit miroir, etc., que cette femme qui le connaît bien, se dit: « il va devenir fou comme son père. » C'est ce même 6 au soir qu'on le voit se promener avec une miche sous le bras: l'appétit n'a jamais été modifié chez lui dans toutes ces péripéties.

Dans la journée on l'avait surpris sur la route riant et plaisantant avec un ivrogne. — Mais revenons au soir du 7; à dix heures, il va chez un autre aubergiste, et entendant les sons d'une musette, il s'informe s'il ne pourrait *pas aller danser!* Il prend encore là un petit verre. Deux

heures avant, dans une autre auberge, il avait fait pareille demande ! Enfin à onze heures du soir, il se présente dans une troisième auberge, y mange, paraît gris, y couche, et pendant la nuit, a une indigestion : là encore il *donne son nom et sa demeure*.

S... a affirmé depuis qu'il n'avait *commis le crime* que pour se faire guillotiner, voyant échouer toutes ses tentatives de suicide. Nous reviendrons sur ce sujet un peu plus loin ; pour le moment nous ne devons pas sortir de l'histoire. Il est certain que S... a eu pour premier mouvement non de se livrer, mais bien de se soustraire ; l'instinct de la conservation était d'ailleurs de nature à modifier son projet initial, c'est alors que nous le voyons dans cette même soirée du 7 prendre des précautions de fuite ; il va chez une loueuse de voitures et en veut une pour partir de suite : il paraît contrarié quand on lui dit qu'on ne pourra lui en fournir une que le lendemain matin ; il est forcé d'en passer par là. Le lendemain il arrive avant l'heure indiquée, il exige une voiture à capote ; enfin, il va partir quand la nouvelle de l'assassinat de son grand-père est apportée. S..., qui là aussi est connu de la loueuse, apprend cette nouvelle de sa bouche ; il paraît embarrassé, contrarié, plutôt que foudroyé par une telle annonce ; il se gratte l'oreille d'un air penaud et ajoute : « Vous m'étonnez, Madame ». Il comprend qu'il ne peut songer à partir dans une telle conjoncture et quitte Mauriac, erre dans la campagne, va se cacher à la vue des gendarmes qui le cherchent, dans une meule de blé, en sort le soir, et lassé d'une existence qui ne peut durer ainsi indéfiniment, il va se constituer prisonnier.

Nous avons vu plus haut le résultat de son premier interrogatoire, voyons les suivants : à l'interrogatoire du 4^{er} mars, il commence par répondre sensément ; puis il devient distrait, dit qu'il pense à une histoire fort jolie qu'il a lue ce matin et finit par ne plus rien dire, malgré les instances. Le 3 mars, S... se montre beaucoup plus

concentré, il a l'air de réfléchir, et ce n'est que pressé de questions qu'il s'écrie : « Que me voulez-vous donc?... Fou- »
 » tez-moi à la porte; donnez-moi la liberté... Je ne suis »
 » pas de Bouis, je suis de Colmar... Je fais de l'histoire na- »
 » turelle... Je ne m'appelle pas S..., mais Barthélemy. ». Pendant la lecture de l'interrogatoire, il fixe le plafond, il paraît des plus indifférents, et n'ouvre encore la bouche, que pour demander des livres d'histoire naturelle qui sont tantôt à Colmar, tantôt à Bouis. — Autre interrogatoire le 6 mars : il est distrait, hésitant et enfin extravagant ; il avoue d'abord son crime et manifeste du repentir ; puis dit qu'il ne se souvient de rien : « Je ne me souviens de rien, quoique j'aie la tête solide. » Enfin, il fixe la croisée et reste sans répondre. Un moment après, il reprend la parole : « Je souffre de la tête... je m'embête de me trouver là, je voudrais m'en aller ; si vous me mettiez dehors j'irais voir le pays en Afrique. » Enfin il demande à changer de linge...

Voyons maintenant la conduite de S... en prison. Un détenu qui couche à côté de lui dépose ainsi : il a remarqué plusieurs fois que S... s'assied pendant la nuit sur son lit ; tantôt il se prend la tête entre les mains, tantôt il gesticule, en regardant distraitement à droite et à gauche. Un autre détenu a pu attirer la confiance de S..., celui-ci lui a confié son crime, il lui dit, que le matin du 7 février, en voyant chez lui la servante de son grand-père, l'idée de le tuer lui était venue : « Il n'a pas été, dit-il question d'argent » entre nous ; ce n'est qu'après avoir tué mon grand-père » que l'idée m'est venue, n'ayant pas d'argent, de m'en » procurer, car je savais que mon grand-père en avait. »

On lui dit : C'est aujourd'hui qu'on enterre ton grand-père, il répond d'un air indifférent : « Je pense que c'est pour aujourd'hui. » Inquiet de voir des médecins assister à son interrogatoire, il s'enquiert auprès de son confident s'il y en avait à ses interrogatoires à lui. « *Je crois qu'on veut me*

faire passer pour fou, mais je ne le suis pas.» Huit jours après, il manifeste quelques regrets, assez secs, à l'endroit de son grand-père, *mais se préoccupe peu des conséquences*, et croit n'en avoir *que pour huit mois* ; après quoi, il retournera en Alsace ! Il siffle le matin, en se levant, et ne parle jamais de sa famille, dont il s'inquiète peu. Depuis la visite des médecins il paraît être devenu plus sombre et plus réservé. Ces visites médicales l'importunent au dernier point. — M. le gardien chef dépose que S... est doux, docile, reste seul, et s'amuse *parfois comme un enfant*. Sur ces entrefaites, il écrit une lettre à sa famille ; cette lettre est curieuse, et pour ainsi dire typique. — 21 février, il regrette *légèrement* ce qu'il a fait, insiste sur les *provisions de bouche*, qu'il veut qu'on lui apporte ; il appelle son crime « *une mauvaise affaire* à laquelle il est trop tard pour remédier. » On le voit, lettre pauvre, sèche, où prédomine l'égoïsme, et d'où sont absents le sens moral et l'affectuosité ; pas la *moindre idée de responsabilité* et de *gravité* ; on dirait qu'il ne s'agit que d'une contravention.

Devant un assemblage si bizarre de symptômes de folie et d'indices d'un certain raisonnement, on pensa qu'un examen médical était nécessaire ; deux médecins furent commis pour examiner S... Ces experts n'eurent pas le temps suffisant d'observer l'inculpé, et leurs conclusions, après un rapport cependant très-étudié, ne furent pas de nature à fixer les convictions. Le parquet ordonna donc le transport de S... à la prison de Clermont-Ferrand, afin d'être de nouveau soumis à une expertise médicale ; S... fut donc observé par nous à partir du 17 avril, jusqu'au moment présent.

Voyons donc maintenant le résultat de nos observations.

III. — EXAMEN DIRECT DE L'INculpÉ.

A — *Portrait physique et psychique de S...* — S... a dix-neuf ans, il est de taille ordinaire, bien portant, bien fait et

fortement musclé. La tête est petite, aplatie à la région occipitale, les tempes sont obliques en avant, et le front est d'autant plus petit qu'il est encore diminué par l'empiétement de la chevelure ; les yeux sont petits, *la barbe manque absolument*, pas le moindre duvet ; la peau est fine comme celle des femmes ; la physionomie est enfantine, comme celle d'un enfant de quatorze ans à peu près, assez fine pourtant et très-mobile ; c'est le faciès d'un maniaque plutôt que d'un idiot ou même d'un imbécile. La voix est masculine.

B — S... en prison.— Il est misanthrope sans mélancolie proprement dite, c'est-à-dire sans tristesse ; il ne parle à personne, se promène toute la journée et s'arrête fréquemment pour regarder obliquement et fixement ; en même temps il marmotte et gesticule comme quelqu'un auquel une pensée irritante viendrait arracher des signes d'impatience. Rien ne paraît l'intéresser ; il obéit machinalement, sans faire aucune observation, et mange avec beaucoup d'appétit. Enfin ses allures sont saccadées, imprévues et sauvages. Son timbre de voix et les termes dont il se sert sont rudes et maussades ; il ne salue pas, prise souvent ; assis pour être interrogé, il ne tient pas en place ; est toujours à remuer, change son chapeau de position, crachote à chaque instant, et paraît ne reconnaître personne. Son mutisme n'est pas complet, il comprend la plupart des questions, et parfois un éclair d'attention se manifeste ; puis il hésite et répond par des phrases n'ayant aucun rapport avec ce qu'on lui demande ; souvent ses réponses sont faites à voix presque basse, et accompagnées de gestes d'impatience. Poussé de questions, ou il répond de travers, ou il s'enferme dans le silence. Il feint l'oubli complet des circonstances qui sont de nature à sortir les dernières de la mémoire d'un aliéné ; ainsi il oublie son nom, le nom de son pays ; il nie le meurtre, dit que son grand-père vit, et qu'il laboure à Laviolle. Tous les discours tendant à lui faire comprendre l'énormité de son

crime, à *faire vibrer sa sensibilité*, le laissent dans une *indifférence absolue* : pas une *fibres de son visage ne remue* ; à peine obtient-on parfois un *rire fugitif*, qui dénote qu'il n'est pas du tout à ce qu'on lui dit. Souvent même, un *marmottage bas* se décèle en lui par l'*agitation des lèvres*, pendant qu'on l'entretient de ses intérêts les plus graves. Toutes les sollicitations n'ont d'autres résultats que de l'ennuyer ; à chaque instant il interrompt son interlocuteur par des mouvements d'impatience accompagnés de ces mots : « Je veux m'en aller, f... — Je veux aller à la foire, f... — Je veux m'en aller d'ici, f... » — Tout cela est dit en crachant ; parfois il ajoute en montrant ses codétenus : « Ce sont des ânes, je veux aller les vendre à la foire... ; » ou bien : « Je n'ai pas d'argent, f... ! » Il affecte de ne pas savoir dans quel lieu il est, ne s'informe de rien ; ou il dit que la maison est à lui.

Fréquemment il se lève pendant la nuit, va frapper à la porte du dortoir, cherche à ouvrir, et demande à haute voix sa sortie. — Interrogé sur le *sexæ* et sur les *habitudes*, ces deux questions le laissent tellement indifférent qu'il les comprend à peine et prouvent que, *jusque-là, elles lui ont été étrangères*. Cherchant à réveiller chez lui tout au moins les appréhensions à défaut de sens moral, nous affectons de nous entretenir, entre nous, en aparté, mais de manière à ce qu'il entende, de son avenir ; les mots de bague, de séquestration à vie, d'échafaud, n'obtiennent que la plus grande indifférence, on dirait qu'il n'est pas question de lui. Si on veut le faire lire, il ne s'y refuse pas, mais n'y parvient qu'avec assez de peine ; si on veut le faire écrire, il examine le papier, la plume avec beaucoup de minutie, *ouvre les yeux démesurément*, fait différents gestes qui dénotent qu'il se passe quelque chose en lui, enfin n'écrit qu'après mainte hésitation ; les lettres sont bien formées, mais le sens y manque. Nous avons une lettre de lui qui dénote la plus grande incohérence ; plusieurs sujets y sont successivement entrepris et se suivent sans la moindre liaison entre eux. Si on lui dit

qu'il va sortir, il suit jusqu'à la porte, puis se laisse conduire dans le préau, sans résistance.

Le 20 mai, S... paraît extraordinaire ; ses yeux sont hagards, sa face pâle, sa physionomie changée ; il entend à peine et ne répond pas ; il continue à murmurer des fragments de phrases, à voix basse ; toute son *attitude est bizarre, insolite* ; il penche le corps, tourne la tête de côté, écoute sans bouger, puis fait quelques pas ; *tout est chez lui saccadé, hésitant*. Même état les jours suivants ; il voit des Prussiens en apercevant quelques militaires dans un préau éloigné et me les fait voir ; c'est là évidemment une réminiscence de son séjour en Alsace. *L'insomnie* reparaît, il se lève, donne des coups de pied à la porte, ou reste longtemps assis sur son lit.

Devant un ensemble de symptômes si bizarres et si disparates dont les uns pouvaient être regardés sûrement comme des indices de folie, et les autres comme douteux, nous demandâmes le transfèrement de S... à l'asile d'aliénés, mesure que nos confrères en médecine psychique prennent toujours en pareil cas ; en effet, dans l'asile, nous étions en droit d'espérer une surveillance plus expérimentée, plus continue, et plus désintéressée ; un gardien nous avait prévenu que dans ce cas, il ne fallait guère compter sur la bonne foi des prisonniers, ni sur leur attention pour avoir des renseignements sérieux. S... fut transféré à l'asile Sainte-Marie le 23 mai.

C — S... à l'asile d'aliénés. — On dit à S... qu'on va le conduire au chemin de fer pour le reconduire chez lui ; il manifeste son contentement, se préoccupe peu de la vue de deux gendarmes qu'il appelle des étrangers et qui s'offrent à l'accompagner à la gare ; ils s'en vont tous trois et ne tardent pas à pénétrer dans l'asile. Nous étions présent. Introduit dans la salle des agités, *il n'est pas le moins du monde émotionné ; la présentation d'aliénés des plus excentriques le laisse froid ; il va même, sur notre invitation, donner*

la main à l'un d'eux, qui par ses déportements peut paraître redoutable ; il se promène ensuite, seul, avec la même indifférence qu'à la prison, et a l'air de ne pas nous reconnaître ; il ne demande pas où il est : il est docile.

Le lendemain, 25, tout à coup, sans préambule, nous faisons saisir S..., le déshabiller et le mettre aussitôt sous une vigoureuse douche en pluie ; en même temps, nous l'engageons à parler, et nous l'avertissons que la douche lui sera administrée journellement jusqu'à ce qu'il soit plus communicatif. Ces moyens ont du succès : le même soir il confie à un des gardiens qui a su gagner sa confiance qu'il n'a pas oublié son crime, qu'il l'avait prémédité, qu'il savait où était la hache, qu'il s'en repentait, mais *qu'en définitive, le vieux avait bien assez vécu* ; qu'il n'avait pas de dettes, qu'il n'avait nullement réfléchi aux conséquences, qu'il ne savait ce qu'il faisait ; qu'il n'a entendu aucune voix, ni quoi que ce soit qui l'ait poussé à un tel crime ; qu'il a pris le parti de faire le fou, sur les conseils de deux prisonniers, l'un dans la prison de Mauriac, l'autre dans celle de Clermont, qui lui ont recommandé de ne parler que le moins possible, et de faire semblant de ne pas se souvenir, et que, par ce moyen, on le ferait sortir au bout de deux mois ; mais qu'il voyait bien qu'il était dans une maison de santé ; S... me répéta tout cela le lendemain, mais malheureusement d'un air presque gai et insouciant ; depuis, il a demandé du travail ; on l'occupe et observe ; quand il est seul, on le voit encore souvent s'arrêter, regarder en l'air, marmotter et gesticuler ; il devient plus familier ; menacé d'une douche, il me répond : « C'est inutile puisque j'ai tout dit. » — « Cependant il y a certains faits sur lesquels vous êtes encore hésitant ? » — « — C'est que ma mémoire peut n'être pas encore bien fidèle ; mais j'y réfléchis chaque jour, et si je me souviens de quelque chose, je vous le communiquerai. » — Depuis qu'il est dans l'asile, il n'a pas bougé : il est docile, assez indifférent, exécute ce qu'on veut lui faire faire, ne demande

aucun renseignement sur son avenir ; une lettre affectueuse de sa famille le laisse froid ; rien ne peut réveiller chez lui les facultés affectives. Invité à répondre par lettre, il s'y refuse, me disant qu'après *la mauvaise affaire* qu'il a faite, ses parents ne s'intéressent pas à lui.

Nous avons examiné fréquemment depuis S...; mais nous ne pouvons reproduire *in extenso* le résultat de tous ses interrogatoires; nous allons seulement reproduire ici, comme spécimen, les points les plus saillants :

D. Maintenant que vous êtes décidé à parler, vous avouez que vous avez commis le crime qui vous est reproché, et que vous vous en souvenez ?

R. Oui, c'est une idée qui m'est venue comme ça, trois ou quatre jours à l'avance; la vue de la domestique qui était chez moi, et le souvenir de la hache qui était placée à portée de la main, m'ont décidé; j'y avais pensé trois ou quatre jours avant; je nie que la pensée de l'argent m'ait poussé; cette idée me revenait toujours, et je n'ai rien fait pour la repousser ni je n'ai nullement songé aux conséquences que ça pouvait avoir.

D. Quel était alors votre but ?

R. Voyant que je ne pouvais me détruire, après n'avoir réussi à rien, j'ai pensé qu'en tuant mon grand-père on me guillotinerait.

D. Pourquoi avez-vous pris alors de l'argent, et vous êtes-vous caché ?

R. Quand mon grand-père a été mort, je me suis rappelé qu'il y avait de l'argent dans l'armoire, puisque je l'y avais compté quelque temps avant, et me suis dit : prenons-en toujours un peu; puis je me suis sauvé, pensant que j'avais le temps de me dénoncer.

D. Dans vos nuits, vous n'avez pas revu quelquefois en rêve cette affreuse scène de carnage et de sang, où le malheureux vieillard implorait votre pitié ?

R. (Tranquillement): Non, jamais.

D. Pourquoi avez-vous fait le fou ?

R. Deux prisonniers, un dans chaque prison, m'ont dit que par ce moyen je sortirais dans deux mois.

D. Regrettez-vous ce que vous avez fait ?

R. (D'un ton que prendrait un jeune homme qui regrette une incartade, et sans la moindre larme.) — Je le regrette ; si j'étais à recommencer, je ne ferais pas une mauvaise affaire comme cela.

D. Vous n'avez pas pensé au désespoir et au déshonneur de votre famille ?

R. Je n'ai pensé à rien, l'idée m'est venue ; je n'ai songé qu'à l'accomplir.

D. La veille, vous étiez allé voir votre père ; a-t-il été question de quelque chose d'*approchant entre vous*, ou bien *entre autres* ? N'avez-vous pas de complices ?

R. Nullement, personne ne m'a donné cette idée, ni hommes, ni lectures, ni romans ; je n'ai eu, également, aucun complice.

D. Si c'était la question d'argent, pourquoi n'en demandiez-vous pas à votre mère, ou à votre beau-frère ? On vous en avait bien donné déjà pour le voyage de Colmar ?

R. Je répète que la question d'argent n'est entrée pour rien dans tout cela.

D. Entendez-vous des voix qui vous parlent et vous poussent à certaines choses ?

R. Jamais je n'ai entendu de voix, soit de nuit, soit de jour.

D. Vous pensez bien que vous ne pouvez sortir de sitôt ?

R. Je cherche à m'accoutumer, etc.

D. Avez-vous des ennemis ?

R. Non.

D. Etes-vous très-riche, millionnaire ?

R. Non.

D. N'avez-vous pas peur d'être damné ?

R. Du tout, du moins cette idée ne me tracasse pas.

IV. — DISCUSSION.

Certes, un observateur superficiel, ou étranger à la science de l'aliénation mentale, n'hésiterait pas à regarder Barthélemy S... comme responsable, quand il ne considérerait que quelques éléments de l'instruction, et quand il verrait que pour échapper à la justice l'inculpé simule la folie; quand, en outre, il serait patent pour lui que le crime a été combiné, pour soustraire, si faire se pouvait, le coupable au châtement; enfin qu'un but bénéficiaire devait en être le résultat. « Ce n'est pas là le crime d'un fou, s'écrierait-il, mais bien un vulgaire assassinat, commis par un précéce malfaiteur, qui, se voyant pris, a recours à de misérables subterfuges pour atténuer sa culpabilité! »

Après un examen minutieux et approfondi, soit des commémoratifs, soit des faits, soit enfin de l'inculpé lui-même, la commission médicale chargée d'examiner S... est arrivée à une tout autre conclusion!

Pour elle S... est fou, et son crime est l'acte d'un fou!

C'est ce que nous allons chercher à établir, non-seulement par notre propre expérience, mais encore par l'appui des auteurs les plus en renom.

A. Commémoratifs. — Nous devons, en premier lieu, rappeler que, dans la famille de l'inculpé, il se trouve un fou bien avéré, puisqu'il est enfermé, et de plus, deux autres membres, le grand-père et le fils aîné, qui passaient notoirement pour bizarres, et même ébrieux; or personne n'ignore que la genèse la plus puissante de la folie est *l'hérédité*. S... semble en effet avoir hérité de cette triste prérogative; tout chez lui, même dès un âge peu avancé, indique ce don funeste: « Un » des résultats de l'influence héréditaire des ascendants » fous ou épileptiques sur les descendants, est un manque » ou une absence totale de sens moral, avec ou sans imperfection correspondante de l'intelligence..... Un homme peut présenter toutes les apparences de la raison, à ce

» point de tromper, étant fou, les observateurs les plus
 » habiles, jusqu'au moment où la *manie homicide fait*
 » *totalement explosion.* » (Maudsley.)

Cette imperfection de l'intelligence, nous la constatons chez S... qui est d'abord médiocre élève, puis ensuite mauvais apprenti : « Quand la prédisposition héréditaire » est réelle, il est rare qu'elle ne se fasse pas sentir de » bonne heure, dans le jeune âge, par diverses singularités » de caractère, par des habitudes excentriques, par de la lé- » gèreté d'esprit, par de l'irritabilité, par une grande dévia- » tion de jugement, par des idées originales, par une con- » duite plus ou moins désordonnée, par un ensemble, en un » mot, de phénomènes psychologiques qui étonnent, qui in- » quiètent les parents, et qui font considérer les individus » de cette catégorie comme à demi-fous, comme timbrés, » suivant l'expression dont se sert le public habituellement. » (Aubanel — aff. Titus B...) — On croirait vraiment que l'auteur a voulu faire le portrait de S... ; il ne peut y avoir de doute ; chez S..., non-seulement longtemps avant le crime, il y a de fortes prédispositions, mais encore, apparition, prélude de symptômes précurseurs.

Nous le voyons ensuite essayer plusieurs professions, sans pouvoir réussir sérieusement dans aucune ; il en résulte pour lui une grande déception, puis du découragement ; arrivé à un âge où une transformation s'opère chez lui, il n'a pas assez de force morale pour surmonter les épreuves qu'il subit, et alors prédisposé qu'il est à la folie, nous le voyons fléchir sans même chercher à réagir ; il semblerait que c'est de lui que parle le savant aliéniste Maudsley, quand il dit que *l'avènement de la puberté* peut produire des désordres intellectuels ; il en est *de même des déceptions*, et plus loin : « Il est cependant possible que le » crime marque la période où la tendance à l'insanité *est* » *devenue l'insanité elle-même* ; l'heure où l'organe trop faible » a cédé à la poussée qu'il supportait ; » et plus loin encore :

« Bien des cas de folie morale, on sera bien forcé de » le reconnaître, se rattachent à une *imperfection morale*, » ou à une *imbécillité morale* qui est, dans une proportion » plus ou moins grande, *un fait de naissance*. » Ainsi, symptômes précurseurs quelques mois avant le crime, tristesse, mélancolie, misanthropie ; les mêmes indices se retrouvent chez Henriette Cornier et chez tous les aliénés homicides du genre de S... Comme lui, beaucoup essaient préalablement du suicide ; ces deux impulsions, et l'opinion des auteurs est univoque à cet égard, *sont toujours intimement liées entre elles*. Si les tentatives ont échoué, n'est-ce pas grâce à l'insuffisance des moyens, à la surveillance et aux secours médicaux, toutes circonstances en dehors de la volonté de S... ? et sa surexcitation consécutive, et ses plaintes : « *Dieu me pardonnera-t-il ?* » répétées sans rien écouter, locution qu'on retrouve si fréquemment, dans la bouche des aliénés mélancoliques ?

B. *Discussion du fait*. — Le cas de S... est presque identique à une foule d'observations de ce genre, consignées par tous les écrivains aliénistes ; et cependant il n'avait rien de pareil, ni comme science, ni comme faits divers !

Chez ces malades, la détermination suit de près l'éclosion de l'idée ; chez eux, dit M. Pressat, souvent la folie se manifeste tout à coup par *des actes extérieurs de violence*. — Beaucoup n'arrivent à l'homicide qu'après une ou plusieurs tentatives de suicide ; aussi pouvons-nous avancer que si S... avait été examiné médicalement, après ses deux tentatives de suicide, par un *spécialiste*, celui-ci aurait pu donner à craindre un homicide ; une fois le parti pris, le plus léger mobile suffit à l'accomplissement de l'acte. Nous voyons qu'il a suffi à S... de voir chez lui la servante de son grand-père, puis d'apercevoir la hache, pour le décider ; car il *n'avait apporté avec lui aucun agent vulnérant* ! Encore une identité avec les aliénés homicides. On a remarqué, dans un grand nombre de ces cas, que la force de

résistance morale à l'accomplissement d'un crime était en raison directe de l'âge, et on peut ajouter du degré d'intelligence. Ainsi chez les impubères et les enfants dont les notions du bien et du mal sont faibles, les faits suivent rapidement leur conception. S... n'a présenté, il est vrai, ni délire de quelque nature qu'il ait pu être, ni aucune hallucination ; il persiste à nier l'intervention de ces symptômes, mais dans le cas où il se trouve, le crime peut bien avoir été commis sous l'influence seule de l'idée impulsive. En effet, « les causes de la mélancolie, dit M. Marcé, agissent » en général avec lenteur et préparent de longue main l'explosion de la maladie. » S... était, pour ainsi dire, prêt ; il était, comme le dit encore le savant auteur précité, sous l'influence de ces monomanies instinctives qui « sont » constituées, non par une conception fautive, ou une hallucination, mais par un instinct aveugle, un mouvement » irrésistible qui entraînaient les malades à commettre un » acte de violence, un homicide, un suicide, à voler, etc. »

C'est encore Marcé qui nous apprend que la *puberté et les antécédents héréditaires* sont les causes sérieuses du développement de la *monomanie instinctive*. — On s'étonnera peut-être que S... voulant, dit-il, tuer pour être tué ensuite, (affaire Burton, rapportée ; affaire Geiser, rapportée par Griesinger, par exemple), n'ait pas plutôt choisi un étranger ; là encore nous trouvons avec M. Marcé un indice de plus de folie : « Dans la monomanie homicide, les malades ne » s'adressent pas à des inconnus, à des ennemis, loin de là, » ce sont *leurs parents*, leurs enfants, les êtres les plus chers » qui deviennent les victimes de leur violence ; la vue d'un » couteau, d'un poignard, d'une arme quelconque, réveille » l'impulsion avec une énergie nouvelle. » Ainsi, chez S... pas de conceptions délirantes : « Il y a des individus réellement aliénés, nous dit Griesinger, le savant aliéniste allemand, qui n'ont pas de conceptions délirantes ; ils conservent l'apparence de la raison, le discernement du juste

» et de l'injuste, de l'acte criminel et de la bonne direction de leurs actes. Dans ces cas, cependant, l'humeur est » profondément altérée, et les sentiments *affectifs peuvent » être détruits...*, etc. »

Un crime peut donc être commis par un aliéné, sans l'intervention du délire (cas identiques rapportés par Mandon, Casper, Aubanel, Delasiauve, Marcé, Georget, Conolly, Esquirol et d'autres).

S... entre chez son grand-père, sans trop se cacher; comme on pourrait l'admettre en le voyant prendre la coursière et entrer par derrière la maison, il faut avouer, que c'était là prendre de bien primitives précautions ! et en eût-il pris de plus certaines cela ne détruirait pas, chez lui, l'hypothèse de l'existence de la folie; car nous voyons des fous avérés combiner merveilleusement leurs méfaits (affaire Billmann, en Amérique; acquittement). Puis il se livre de sang-froid à une boucherie épouvantable, et *longue !* Quel contraste, entre ce jeune homme à figure douce, presque enfantine, que ses camarades pouvaient contrarier impunément *et ce sombre assommeur*, que ni les cris, ni la vue du sang, ni l'incertitude des premiers coups, ne peuvent retenir ! qui vous raconte avec tranquillité, presque avec douceur, que puisque « *c'était commencé, il fallait bien finir !* » ... Faut-il être vraiment aliéniste, pour ne pas voir, dans ces *deux êtres se succédant momentanément, une manifestation psychique ...*

S... prend ensuite de l'argent et a soin de remettre la clé en place, de cacher la hache et de se laver, puis de se sauver : peut-on voir là une trame bien combinée ? Pour nous convaincre, au contraire, combien S... avait été maladroit, imprévoyant dans son crime, et combien par conséquent il ne faut y voir que l'acte d'un fou, imaginons par la pensée, ce qu'aurait probablement fait à sa place le plus vulgaire et même le plus étourdi des assassins : il aurait accompli son crime pendant la nuit ; il se serait ménagé un alibi ;

il aurait employé un genre de mort moins incertain, laissant moins de traces, et pouvant au besoin laisser du doute, il aurait tout au moins caché mieux la hache, ou l'aurait lavée; il ne serait pas venu sans armes, il aurait pris tout l'argent, en aurait caché une partie pour venir plus tard le reprendre (S... lui-même avait intérêt à agir ainsi pour détourner les soupçons); il n'aurait pas oublié la clé de sa malle, afin de pouvoir changer de vêtements; il n'aurait pas commis l'imprudence de payer quelques dettes, de changer un billet de 100 fr., de godailler, d'aller chez des gens qu'il connaissait, de donner son nom et sa demeure, de préparer sottement un projet de voyage; en un mot, de laisser partout sa trace, comme le personnage de Perrault. On le voit, d'après cette comparaison, tout, dans les prétendues combinaisons de S..., n'a été qu'incohérence, inhabileté, défaut absolu de précision, contraste d'autant plus frappant que chez lui *l'émotion n'existait pas pour lui faire perdre son sang-froid.*

La question de vol est ici absolument secondaire; on doit en effet remarquer qu'il *n'a volé que dans sa famille*, et qu'avec son *très-faible sens moral* il a bien pu *se croire des droits sur cet argent*; que d'ailleurs il n'a pris qu'une très-faible partie de ce qui s'y trouvait. — Dans plusieurs cas de ce genre, la non-responsabilité a été admise: à Laon, en 1825, une fille Durand tue une enfant et lui vole ses boucles d'oreilles: reconnue hystérique, elle est acquittée et renfermée dans une maison de santé. D'ailleurs si on admet qu'un aliéné puisse avoir assez peu d'empire sur lui-même pour se porter à un assassinat, combien plus n'hésitera-t-il pas devant un vol, la manie impulsive se traduisant en outre parfois par la kleptomanie. Ainsi S... ne s'est point rendu compte de la gravité de son acte, et, eût-il eu l'idée de la responsabilité, elle ne pouvait être qu'obtuse et restreinte. Quant à la question de fuite, il n'y a là rien qui doive nous étonner; beaucoup d'aliénés homicides, tout en

ayant la ferme résolution de se constituer prisonniers, ne s'y déterminent pas tout de suite ; ils errent pendant quelques heures, un éclair se fait dans leur intelligence, et le premier mouvement est de se soustraire ; mais bientôt après, ils viennent se livrer et racontent tout.... Les *épileptiques* eux-mêmes *fuient* après des meurtres dont ils ont à peine conscience.

C. *Discussion sur l'état mental de S...* — S... se décide le lendemain à se mettre entre les mains de la justice ; il raconte minutieusement tout ce qui s'est passé ; ce récit dramatique, il le fait, sans réticences, tranquillement, sans émotion ; pas un muscle de sa face ne se contracte ; pas une larme n'apparaît ; cette absence si absolue, si profonde de facultés affectives, est extraordinaire, et ne peut se mettre, ni sur le compte de la simulation, ni sur un endurcissement acquis du cœur ; c'est bien là vraiment un *état mental pathologique qui a commencé avant le crime et qui dure encore !* — C'est là, du reste, un des principaux caractères, de la manie impulsive, sans délire : la lésion des facultés affectives. Aussi presque tous les aliénés homicides de ce genre montrent-ils une insensibilité remarquable ; comme S..., quand on les pousse d'admonestations, ils finissent par dire qu'ils regrettent ce qu'ils ont fait, regret sec, obtenu par l'importunité et non par la persuasion. Bientôt S... tombe dans l'incohérence ; il nie son crime, répond par autre chose, se fâche, demande à sortir et fait d'autres extravagances qui font supposer qu'il est aliéné : transféré à Clermont, nous constatons chez lui deux ordres de phénomènes, les uns certains comme indices d'aliénation mentale, les autres douteux ; les premiers seraient : l'allure et l'attitude de S..., la mobilité et l'expression particulière de sa physionomie et de ses regards, son marmottage, son *crachotement*, son *insomnie*, ses *gestes* et mouvements saccadés, sa tranquillité, son indifférence : le signe douteux était l'absence si complète de mémoire, dans un état mental qui

révélaient les apparences d'un accès de manie, là où la mémoire est conservée, et non la stupeur ou la démence, où il y a amnésie plus ou moins grande. Nous fîmes transporter S... à l'asile ; on sait ce qui se passa ; à la première douche il avoua qu'il simulait la folie ; ce fait, s'il était absolument vrai, ne détruirait en rien ce que nous avons dit de l'aliénation mentale chez S..., avant et pendant le crime ; nous nous trouverions donc en présence de ce cas bizarre et en apparence impossible d'un fou simulant la folie ! Eh bien, ces cas ont été observés ; les auteurs en relatent plusieurs, et moi-même j'en ai vu un ; c'est le suivant : Un vieux monomaniacque, obéissant à quelque idée excentrique, simule l'état gâteux ; ce n'est que plusieurs semaines après qu'il nous dit la vérité. Quant à la simulation de S..., en quoi a-t-elle consisté ? à simuler celui qui n'a plus de mémoire et à répondre par autre chose ; si on la réduit à sa juste valeur, que restera-t-il ? un pauvre diable qui, confiant dans les avis de codétenus, suit le conseil que ceux-ci lui donnent, de n'en dire que le moins possible pour passer pour imbécile, moyen à l'aide duquel il sortira au *bout de deux mois* ! Mais cette simulation est, il faut en convenir, l'indice d'une crédulité étrange, tant elle est poussée loin, et indique suffisamment l'obtusion et le trouble intellectuels de celui en qui elle se décèle. S..., assassin et voleur, ajoutant foi aux propos de prisonniers, se figure qu'il sera relâché dans deux mois, s'il simule l'aliéné ! ne donne-t-il pas, au contraire, par cet acte, la mesure de la gravité de son état mental ? et cet élément ne devient-il pas dès lors utile plutôt que nuisible à l'hypothèse de l'existence de la folie chez lui ? D'ailleurs, ces prisonniers conseillers n'ont pu être interrogés, et ce fait est sujet à doute ; peut-être n'est-il que la production du cerveau malade de S...

D. *Etat actuel*. — Actuellement l'inculpé est tranquille, obéissant, et surtout insouciant ; quelques-uns pourraient le regarder comme guéri ; nous ne saurions admettre

ce changement; qu'on se rappelle l'affaire Chorinsky, et le pronostic du docteur Morel. Tous les auteurs rapportent des exemples de malades qui étaient restés tranquilles pendant des années entières; remis en liberté ils donnaient dès le lendemain des indices de leur délire initial. Ainsi quoique S... puisse paraître à peu près rétabli, rien ne prouve que cette amélioration soit franche et un vrai achèvement vers la guérison, plutôt qu'un état transitoire, une période d'accalmie, à laquelle l'accès maniaque peut succéder d'un moment à l'autre. D'ailleurs aux yeux de l'observateur attentif, S... ne peut être regardé ni comme guéri, ni sur le point de l'être; ses regards bizarres, sa physionomie souvent étrange, ses gestes et marmottage, auxquels il se livre encore, soit qu'on l'observe en cachette dans une cellule où on lui donne un travail à dessein, soit au milieu des autres aliénés, là où il peut croire qu'un œil curieux, et qui ne le quitte pas de vue, l'a perdu un instant, sont des indices certains de désordres intellectuels existant encore: ajoutez la tranquillité, la quiétude qui est étonnante, l'indifférence, qui va jusqu'à lui faire faire cette réponse: « Mais, malheureux, vous resterez peut-être enfermé toute votre vie ici! »—Que voulez-vous? je fais ce que je peux pour m'habituer; » — le froid glacial dans lequel le laisse la lettre affectueuse de sa mère, le refus d'y répondre, etc., et vous aurez un faisceau de preuves plus que suffisant en faveur de l'existence de la folie chez S...

Cette folie, quelle est-elle? D'après tout ce que nous avons dit, le genre de vésanie que nous avons constaté chez Barthélemy S... consiste en forte prédisposition héréditaire et personnelle, défectuosité psychique innée, affaiblissement des facultés intellectuelles, et en particulier des affectives, d'où absence de sens moral, défaut d'appréciation du bien et du mal et de discernement de la valeur des actes; d'où penchants irrésistibles, mélancolie, découragement; d'où, à un moment donné, résolutions extrêmes.

« Les médecins, dit M. Georget, ont donné le nom de mé-
 » lancolie à une espèce d'aliénation mentale dont une va-
 » riété est caractérisée par un penchant au suicide ou à
 » l'homicide, et que pour cela on nomme mélancolie
 » ou monomanie suicide, et mélancolie ou monomanie
 » homicide. »

S... est donc atteint de cette maladie psychique qu'on a
 nommée folie morale (Dagonet, Flemming, Prichard,
 Maudsley, etc.).

Manie sans délire (Pinel).

Monomanie impulsive ou instinctive (Marcé).

Mélancolie avec penchant à la destruction (Griesinger).

Pseudo-monomanie (Delasiauve).

Folie instinctive (Mandon), etc.

Folie transitoire homicide (Aubanel).

C'est sous l'influence de cet état mental que S... a d'a-
 bord essayé de se tuer, puis qu'il a tué son grand-père.

V. — CONCLUSIONS.

1° Barthélemy S... doit être considéré comme aliéné
 non-seulement actuellement, mais encore avant et pendant
 le crime.

2° Tout l'ensemble moral de S... décelait depuis long-
 temps une forte prédisposition à la folie.

3° Les modifications de son caractère en ont été les pre-
 miers indices, ses tentatives de suicide les premières ma-
 nifestations, l'homicide la seconde ; enfin les signes psy-
 chiques consécutifs, la preuve.

4° S... est atteint de mélancolie impulsive, branche de
 folie morale à l'existence seule de laquelle on doit attri-
 buer tous les faits reprochés à S....

5° S... est irresponsable et doit bénéficier de l'article 64
 du Code pénal.

6° Il n'est plus justiciable des tribunaux.

7° Quoique amélioré, les désordres intellectuels sont encore palpables chez lui et, en outre, la maladie peut se ranimer aussi instantanée et aussi redoutable que lors de son début.

8° S... doit donc être mis à la disposition de l'autorité administrative, pour être placé d'office dans un asile d'aliénés, et cela pendant un temps qu'il est impossible, quant à présent, de fixer comme durée.

ÉPILOGUE.

La justice, prenant en considération les conclusions de ce rapport, a rendu une ordonnance de non-lieu, et mis S... à la disposition de l'autorité administrative, qui a fait aussitôt placer le malade d'office.

S... est dans l'asile de Ste-Marie; il n'a pas changé, c'est toujours le même être indifférent; admis à aider dans l'infirmerie, rien ne lui répugne; il a assisté à des pansements chirurgicaux sans sourciller; il donne quelques soins de propreté aux malades les plus repoussants, sans témoigner ni dégoût, ni étonnement; il fait ce qu'on lui dit de faire, silencieusement, car il ne parle que quand on l'interroge, et avec célérité; il est *humain* envers les malades; si on parle devant lui d'expériences sur les décapités, d'intérieur de bagnes, et autres sujets de conversation, choisis à dessein pour l'émouvoir, il ne bronche pas, il écoute, mais n'en est pas plus touché que s'il ne s'agissait pas de lui; il n'est ni gai, ni triste, ni imbécile; il ne s'informe absolument de rien. Parfois, quand il est seul, on l'a surpris marmottant, en tapant un mur du bout des doigts. Depuis qu'il est dans l'asile, son corps s'est développé et engraisé; la tête est restée petite, la face pâle et parfois comme verdâtre, la physionomie bizarre, le regard singulier.

Tel est son état actuel.

Société médico-psychologique.

Séance du 28 janvier 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

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

Installation du bureau.

M. BILLOD, président sortant, prononce le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

Avant de céder le fauteuil à l'éminent collègue qui méritait si bien l'honneur exceptionnel de l'occuper une seconde fois, je vous demande la permission de jeter un regard en arrière et, mesurant avec vous le chemin que nous venons de parcourir, de vous adresser, en manière d'adieu, le sommaire des actes et des travaux de l'année qui vient de finir.

La Société se souvient que, dans la séance du 27 novembre 1876, sur la proposition de M. Lasègue et à la suite d'une importante communication de M. Luys sur un fait se rapportant à l'étude des suppléances cérébrales, elle avait mis à son ordre du jour la question de l'aphasie dans ses rapports avec l'hémiplégie et de ses modes de guérison. La discussion soulevée par cette question a eu lieu et vous n'avez certes pas oublié la part brillante qu'y ont prise nos savants collègues Lasègue, Mesnet, Jules Falret, Legrand du Saulle, etc. Je dois, moi-même, en évoquant le souvenir de cette discussion, vous remercier d'avoir bien voulu me permettre d'y participer.

Une autre communication de M. Luys; avec présentation d'une série de préparations photographiques destinées à donner une idée des lésions intimes qui constituent la paralysie générale progressive, a fourni à notre savant collègue, M. Baillarger, l'occasion de soulever une discussion sur la question des rapports des vésanies avec la paralysie générale.

Cette discussion, à laquelle ont pris part nos collègues Jules Falret, Lasègue, Dagonet et Lunier, constitue, comme celle de l'aphasie, un des meilleurs souvenirs de notre année scientifique.

Je signale encore, parmi ces souvenirs, une communication pleine d'intérêt de M. Jules Falret sur ce qu'on peut appeler les caractères différentiels de la raison et de la folie dans certains cas de délire partiel.

Je mentionne, enfin, une communication de votre président sur les placements volontaires, communication dont l'objet a été de faire connaître à la Société, comme résultat de son influence, que cette sorte de placements venait d'être rétablie dans le département de la Seine, en vertu d'une délibération du conseil général, due surtout à l'intervention de notre honoré et sympathique collègue, M. Charles Loiseau, membre de ce conseil.

En dressant ce bilan de notre année scientifique, je me reprocherais d'omettre le rapport si intéressant, lu dans la dernière séance de décembre par notre collègue M. Bourdin, et dans lequel il est permis de voir une contribution anticipée à la discussion que ne manquera de soulever le rapport impatientement attendu de notre savant secrétaire général, M. Motet, sur les cas d'amnésie périodique avec doublement de la vie, cités par MM. Azam, de Bordeaux, et Dufay, de Blois.

Si la Société veut bien s'en souvenir, je m'étais, dans l'allocution que j'ai eu l'honneur de lui adresser avant de m'asseoir à ce fauteuil, permis d'insister sur l'intérêt qu'il y aurait à faire dans les travaux de notre compagnie une part plus grande à la médecine légale et aux communications qui s'y rapportent.

M. Legrand du Saulle a bien voulu répondre à cet appel par deux communications de cette nature et relatives, l'une à l'affaire Jean Martin : sodomie, — assassinat, — état mental de l'assassin; et l'autre à l'affaire Élix Fraiche, — épilepsie méconnue, — assassin de quinze ans et demi.

J'espère que son exemple sera suivi et je crois devoir le remercier ici.

Dans le cours de l'année qui vient de finir, la Société s'est recrutée de membres nouveaux sur lesquels elle se croit en droit de fonder des espérances pour l'augmentation de son activité scientifique. Parmi ces recrues et comme membres résidents, j'aime à signaler MM. Moreau de Tours, fils, Meuriot, Goujon, Fournié. M. Espiau de Lamaëstre a échangé son titre de correspondant en celui de membre résident.

Les membres correspondants nationaux admis sont MM. Mordret, Prosper Despine, Sisteray, Solaville, etc.

La Société a admis, sur leur demande, plusieurs membres as-

sociés étrangers qui, en briguant ses suffrages, ont témoigné du prix qu'ils y attachaient en même temps que du prestige que notre compagnie a acquis à l'étranger, comme Société savante ressortissant à la spécialité des maladies mentales.

Jusqu'au mois de décembre, la Société n'avait eu à enregistrer aucune perte parmi ses membres résidants, et je me félicitais d'avoir à marquer sous ce rapport à la craie blanche mon année de présidence, lorsqu'est survenue la mort si inopinée et si regrettable de notre excellent collègue Berthier.

M. Motet, au nom de la Société, et M. Legrand du Saulle, au nom des médecins de Bicêtre, se sont, dans les discours qui ont été lus devant vous et qui seront reproduits au procès-verbal, rendus les interprètes aussi émus qu'éloquents de tous nos regrets.

Messieurs et chers collègues, après m'avoir appelé à l'honneur de présider votre compagnie, vous avez mis le comble à votre bienveillance en me facilitant ma fonction au point d'en faire une sinécure.

Si je ne suis pas resté trop au-dessous de cette tâche, je le dois donc à cette bienveillance d'abord, et ensuite au concours de notre excellent secrétaire général, M. Motet, ainsi que de notre zélé secrétaire annuel, M. Ritti, qui a porté à lui seul, dans toute l'année, le poids d'une fonction ordinairement partagée et qui s'en est acquitté avec des mérites auxquels la Société, dans une de ses précédentes séances, a rendu un hommage des plus mérités.

Souffrez, Messieurs, qu'avant de reprendre ma place parmi vous, je les remercie personnellement, et que je vous remercie vous-mêmes du fond du cœur, car je vous dois le plus grand honneur et le meilleur souvenir de ma vie scientifique.

M. BAILLARGER prend place au fauteuil et prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Il y a juste vingt ans que vous avez bien voulu m'appeler une première fois à l'honneur de vous présider. Avant d'occuper de nouveau le fauteuil, je tiens à vous dire combien j'ai été vivement touché en recevant de vous, pour la seconde fois, cette preuve si grande d'estime et de sympathie. Je n'ai eu qu'un regret, c'est de voir retarder d'une année l'avènement à la présidence de notre excellent collègue M. Lucas, l'auteur de

ce beau traité philosophique et physiologique de l'hérédité, si justement couronné par l'institut il y a près de trente ans.

Quelques mois à peine, vous le savez, nous séparent de l'Exposition universelle ; nous avons à organiser pour cette époque le congrès des médecins aliénistes et à chercher les moyens de recevoir dignement nos confrères de l'étranger. Vous penserez comme moi qu'il importe, dès ce moment, de nous occuper de ces questions. Je vous proposerai donc de réunir prochainement la commission chargée de vous présenter un projet sur lequel vous aurez à délibérer. Je suis sûr d'être votre interprète à tous en adressant vos remerciements à notre digne collègue M. Billod, qui, par ses travaux scientifiques non moins que par ses longs et éminents services, a conquis depuis longtemps parmi nous une place en même temps si honorable et si élevée.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société du décès d'un de ses membre associés étrangers, le docteur Roller, médecin en chef de l'asile d'Illenau (Grand-Duché de Bade) et d'un membre correspondant, M. Guérin du Grandlaunay.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce à la Société qu'aucun mémoire pour le prix Aubanel ne lui est parvenu.

Après une courte discussion, on nomme une nouvelle commission, composée de MM. Dagonet, Falret, Legrand du Saulle, Lunier et Motet, chargée de choisir pour ce prix une nouvelle question ; pour arriver à ce but, chacun des membres de la Société sera prié d'envoyer au secrétaire de la commission une question et la commission fera un rapport qui sera soumis à la Société.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce qu'un seul mémoire a été envoyé pour le prix Esquirol.

La commission de ce prix est composée de MM. Baillarger, Blanche, Lunier, Mitivié et Ritti, rapporteur.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de candidature au titre de membre associé étranger, de M. Palmerini, médecin en chef directeur de l'asile Saint-Nicolas, à Sienne (Italie), et de M. Fanaoli, médecin adjoint du même asile. Commission : MM. Brierre de Boismont, Falret et Motet, rapporteur.

2° Plusieurs brochures en langue italienne, sur des questions médico-légales, par M. Morselli, directeur du manicomio de Macerata.

3° Une lettre de M. Dagrón, s'excusant de ne pouvoir assister

à la séance pour cause d'indisposition, avec envoi d'un rapport de candidature.

M. Motet offre à la Société le portrait encadré d'Aubanel, destiné à être placé dans la salle des séances de la Société ou dans sa bibliothèque.

Des remerciements sont votés à M. Motet.

Rapport de candidature.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit, au nom de M. Dagron, le rapport suivant sur la candidature du docteur Gallopain, médecin adjoint à l'asile des aliénés d'Évreux, au titre de membre correspondant :

Messieurs,

Vous avez chargé une commission composée de MM. Legrand du Saule, Falret et Dagron, rapporteur, de vous faire un rapport sur la candidature de M. le D^r Gallopain, médecin adjoint à l'asile des aliénés d'Évreux, au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Ancien interne de l'asile de Ville-Évrard, l'un de nous a pu suivre plus spécialement M Gallopain qui, d'ailleurs, n'est pas un inconnu pour vous. En 1875, il publiait dans les *Annales* une observation fort intéressante de ramollissement des deux corps striés et, en 1876, vous lui avez décerné le prix Esquirol, pour un mémoire sur la dysphagie dans la paralysie générale, qui avait paru au rapporteur, M. Bouchereau, mériter des éloges spéciaux ; le candidat, vous disait-il, a montré dans son travail qu'il savait poursuivre avec habileté des recherches micrographiques souvent difficiles, observer avec patience les aliénés et décrire avec précision les observations recueillies par lui, etc.

Depuis, M. Gallopain s'est fait recevoir docteur et sa thèse sur les hémorragies cérébro-intraventriculaires n'est pas dépourvue d'intérêt. Dans ce travail, M. Gallopain s'est appliqué plus spécialement à bien déterminer la valeur et la signification exacte du symptôme contracture. Pour lui, cette contracture et les symptômes convulsifs existent dans la plus grande généralité des cas et ces phénomènes sont dus à une irritation des pédoncules cérébraux, irritation qui souvent est directe.

Aujourd'hui, il vous adresse spécialement, à l'appui de sa demande, une observation recueillie à l'asile d'Évreux d'un cancer encéphaloïde du cerveau chez un épileptique, avec absence

du lobule pariétal inférieur droit sans troubles oculaires du côté opposé. Cette observation, accompagnée d'un dessin avec légende, est très-intéressante au point de vue des localisations cérébrales : elle présente, en effet, une absence de développement du pli courbe et du lobule du pli courbe du côté droit, alors que le malade n'a présenté pendant la vie aucun trouble dans les mouvements de l'œil du côté opposé ; les pupilles étaient égales et la vue était bonne des deux côtés. Il y a donc là, suivant notre honorable confrère, une contradiction formelle avec les idées de Ferrier sur les fonctions du pli courbe, idées adoptées par M. Foville qui attribue tous les troubles oculaires observés dans la paralysie générale aux adhérences méningiennes qui peuvent exister dans cette région.

Il ne reste plus à votre commission, Messieurs, après ce court exposé des titres invoqués par M. Gallopain, à l'appui de sa candidature, qu'à vous proposer de l'inscrire parmi vos membres correspondants.

Les conclusions du rapport sont adoptées et M. Gallopain est nommé membre correspondant par 48 voix sur 48 votants.

Présentation d'ouvrages.

M. LUNIER fait hommage à la Société de l'ouvrage qu'il vient de publier et qui a pour titre : *De la production et de la consommation des boissons alcooliques en France et de leur influence sur la santé physique et intellectuelle des populations.* *

M. DELASIAUVE fait hommage à la Société de deux brochures, la première intitulée : *Classification des maladies mentales ayant pour double base la psychologie et la clinique* ; la seconde : *Du double caractère des phénomènes psychiques.*

DU DÉLIRE DE LA PERSÉCUTION CHEZ LES ANOMALIENS.

M. BOURDIN. — L'aliénation mentale ne supprime pas l'homme moral et intellectuel. Elle le trouble et le modifie en sens divers, sans anéantir en lui les facultés fondamentales et constitutives de l'essence humaine. L'homme aliéné diffère de l'homme normal par des excès dans l'exercice des facultés cérébrales, mais cette différence ne va jamais jusqu'à l'anéantissement des qualités propres à la personne humaine.

Sous le manteau de l'aliénation mentale, on retrouve l'homme, avec ses qualités, ses défauts, ses vices et ses vertus.

Elle démasque et laisse contempler en lui sa nature brute, sans voile et sans apprêt. Semblable à l'ivrogne que le vin a dépouillé des ornements et des artifices de l'éducation, l'aliéné, dépourvu de la faculté d'équilibrer ses forces psychiques, apparaît dans la simplicité de sa nature. L'homme sain de corps et d'esprit se dérobe toujours par quelque coin à la curiosité de son semblable. L'aliéné, au contraire, se livre sans défense. *In stultitiâ veritas.*

Le philosophe aurait beaucoup à apprendre, si, dédaignant le côté comique ou dramatique de la folie, il avait la patience et le courage de chercher la vérité à travers les nuages qui troublent et assombrissent les œuvres de l'aliéné.

Entre la raison et la folie règne une zone morale dans laquelle vivent un nombre d'individus que je désigne sous le nom d'*anomalians*. Ces personnages singuliers semblent avoir un pied dans la raison et un pied dans l'aliénation mentale. Cette situation équivoque mériterait d'être mise en lumière.

Je ne suis pas en mesure de tenter une si grande entreprise. Mes prétentions sont plus modestes. Je veux seulement dire quelques mots d'un gros vice qui s'allie quelquefois avec la folie, qui se ligue avec l'insanité, et qui s'étale avec effronterie au milieu de l'exercice normal de la plupart des facultés de l'esprit et du cœur. Il s'agit de la persécution.

Persécuter, c'est diriger des poursuites opiniâtres et injustes contre une personne.

La persécution considérée en elle-même se présente sous deux formes principales. Tantôt elle est relativement anodine et consiste en de simples importunités, ou en des vexations qui ne deviennent pénibles qu'en raison de leur opiniâtre ténacité. Tantôt, au contraire, la persécution est violente, agressive, impitoyable, poussant à l'ennemi par toutes les voies, sans souci de l'honnêteté, ni de la justice.

L'esprit de persécution, étudié au point de vue de ceux qui en sont possédés, se manifeste sous un double aspect d'une égale importance aux yeux du moraliste et à ceux du médecin.

La mise en œuvre de la persécution implique nécessairement deux personnages, le persécuteur et le persécuté, c'est-à-dire, le bourreau et la victime. L'un et l'autre méritent une mention particulière.

Les persécuteurs se divisent en trois classes. Les uns jouissent de l'intégrité de leurs facultés morales et intellectuelles. D'autres présentent des troubles de divers ordres et de diverse

intensité dans leurs aptitudes morales et dans leurs facultés intellectuelles. Ces derniers appartiennent à la pathologie mentale.

Les premiers, c'est-à-dire ceux qui possédant leurs facultés cérébrales intactes se font persécuteurs, sont des êtres vicieux, indignes de l'estime publique ; ce sont des méchants qui relèvent du moraliste plus que du médecin.

Ces fils de Satan pourraient, à la rigueur, être passés sous silence dans une étude réservée plus particulièrement aux insanes. Cependant ils méritent au moins d'être signalés en raison de leurs nombreux méfaits et en raison de leur nombre, car, eux aussi, ils s'appellent *légion*.

En parlant de la persécution mise en pratique par les personnes qui sont en possession d'elles-mêmes, je n'ai nullement en vue ces misérables qui mettent les plus grandes cruautés au service de leurs colères, et qui sont prêts à égorger ceux qui, en politique ou en religion, pensent autrement qu'eux-mêmes. Ces gens-là ne sont pas des êtres vicieux, ce sont des bandits.

A côté des personnages dont il vient d'être question, il en est d'autres qui ne feraient pas tache parmi eux : je veux parler de ceux qui mettent la persécution au service de leurs intérêts. A certaines personnes la haine ne suffit pas. Il faut que la persécution vienne en aide pour démolir peu à peu et pour anéantir tout ce qui fait ombrage. Dès que l'intérêt parle, la guerre commence. Le plus souvent c'est la guerre sourde et souterraine du serpent, mais ce n'en est pas moins la guerre impitoyable.

Dans ce cas, la lutte ne s'établit pas toujours entre particuliers, elle s'étend quelquefois à des corporations entières. Certaines discussions nées de l'intérêt seul sont devenues irritantes jusqu'à la violence, jusqu'à la mort même. La plupart des corporations ont attristé l'humanité par des exemples de cette sorte.

Le corps médical qui se flatte, non sans raison, d'exercer une sorte de sacerdoce, n'a pas toujours su échapper à d'aussi cruelles extrémités. Dans une discussion sur la digestion, on a vu l'un des jouteurs insulté par son adversaire. Il s'agissait uniquement d'une question de doctrine physiologique. Si la question du *gros sou* avait été en jeu, on en aurait vu de belles. Au surplus, si l'historien témoin des luttes acharnées des écoles entre elles prononce des jugements sévères contre la corporation médicale, le peuple ingrat et perfide, le peuple, ce persécuteur

par excellence, se plaît à caractériser par un mot la cause des luttes qui empoisonnent la profession. *Invidia medicorum pessima.*

La persécution a ses fanatiques; elle a aussi ses complaisants. On ne peut sans un étonnement mêlé du plus profond mépris arrêter ses regards sur certains hommes pervers qui persécutent pour le compte d'autrui. Il existe des maisons qui ne savent peut-être pas bien comprendre la dignité personnelle, et qui ne mettent pas en pratique la pudeur qui commande le respect. C'est dans ces maisons que l'on rencontre plus communément ces êtres d'origine suspecte bien que titrés ou diplômés, qui, pour conserver leur assiette à la table des maîtres, se font les exécuteurs bénévoles des persécutions de ces derniers. La bassesse des uns vaut la bassesse des autres. L'honnêteté publique les enveloppe tous dans un commun mépris.

Je ne peux m'arrêter davantage sur le sujet de la persécution pratiquée par les hommes sains d'esprit. La plume d'un Labruyère pourrait seule en reproduire les nuances infinies. Je passe donc, sans transition, à la persécution qui accompagne l'aliénation mentale et qui se confond avec elle.

Les persécuteurs aliénés sont ainsi désignés parce qu'ils cumulent les symptômes caractéristiques de la folie avec ceux de l'esprit de persécution.

Au point de vue de la persécution, l'aliéné joue deux rôles différents. Selon la nature de son délire et surtout selon la nature de son esprit, l'aliéné est actif ou passif, c'est-à-dire persécuteur ou persécuté.

Les persécuteurs aliénés sont méchants et violents à l'égard des personnes qui les entourent. Ils lassent les patientes les plus fortes, les tendresses les plus sincères, les dévouements les plus purs. Leur méchanceté renaît sous toutes les formes avec une opiniâtreté extrême. Toujours prêts à faire le mal, ils poussent à bout leurs propres familles qui se trouvent dans la nécessité de les abandonner. Ces familles sont condamnées à en confier la garde et la direction à des mains étrangères.

Les aliénés persécutés sont inquiets, soupçonneux, bizarres, injustes, acariâtres. Ils accusent tout le monde à tort et à travers et, finalement, ils se rendent insupportables à leur entourage. Il n'est pas rare d'observer chez les malades de cette espèce des violences subites, des emportements soudains qui les excitent à frapper, à déchirer et à briser ce qui les entoure. Grâce à ces actes violents, grâce aussi aux persécutions qu'ils

infligent à leurs proches qu'ils n'épargnent pas plus que les étrangers, on se trouve dans la nécessité d'éloigner ces malheureux malades du cercle de la famille dans laquelle ils jettent le désordre.

Les asiles sont le refuge inévitable des aliénés persécuteurs ainsi que des aliénés persécutés. C'est là qu'on les trouve réunis en assez grand nombre et dans les conditions les plus propices pour l'étude. Ce qui a été dit et écrit au sujet de ces malades ne laisse guère à désirer.

Entre les aliénés et les hommes sains d'esprit nous plaçons des personnes qui, conservant, en apparence au moins, l'intégrité à peu près complète de leurs facultés intellectuelles et morales, sont néanmoins possédées par le génie infernal de la persécution. A ces personnes nous réservons la qualification d'anomaliens persécuteurs.

Les insensés constituent, dans l'ordre psychologique, une catégorie spéciale composée d'irréguliers qui se distinguent à la fois par une certaine débilité de l'entendement et par des désordres de conduite et de caractère. Ils occupent un rang intermédiaire entre les aliénés proprement dits et les hommes sains de corps et d'esprit. Par quelque racine secrète ou connue ils tiennent à l'aliénation mentale, quoiqu'ils ne soient pas fous. Par la possession d'une partie importante de leurs facultés instinctives, intellectuelles et morales, ils comptent encore parmi les hommes raisonnables, bien qu'ils ne soient pas absolument sains d'esprit. Ce sont des êtres dégénérés, véritables candidats à la folie. Le trouble des facultés morales est le début le plus ordinaire de l'aliénation mentale.

L'esprit de persécution agite les anomaliens de deux façons : tantôt en les rendant victimes, tantôt en les inspirant et en les faisant les bourreaux de leurs proches, de leurs amis, de leurs serviteurs, ou même des indifférents.

Les hommes qui manquent de virilité morale, se laissent facilement dominer par l'idée de poursuites injustement dirigées contre eux. Cette faiblesse de caractère dépasse souvent la mesure et conduit les esprits débiles à attribuer à autrui, non-seulement les actes accomplis à leur propre préjudice, mais encore les succès et les misères qui encombrant toutes les existences, même les plus dignes et les mieux remplies. Dans les conditions ordinaires de la vie, nous inclinons à déverser sur les autres la cause de nos propres misères. L'insensé glisse sur la même pente plus facilement que l'homme sain

d'esprit. Aussi toute notre pitié est due aux malheureux qui sont victimes de persécutions réelles ou imaginaires.

En face des anomaliens persécutés prennent place les anomaliens persécuteurs.

Ceux-ci sont en nombre infini. On les rencontre partout : à la cour et à la ville. Ils occupent toute espèce d'emplois. Ils foisonnent dans toutes les classes de la société. On les coudoie dans la rue et on les retrouve dans la famille assis au foyer domestique dont ils sont la lèpre. Depuis l'âge le plus tendre jusqu'à la vieillesse extrême, ils sont le tourment de tous ceux qui les entourent. Homme ou femme, ils mettent la même ardeur dans la poursuite de ceux qu'ils regardent comme leurs ennemis.

Les insanes persécuteurs procèdent de plusieurs façons dans leurs attaques contre l'ennemi. Ordinairement ils sont violents et pleins d'audace, quelquefois, au contraire, ils sont cauteleux, rusés et perfides. A la méchanceté, ils joignent l'hypocrisie. Pour cette raison, ils sont peut-être plus dangereux, car on néglige de prendre contre eux les précautions nécessaires. C'est un grand tort. La prudence commande de se tenir constamment en garde contre les anomaliens de toute classe.

J'ai trouvé le type accompli du fourbe dans un jeune garçon intelligent, à la figure douce et souriante, au maintien décent, et qui, en présence des étrangers, entourait sa mère malade des soins les plus tendres. Quand la mère était seule, le fils l'accablait d'outrages et la traitait avec une rigueur extrême. Il était la terreur de la maison. Devenu soldat, il essaya quelques mauvais traitements à l'égard de ses camarades de chambrée. La tentative échoua. La justice militaire le ramena avec sévérité au respect d'autrui. L'hypochondrie, l'alcoolisme ont trouvé des victimes dans la même famille.

Avant d'aller plus loin, je dois déclarer, à la décharge des insanes, que l'esprit de persécution est tellement vivace qu'il les envahit et les enserre en quelque sorte, avec une puissance parfois invincible.

Comme tous les délires, d'ailleurs, celui de la persécution se joue de toutes les barrières et brise tous les obstacles qu'on lui oppose. La fine fleur de l'intelligence, la contrainte morale inspirée par l'éducation la plus raffinée, les dogmes les plus puissants de la religion sont insuffisants pour protéger les prédestinés contre les terribles entraînements du génie de la persécution.

La défense des insanes contre les entraînements de l'esprit de persécution n'est pas impossible, sans doute, mais la victoire leur est rarement accordée. On en connaît qui luttent pendant longtemps, avec une énergie louable et digne, et qui cependant finissent par succomber. Il en est d'autres, au contraire, qui se complaisent dans leur délire et qui l'acceptent avec une satisfaction non dissimulée. Sous ce double rapport, les anoma-liens ne sont pas plus heureux que les aliénés proprement dits.

Ceux qui se révoltent contre les impulsions instinctives et, en particulier, contre le délire de la persécution, appellent à leur aide toutes les forces données par la Providence et fécondées par l'intervention humaine. Quelle ressource en retirent-ils ? Pour s'en rendre compte, il est nécessaire de passer brièvement en revue les principales forces dont il est question et de chercher à découvrir comment elles se comportent relativement à la persécution.

L'intelligence, à tous ses degrés, peut vivre côte à côte avec le génie de la persécution. La malice accompagne les premiers rayons de l'esprit et ne disparaît qu'avec ses dernières lueurs. L'extrême démente, qui fait perdre à l'homme la connaissance du bien et du mal, et qui paralyse ses capacités diverses, met, seule, un terme aux maux engendrés par le génie de la persécution. Cultivée ou non, brute ou ornée, restée à l'état rudimentaire ou portée à son plus haut degré de développement, l'intelligence n'est pas un rempart assuré contre l'instinct funeste de la persécution. Il serait superflu de s'étendre sur ce sujet. Un exemple pourtant ne sera peut-être pas inutile.

Un homme instruit, qui a occupé successivement plusieurs emplois exigeant des aptitudes et de l'intelligence, est possédé par le démon de la persécution. Il a la vicieuse habitude de braver chacun. Jaloux de l'autorité et fort ambitieux, du reste, il s'acharne à rabaisser quiconque le dépasse d'une manière ou d'une autre. Mais l'ambition n'est pas le seul motif de sa conduite. En toutes choses, il est de l'opposition. Il se fait un point d'honneur de dire ou peut-être de penser autrement que les autres. Aujourd'hui il dit blanc, si les autres disent noir ; demain il dira noir, si l'adversaire dit blanc. C'est une espèce de girouette qui prend constamment une direction contraire à celle du vent, c'est-à-dire contraire à l'opinion commune. Dans ses relations sociales, il apporte le

même esprit d'opposition, la même ardeur de contradiction, les mêmes habitudes satiriques contre tout le monde et contre chacun en particulier. Il a des emportements qui le conduisent aux actes les plus insolites. Un jour, il s'acharne contre une personne. La poursuite commencée ne s'arrête plus. Malheur à la colombe qui tombe dans les serres de l'oiseau de proie ! Au persécuteur il faut une victime. Or la victime ne manque jamais. Si nul ne prête le flanc à la critique où à la malveillance du persécuteur, celui-ci choisit. Il trouve toujours quelqu'un à combattre. Il tire dans le tas, selon une sinistre parole. Tant pis s'il atteint un ami. La persécution suit son cours, sans paix, ni trêve.

Je ne veux pas m'étendre plus longtemps sur ce fait. Il me suffira de le compléter en ajoutant que, dans la famille, il existe une personne qui a les mêmes instincts, et qui ne le cède en rien en violence, en haine non motivée et en poursuites contre le prochain. Ici se présente même une circonstance aggravante : la sécheresse du cœur et la malveillance s'allient, mystère incompréhensible, avec les dehors et la pratique de la religion.

L'éducation peut-elle opposer une barrière efficace aux mauvais instincts, et en particulier à l'instinct de persécution ? J'ai le regret d'avouer qu'il n'en est pas ainsi. Les germes de justice et d'honnêteté jetés dans le cœur de l'enfant ne portent pas toujours des fruits. Il existe des monstres dans l'ordre moral aussi bien que dans l'ordre physique. Il suffit de jeter les regards autour de soi pour en trouver la preuve. Chacun connaît des personnes qui s'abandonnent à leurs instincts les plus grossiers, bien qu'elles aient reçu les principes de la bonne éducation.

L'instruction la plus complète est encore moins que l'éducation un gage de sécurité contre l'envahissement des défauts et des vices. Les ornements de l'esprit et les aptitudes intellectuelles les plus merveilleuses ne sont un rempart assuré ni contre la méchanceté, ni contre la mauvaise conduite. On trouve des persécuteurs dans la catégorie des lettrés, et, soit dit en passant, ce ne sont pas les moins redoutables.

Si l'instruction la plus développée n'est pas un gage certain de sécurité contre les mauvais penchants, il faudra compter bien moins encore sur ces éducations superficielles et écourtées dans lesquelles ont été négligés la culture et le perfectionnement des facultés essentielles. Personne n'ignore que la plupart

des éducations dites brillantes, ne sont que des œuvres de parade à l'usage des personnes que l'on destine à la fréquentation du monde. Les lacunes les plus singulières existent dans l'esprit et dans le cœur des personnes livrées à ce genre d'éducation. Ces lacunes éclatent aux yeux des observateurs les moins attentifs et fixent l'opinion de ceux qui ne se laissent séduire ni par la richesse des ornements ni par la vanité des politesses de convention.

Les exemples à ce sujet ne sont pas rares ; j'en prends un au hasard.

Voici une personne bien née, dit-on. Elle a sucé, avec le lait, les règles de l'honnêteté. Son instruction, poursuivie sous la direction d'un homme véritablement distingué, laisse néanmoins beaucoup à désirer. Un certain babillage étudié à l'avance jette de la poudre aux yeux des admirateurs complaisants de la dame, qui ne rougit pas de s'attribuer beaucoup d'esprit. Malgré la prétendue richesse de son propre fonds, elle jalouse les supériorités qui se trouvent sur son passage, et qui ne se croient pas obligées à lui rendre hommage. Elle s'est composée une cour de médiocrités adulatrices, mais fort amies de la table et qui trouvent le salaire suffisant de leurs courbettes dans la bonne chère et dans le bon vin. Sous ce premier aspect, la dame n'est que vaine et ridicule : il n'y aurait même pas trop à dire si, au revers de la médaille, ne se trouvait l'esprit de persécution. Ambitieuse, amie de la domination, elle est sans scrupule sur le choix des moyens et sans pitié à l'égard de ceux qui ne s'inclinent pas devant sa personne. Pour la simple satisfaction de son orgueilleuse vanité, elle renverse tout ce qui fait obstacle à ses desseins. Elle trouble sans pitié le repos des familles, et, le cœur léger, elle brise les plus vieilles et les plus solides amitiés. Après la rupture elle ne reste pas indifférente, elle s'acharne avec une violence aveugle contre ceux qu'elle a aimés. Au milieu de ce désordre moral, l'intelligence conserve sa lucidité et la dame s'en sert pour couvrir d'apparences honnêtes ses procédés les plus perfides contre le prochain. Un service à rendre à une tierce personne explique au monde les motifs de la conduite de la petite sainte. A la décharge de cette pauvre insensée qui inspirerait de la pitié si elle n'était pas si méchante, il est utile de dire qu'elle compte dans sa famille des aliénés, des dégénérés de diverses sortes et des proches qui se sont signalés par des déportements honteux. Quant à elle, on peut la considérer comme destinée à sombrer

dans la paralysie ou dans la démence. Qui sait ? la fortune lui réserve peut-être le double lot.

L'éducation, ai-je dit, et j'ajoute maintenant l'instruction religieuse, ne sont pas des garanties absolues contre le mauvais génie de la persécution. Les meilleurs enseignements ne convertissent pas toujours au bien les âmes rebelles.

Il faut pourtant constater et reconnaître que les enseignements dictés par la religion sont les plus grands obstacles que l'on puisse opposer au triomphe des instincts. En l'absence de ces enseignements l'homme descend au niveau de la bête. C'est plus qu'un navire désemparé qui flotte au gré des vagues intelligentes, c'est une bête féroce abrutie par le vice, instrument toujours prêt pour tous les crimes.

Si l'influence des sentiments honnêtes et des nobles pensées échoue devant la puissance et l'entraînement des instincts, que faut-il espérer de la richesse ? L'expérience répond : rien de bien, rien de bon. Sous les vains oripeaux dont elle couvre ses favoris, on trouve l'homme tout entier avec ses qualités et avec ses misères morales. L'or, les diamants, les bijoux, ne préservent pas des passions les plus honteuses. Il ne faudrait pas lever tous les manteaux de soie que l'on connaît, ce serait s'exposer à mettre à nu bien des plaies morales, parmi lesquelles figure fort souvent le hideux génie de la persécution.

Je ne prétends nullement que la richesse corrompe le cœur et engendre les mauvaises passions. Au nom de l'expérience, je dis seulement qu'elle ne les refrène pas toujours d'une manière victorieuse et triomphante. J'ajoute, pour rendre hommage à la vérité, que la richesse impose des obligations dont le poids dépasse la force des âmes vulgaires. La classe des parvenus en offre de tristes et nombreux exemples.

Une personne d'origine vulgaire a eu la chance, grâce à sa beauté, d'arriver à la fortune. Le bonheur n'a pas adouci ses mauvais instincts. Mise en possession d'une richesse inespérée, elle est restée, riche, ce qu'elle était avant son élévation. Vaine, avare, ambitieuse, menteuse, elle joint à cette jolie kyrielle l'esprit de persécution. Parents, amis, bienfaiteurs, deviennent tour à tour des victimes innocentes. Elle n'a jamais passé un instant de sa vie sans avoir une haine dans le cœur. L'objet de la haine et la victime varient, la rage de la persécution ne varie pas. Le persécuté de la veille devient quelquefois le préféré du lendemain, mais bien fou serait celui qui se fierait à ce retour de tendresse. Ce n'est

qu'un simple armistice tout à fait temporaire, qui ne préserve nullement des récidives. Le cœur plein de fiel de cette femme sécrète un venin perpétuel qui s'épanche plus particulièrement sur ses proches et sur les amis qui lui ont rendu des services signalés. Cette insane a présenté, à plusieurs reprises, des accidents cérébraux d'une certaine gravité. Sa race n'est pas pure de dégénérescence mentale. On compte dans la famille diverses tares pathologiques dont le nombre précis n'est pas connu.

L'idiotisme partiel, qui laisse à l'individu une série de facultés intellectuelles, fournit, au point de vue psychologique, l'exemple singulier d'une merveilleuse mise en scène de ces facultés sous l'influence de l'instinct de persécution. Le simple récit de ce qui s'est passé pendant deux ans, sous mes yeux, fera comprendre ma pensée mieux que beaucoup de raisonnements.

M*** n'avait pu apprendre ni à lire, ni à écrire, encore moins à calculer. Il était propre et soigneux de sa personne. A première vue et de loin il présentait un assez bon aspect. Mais quand on voulait lier conversation, on ne tirait de lui que des phrases décousues, débitées en bégayant. Pour toute œuvre utile, sociale ou personnelle, peu importe, les facultés de l'entendement restaient muettes. Si le démon se mettait de la partie et suscitait des inspirations malveillantes, on voyait tout à coup s'épanouir des facultés dont on ne soupçonnait pas l'existence; alors l'idiot acquérait de la lucidité, de la finesse et une perspicacité surprenante. Les ruses, le mensonge au besoin, venaient à son aide pour l'accomplissement de ses mauvais desseins. Sa grande préoccupation était de nuire et il ne montrait nul scrupule dans le choix des moyens, pas plus d'ailleurs que dans le choix de la victime. Au milieu de ses exploits, notre persécuteur ménageait sa petite personne. La dissimulation, les ruses, les précautions les plus minutieuses étaient mises en œuvre par M*** pour se mettre à couvert contre les accusations et surtout contre les punitions. Aussi, était-il difficile, dans certains cas, de prouver sa culpabilité. Une seule chose le trahissait. Quand ce fourbe avait fait quelque grosse sottise qu'il attribuait à quelqu'un, et lorsqu'il était parvenu à faire gronder ou punir cette personne, fût-ce même l'un de ses compagnons d'infortune, on le voyait savourer en secret le plaisir d'avoir fait le mal. Un léger plissement de l'angle des paupières devenait le témoin accusateur et faisait connaître la culpabilité

de M***. Une fois découvert il avouait, non sans résistance, se confondait en excuses, faisait les promesses les plus chaleureuses, puis... la main tournée, il recommençait ses perfidies et ses méchancetés.

Dans l'observation de M*** nous trouvons l'exemple d'un persécuteur qui prend ses victimes partout, et qui ne se lasse jamais de les poursuivre avec opiniâtreté et injustice. Tel n'est pourtant pas le point essentiel à signaler. En effet, le fait psychologique le plus digne d'attention consiste dans l'existence, chez notre persécuteur, d'une série de facultés intellectuelles qui sommeillent constamment pour le bien, mais qui deviennent actives, et même ardentes pour le mal. Dévoré par l'instinct de la persécution, M*** met au service de cet instinct des facultés dont on ne soupçonnait pas l'existence.

Les exemples de persécution observés chez les aliénés et chez les hommes sains d'esprit sont tellement communs qu'il serait superflu d'en rapporter un grand nombre. Je désire cependant citer le suivant qui est instructif à plus d'un titre.

Une femme, sœur d'un idiot, mère d'une hystérique, ayant, elle-même de la difficulté à parler, sans être cependant ni aphasique ni paralytique, avait auprès d'elle sa mère, bonne vieille très-respectable. La mort récente du mari avait mis l'épouse survivante en la libre possession de sa part des biens de la communauté, augmentée des libéralités arrachées à la faiblesse du mari. Il s'agissait de jouir. Les mauvaises langues du village prétendaient que la mère était un obstacle à de secrets desseins. Diverses personnes, à l'exemple de la fille elle-même, disaient tout haut que la mère ne reverrait pas Paris. Alors on vit se dérouler une série de scènes étranges. La mère fut comme séquestrée. On ne permettait presque pas de communications avec la famille et encore moins avec les étrangers. On laissait la vieille mère dans l'obscurité complète pendant des journées entières, ou bien on allumait des lampes qui n'étaient éteintes que dans l'après-midi, quand le beau soleil d'été descendait sur l'horizon. Dès l'aube du jour, on servait un repas copieux et, vers le crépuscule, on apportait la tasse de café au lait. Il était défendu aux serviteurs de faire connaître à la prisonnière le jour de la semaine ou la date du mois. En toute chose on cherchait à dérouter la pauvre vieille femme afin de lui arracher des paroles contraires à l'état des choses et propres au besoin à la faire passer pour démente. La mère résistait.

En présence des étrangers et quand elle était libre de sa parole, elle s'exprimait avec rectitude et sans manquer aux règles du bon sens. Lorsque la fille paraissait, la mère se taisait. Quelquefois la mère et la fille restaient seules en présence, les portes étant bien closes. Des oreilles indiscreètes entendaient les cris étouffés de la vieille et le lendemain les serviteurs trouvaient son corps couvert d'ecchymoses. Si les actes de la fille étaient mauvais, ses paroles étaient douces et mielleuses. Quand on demandait des nouvelles de la mère retenue dans son lit, la fille, frottant ses yeux sous le prétexte d'essuyer une larme absente, gémissait et donnait cours à l'expression d'une vive douleur. En face de ces démonstrations hypocrites, que se passait-il ? La mère a-t-elle toujours eu la nourriture nécessaire et appropriée ? A-t-elle été purgée contrairement aux prescriptions du médecin ? Autant de questions qui n'ont pas reçu de réponse. — Finalement la mère n'a pas revu Paris. Elle a été inhumée avec pompe et placée sous une dalle élégante. On n'a pourtant pas entendu dire que dans la cérémonie funèbre le *libera* ait été remplacé par un *te Deum*. Le sépulcre a tout englouti, excepté le souvenir des actes de la persécutrice.

La présente esquisse peut se résumer en quelques mots :

L'esprit de persécution présente deux types distincts :

1° Chez les anomaliens, il constitue un vice de caractère compatible avec l'exercice régulier des facultés cérébrales ;

2° Chez les aliénés, on le rencontre assez souvent en compagnie des troubles cérébraux de toute espèce. Tantôt il se mêle avec les symptômes ordinaires de la folie et fait, en quelque sorte, corps avec elle. Tantôt, au contraire, il est isolé et se range parmi les délires partiels.

L'esprit de persécution passe à l'état de délire quand il suscite des actes désordonnés contraires à la morale et à la logique. Sous cette forme, il mérite la qualification de partiel, puisqu'il coexiste avec le plein et entier exercice de la presque totalité des facultés cérébrales.

Semblable, en ce point, aux autres aliénés partiels, les persécuteurs aliénés et même les anomaliens, jettent quelquefois leur dévolu sur une victime, non sur une autre. Bourreaux impitoyables, ils s'acharnent à la perte de la victime désignée, bien que tenant une conduite exemplaire à l'égard de toute autre personne.

Les persécuteurs de cette sorte ressemblent logiquement à certains monomanes suicides qui ont pris la ferme résolution

d'attenter à leurs jours à l'aide d'un moyen de destruction déterminé. Ils dédaignent ou même refusent les autres moyens de se donner la mort. Le choix exclusif du moyen de destruction est tellement prononcé qu'on peut impunément laisser entre les mains de ces délirants tous les instruments de mort, à l'exception de celui qui a été fixé à l'avance.

Quel'on me permette, en finissant, un mot sur le sort des victimes choisies par les persécuteurs. Ces victimes sont à plaindre parce que leurs bourreaux sont sans pitié, et parce qu'elles sont innocentes de toutes les accusations qui servent de prétexte aux supplices qu'on leur inflige. Je les plains encore parce que la perfidie qui vient de la langue et des lèvres est l'arme familière des persécuteurs, arme dangereuse, qui fait des plaies incurables, plus pernicieuses, en vérité, que celles produites par le fer des flèches ou par les charbons dévorants. Je crie malheureux persécutés innocents, et je leur dis : Tournez vos espérance vers le maître suprême, en répétant dans votre cœur, les paroles du Psalmiste : « *Libera animam meam à labiis iniquis et à linguâ dolosâ.* »

M. LEGRAND DU SAULLE. — Je viens d'écouter avec un vif intérêt la lecture de notre honorable et cher collègue, M. Bourdin, sur le *délire de la persécution chez les insanes*. Bien que le titre de ce travail me paraisse regrettable et bien que je fasse des vœux pour que l'auteur se décide à le modifier, je ne saurais laisser passer ici une semblable question, sans porter immédiatement à votre connaissance quelques faits récents d'une haute portée médico-légale. Ces faits mettront surtout en saillie cette circonstance que le guet-apens est le plus souvent l'un des moyens usuels des persécuteurs.

4° On peut voir en ce moment à Bicêtre un sieur B..., sujet hanovrien, prenant la qualité de physiologiste, se donnant comme un artiste incomparable et se disant l'ami de tous les savants de l'Europe. Cet homme, âgé de cinquante-trois ans, depuis longtemps à Paris, habitait un modeste cabinet rue Saint-Jacques, dans lequel personne n'avait jamais pénétré, et il fréquentait les cours publics, les laboratoires scientifiques et les bibliothèques. Claude Bernard, Berthelot, Marcy et Vulpian le connaissent de longue date et l'ont eu pour auditeur assidu. Il prenait constamment des notes, paraissait vivre d'une façon un peu étrange, causait avec une loquacité irritée et fatigante, mais n'avait point été l'objet d'une attention spéciale. Malgré

sa nationalité, il ne fut ni suspecté, ni inquiété, pendant le siège de Paris. B... possédait un capital de 20 à 25.000 fr. Pour accroître son revenu, il acheta des fonds ottomans. Le jour où le sultan déclara qu'il ajournait à cinq ans le paiement des intérêts de la dette turque, B... se trouva sans ressources, s'exalta, réclama violemment auprès de l'ambassadeur de la Sublime Porte et fut arrêté pour menaces de mort envers le représentant d'une puissance amie de la France. Je l'interrogeai presque aussitôt et le trouvai fort exalté, mais non délirant. En l'absence de tout renseignement, je ne crus pas devoir mettre en cause l'aliénation mentale et le physiologiste fut dirigé sur Mazas. Là, il fut visité par un expert, et l'enquête démontra alors que B... vivait dans un réduit sordide, plein de petits papiers, de pain moisi, d'anciens os de côtelettes, de vieilles salades et de détritrus de toute nature. M. Blanche conclut à la folie et provoqua une ordonnance de non-lieu. B..., fut ramené à l'infirmerie spéciale près la préfecture. Cette fois, sur le vu du dossier, je n'hésitai pas et je dirigeai le malade sur l'asile Sainte-Anne.

B... écrivit à l'ambassadeur d'Allemagne, invoqua sa nationalité et réclama sa liberté. Le prince de Hohenlohe le fit d'abord interroger par un médecin allemand, puis, sur l'attestation de ce dernier, il intervint auprès de M. le préfet de police. B... sortit de Sainte-Anne et ne tarda pas à recevoir de l'ambassadeur d'Allemagne une libéralité de 3.000 francs. >

Le physiologiste rentra dans son réduit infect, reprit ses habitudes anciennes et put n'être point inquiété pendant plus d'un an. Il vint chez moi, me demanda des élèves et me dit qu'il pouvait enseigner la langue allemande, la chimie, la physiologie, le piano, la danse ou le violon. Je ne lui promis rien et le congédiai avec politesse.

B... s'exalta de nouveau et se fit ce raisonnement: « Pourquoi le prince de Hohenlohe m'a-t-il donné 3.000 francs? C'est qu'il avait quelque chose à se reprocher vis-à-vis de moi; alors, c'est évidemment lui qui m'avait fait arrêter, jeter à Mazas, puis à Sainte-Anne. Mais un crime pareil peut-il se réparer avec une aussi misérable somme? Non, ce n'est pas assez. » A partir de ce moment, il devient inquiet, perplexe, anxieux, et il se rend presque chaque jour à l'ambassade allemande. Il réclame, insiste, parle haut et se fait éconduire. Irrité, mais non découragé, il expédie deux cent-cinquante lettres en Europe, au monde savant, et il m'accuse, ainsi que M. Bouche-

reau, médecin du bureau d'examen près l'asile Sainte-Anne, d'avoir été le vil complice d'un personnage aussi omnipotent que lâche ! Il revient chez moi, se déclare victime du plus odieux attentat, parle du prince Hohenlohe en termes injurieux, déclare qu'il fera un jour un grand scandale et qu'il est armé. A ces mots, il porte, peut-être sans intention, sa main droite dans la poche intérieure gauche de sa redingote, et je le dirige à reculons jusqu'à la porte de mon appartement. Quelques jours après, ses obsessions à l'ambassade d'Allemagne ne finissant pas, il était arrêté de nouveau, interrogé par moi et dirigé sur Sainte-Anne, puis sur Bicêtre. ...

Un an s'est écoulé. B... épuise toutes les formes de réclamations, s'adresse aux pouvoirs publics et met en campagne toutes les influences imaginables. Il a été interrogé par le procureur de la République et par deux de ses substituts, par un médecin-inspecteur de la préfecture de police, et, ce matin encore, il a torturé l'esprit de notre savant collègue, M. Falret. B... est loquace, exalté, menteur, vantard ; il a de lui-même et de tous ses talents l'opinion la plus ridicule, mais il discute et en impose. Je le crois très-dangereux. Que deviendra-t-il ?

2° Chavoutier (Pierre-Paul), courtier de commerce, âgé de 35 ans, très-intelligent, mais non éduqué, a une bonne tenue, le teint pâle, les traits réguliers, le regard incertain, les pupilles égales, la mémoire fidèle, la parole facile, abondante et dégagée. Il a été commis pendant quatre ans et demi chez M. Bujardet, manufacturier à Aubervilliers. Il déclare qu'il a fait des efforts inouïs pour améliorer les affaires de son patron et pour enrichir ce dernier. Il gagnait simplement 450 francs par mois, mais il était « l'âme de la maison ». Une contestation s'élève tout à coup entre M. Bujardet et Chavoutier, au sujet d'une somme de 658 francs, et Chavoutier, accusé d'abus de confiance, passe en police correctionnelle et est condamné, principalement sur la déposition de M. Bujardet, à six mois de prison.

A l'expiration de sa peine, Chavoutier se rend chez M. Bujardet, lui donne des explications interminables, tente de lui prouver son innocence, sollicite sa réintégration, puis, ne pouvant pas l'obtenir, il demande un certificat de bonne conduite, un bill de confiance, un témoignage d'estime. Toujours éconduit et désespéré, il diffame partout son ancien patron, se place dans une maison rivale de la sienne et invente tous les moyens possibles pour porter préjudice à M. Bujardet, en atten-

dant les débats publics d'un procès civil en dommages-intérêts, « pour préjudice causé par une fausse déposition à l'audience. »

Chavoutier n'a point d'argent pour entamer le procès qu'il médite, mais il vole une barrique de gélatine livrée par M. Bujardet et avec le produit de la vente de cette barrique, il pourra enfin plaider contre « l'homme qui lui a ravi son honneur. » Il est honnête, dit-il, et ne détournerait pas cinq centimes à qui que ce soit; mais vis-à-vis d'une marchandise appartenant à M. Bujardet, il a non-seulement le droit, mais le devoir de se l'approprier. Sa conscience l'exige. Soupçonné bientôt et arrêté, il est jugé et condamné à treize mois de prison.

Chavoutier, scandalisé de l'injustice des hommes et abreuvé de dégoût, pensant sans cesse « aux crimes » dont il a été la victime, commence à écrire le journal de ses impressions intimes. Il ne veut causer qu'avec lui, car lui seul est estimable, et il noircit trois ou quatre cents pages de grand papier. On relève çà et là les pensées suivantes : « Je ne suis retenu à la vie que par l'espérance de servir la cause humaine avec une abnégation totale de ma personnalité. — Les souffrances que la malice nous inflige ne sont rien, puisque la paix de la conscience et la santé de l'esprit les tournent en jouissances. — La folie est un démon sans fin qui, pour se faire nourrir et adorer, ne craint pas d'assassiner les lois de la nature, de détruire le siège de la raison. — Je tiens à la vie pour être le libérateur du genre humain. De l'enfer terrestre je veux faire un paradis terrestre, sans secousse pour personne, par la seule lumière de la persuasion. Je veux rendre Dieu et le Diable visibles comme une matière que l'on tient dans sa main, que l'on peut interroger, toucher, distinguer et comprendre comme la nuit d'avec le jour. — Une opinion est une passion. Une passion, dès qu'elle est victorieuse domine; tout ce qui domine opprime; tout ce qui opprime avilit; tout ce qui avilit dégrade. De là le forfait au grand jour par l'adoration du crime vertueux, par le vol honnête, par la probité malicieuse, par la sagesse de convention, et aussi par la supériorité décrétée tout comme si elle dépendait d'une volonté. »

Sorti de prison depuis trois ans, Chavoutier renouvelle auprès de M. Bujardet toutes ses entreprises de réhabilitation, ne recule devant aucune obsession, déclare d'abord qu'il se contentera d'un aveu écrit de « l'erreur commise »; puis il élève progressivement ses prétentions, sollicite un emploi largement rétribué dans la maison, et, enfin, à titre de réparation, une

somme de 3.000, de 40.000, de 30.000 et enfin de 400.000 francs. Il va plus loin encore : M. Bujardet doit lui abandonner immédiatement sa fortune et sa manufacture. Ce c'est pas trop pour le mal qu'il a fait !

Chavoutier imagine en dernier lieu le guet-apens que voici : Il loue une chambre rue des Jardins-Saint-Paul, près le quai des Célestins, et, sous un faux nom, il fait donner à M. Bujardet un important rendez-vous d'affaires. M. Bujardet, sans défiance, arrive à l'heure dite, et est reçu par Chavoutier, qui lui demande poliment si, oui ou non, il veut lui rendre son honneur. M. Bujardet parleméte, constate qu'il a été trompé par la lettre reçue, et, toujours suivi par Chavoutier, descend l'escalier, passe devant le concierge, tourne la rue des Jardins-Saint-Paul et se dirige vers sa voiture qui stationnait au coin du quai des Célestins. Au moment où il entre dans sa voiture et adresse la parole à sa femme, Chavoutier lui tire aux jambes un coup de revolver, qui n'atteint personne. M. Bujardet, afin de ne plus exposer sa femme, sort brusquement de voiture et se met à courir sur le quai. Chavoutier le poursuit, fait feu une seconde fois et M. Bujardet reçoit une balle dans le coude.

Le plan de Chavoutier était celui-ci : « Je vais blesser M. Bujardet et je passerai devant la cour d'assises. Là, je démontrerai que j'ai été littéralement martyrisé, que j'avais droit à une éclatante réparation, et que, ne l'obtenant pas, j'avais le devoir d'en appeler à l'opinion publique. Si je viens maladroitement à tuer M. Bujardet, toute réhabilitation possible m'échappe et je me brûle immédiatement la cervelle. Je suis, en effet, un honnête homme, et je n'ai pas envie de passer pour un assassin. »

Satisfait et fier de ce qu'il a fait, Chavoutier est écroué à Mazas. MM. Motet et Voisin l'y examinent à diverses reprises et concluent à l'irresponsabilité. Le parquet hésite et ordonne un supplément d'instruction. Je suis commis et je dépose un rapport très-net dans le même sens que nos deux collègues. Une ordonnance de non-lieu est rendue, et en février 1877, le malade arrive à Bicêtre. Il y est encore et va certainement mieux. Il demande sa sortie avec énergie, m'accuse violemment de ne pas l'avoir laissé passer aux assises et se préoccupe plus de moi aujourd'hui que de son ancien patron.

De son côté, M. Bujardet est venu me voir et il a prié M. le préfet de police de vouloir bien le prévenir, vingt-quatre

heures à l'avance, dans le cas où Chavoutier sortirait de Bicêtre « afin de pouvoir aussitôt quitter la France. »

Le maintien du *statu quo* est, quant à présent, la seule solution possible.

3^o Mourelon est depuis huit ans compositeur à l'imprimerie du *Journal officiel*. Il a trente-cinq ans, jouit d'une excellente réputation, et passe pour être sobre, laborieux et ponctuel. Il n'a aucun antécédent judiciaire.

Mourelon remarque une brocheuse, Jeanne C..., la fréquente, lui fait des cadeaux, la conduit le dimanche au concert, la surveille, l'épie, la demande en mariage pour une époque indéterminée, mais ne lui tient jamais un propos déplacé et reste un adorateur platonique, quoi qu'on ait pu tenter pour lui faire abandonner son attitude réservée, respectueuse et chaste. Jeanne C... a pour amie Eugénie, également brocheuse, dont les passions honteuses sont très-connues dans l'atelier. Mourelon va trouver Eugénie, la prie de ne point attirer chez elle Jeanne C... et il finit par la menacer. Il écrit au commissaire de police, dénonce Eugénie comme tribade, et, ne recevant aucune satisfaction, il déclare qu'il fera ses affaires lui-même. Un jour, en effet, il attend Eugénie et lui tire en pleine figure un coup de pistolet (sans balle). Il est arrêté, interrogé et envoyé à Sainte-Anne. Là, on l'occupe à copier des certificats; il ne suit aucun traitement et sort au bout de six semaines.

Mourelon rentre en août 1877 dans son imprimerie, retrouve Jeanne C..., recommence vis-à-vis d'elle ses obsessions tyranniques, se loge en face de la maison qu'elle habite et lui demande compte de tout l'emploi de son temps. « — Où étiez-vous hier soir, à neuf heures ? — Chez Eugénie. — C'est impossible, car il n'y avait point de lumière. — Non, nous nous amusions sur le tapis. » — Quelques jours après, Eugénie et Jeanne C... portaient un bouton à la lèvre.

Le compositeur commence à ce moment à relater jour par jour ses émotions, ses anxiétés et ses projets. Il annonce, par exemple, qu'il est forcé de prendre un grand parti et qu'il se voit obligé de mettre cette fois une balle dans son pistolet, d'attendre Jeanne C... à la sortie de son atelier et de la frapper à bout portant à l'épaule, « parce que les blessures à l'épaule ne sont pas dangereuses et n'entraînent pas la mort. » Mourelon veut amener un procès, provoquer une enquête, témoigner de toute la pureté de ses intentions, démasquer les habitudes immorales d'Eugénie, justifier ses plaintes et prou-

ver que le commissaire de police n'a pas fait son devoir. Il se doit à lui-même de remplir tous les termes de ce programme.

Un soir, Jeanne C... sort et reçoit une balle dans l'épaule. Mourelon se précipite à son secours, la prend dans ses bras, la console, la porte à l'hôpital des cliniques, puis se constitue prisonnier. Le lendemain, la balle était extraite par M. Broca.

Je fus chargé de constater judiciairement l'état mental de Mourelon et j'allai plusieurs fois l'interroger à Mazas. Je ne crus pas pouvoir conclure à l'irresponsabilité totale et je pensai que l'on pouvait lui demander compte, dans une certaine mesure, de l'acte si prémédité et si consenti qu'il avait commis. A l'audience de la police correctionnelle, tous les témoins protestèrent hautement contre l'imputation de folie chez Mourelon et dénoncèrent les mœurs déréglées d'Eugénie. Je fus entendu à mon tour, et le tribunal ne condamna l'accusé qu'à quatre mois de prison.

4^o Le 15 avril 1876, j'ai eu à examiner à l'infirmerie spéciale près la préfecture un sieur P... (Jean-Baptiste), accusé d'avoir porté des coups de barre de fer à M. D..., agent d'affaires, rue Jacob, à l'occasion d'une réclamation d'un billet ancien. Il s'était présenté avec le plus grand calme chez M. D..., qu'il obsédait depuis longtemps, et il se servait de la barre de fer comme d'une canne. J'ai rarement rencontré un homme plus difficile et plus astucieux que P...; aussi, la situation qui lui était faite me préoccupait-elle vivement. Voici textuellement le certificat que je rédigeai, après un interrogatoire très-serré de trois heures consécutives : « Niveau intellectuel moyen. Elocution facile. Volonté énergique. Tendances éminemment processives. Somme de 120,000 francs dépensée en comptes, chicanes, expertises, procès, liquidations, séparation de corps, etc. Prétendu inceste (sa femme aurait été la maîtresse de son propre père). Haine violente contre les officiers ministériels qui l'ont ruiné et contre la justice qui l'a sciemment desservi. Fausses interprétations. Crainte de passer dans son pays pour un voleur, à la suite d'un billet qu'il aurait fait payer deux fois. Idées véritables de persécution. Désir maladif de passer devant un tribunal correctionnel ou une cour d'assises, afin de faire plaider à nouveau tous ses anciens procès et de faire savoir par son avocat qu'il est un honnête homme et qu'il a été victime toute sa vie. Préméditation avouée. Acte violent non regretté. Part considérable de volonté et de liberté morale. Place-

ment plus que difficile *aujourd'hui* dans un établissement d'aliénés. »

P... fut remis entre les mains d'un juge d'instruction, à la suite de cette pièce ; mais des scrupules se firent jour et M. Motel fut commis à titre d'expert. Notre collègue confirma mon opinion clinique. P... fut traduit en police correctionnelle et condamné à six mois de prison.

5° Il y a deux ans, M. B..., substitut du procureur de la République à***, fils d'un très-honorable et riche président de chambre d'une cour d'appel, se battit en duel. Il donna sa démission. Replacé comme substitut ailleurs, il lança un verre de bière dans un café à la tête d'un avocat, et donna de nouveau sa démission. Inscrit au barreau d'un chef-lieu de département, il plaida peu, accusa ses ennemis de son insuccès, et ne tarda pas à dire que la femme d'un ancien député, sa parente, lui avait fait des avances galantes, et qu'il allait être obligé de faire interdire son père, pour cause d'aliénation mentale. « Si mon père n'est pas fou, ajoutait-il, c'est alors un vieux coquin. »

Placé dans une maison de santé tenue par les frères de St-Jean-de-Dieu, il réclama avec acrimonie, rédigea des mémoires justificatifs, accusa les médecins d'avoir été achetés et les menaça. Son père fut intimidé, provoqua sa sortie et le reçut chez lui. A quelque temps de là, M. B... rencontre dans la rue M. le docteur***, qui avait signé le certificat de placement et il le frappe à coups de canne, puis lui enfonce son chapeau jusqu'au menton. Des passants interviennent et mettent fin à cette déplorable agression.

M. B... est arrêté et placé d'office à l'asile public d'aliénés de***, mais il donne quelque argent à un infirmier, s'évade et arrive à Paris. Je reçois sa visite et il me demande un certificat de raison. — « La raison, lui répondis-je, ne se certifie jamais médicalement ; elle se démontre par les paroles, par les écrits et par les actes. La certifier comme un vulgaire bouton de vaccine, ce serait lui faire outrage. » M. B..., rusé, fourbe et flatteur, ne répliqua point, mais il revint plusieurs fois et insista pour avoir de moi un mémoire ou tout au moins une lettre destinée à son père. Je ne promis rien et je l'obligeai à m'écrire toutes ses aventures. Dans le document qu'il m'envoya, l'exaltation, la passion et les fausses interprétations abondent d'un bout à l'autre.

Sur ces entrefaites, M. B... est arrêté, sur des dépêches éma-

nant du procureur de la République et du préfet de***. On me l'amène à l'infirmerie spéciale près la préfecture et il m'accuse aussitôt d'être pour quelque chose dans ce qui lui arrive. Le fait étant notoirement faux, je me disculpe. Il insiste avec hauteur pour savoir à quel parti s'arrêtera l'administration, me met au défi d'attester sa folie et me menace. Fort de ma conviction, je signe une pièce très-motivée et le malade part pour un établissement d'aliénés. Les certificats du médecin traitant et d'un médecin envoyé *ad hoc* confirment pleinement le diagnostic porté en premier lieu.

Sur la demande de son père, je viens d'aller le voir et il m'a tenu ce propos étrange: « Nos situations respectives, m'a-t-il dit, sont bien changées. Vous avez fait de moi un fou; aussi, puis-je vous tuer et être déclaré irresponsable. »

M. B... est le raisonnant persécuteur le plus dangereux que j'aie jamais rencontré. Je suis d'avis qu'il y a lieu de le transférer à Charenton et j'espère que ce changement s'opérera bientôt. S'il s'évade et qu'il retourne dans son pays, je tremble d'avance pour la vie de son père et je pourrais prédire à quels déplorable scandales il se livrera!

Tels sont les principaux faits qui me reviennent en ce moment à l'esprit, à l'occasion du travail de M. Bourdin. Dans mon opinion, tous les raisonnants persécuteurs sont des héréditaires. Je me suis très-longuement étendu sur ces malades si difficiles à apprécier, lorsque j'ai publié mes leçons sur *la folie héréditaire*. Je n'y reviendrai pas en ce moment, mais j'insiste, en terminant, sur ces particularités significatives: en général, le persécuteur écrit ses impressions et fait une sorte de journal, et, d'autre part, il cherche à faire tomber sa victime dans un guet-apens. Enfin il n'est jamais halluciné.

La séance est levée à six heures.

D^r ANT. RITTI.

Séance du 25 février 1878. — Présidence de M. Prosper Lucas, vice-président.

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

Des aliénés persécutés raisonnants, et persécuteurs.

A propos de la communication de M. Bourdin, M. J. FALRET présente les observations suivantes :

1° Il est très-dangereux, au point de vue du diagnostic de la folie et de la médecine légale, de laisser flottantes les limites entre les excentriques et les aliénés, entre les caractères défiants, soupçonneux, ombrageux et les aliénés persécutés proprement dits. On passe souvent de l'un à l'autre : les caractères défiants, disposés à croire qu'on leur veut du mal ou qu'on leur en veut, passent facilement de cet état du caractère, à un véritable délire de persécutions avec interprétations délirantes ; mais quand la folie se caractérise, il survient de nouveaux caractères qui distinguent la folie de la raison, et c'est sur ces caractères que doit porter l'étude pour faire de la science véritable, rendre réellement service aux magistrats, et ne pas rester dans la sphère des philosophes ou des romanciers qui confondent par nuances insensibles les caractères avec la maladie, les mélancoliques du monde avec les mélancoliques aliénés.

2° Il faut étudier deux variétés bien distinctes de délire de persécution : le délire de persécution classique avec ses phases successives, ses périodes, ses caractères multiples (hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale), et ses périodes plus ou moins chroniques, et 2° le délire de persécution chez les aliénés raisonnants qui a des caractères particuliers s'accompagnant de symptômes physiques, ne se systématise pas, mais qui souvent n'a pas d'hallucination.

1° Ils sont héréditaires.

2° Ils ont des signes physiques de dégénérescence et des congestions.

3° Ils écrivent plus mal qu'ils ne parlent et font des mémoires.

4° Ils personnifient la persécution dans une seule personne et la poursuivent par le chantage, les obsessions, etc.

5° Ils n'ont pas d'hallucinations de l'ouïe ni de la sensibilité générale et n'aboutissent pas aux périodes chroniques ultérieures.

6° Ils sont malades toute leur vie avec des paroxysmes, mais restent toujours les mêmes à un âge avancé et n'aboutissent jamais à la démence.

7° Ils meurent comme les raisonnants et les héréditaires par des congestions ou des accidents cérébraux subits, semblables à ceux qu'ils ont éprouvés ordinairement avant la puberté ou à divers intervalles pendant toute leur vie.

8° Ils ont un orgueil incomparable, sont des inventeurs stériles, des déclassés, des incompris, ont des facultés remarquables,

d'immenses lacunes dans l'intelligence et surtout dans le moral. Ils manquent de sens moral.

M. LUNIER fait observer que les persécutés proprement dits sont, dès le début, dans un état aigu, tandis que les autres sont dans un état subaigu ; de plus, les uns sont presque toujours des héréditaires, tandis que les autres ne le sont qu'accidentellement.

M. DELASIAUVE s'élève contre la multiplicité abusive des distinctions : c'est jeter la confusion dans la science. La dénomination de *délire de persécution* lui semble particulièrement fâcheuse. Si dans le langage usuel, elle a quelque chose de saisissant, elle prête scientifiquement à des préconceptions regrettables. Le délire de persécution n'est ni un ni identique, il varie autant que les sujets dans ses sources et son expression. Le mérite d'une classification est d'être simple et claire ; ailleurs donc doit en être le principe.

D'où procède le délire de persécution ? Dans quelle catégorie le caser ? Notoirement la réponse à ces demandes ne surgit point des aspects sous lesquels la plupart des aliénistes envisagent cette forme d'aberration psychique.

Et d'abord, appartient-il aux folies générales ou partielles ? Ce point n'est guère discuté. La désignation seule présuppose un délire partiel, systématisé, compatible, hors la sphère malade, avec l'intégrité mentale. En est-il toujours ainsi ? M. Delasiauve pense qu'en compulsant les faits on en trouverait beaucoup qui figurent indûment sous ce titre. Parmi les hébétudes ou obtusions légères formant le degré affaibli de son genre stupide, plus d'un type, par des ébauches de systématisation, simulerait les craintes et les défiances du délire de persécution. Démarcation capitale ; car, tandis que ce dernier, en vertu de l'évolution logique qui préside à son organisation est de sa nature tenace, l'autre, soumis à une oppression cérébrale en suit les oscillations et peut soudainement se modifier ou disparaître avec elle. Il s'accommode surtout du traitement physique.

Maintenant, circonscrivît-on le délire de persécution dans le cercle des aliénations dites monomaniaques, est-ce une raison d'en constituer un genre essentiellement distinct de ces dernières et de différencier non moins radicalement ses propres espèces ? M. Delasiauve pense qu'en exagérant on perd de vue le vrai caractère des faits.

Où le délire de persécution puise-t-il ses éléments si ce

n'est dans le commun domaine moral perceptif, conceptif et passionnel ? Illusions et hallucinations, idées chimériques, convictions extravagantes, sentiments dénaturés, ambition fantastique, appétits dépravés, instincts pervers, etc., ressortissent à ce domaine. Tout cela s'appelle, réagit mutuellement et s'enchevêtre dans les manifestations psycho-morbides, de façon que souvent il est difficile de reconnaître la cause génératrice et de dire si les phénomènes prédominants sont incidentels ou primitifs.

Les fausses sensations, par exemple, si saillantes dans la plupart des délires de persécution qu'on propose d'en faire la caractéristique d'une division principale, naissent rarement d'une pure irrégularité nerveuse. Un clerc d'huissier est sous le coup d'une poursuite criminelle. Craignant à chaque instant d'être arrêté, il s'esquive de son domicile. Bientôt, agité et sans sommeil, il entend des voix accusatrices, des agents, des gendarmes sont à sa poursuite, etc. Qui amène ce désordre ? La crainte parvenue au degré pathologique.

On conçoit, d'ailleurs, que les cas spécialement subordonnés aux mobiles conceptifs ou passionnels puissent être exempts d'hallucinations. Cela arrive à toutes les variétés de monomanies. L'érotomanie, les délires affectifs ou mystiques ont fréquemment, pour double base, l'exaltation passionnelle et les apparitions des personnages rêvés. Mais y saisir un trait formellement différentiel serait, selon M. Delasiauve, aussi contraire à la théorie qu'à l'expérience. Il faudrait, avant de le contredire sur ce point, soumettre un grand nombre d'observations à une rigoureuse analyse.

C'est qu'effectivement, en regard du pouvoir syllogisant, toutes ces formes partielles ont une position identique. Il est au service de chacune; l'évolution et la physionomie des symptômes se trouvant dès lors subordonnées à la nature et à la complexité des incitations respectives.

M. Delasiauve ajoute une remarque concernant les aliénés dits persécuteurs. Incidemment, M. Bourdin, s'il ne s'abuse (et il est aise de son acquiescement), les aurait rapprochés des types qu'il vise et dont l'analogie est frappante avec les folies lucides de M. Trélat. Au point de vue de la doctrine, ce sujet reste assez obscur. Certains *persécutés* deviendraient *persécuteurs*. Peut-être serait-il plus juste de dire *vengeurs*, la plupart croyant obéir à des griefs légitimes. Mais ce ne sont pas les vrais *tourmenteurs*. Ceux-ci, instinctifs, de tempérament vicieux, con-

génial ou acquis se complaisent dans le mal faire ou la haine. Leur jouissance, en quelque sorte, consiste à calomnier, à dénoncer, à vexer, à inventer et à mettre en œuvre tous les moyens de nuire ou de brouiller ; d'autant plus dangereux que chez nombre d'entre eux cette coupable manie se dissimule sous des dehors trompeurs ; sans paraître fous ils le sont en ce sens que leurs méchancetés ou leurs artifices procèdent de penchants naturels mal équilibrés et où parfois la périodicité des recrudescences décèle une empreinte morbide.

Cet état ambigu rappelle du reste à M. Delasiauve des cas dont il s'étonne qu'on ait négligé la signification diagnostique.

Ils répondent à l'idée qu'on s'est faite longtemps des monomanies. Ceux-là motiveraient sans conteste une délimitation d'où ressortirait *ipso facto* leur évolution tout entière. La folie de J.-J. Rousseau en est un exemple. Née de causes ordinaires, grandissant par elles, elle n'a jailli accidentellement qu'en dépassant les limites physiologiques, mais toujours concordante avec les mobiles incitateurs, circonstance rare dans les délires partiels d'origine morbide. Les persécutions dont Rousseau se croyait victime n'étaient rien moins que chimériques. Les envieux de sa supériorité exploitaient la fausseté de sa position ; ce qui ne l'en exaspérait que davantage. Il s'efforçait de dominer ses impressions et y réussissait habituellement ; ce n'est que, par exception, dans des moments de susceptibilité que l'atteinte, suraiguë, le conduisait à des extravagances dont il se rendait compte après coup ; ses confessions attestent qu'il fut son meilleur juge.

Dubois (d'Amiens) s'y est mépris dans une note à l'Académie de médecine. Corancez avait vu Rousseau en proie à une période d'agitation ; n'était-ce pas assez pour l'assimiler aux insensés sujets à des hauts et des bas ? Ce que n'a point aperçu Dubois (d'Amiens), c'est la différence de causes et de caractère entre telles et telles exacerbations. Rousseau, plus ou moins résigné, ne sortait guère de son calme relatif qu'après quelque avanie plus ou moins grave. A l'abri de ce tourment dans une atmosphère réconfortante, le sang-froid l'aurait préservé de tout écart. Soumis au contraire aux péripéties de l'activité morbide, le monomane, fléau de sa famille, s'agite spontanément au sein des conditions les plus favorables. Pour exprimer ce contraste, M. Delasiauve range la folie de Rousseau parmi les délires partiels *extra-physiologiques*.

Donc, point de similitude possible.

M. BOURDIN rappelle qu'il a voulu attirer l'attention sur un état intermédiaire entre l'aliénation mentale franche et un état physiologique presque normal. Il a pris pour exemple le délire de persécution et a donné le nom d'*insanes* à ces individus vivant dans le monde, y remplissant leurs devoirs sociaux plus ou moins convenablement, mais n'ayant jamais manifesté un désordre d'esprit assez franc pour donner lieu à un examen médical. Quant au mot d'*insane* que quelques personnes lui reprochent, il n'y tient pas autrement et est prêt à le changer.

- *Correspondance.*

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre de remerciement du D^r Gallopain, d'Evreux, dernièrement nommé membre correspondant de la société.

M. le PRÉSIDENT communique une lettre qu'il vient de recevoir par laquelle M. Fournet, inscrit pour une communication, s'excuse, pour cause de maladie, de ne pouvoir assister à la séance et demande à être inscrit pour la prochaine réunion.

Prix Aubanel.

M. MOTET, au nom de la commission dont il est rapporteur, donne lecture du rapport suivant :

Messieurs,

Vous avez institué une Commission composée de MM. Dagonet, Falret, Legrand du Saulle, Lunier et Motet, que vous avez chargée de choisir une question qui pût être mise au concours pour le prix Aubanel de 2,400 fr., à décerner en 1879. Une lettre circulaire a été adressée à chacun de vous, pour vous inviter à envoyer à la Commission une question de votre choix. Il ne nous est parvenu qu'un petit nombre de réponses, il est vrai, mais du moins les sujets proposés nous ont paru répondre aux préoccupations scientifiques de l'ordre le plus élevé. Notre tâche n'en a pas été rendue plus facile, et nous nous sommes trouvés dans ce singulier embarras de ne savoir auquel donner la préférence. Cependant, nous nous serions mis d'accord, si une considération des plus grandes ne nous avait imposé une réserve que vous approuverez, nous l'espérons du moins. Le temps nous presse ; les mémoires doivent nous être parvenus avant le 31 décembre, terme de rigueur. Devons-nous dans ces conditions, imposer l'une des questions qui nous ont été proposées ? Elles comportent toutes, sans exception,

des développements étendus, et nous avons été un peu effrayés des difficultés d'une tâche à laquelle le temps nécessaire pourrait bien manquer.

D'un autre côté, plusieurs d'entre vous étaient d'avis que le meilleur moyen d'attirer les candidats, c'était de leur laisser le champ libre : ils demandaient qu'on ne formulât pas de question, et que l'on décidât que le prix serait décerné au meilleur mémoire sur un sujet quelconque de pathologie mentale. Votre Commission s'est immédiatement demandé si, en acceptant cette formule très-large, elle ne devait pas la préciser. En effet, la question ainsi posée, il y avait lieu de déterminer si les ouvrages imprimés seraient acceptés ; et s'ils devaient être acceptés, n'était-il pas juste de limiter la date de leur publication, et de déclarer qu'ils ne devaient pas être parus depuis plus de deux ans? Votre Commission a pensé que les ouvrages imprimés, thèses, brochures et livres, devaient être écartés du concours, et se ralliant à l'idée de laisser le choix de la question à traiter aux candidats eux-mêmes, elle a décidé de n'admettre que les mémoires manuscrits. Elle espère par ce moyen stimuler plus directement le zèle; elle croit qu'elle sera plus facilement écoutée et qu'elle ne se trouvera pas, en 1879, en présence d'une abstention aussi regrettable que celle de cette année.

En conséquence, votre Commission a l'honneur de vous soumettre la proposition suivante :

La Société médico-psychologique décernera, au mois d'avril 1879, le prix Aubanel de la valeur de 2,400 francs, au meilleur mémoire manuscrit sur une question de Pathologie mentale et nerveuse.

Les mémoires, écrits en langue française, porteront une épigraphe qui sera reproduite sur un pli cacheté, contenant le nom de l'auteur.

Ils seront parvenus, avant le 31 décembre 1878, à M, le Dr Motet, secrétaire général de la Société médico-psychologique, à Paris, rue de Charonne, 161.

Organisation d'un Congrès international de médecine mentale.

M. MOTET : Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Blanche, Dumesnil, J. Falret, Lasègue, Le-grand du Saulle et Lunier d'étudier la question d'un Congrès

international de médecine mentale à tenir cette année à Paris. Votre Commission s'est réunie plusieurs fois chez notre honorable Président, M. Baillarger, et j'ai l'honneur de vous exposer le résultat de ses délibérations.

Nous nous sommes trouvés en présence de questions de divers ordres que nous avons voulu résoudre immédiatement. Il est permis de supposer qu'un certain nombre de nos collègues, peut-être même de médecins étrangers, visitera Paris pendant les mois de juin et de juillet; nous avons pensé qu'il serait bon de reporter à la fin de mai notre séance solennelle, et de tenir, pendant les mois de juin et de juillet, les deux séances supplémentaires, habituellement placées en novembre et en décembre. Cette modification ne peut en rien troubler nos travaux, elle doublera nos chances de nous rencontrer avec quelques-uns de nos associés ou de nos correspondants.

L'époque qui nous a semblé le plus favorable pour la réunion du Congrès est le commencement du mois d'août, et la Commission a été unanime à fixer pour son ouverture la date du lundi 5. La question de la durée ne nous a pas longtemps arrêtés. L'expérience a démontré que la session ne doit pas être longue, si l'on veut qu'elle soit utilement remplie: la prolonger au delà d'une semaine, c'est s'exposer à des défections qui nuisent à l'intérêt des séances. Votre Commission a décidé qu'elle serait close le samedi soir 10 août.

Les travaux du Congrès seront divisés en deux parties. Trois séances plénières seront tenues, la première le lundi 5 août, la seconde, le mercredi 7, la troisième le vendredi 9. — Elles seront occupées par les communications des membres adhérents qui se seront fait inscrire; le temps réservé à chaque orateur ne pourra pas dépasser vingt minutes.

Le 5 août, après une allocution du Président de la Société médico-psychologique, le bureau sera constitué; les sections seront invitées à se former, elles se réuniront immédiatement; les séances de section auront lieu le 6, le 8 et le 10, dans l'après-midi.

Elles correspondront aux trois divisions suivantes:

- 1° Administration des asiles, statistique, législation;
- 2° Pathologie mentale et nerveuse;
- 3° Médecine légale.

Dans les sections, auront lieu les discussions; chaque section nommera son bureau, et fixera elle-même ses ordres du jour.

Les matinées seront consacrées à des visites dans les asiles du département de la Seine.

Le samedi 10 août, un banquet réunira les membres du Congrès.

Le lundi, 12 août, nos honorables collègues, MM. Rousselin et Foville, invitent les membres du Congrès à visiter les asiles du département de la Seine-Inférieure. Cette excursion devant occuper toute une journée, nous n'avons pas cru devoir la comprendre dans notre programme de la session.

Avant l'ouverture du Congrès, une lettre circulaire sera adressée à tous les médecins et directeurs d'asiles de France et de l'étranger. Elle sollicitera leur adhésion et les invitera à faire connaître le sujet sur lequel ils désireraient prendre la parole dans la séance plénière, ainsi que la section dans laquelle ils se proposent de se faire inscrire. Les ordres du jour des séances seront dressés conformément à ces indications.

Les adhésions et la désignation des sujets à traiter devront être envoyées au secrétariat général de la Société médico-psychologique avant le 15 juillet.

La Commission a fixé à 40 francs la cotisation de chacun des membres adhérents.

Toutefois, il lui a paru convenable que les membres de la Société médico-psychologique qui prennent l'initiative du Congrès, concourent pour une plus large part aux dépenses que comporte son organisation. Elle a arrêté le chiffre de 25 francs pour la cotisation des membres titulaires et honoraires.

La question du lieu des séances n'a pas pu être définitivement tranchée. Elle est subordonnée à des considérations de divers ordres ; votre Commission l'a réservée, quant à présent. Lorsque le moment sera venu, elle vous soumettra le projet qui lui a semblé le meilleur, et qui répondra le mieux aux exigences spéciales d'une installation toujours difficile.

Votre Commission sollicite dès aujourd'hui, Messieurs, votre adhésion. Il lui importe de savoir qu'elle trouvera tout prêt votre utile concours, elle a la ferme confiance que tous les membres de la Société médico-psychologique tiendront à honneur de maintenir le renom d'une société savante qui jouit à l'étranger d'une haute réputation.

La séance est levée à 6 heures. Paul MOREAU (de Tours).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Bordeaux médical (1873-1874).

1. *Hémorrhagie cérébrale avec hémiplégié, autopsie*, par le Dr Vergely (n° du 7 déc. 1873).

Dans ce cas assez rare, la mort est survenue six mois après l'attaque hémorrhagique à la suite d'un phlegmon diffus dans le membre supérieur droit hémiplégié; le Dr Vergely voit une relation probable entre la lésion cérébrale et le phlegmon diffus du bras hémiplégié. L'autopsie a permis de reconnaître que l'hémorrhagie avait eu lieu au niveau du corps strié. Cette observation est évidemment écourtée et incomplète, mais elle trouvera peut-être sa place dans la série des troubles trophiques survenus après lésion cérébrale, à l'exemple des troubles qui surviennent dans les lésions médullaires, et qui ont été si bien décrits par le professeur Charcot et ses élèves.

2. *Observation d'un cas de méningite cérébro-spinale*, par le Dr Vergely (numéro du 19 janvier 1873).

Cette observation d'une femme de 73 ans a été recueillie en 1866 dans le service du professeur Charcot; c'était un cas sporadique, puisque aucun fait semblable ne s'est produit à la Salpêtrière la même année. La méningite cérébro-spinale est donc rare dans les hôpitaux civils, Grisolle ne l'ayant vue qu'une fois en quinze ans; elle se rencontre plus fréquemment à l'état épidémique chez les militaires, où elle a été particulièrement observée et décrite par MM. Tourdes, Bourdin et Valin (Emile).

3. *Fracture du crâne*, par François Franck, interne dans le service du Dr Lanelongue, de Bordeaux (numéro du 11 janvier 1874).

La fracture qui siégeait au niveau de la fosse temporale avait déterminé une hémorrhagie méningée abondante ayant occasionné la mort par compression cérébrale; l'autopsie a été

faite avec soin et longuement rédigée; l'hémorrhagie provenait de la méninge moyenne.

4. *Fracture du crâne*, par Delmas, interne du service du D^r Azam (numéro du 25 janvier 1874).

La fracture siégeait aussi dans la région temporale et s'accompagnait d'un épanchement sanguin considérable entre les os du crâne et la dure-mère; la mort est survenue brusquement le troisième jour; l'autopsie a été faite.

5. *Inculpation d'attentat à la pudeur*. Rapport médico-légal par MM. Lafargue et Bulard (numéro du 1^{er} février 1874).

6. *Traitement hydrothérapique de la lypémanie simple*, par le D^r Paul Delmas (numéro du 12 avril 1874).

7. *Alcoolisme chronique, accidents nerveux visuels*, par Franck, interne du service du D^r Gintrac (numéro du 10 mai 1874).

Chez un marin, âgé de 45 ans, on a pu observer le tableau presque complet des désordres multiples produits par l'abus prolongé des boissons alcooliques; ce malade présentait en effet des troubles du système nerveux, du foie, de l'estomac, de l'intestin, du cœur et du poumon. L'appareil locomoteur et l'organe de la vue avaient aussi subi l'action du poison ingéré quotidiennement depuis vingt ans.

8. *Folie subite, assassinat*. Rapport médico-légal par le D^r Bulard (numéro du 2 août 1874).

Une femme aliénée et placée à l'asile des aliénées de Bordeaux avait été condamnée aux travaux forcés à perpétuité. Le procureur général de Poitiers, ayant conçu des doutes sur son degré de responsabilité, demanda, après coup, une expertise médico-légale, qui fit voir que cette malheureuse était irresponsable de ses actes au moment de la perpétration du crime. La peine fut commuée en celle de quinze ans de travaux forcés.

9. *Alcoolisme, vols, escroqueries, ordonnance de non-lieu*, par les D^{rs} Bulard et Lafargue (numéro du 16 août 1874).

10. *Traitement de l'ataxie locomotrice*, par le D^r Delmas (numéro des 20 et 27 septembre 1874).

« 1^o La médication interne de l'ataxie locomotrice a pour base

- » l'emploi du nitrate d'argent, de la belladone, de l'ergotine
 » et du phosphore. Elle est peu efficace ;
 » 2° La médication externe par les révulsifs cutanés, tels
 » que vésicatoires, cautères, pointes de feu, est abandonnée
 » aujourd'hui, avec juste raison, depuis que la lésion anatomi-
 » que de la maladie est bien connue. Les ventouses sèches un
 » peu grandes sont seules à conserver ;
 » 3° La méthode hydrothérapique est la médication par
 » excellence de l'ataxie. Elle n'a jamais donné une guérison
 » complète, mais souvent des améliorations très-considérables
 » et durables, ou, tout au moins, un soulagement manifeste ;
 » 4° La médication électrique (méthode de Remack, cou-
 » rants continus), la seule logiquement applicable ici, est un
 » adjuvant de la précédente ;
 » 5° L'une et l'autre doivent être très-longtemps continuées.
 » Le choix de la saison serait indifférent quant à l'effet théra-
 » peutique en lui-même, mais il importe quelquefois, en
 » raison de la sensibilité exagérée au froid, de la plupart des
 » ataxiques ;
 » 6° Presque désarmé en présence des accès névralgiques de
 » cette maladie, on peut, quelquefois, espérer les calmer à
 » l'aide de courants continus, ou de sudations modérées.
 » Les injections hypodermiques sont encore moins efficaces
 » que les agents précédents. Quant au chloral, c'est une res-
 » source ultime pour endormir momentanément le malade
 » épuisé par une période névralgique de trop longue durée. »

Gazette médicale de Strasbourg (1873-1874).

1. *Hémorrhagie extra-méningée*, par le Dr J. Christian, médecin en chef de l'asile de Maréville (numéro du 4^e septembre 1873).

Cette observation suivie d'autopsie a été recueillie à l'asile de Stéphansfeld en 1863. L'hémorrhagie est survenue à la suite d'une indigestion chez un imbécile maniaque de 48 ans ; elle tire son principal mérite de sa rareté, ajoute M. Christian, puisque l'hémorrhagie extra-méningée ne survient guère en effet qu'à la suite d'un traumatisme plus ou moins violent.

2. *Deux observations de goître exophthalmique*, par le Dr Lieffermann (numéro du 1^{er} mars 1874).

3. *Phénomène respiratoire de cheyne-stokes*, par le D^r Hœpffner de Sainte-Marie-aux-Mines (numéro du 4^{er} septembre 1874).

Sous le titre : affection centrale, notre confrère publie une observation non suivie d'autopsie et dans laquelle il a cru reconnaître ce mode particulier de respiration cérébrale, dénommé par Traube sous le nom de phénomène respiratoire de cheyne-stokes ou ischémie du centre respiratoire. Le D^r Bernheim, de Nancy, dans la *Gazette hebdomadaire* (1873) a repris la pathogénie de ce phénomène et en a exposé le mécanisme et la symptomatologie clinique.

Revue médicale de Toulouse (1873-1874).

Observation d'hystérie, par le D^r Fontagnères (numéro de fév. 1874).

Cette observation a permis au D^r Fontagnères de constater dans les excréments de sa malade les débris osseux d'un lézard qu'elle avait avalé avec du bouillon ; et cela, pour se guérir de l'épilepsie qu'elle n'avait pas. Le bouillon de lézard n'a pas guéri la malade, qui est et sera toujours hystérique.

Revue médicale de l'Est.

Réflexions sur l'état de stupidité chez certains aliénés, par le D^r Bécoulet, de Dôle (numéro de juillet 1874).

Suivant M. Baillarger, la stupidité est une des formes de la lypémanie accompagnée d'un délire actif sous l'influence d'hallucinations vives (1843). MM. Sauze, Marcé et Cullère partagent cette opinion combattue d'ailleurs par Etoc-Demazy, Guislain, Morel et Delasiauve. Le D^r Bécoulet est d'avis de faire rentrer la stupidité dans le cadre de la lypémanie tout en disant que, dans plusieurs cas, il a constaté que la stupidité avait constitué à elle seule toute la symptomatologie. Il regard comme fort difficile de différencier la lypémanie stupide simple de la stupidité d'origine hystérique.

D^r DOUTREBENTE.

JOURNAUX ANGLAIS

Le mental Science,4^e trimestre 1874.Analyse par MM. les D^{rs} DUMESNIL et PONS.

ARTICLES ORIGINAUX.

- Thomas Lawes Rogers. — *Adresse présidentielle à l'assemblée annuelle de l'Association médico-psychologique tenue le 6 août 1874.*
- J. Batty Tuke. — *Remarques sur un cas de folie syphilitique.*
- Daniel Hack Tuke — *L'ermite de Red-Coat's Green.*
- H. Hayes Newington. — *Observations sur différentes formes de stupeur, de son occurrence après la manie aiguë chez les femmes.*
- J. Milner Fothergill. — *Les aspects mentaux des maladies ordinaires.*
- John H. Davidson. — *Remarques sur quelques grands asiles d'Italie.*
- Notes et cas cliniques. — *Mélancolie hydrophobique.* — *Sur l'usage de l'ellébore vert dans certaines formes de folie.* — *Notes d'asiles.*
- Notes du trimestre. — *Jusqu'ici et pas plus loin.* — *L'asile des aliénés criminels de Broadmoor.* — *Un bon exemple.*
- Revue. — *Les Lunacy blue Books.* — *La responsabilité dans les maladies mentales* du D^r Maudsley, analyse par J. Burchell Spring, chapelain de l'asile de Bristol.
- Notes et nouvelles. — *Mort du D^r Anstie.* — *La nouvelle loi budgétaire à la réunion des médecins d'Ecosse.*

4° En prenant possession du fauteuil présidentiel à l'assemblée annuelle de l'Association médico-psychologique, réunie le 6 août 1874, M. Rogers a prononcé un discours d'un grand intérêt pratique. A ce titre, son allocution se recommande à l'attention de tous ceux qui suivent, en Angleterre, les progrès de la science aliéniste.

Après avoir payé un tribut d'éloges et de regrets aux deux présidents que l'Association a eu le malheur de perdre, les docteurs Thurnam et Forbes Winslow, ainsi qu'à l'illustre sir Henry Holland, l'orateur aborde la délicate question du « restreint et de l'isolement » (séclusion). On sait que le D^r Rogers est partisan convaincu de ce système, et qu'il a déjà rompu pour lui plus d'une lance avec les disciples de Conolly.

Il est superflu d'essayer de donner l'équivalence de ces mots

en langue française, puisqu'ils n'ont pas, même en anglais, une signification bien précise.

Notre confrère s'applique à en déterminer la valeur, pour en justifier l'emploi rationnel.

Il s'est produit tout récemment une réaction vive en faveur de la contrainte. Le mouvement a été passionné partout. Les uns y ont mis de l'enthousiasme, les autres une véritable indignation.

Cette réaction doit être attribuée : en premier lieu, à l'intolérance systématique de certains médecins. Ils n'admettent pas la libre discussion et se servent du nom et du prestige de Conolly pour discréditer la contrainte sous toutes les formes, sans tenir compte des circonstances dans lesquelles elle est employée.

L'orateur affirme son respect pour la mémoire et l'œuvre de Conolly, mais il ne croit pas que dans notre dix-neuvième siècle, l'influence d'un grand nom doive suffire pour entraver son indépendance.

En Allemagne et en France, l'emploi de la contrainte n'a pas fait négliger le traitement; au contraire, peu de nations ont autant produit en littérature mentale. Dans un voyage qu'il a fait en Autriche, M. Rogers a été frappé du calme qui régnait dans les asiles d'aliénés, où la plupart des malades nouvellement entrés avaient des entraves aux mains. D'ailleurs, il n'est pas systématique et il attribue volontiers l'ordre qu'il a constaté à l'hygiène bien ordonnée de ces établissements.

La deuxième raison de la réaction signalée est la tendance qu'ont les autorités à vouloir étendre l'acception du mot « restraints ». Un directeur d'asile a dû cesser pendant quelque temps l'usage du drap mouillé, parce que l'administration avait considéré ce moyen comme « restraints ».

Il n'est pas logique de se priver d'une ressource thérapeutique, parce qu'elle porte un nom mal sonnante. Il est tout aussi absurde d'appeler « restraints » un moyen de traitement qui a cours dans la pratique usuelle, uniquement parce qu'il est mis en usage dans un asile d'aliénés. Remarquons néanmoins qu'il trouve à l'asile une indication spéciale. Il contient les mouvements des malades; à ce point de vue, son abus peut constituer un « restraints » véritable. Mais on empêchera ce résultat en demandant la consignation de l'emploi du drap mouillé dans un journal médical, mais sous une autre appellation que celle de « restraints ».

Les mêmes réflexions s'appliquent aux gants, ce vêtement d'un emploi vulgaire. Ils sont appliqués de force aux aliénés pour garantir leurs mains du froid, ou pour les empêcher de déchirer leurs vêtements. Dans ce dernier cas, ils sont « restraints ». Le mot porte, et l'on se prive d'un moyen utile. On lui donnera un nom moins effrayant et l'on notera soigneusement son emploi dans l'asile, de même qu'on notera toute application coercitive, sans excepter même les mains des surveillants.

Tout moyen de traitement qui s'écartera de la pratique des maladies ordinaires devra être inscrit sur un registre, aussi bien dans l'intérêt du malade que pour sauvegarder la réputation du médecin.

La « séclusion » est passible des mêmes remarques.

Les inspecteurs généraux des aliénés, dans leur vingt-septième rapport, paraissent entendre par « séclusion » la séquestration dans une chambre obscure ou éclairée, qu'elle soit réclamée par une maladie physique, la nécessité d'observer le malade, ou l'agitation mentale.

Ainsi comprise, la « séclusion », suivant M. Rogers, est au-dessus de toute critique. Le système des *portes ouvertes*, de M. Batty Tuke, n'est pas près de prévaloir. En attendant, on séquestre les aliénés. Or, si l'on considère comme rationnel d'isoler ces malades de la société, pourquoi refuser de séparer un malade de ses compagnons, dans son intérêt même ? M. Bucknill (*Asylum Journal*, avril 1875) adopte les mêmes vues et insiste sur ce fait très-juste que le degré d'isolement réclamé par chaque individu n'est pas le même pour tous les malades d'un asile.

Chaque médecin paraît comprendre à sa manière l'emploi de ce moyen. La « séclusion » peut être mise en usage dans un but répressif pour la protection des autres malades. Elle a pu mériter, dans ce cas, le blâme des inspecteurs, et l'auteur n'hésite pas à convenir de la nécessité de l'appliquer le plus rarement possible. Mais son emploi peut être justifié thérapeutiquement par l'état même du malade. Il donne alors au cerveau le calme et le repos que l'on prodigue aux autres organes quand ils sont affectés. Le cerveau est assimilable aux autres organes de l'économie et certains aliénistes commettent une singulière contradiction en administrant les sédatifs d'une part, et, de l'autre, en plaçant les malades dans un préau ou une salle de jour, conditions qui annulent l'effet de ces sédatifs. Remarquons encore que dans ce traitement en commun, un régime rigou-

reux ne saurait être prescrit et l'observation sévère du malade devient impossible.

Chez les maniaques récents, la « séclusion » prévient la mort par épuisement nerveux. Certains médecins qui admettent son indication rigoureuse dans certains cas particuliers, voudraient que les malades fussent amenés par la persuasion à l'accepter volontairement. Mais le traitement moral est illusoire chez presque tous les maniaques, et il ne peut en être question chez les fébricitants, les délires aigus, les épileptiques furieux; tout au plus pourra-t-on l'employer dans les affections à type rémittent, dans la période de calme.

Pour en finir avec la « séclusion », M. Rogers fait la motion suivante :

Le mot « séclusion » s'appliquera seulement à la séquestration dans une chambre, de malades violents ou dangereux pour les autres. Quand les malades seront isolés dans leur intérêt propre, un vocable nouveau « traitement séparé » sera réservé à la mesure prise à leur égard. La « séclusion » et le « traitement séparé » seront fidèlement notés sur un registre, de même que le drap mouillé, les gants et autres vêtements de force, sous la rubrique « *formes spéciales de traitement* ».

L'abandon dans lequel sont laissées les études d'aliénation mentale est profondément regrettable. Il existe sans doute des personnalités éminentes qui contribuent, par leur enseignement et leurs écrits, au développement de notre science, mais il n'en faut pas moins constater que les médecins non aliénistes sont, dans cette branche, d'une infériorité par trop flagrante.

Sans aller aussi loin que le président de la « Lunacy commission », qui avançait qu'un homme du monde judicieux serait capable de donner un avis meilleur que tous les médecins réunis ensemble, on doit reconnaître que la possession d'un diplôme ne donne pas qualité à un docteur pour statuer sur un cas difficile d'aliénation mentale. L'orateur n'en veut pour preuve que la rédaction des certificats d'admission, qui démontre jusqu'à l'évidence que leurs auteurs ne sont rien moins que familiers avec la folie considérée comme maladie. La législation des aliénés a trouvé en Angleterre de nombreux détracteurs, qui se sont plaints bien haut de voir la liberté d'un homme à la merci d'un ou deux médecins. Il est singulier que l'opinion ne se soit jamais préoccupée de l'incompétence des médecins qui signent les certificats d'admission. Néanmoins on

doit convenir que la séquestration arbitraire est un fait extrêmement rare.

Il est de l'intérêt des malades d'être placés de bonne heure dans les asiles. L'isolement est le premier traitement à leur faire suivre. On sait le retentissement qu'a eu, en 1875, l'affaire Petschlers. Le docteur Deas, de Macclesfield, a été en butte, à cette occasion, à des attaques violentes, parties surtout de la presse médicale. Une enquête fut ouverte par deux inspecteurs généraux; elle dura deux mois et se termina à l'honneur de notre confrère. Un correspondant médical écrivit à cette époque que c'était commettre une infraction à la loi et infliger une injure à l'individu que de le placer dans un asile avant qu'il ne soit dangereux. Une pareille doctrine est très-fâcheuse. Elle rend impossible le traitement de l'aliénation mentale et aurait pour résultat de remplir les asiles d'une population d'incubables et de criminels.

Le moyen d'en finir avec l'injustice des journalistes, consiste à faire accepter les sciences mentales comme une branche de l'éducation médicale. Les asiles ont été appelés de sombres lieux: « Qu'on y fasse la lumière, » dit spirituellement l'orateur, en y instituant des écoles pour l'étude clinique. Quel précieux stimulant ce serait pour les médecins d'asiles que la présence de jeunes étudiants attentifs à leur enseignement et à leur pratique, qui se rendraient compte des difficultés du traitement des aliénés et répandraient au dehors des idées plus justes que celles qui ont cours dans le vulgaire.

Un premier effort a été tenté dans ce sens par la nomination de professeurs de maladies mentales dans les principales écoles de médecine de la métropole et des provinces; mais il n'a pas été heureux parce que cet enseignement a été déclaré facultatif et gratuit. On n'aura pas de peine à croire que l'attrait d'une collation substantielle n'ait pas réussi d'avantage à rallier des élèves. M. Rogers répudie avec raison ce stratagème, peu digne de notre profession. Tout enseignement doit être payant, et celui des maladies mentales doit être mis sur le même pied que les autres.

Les adversaires de ce surcroît d'études objectent: 1° le nombre considérable de cours que doivent suivre les étudiants; 2° la distance qui sépare les asiles des villes. La première objection tombe d'elle-même si les sciences chimiques et physiques sont comprises dans les études préliminaires, au lieu de charger le programme de l'enseignement professionnel. Pour ce qui est de

la distance, M. Rogers pense qu'un jour par semaine consacré pendant trois mois d'été aux visites à l'asile serait un temps bien employé pour les jeunes gens qui pourraient être, d'ailleurs, indemnisés sur leurs droits scolaires des frais de ce déplacement.

L'importance des connaissances en aliénation mentale est incontestable pour un médecin employé dans les services publics (marine, armée, prisons, hospices). On doit l'admettre aussi dans la pratique ordinaire, où le médecin peut avoir, à leur début, des cas d'aliénation mentale. M. Rogers juge inutile de s'arrêter à la question de l'accroissement de la folie. Quels que soient les arguments pour ou contre, la question n'a pas avancé et chacun garde sa manière de voir. Il fait seulement cette remarque, qui lui est personnelle, que les cas éphémères sont plus nombreux aujourd'hui qu'autrefois. Ces malades guérissent sans traitement spécial et peuvent être laissés dans la famille. Mais il faut désirer alors que les médecins qui se livrent à la clientèle ordinaire soient plus instruits dans notre spécialité pour instituer au plus tôt le traitement préventif que ces malades réclament.

Si l'Association adopte ces idées, son influence pourra s'exercer efficacement auprès des commissions d'examen. Justement un « committee of reference » fonctionne actuellement pour arrêter le programme des examens préliminaires et professionnels; le moment est donc propice pour faire adopter ces vues nouvelles.

Les médecins aliénistes et les aliénés souffrent de l'isolement où ils ont été laissés jusqu'à ce jour. Le diagnostic et la définition de la folie est une sorte de terrain neutre qui sert de champ de bataille aux avocats et aux médecins. A chacun sa tâche; au médecin le droit de définir la folie, à l'avocat l'étude des questions légales qui s'y rattachent.

Les asiles diffèrent absolument par leur physionomie des autres hôpitaux, par suite des restrictions apportées par la loi à l'admission des aliénés. Les dispositions légales qui les régissent comportent un traitement forcé qui a pour résultat d'altérer les rapports du malade et du médecin.

M. Rogers désirerait qu'on créât des asiles libres, où le malade serait admis de son plein gré, sans autre formalité qu'un examen préalable du médecin de l'établissement. Le pensionnaire s'engagerait à séjourner dans l'asile un temps minimum (un mois, par exemple) et préviendrait de sa sortie, deux ou

trois semaines à l'avance, pour que ses amis, avisés de ses intentions, pussent prendre les dispositions nécessaires.

L'orateur se préoccupe ensuite, sans dissimuler son mécontentement, des nouvelles dispositions légales concernant l'entretien des aliénés pauvres. Le seul avantage qu'il leur reconnaît, c'est que le peuple anglais sera fatigué des nouvelles charges imposées pour l'agrandissement ou l'augmentation du nombre des asiles, et qu'une autre législation meilleure remplace l'ancienne.

L'allocation prélevée sur le « consolidated fund » au profit de chaque aliéné des asiles de comté aura pour effet le dépeuplement des workhouses et l'encombrement des asiles qui devront être agrandis ou multipliés. En outre, si les asiles reçoivent un plus grand nombre d'aliénés récents et curables ils recevront aussi une population de malades chroniques et incurables. Les établissements métropolitains pour imbéciles ne bénéficient pas du « capitation grant ». C'est regrettable, car ces institutions sont éminemment utiles et leur nombre devrait être accru. Avec les nouvelles dispositions budgétaires, la pénurie de leurs ressources permettra à peine à celles qui existent de se maintenir.

D'après le rapport des inspecteurs pour 1873, il y a actuellement dans les hôpitaux et asiles de l'Angleterre et pays de Galles environ 30.000 aliénés. Les workhouses en contiennent 44.000 qui seront envoyés bientôt dans les asiles. Il y aurait mieux à faire, et notre confrère propose que, indépendamment des maisons pour idiots susceptibles d'éducation et des hôpitaux et asiles pour aliénés récents et curables, d'autres établissements soient créés pour les aliénés chroniques et inoffensifs, les imbéciles et les idiots, sur le modèle des asiles métropolitains pour imbéciles.

Il demande aussi la création d'asiles de district pour les aliénés criminels. La loi de 1867 qui considère les condamnés aliénés qui ont fini leur peine, comme des aliénés ordinaires, fait une grave injure aux asiles, et un condamné devenu fou n'a pas plus le droit d'entrer dans un asile qu'un condamné malade n'a celui d'être admis dans un hôpital ordinaire.

M. Rogers termine son intéressante allocution par un appel à la concorde entre les médecins aliénistes. — Ils doivent être d'autant plus unis qu'ils sont l'objet d'attaques violentes. Il voudrait voir parmi ses confrères régner « *l'esprit de corps.* »

On a accusé certains médecins d'asile de négliger leurs devoirs personnels pour consacrer leur temps à l'étude de questions agricoles, hygiéniques et architecturales. Cette petite médisance est sans doute émanée d'un aliéniste et il faut la déplorer. L'orateur trouve d'ailleurs excellent que le médecin-directeur d'un asile s'adonne à ces questions accessoires, d'où dépendent le bien-être et la santé des malades ; et qui, certainement influent sur la guérison plus que le traitement médical. Le champ d'études ouvert à l'aliéniste est si vaste qu'il a le droit d'y choisir, dans une certaine mesure, ses occupations favorites, et d'être, suivant ses goûts, administrateur ou micrographe. Il est difficile d'être les deux à la fois, et il serait peut-être bon d'adopter le système suivi en Amérique, et de nommer, au moins à Londres, un pathologiste affecté spécialement au service médical d'un asile.

2° Les numéros de janvier et juillet 1874 du *Mental Science* donnent une observation fort intéressante de folie syphilitique publiée par le Dr Batty Tuke. Elle lui a fourni le sujet d'une étude clinique remarquable, où l'auteur met en concordance les phénomènes observés pendant la vie avec les lésions constatées à l'autopsie. Le résumé de l'observation, augmenté d'études micrographiques faites ultérieurement, forme la première partie de ce travail et nous regrettons de ne pouvoir la transcrire ici *in extenso*, car elle ne saurait être abrégée.

Ensuite, M. Batty Tuke reprend l'histoire de son malade et interprète dans l'ordre de leur apparition les différentes phases observées. Il y a là plusieurs pages d'une discussion des plus intéressantes.

Malgré l'avis contraire du Dr Wilks, notre distingué confrère croit pouvoir donner le nom de « folie syphilitique » à l'affection qu'il a décrite avec tant de soin et de mérite. Dans le cas actuel, il n'y avait pas une tumeur définie et circonscrite, mais une lésion vraiment spécifique des vaisseaux ayant déterminé une perturbation profonde dans la nutrition cérébrale et médullaire, et conjointement avait compromis les trois grandes fonctions psychique, trophique et motrice. L'altération, en se développant, avait occasionné des accidents morbides plus intenses. Chez deux malades actuellement en observation, le désordre mental existe seul, sans que la motilité et la fonction trophique soient encore atteintes. Cette lésion des vaisseaux est spécifique, et on l'a trouvée dans d'autres organes de

l'économie. Les planches d'OEdmansson et Frænkel la montrent très-nettes dans le placenta syphilitique.

3° L'ermite dont M. le Dr Daniel Hack Tuke rapporte l'histoire a été rendu célèbre par Charles Dickens. L'illustre romancier s'est montré fort sévère à son égard, et l'a flétri dans ce style vif et coloré qui fait l'admiration universelle. Dickens a méconnu le cas de ce malheureux, digne d'intérêt et de pitié. Notre confrère a eu la bonne fortune de pouvoir l'étudier de près et a réuni sur son compte des documents intéressants qu'il a communiqués à l'Association médico-psychologique, à la séance du 6 août 1874.

James Lucas, né à Londres, était le quatrième de cinq enfants dont deux seulement, un garçon et une fille, sont encore vivants aujourd'hui. Son père était un riche marchand de l'Inde-Orientale. Sa tante et l'un de ses oncles étaient réputés excentriques. Il fut ce qu'on appelle un enfant gâté. A l'âge de dix ans il fut affecté d'un impétigo de cuir chevelu qui disparut à la suite d'un traitement local (frictions irritantes). D'après le témoignage de sa mère, son caractère s'altéra à dater de cette époque, et il devint entêté, irritable et menteur. Un médecin, auquel il fut confié dans la suite, déclara que Lucas était la victime d'une éducation trop relâchée. Son état mental était alors caractérisé par de la perversité, de l'entêtement uni à une certaine dose de fourberie. Son père le plaça plus tard chez un prêtre, mais tous les efforts pour l'instruire et amender son naturel ingrat furent infructueux. Il revint à la maison où il se montra entêté, volontaire, rebelle à toute contrainte. Sa tenue extérieure était extravagante; son père essaya de l'isoler à la campagne, mais il dut renoncer à l'y laisser à cause des mauvaises relations qu'il y contracta. Il ne permettait pas qu'on jetât les escarbilles du foyer et sa famille était constamment sous le coup de la crainte d'un incendie. On voulut lui donner un gardien, mais il fit tant qu'il parvint à s'en débarrasser. A la mort de son père, il avait dix-sept ans.

A vingt ans un certificat du Dr Sutherland conclut à ce qu'il fût constamment surveillé; mais au bout de deux ans, la faiblesse de sa mère le délivra de cette surveillance.

Dès lors les extravagances de Lucas se multiplient. Il chassait fréquemment en compagnie d'un voisin, et s'équipait de façon si bizarre qu'il attirait les regards de la foule. Un jour, il se

promenait en voiture avec les cheveux en papillotes. Un autre jour, il offre à une dame un couple de tourterelles en cage. Cette dame ayant eu le mauvais goût de refuser ce présent délicat, il la poursuit désormais et l'épouvante de ses persécutions.

Enfin, quand sa mère mourut, dix-neuf ans après son père, l'exécuteur testamentaire fut le jeune frère de Lucas. Lui, James, ne put être investi de ces fonctions par suite d'une idée délirante systématique qui se manifesta pour la première fois. Il ne voulut signer sur aucune pièce portant l'effigie de sa majesté, sous le prétexte que la reine n'était pas l'héritière légitime du trône. Il refusait de se servir de timbres-poste et de quittances pour le même motif. Toutefois l'auteur remarque une inconséquence très-curieuse : il faisait usage de monnaie à l'effigie de sa souveraine.

La mère morte, il garde son corps pendant deux mois, et son frère dut intervenir pour la faire inhumer. Du vivant de sa mère, il était constamment opposé à ses volontés. Néanmoins il paraissait l'aimer tendrement et fut vivement affecté de sa perte. Il voulut que tous les objets qu'elle avait touchés fussent laissés à leur place, et c'est pour cela que les meubles de Red Coat's Green furent abandonnés pendant un quart de siècle.

Alors commença sa vie d'*ermite*.

Il rompit toutes relations avec sa sœur et son frère. Ce dernier se présenta à deux reprises à Red Coat's Green, mais ne fut pas reçu. Autre contradiction bizarre : peu d'années après la mort de sa mère, Lucas fit un testament dans lequel il montrait pour son frère la plus vive sympathie ; dans cet acte, il ne laissait voir aucun trouble mental.

Il vécut seul vingt-cinq ans, barricadé dans cette retraite, où l'auteur de cet article, dont nous donnons la substance, est venu le visiter. Il l'a vu par la fenêtre de ce qui avait été jadis la cuisine. Les vitres et les châssis manquaient, et il ne restait à la fenêtre que les barreaux de fer extérieurs. La pièce était pleine de cendres jusqu'à la hauteur de deux pieds. Cette cendre servait de couche à Lucas, qui se leva et s'approcha non sans répugnance de son visiteur. Il ne se lavait jamais et était d'une saleté repoussante. La blancheur de ses yeux contrastait avec le ton foncé de son visage. Il n'avait pour tout vêtement qu'une couverture jetée autour du corps. Ses cheveux noirs, qui avaient poussé démesurément, étaient souillés par

la poussière. C'était un homme de haute stature, mais peu musclé, de complexion faible. Les yeux, noirs, étaient à fleur de tête et le front bien développé. Dans la salle il y avait du feu, une vieille table, une chaise et de nombreuses bouteilles. Au plafond était suspendu un panier. Il y plaçait ses aliments, à l'abri des rats dont il était entouré.

Au ton de sa voix, bas et presque plaintif, notre confrère devina qu'il était dans un état de crainte et d'appréhension. La conversation qu'il eut avec lui justifia pleinement cette supposition. Lucas se plaignit amèrement de l'hostilité que lui témoignait sa famille, notamment son frère ; il paraissait atteint de la monomanie du soupçon ou des persécutions.

Cet homme n'écrivait jamais à sa famille, mais correspondait régulièrement avec son banquier, qui lui fournissait de l'argent. Il remplissait lui-même son livre de chèques, mais comme il refusait de signer sur un papier de l'Etat, on ne put apposer que plus tard le timbre sur ses quittances. La même idée délirante l'empêcha longtemps de toucher des coupons de dividende, mais son banquier parvint à vaincre ses répugnances et finit par obtenir de lui une procuration en bonne et due forme, sur une feuille portant l'effigie de la reine d'Angleterre. Lucas n'était nullement sordide. Il faisait d'abondantes aumônes aux pauvres qui venaient le trouver et avait une prédilection pour les pauvres catholiques. Il se nourrissait simplement, mais ne se privait pas. Le pain, le fromage, les harengs saurs, le lait et le gin formaient son régime habituel. *Il avait la crainte du poison*. Il se privait souvent de lait. Un jour, il refusa des œufs que lui apportait son fermier, prétendant que la poule qui les avait pondus recelait du poison. Il changeait fréquemment de boulanger, et l'on trouva, après sa mort, une charretée de pains vieux, que sans doute il avait trouvés suspects. Il prenait d'occasion beaucoup d'eau-de-vie et dut en absorber une grande quantité la veille de sa mort. Il mourut d'apoplexie, à l'âge de 61 ans. James Lucas était poli, bien élevé ; il avait l'esprit cultivé et la mémoire excellente. Il déplorait la situation malheureuse dans laquelle il se trouvait, dont il rendait son frère responsable. La moindre contrariété le jetait dans une violente fureur. Bien des visiteurs ne le trouvaient pas fou, et les inspecteurs des aliénés eux-mêmes, appelés à se prononcer sur son état mental, déclarèrent qu'ils n'étaient pas suffisamment convaincus de sa folie pour intervenir.

M. Hack Tuke décrit dans son ensemble, avec une netteté remarquable, cette individualité curieuse.

Il constate la prédisposition héréditaire, des causes physiques (suppression d'un impétigo), des causes morales (éducation relâchée), le changement de caractère à l'âge de dix ans et la perversité précoce. Les actes de l'enfant alarment sa famille, qui le fait légalement surveiller. Jusqu'à la mort de sa mère, sa conduite est anormale et sa tenue excentrique. Ses conceptions délirantes relatives à la Reine d'Angleterre compromettent gravement ses intérêts. Enfin, dans sa retraite, le peu de soin qu'il a de sa demeure et de sa personne, ses préventions contre son frère, l'idée de poison, ses accès de dépression mentale et ses emportements sous l'influence de causes futiles, sont autant de traits accusés qui complètent cette physionomie essentiellement morbide.

C'est un ensemble symptomatique complet, et il est assez familier aux personnes qui pratiquent la médecine mentale pour ne pas leur laisser de doutes sur le cas de l'ermite de Red Coal's Green.

4° M. Hayes Newington, de l'asile d'Edimbourg, a publié quelques pages intéressantes sur la stupeur.

Les écrits n'abondent pas sur cette question, et l'auteur fait remarquer que les médecins français sont les premiers qui aient donné au sujet l'importance qu'il mérite. Point n'est besoin de citer avec lui les noms de Baillarger, Esquirol, Brière de Boismont, Dagonet, Eloc-Demazy, etc.

Ces auteurs ont été divisés sur l'origine et la nature de la stupeur, les uns admettant que la stupeur, tout en étant quelque chose de plus que la simple dépression, est une affection simple dans sa nature ; les autres, que cette nature est tantôt simple, tantôt complexe, la stupeur pouvant compliquer une autre maladie mentale.

Quoi qu'il en soit de ces divergences, qui sont plus apparentes que réelles, la forme des différents cas est loin d'être identique et varie selon que le malade paraît frappé d'un simple arrêt des facultés ou être sous le coup d'un délire plus ou moins intense. Ce travail a pour but de mettre en évidence, en les étudiant séparément, ces deux types distincts.

Il critique avec raison l'appellation de « démence aiguë » par laquelle Esquirol désigne la stupeur simple et qui implique une idée d'incurabilité. La stupidité est une des affections

mentales qui, quoique de longue durée, sont susceptibles de guérison. Il a remplacé l'expression d'Esquirol par un néologisme; la démence simple s'appelle, pour M. Newington, *stupeur anergique* (α privatif, $\epsilon\rho\gamma\omega\nu$ action). L'autre forme de stupeur s'appelle *stupeur délirante* (delusional stupor).

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire intégralement ici les deux tableaux synoptiques dans lesquels l'auteur a condensé son mémoire. Le premier tableau montre les conditions dans lesquelles les deux formes de stupeur prennent naissance.

Stupeur anergique.

1° Primitive (démence aiguë) causée généralement par une commotion intense et soudaine.

2° Secondaire.

Elle complique : *a*, toute espèce de convulsions ; *b*, la manie chez les femmes ; *c*, une fatigue nerveuse prolongée.

Stupeur délirante.

1° Complique une mélancolie intense. 2° Peut survenir dans le cours d'une paralysie générale. 3° Peut suivre les attaques d'épilepsie.

Deux observations fournies par l'auteur reproduisent le type fidèle de ces affections. A la suite se trouve une observation de stupeur délirante où le malade a pu, comme dans celles de Baillarger et de Dagonet, rendre compte du trouble mental qu'il éprouvait pendant l'accès stupide. La démarcation n'est pas toujours facile à établir entre les deux formes. Dans certaines stupeurs délirantes, l'intensité du délire prostré le sujet et s'ajoute à la faiblesse mentale causée par la maladie même; pour donner à la stupeur la forme anergique, et l'observation *actuelle* du malade peut en imposer sur la nature du cas qui se présente. Quel que soit l'écart qui existe entre la forme observée et la forme classique, le tableau suivant sera d'une grande utilité pour l'observateur.

Type anergique,

Prédisposition héréditaire. — Très-marquée, mais il semble y avoir en outre une prédisposition individuelle qui permettra une perte plus ou

Type mélancolique.

Très-marquée.

moins soudaine de force nerveuse.

Invasion. — Généralement très-rapide.

Symptômes. — Intelligence évidemment atteinte.

Mémoire. — Semble avoir disparu aussi complètement que possible.

Faculté émotive. — Nulle ou à peu près nulle; les yeux sont souvent baignés de larmes, mais ce phénomène résulte d'un vice de fonctionnement de l'appareil lacrymal et est une preuve de plus de l'état anergique. Les traits sont relâchés, et le regard vague.

Volonté. — A peu près absente.

Système moteur. — Faible et incertain. Les malades doivent être conduits et demeurent immobiles sur un siège et dans la position où on les a placés (Etat cataleptoïde du Dr Monro).

Système sensitif et réflexe. — Tous deux obtus.

Pupilles. — Dilatées.

Plus lente. Peut être néanmoins presque instantanée. Les révélations du malade ne peuvent fournir à cet égard aucun éclaircissement, mais sa conduite dénote une puissance de raisonnement souvent considérable. Ex : les moyens qu'il emploie pour arriver au suicide.

Après la guérison, on a constaté qu'elle a été conservée à un degré notable.

L'attitude du malade, qui tord et joint ses mains, montre qu'il est sous l'influence de la douleur, de la crainte, etc. L'effusion des larmes est très-rare, les traits sont fortement contractés, les yeux sont fixés sur un point, habituellement en haut ou en bas. Ils peuvent être obstinément fermés.

Obstination extrême du malade qui se refuse à ce qui est utile, tandis qu'il persiste toujours à se mouvoir dans le sens de son idée fixe.

Très-peu affecté, réserve faite de l'asthénie pure causée par la conduite du malade. Il restera des jours et des heures derrière une porte, ou agenouillé dans une position fatigante sur le parquet nu.

Il semble y avoir une tolérance beaucoup plus grande pour la douleur.

Tendent en général vers la contraction.

Sommeil. — Généralement bon.

Etat physique. — Emaciation parfois extrême, paraissant et disparaissant avec une grande rapidité. Chez quelques sujets il n'y a pas une grande perte de substance, bien que la dépression de tout le système soit considérable.

Système vasculaire. — Pouls très-lent, quelquefois imperceptible, aspect cyanosé, extrémités œdématisées et froides. Affaiblissement très-grand de la vitalité à la périphérie, démontré plus tard par les éruptions asthéniques et la production de vermine.

Système digestif. — Langue nette, ou tout au moins humide, appétit languissant. Les intestins fonctionnent assez régulièrement, mais le malade est fort sale.

Insomnie opiniâtre.

Paraît affecté *pari passu* avec l'état mental, et semble en grande partie sous sa dépendance.

Pouls très-faible, souvent précipité et filiforme, aspect anémique et blême. Les autres signes peuvent se présenter, mais plus tard et moins marqués.

Langue très-sèche et saburrale. Refus d'aliments, constipation. Le malade est rarement sale.

L'auteur étudie, à la fin de son mémoire, la stupeur anergique consécutive aux accès de manie chez les femmes. M. Dagonet considère trois relations distinctes de la stupeur avec la manie qui peut la précéder, alterner avec elle ou la suivre : 1^o la stupeur suit la manie ; 2^o elle alterne avec elle ; 3^o elle la précède. Il a publié l'observation des cinq malades (hommes) appartenant à la première catégorie. Chez trois de ces malades l'existence de conceptions délirantes à forme terrifiante a été démontrée. Les sept malades dont l'observation est rapportée par M. Hayes Newington, sont toutes du type anergique. Ces malades avaient perdu complètement le souvenir des faits accomplis pendant la période de stupeur. Notre confrère pense que le sexe a une réelle importance pour la détermination de la nature de la stupeur. L'état anergique se montre seulement chez les femmes. Quand il paraît chez les hommes, il manque de ses caractères essentiels et peut être considéré

comme la prostration qui suit une excitation prolongée. M. Newington va plus loin et croit que les femmes seules sont sujettes à ces accès de stupeur consécutifs à la manie aiguë.

Les cent derniers cas de manie observés par lui se répartissent de la manière suivante :

Manie aiguë..	36
Manie subaiguë..	42
Manie sénile..	40
Manie des ivrognes.	42
	<hr/>
	100

La stupeur anergique est survenue chez six des trente-six malades maniaques aigus. On ne doit pas considérer ce chiffre comme un maximum, quelques-uns de ces cas de manie aiguë étant récents, d'autres étant sortis avant la fin de leur agitation. Les autres catégories n'ont pas été compliquées de stupeur. On doit en conclure naturellement que la stupeur se lie à un accès maniaque violent.

Le pronostic, sans être aussi favorable que lorsque la manie tend d'emblée vers la guérison, est néanmoins meilleur que lorsque les symptômes, quoique moins violents, ne présentent pas de rémission vraie, et plus favorable encore que dans l'alternance de la manie avec la mélancolie. Cinq des malades du service ont parfaitement guéri.

Des 36 cas aigus, mettant de côté deux cas tout à fait récents, la guérison ou convalescence complète a eu lieu 47 fois. Chez cinq malades la stupeur anergique a suivi la manie.

Il est impossible de prévoir à coup sûr le passage de la manie à la stupeur. Chez toutes les malades est survenue une perturbation des fonctions de l'utérus; chez toutes, moins une, il y avait une forte prédisposition héréditaire, et la plus prédisposée de toutes a été celle où la dépression a été la plus forte. Les malades étaient toutes âgées de moins de trente ans. Quelques-unes étaient très-jeunes. Un certain nombre (et cette remarque nous paraît d'une certaine importance) présenta, à la fin de la période maniaque et peu de temps avant l'invasion de la stupidité, un affaiblissement considérable caractérisé par une augmentation de l'incohérence et une perte notable de cette vigueur physique qui est ordinairement le propre de la manie. Les actes les plus dangereux étaient commis avec un visage souriant ne donnant pas l'impression de quelque conception dé-

lirante ou hallucination comme origine de la conduite fâcheuse de la malade.

Le traitement de la stupeur doit être surtout tonique et reconstituant. L'aloès et le fer sont préconisés dans les cas d'aménorrhée consécutive à l'accouchement. Les stimulants, l'alcool seront donnés à large dose. L'auteur a obtenu de bons effets de l'application d'un vésicatoire à l'occiput. Chez un malade d'Esquirol le cautère actuel déterminait l'explosion d'un court accès d'agitation et finalement la guérison.

Mais le traitement sera surtout hygiénique et moral. On se gardera de laisser les stupides végéter dans les salles de gâteaux et de déments. On n'oubliera pas que le cerveau d'un stupide est une *table rase* où se peignent les impressions qui viennent du dehors, sans que le malade ait le pouvoir d'écarter les mauvaises. Le malade sera placé dans un milieu propre, agréable à la vue, dans un quartier de convalescents qui, non-seulement lui donneront un exemple salutaire, mais encore pourront lui prodiguer des soins.

Le travail de M. Hayes Newington ne contient pas moins de quatorze observations, soigneusement prises, qui lui donnent une valeur clinique incontestable.

5° « La pensée est produite par les cellules de la substance grise du cerveau. Elle résulte d'un changement de forme de la matière organique prise comme nourriture, dont les acides et les produits d'oxydation, ainsi que les tissus d'ordre rétrograde, constituent le déchet. Le déchet du nerf est de même nature que celui du muscle. L'activité de l'un produit la contraction musculaire; l'activité de l'autre engendre l'énergie nerveuse. Celle-ci peut indifféremment donner naissance à un effort comme chez les lutteurs, ou à une inspiration comme chez les poètes. »

M. Milner Fothergill part de ces prémisses, très-hardies, pour étudier les perturbations mentales qui correspondent à certaines conditions physiques, et donne de ces perturbations une interprétation purement matérielle, somatique...

L'accomplissement régulier des fonctions physiques est intimement lié à l'état de notre moral. On connaît l'intense mélancolie qui marque l'accumulation de la bile ou des produits uriques dans le sang. Les troubles mentaux de l'anémie et de la fièvre sont une preuve familière de la vérité de cette assertion.

Le contraste se trouve dans la sensation de bien-être qui suit un bon repas. Une nutrition imparfaite, la composition anormale du sang artériel, détermine de l'irritabilité morale nuancée de dépression. On observe ce caractère chez les individus dont l'estomac débile ne peut supporter à la fois qu'une faible dose d'aliments, et aussi chez les convalescents.

Ce n'est pas seulement l'anémie et la pléthore qui modifient l'activité fonctionnelle des cellules cérébrales. Une impression transmise d'un organe par les nerfs peut aussi stimuler ou amoindrir les fonctions du cerveau. Une malade de Van der Kolk devenait aliénée quand son utérus était déplacé et recouvrait la raison quand on remettait l'organe en place. « La melancholia » et la « spes phthisica » sont des exemples frappants de cette action à distance des viscères de l'économie sur les cellules cérébrales.

Ce fonctionnement peut aussi être exalté. Une affection douloureuse est susceptible de produire un redoublement de l'activité cérébrale et de donner au sujet des aptitudes brillantes. L'éloquence de Robert Hall dépendait, d'après Greg, d'une maladie de la moelle. Le Dr Conolly cite, d'après le même auteur, un malade dont l'intelligence s'exaltait sous l'influence d'un vésicatoire. Tout le monde connaît les effets excitants de l'alcool. Dans l'ouvrage d'Abercrombie (*Intellectual Powers*) on trouve la relation de deux cas de manie, l'un observé par Willis, l'autre par Pinel, où les malades jouissaient, pendant la durée de l'accès, d'une puissance mentale extraordinaire.

Cette exagération de l'activité cérébrale se remarque dans deux conditions morbides principales : 1° dans la période initiale de la phthisie ; 2° dans la goutte chronique.

Chez les phthisiques au début on observe habituellement l'accélération du pouls et l'élévation de la température. Il y a donc un afflux considérable de sang vers les cellules cérébrales. Une autre cause, sur laquelle nous reviendrons plus loin, réside dans les connexions nerveuses entre les poumons et les vasomoteurs du cerveau.

Pour la goutte, le mécanisme de cette suractivité mentale s'explique par l'accumulation, dans le sang, de produits azotés (déchets des tissus, ou peptones non convertis en tissus, ayant subi l'évolution régressive). Or l'azote augmente la production de force nerveuse (Carpenter, Liebig). Si l'on examine, en outre, les conditions de la circulation chez les gouteux, on remarque que, comme tous les individus dont la fonction rénale

est atteinte, ils présentent une hypertrophie du ventricule gauche qui a pour conséquence d'augmenter la tension artérielle et d'envoyer aux cellules cérébrales une plus grande quantité de sang.

Van der Kolk a écrit que l'hypertrophie du cœur avec dilatation des carotides amène chez ceux qu'elle affecte une grande irritabilité ; les malades sont prompts à se mettre en ébullition. Le caractère irritable et l'activité mentale des goutteux est un fait clinique.

Bichat, et Van der Kolk après lui, ont remarqué que le pouvoir mental des personnes qui ont le cou court, c'est-à-dire la carotide peu étendue, était plus grand et plus durable.

L'auteur recherche ensuite pourquoi les bossus sont généralement privilégiés sous le rapport de la vivacité de l'esprit.

Van der Kolk constate, après Haller, que les enfants rachitiques ont en général la tête très-développée et les vaisseaux crâniens d'un fort calibre. On doit noter aussi que la plupart étant scrofuleux, leur sang est plus riche en urates que le sang normal. Ce liquide est donc plus abondant et plus azoté ; toutes conditions qui augmentent l'activité intellectuelle. Il faut tenir compte en outre des dispositions morales de ces malheureux qui, privés des jouissances du corps, recherchent celles de l'esprit. Enfin la pression du sang à son importance. Rokitsanski donne une explication mécanique de l'intelligence remarquable des bossus. L'aorte s'incurve dans le thorax après qu'elle a donné naissance aux vaisseaux de la tête. Cette incurvation anormale détermine une augmentation du volume du cœur, une gêne de la circulation au-dessous du point où elle a lieu et une augmentation de la pression artérielle dans le crâne.

Le cerveau se divise en deux zones distinctes et indépendantes. La zone antérieure est nourrie par les carotides internes, la postérieure par la basilaire, réunion des deux vertébrales. Les fonctions de ces deux zones sont différentes. Schröder Van der Kolk et Laycock attribuent à la première l'intelligence, la volonté et les sensations périphériques ; à la seconde, les émotions et la sensibilité externe. En d'autres termes, la zone antérieure est associée à la vie de relation et la zone postérieure à la vie de nutrition. Les nerfs vaso-moteurs de ces deux parties du cerveau ont une origine séparée. Ceux des artères vertébrales naissent du ganglion cervical inférieur où aboutissent les fibres provenant de l'abdomen par le grand splanchnique. Certains fi-

lets nerveux ont pu être suivis depuis le foie jusqu'aux artères vertébrales (Cyon et Aladoff). Les vaso-moteurs des carotides naissent des ganglions cervicaux moyen et supérieur.

Ces dispositions anatomiques sont fécondes en conséquences curieuses et donnent la clef d'une série de phénomènes de l'ordre mental inexplicables auparavant. Elles justifient d'abord la connexion étroite des émotions avec la nutrition générale et surtout la nutrition de l'abdomen. On comprend par elles la mélancolie, les accès de dépression liés à des affections intestinales et à des déplacements de viscères. On s'explique aussi que les troubles émotifs n'atteignent pas forcément l'intelligence. La sensation de bien-être, de confort dénote les rapports réguliers du système émotif avec le système de la vie végétative.

Tout médecin connaît le singulier contraste qui existe entre l'état moral des phthisiques et celui des malades atteints d'une affection abdominale.

Dans les maladies du poumon, l'état dépressif existe rarement à moins qu'il ne survienne quelque complication abdominale. On constate chez les tuberculeux (à moins qu'ils ne connaissent leur triste position) une quiétude et une confiance aveugles. Cet état a été appelé la « spes phthisica. » Il est aussi anormal que le sentiment de tristesse invincible qui accompagne d'autres maladies. Il suppose une exaltation fonctionnelle des centres émotifs qui prime l'action des centres intellectuels. Cet espoir suprême et insensé se dérobe à l'intelligence qui est impuissante à le corriger. Un fait extrêmement remarquable est la dissemblance du pouls dans les maladies abdominales (péritonite) et thoraciques (pneumonie). Tandis qu'il est petit et misérable dans les unes, il est au contraire plein et vibrant dans les autres. Il s'ensuit que les affections de l'abdomen seront compliquées d'anémie cérébrale (la dépression en effet est un indice de l'anémie du cerveau), et que les affections thoraciques correspondront à une hyperémie de l'encéphale, associée à l'exaltation de la faculté émotive.

Il est de notoriété vulgaire que notre condition morale se lie à nos fonctions d'assimilation et de sécrétion. Le mot « mélancolie » indique l'origine bilieuse très-réelle de ce trouble mental. Il n'est pas de même nature que la dépression qui accompagne les maladies des organes de la génération. Dans ces dernières, le désespoir causé par l'idée d'une damna-

tion future, la crainte de la colère de Dieu, le délire religieux, enfin, prédominant.

La panopobie est l'expression de l'anémie extrême du cerveau. Le malade est impressionnable à l'excès et répand des flots de larmes pour le motif le plus futile. Suivant les circonstances, il cherche un soulagement dans l'intoxication alcoolique ou dans une existence pseudo-religieuse, et, dans ce dernier cas, l'intensité de sa ferveur est la mesure de la non-satisfaction de ses besoins physiologiques.

Les attaques d'hystérie, résultat habituel d'une passion contenue, expriment un trouble des centres émotifs qui se dérobent au contrôle de la volonté. Cette perte d'équilibre est plus marquée sous l'influence d'un mauvais état physique. L'attaque d'hystérie est une décharge des centres émotifs qu'il faut rapprocher de l'épilepsie, décharge des centres moteurs, et de la manie transitoire (possession démoniaque); décharge des centres de la volition.

La maladie de Graves, ou goître exophthalmique, a été justement appelée par Trousseau une névrose du grand sympathique. Il est peu de maladies où les centres émotifs soient plus atteints. A l'appareil symptomatique qui permet de reconnaître cette singulière affection s'ajoute un trouble mental qui pourrait à lui seul former un élément sérieux de diagnostic. Les femmes sont surtout sujettes à cette affection, et on remarque chez les malades, en même temps qu'une distinction de goûts, un amour du beau qui en fait des organisations d'élite, une mobilité de sentiments, une sensiblerie, un caractère fantasque qui les rendent insupportables à leur entourage.

Un autre rapport bien connu est celui du goître et de l'imbecillité, c'est-à-dire d'un développement cérébral imparfait coïncidant avec une hypertrophie de la glande thyroïde. Diverses théories ont été produites pour expliquer ce fait; ainsi la précocité de la suture des fontanelles par l'action des sels calcaires. Van der Kolk l'attribue à la dérivation du sang loin de la tête, par la dilatation des branches thyroïdiennes des carotides, qui produiraient un arrêt de développement du cerveau. Par malheur pour la théorie de Van der Kolk, les crétins n'ont pas toujours une hypertrophie de la glande thyroïde concordant avec un arrêt de développement du crâne.

Les malades atteints d'affection du cœur se signalent, d'après le Dr Fothergill, par une grande instabilité mentale; leur fonctionnement cérébral est imparfait, inégal. Ils présentent surtout

ces troubles émotifs qui indiquent l'anémie cérébrale ; ils sont soupçonneux, sévères pour les autres et même panophobes.

La goutte, on l'a vu précédemment, a pour premier effet l'afflux du sang et d'augmenter l'activité fonctionnelle du cerveau. A la longue elle détermine un épaissement des tuniques des vaisseaux et une hypertrophie cardiaque par dégénérescence de tissu.

Le résultat est un mélange d'irritabilité et de suspicion ; le malade est sujet à des anxiétés pénibles augmentées encore par la conscience de sa position.

L'état moral du cancéreux est une sombre et farouche résignation au sort qui l'attend. Il s'intéresse beaucoup moins que ses amis au traitement de son mal, et paraît subir une sorte de fatalité.

Le malade atteint de pyohémie se fait remarquer par une indifférence et une apathie que les chirurgiens connaissent très-bien et qui offre un contraste frappant avec la confiance imperturbable des phthisiques. Enfin, les diabétiques se distinguent par un état de langueur et de dépression mentale.

En général on s'accorde à considérer le délire fébrile comme un chaos d'idées, un amalgame de phrases incohérentes et décousues ou comme un révélateur des impuretés de l'esprit, de secrets qui ne sont pas toujours innocents. Pour l'auteur, d'après les propres impressions qui lui sont restées d'un accès de fièvre scarlatine, le délire des fébricitants est en réalité d'une cohérence parfaite et porte d'une part sur le milieu qui les entoure, d'autre part sur leurs projets et leurs occupations ordinaires. Il n'y a pas, pour l'esprit, de nouvelle ligne tracée qui s'écarte de la direction normale, mais une incertitude dans la marche mentale ordinaire. Toutefois il y a un certain degré d'illusion qui, quand il est prononcé, ou que son effet sur les cellules nerveuses est de nature à déterminer des écarts de la pensée, des hallucinations, indique que la frontière de la folie est atteinte et peut-être franchie.

La période initiale d'affaiblissement intellectuel qui précède l'aliénation mentale et que reconnaît un médecin exercé est concomitante de l'altération physique des tissus. Chez le vieillard, tout le monde considère la décadence intellectuelle comme normale, au même titre que l'atrophie musculaire et le tremblement, attributs de la sénilité. Le pouvoir mental du

vieillard s'affaiblit progressivement ; il devient pétulant et capricieux. Puis, comme il a conscience de la perte qu'il éprouve, il se défie de lui-même et des autres, et il devient jaloux, soupçonneux et susceptible à l'excès.

Des phénomènes semblables se montrent chez les individus qui se sont usés prématurément par les alcooliques, mais ils ajoutent, à l'instabilité mentale mentionnée plus haut, un certain degré de vigueur spasmodique et d'irritabilité active passagère. Ces malades sont dangereux, leurs tendances malfaisantes sont arrêtées seulement par leur impuissance.

Le Dr Fothergill termine en faisant encore entrer dans son cadre des situations d'esprit qui ne sont pas liées essentiellement à la maladie, mais qui exercent une influence bien marquée sur les conditions physiques, surtout quand survient un dérangement de la santé.

Le Dr John H. Davidson, médecin directeur de l'asile de Cheshire, a résumé, dans une note fort courte, les impressions de visites qu'il a faites aux asiles de Rome (Santa Maria della Pieta), de Florence, de Venise et de Milan. Ce travail est peu susceptible d'analyse. Nous noterons seulement avec notre confrère la propriété remarquable et la bonne tenue des manicômes italiens, dont l'administration s'inspire d'hommes éclairés fort connus de notre monde médical. M. Davidson a constaté aussi, il faut bien le dire, un déploiement inutile de la contrainte dans presque tous. Il mentionne l'insuffisance des préaux et des jardins, qui ne permet pas, à Florence et à Venise, l'exercice *extra muros*, si salutaire aux aliénés. Il a vu enfin à Venise un nombre considérable de pellagres. L'arsenic, les bains chauds et un régime substantiel sont les meilleurs moyens employés pour combattre cette affection.

— Dans les notes et cas cliniques, M. le Dr Thomas Anderson rapporte une curieuse observation de rage nerveuse. Une femme de 35 ans, dont le père est ivrogne et qui, à la suite de secousses morales, a déjà éprouvé une altération de ses facultés, est mordue par un chien à la cuisse droite. A partir de ce moment, elle devient sombre et perd le sommeil ; l'idée qu'elle n'a pas été cautérisée la tourmente et elle se croit perdue. Il se manifeste plus tard des paroxysmes violents et des tentatives de suicide, et elle est admise à l'asile du Midlothian quatre mois environ après l'accident. Elle est dans un état d'émaciation et

de débilité extrêmes. Ses réponses sont nettes et elle attribue à la morsure du chien l'état où elle se trouve. Elle manifeste une vive épouvante à la vue des chiens, a horreur des liquides, refuse les aliments et accuse, au vertex et au cou, une douleur dont l'exaspération la porte à s'étrangler. Elle se livre enfin à des actes violents qui nécessitent une contrainte solide. Le traitement a consisté dans la cautérisation de la blessure (traitement moral), l'alimentation forcée, un bon régime, et l'administration du chloral trois fois par jour après le repas. Il a pleinement réussi.

Cette observation a conduit le Dr Anderson à admettre, outre les cas de rage vraie et fausse, une troisième variété de rage qui se terminerait par l'aliénation mentale. Dans la discussion à laquelle il se livre, notre confrère paraît disposé, sinon à supprimer le virus rabique, du moins à lui donner une importance tout à fait secondaire. Pour lui, la rage est une névrose protéiforme dont les manifestations sont variables d'intensité. L'absence de manifestations locales, d'incubation véritable ne permet pas de la comparer à la morsure des serpents et à la morve, ou même aux fièvres infectieuses. Elle se rapprocherait plutôt du tétanos et des convulsions éclamptiques. Le tétanos guérit quelquefois, chez les blessés, par l'avulsion d'un corps étranger situé dans la plaie. L'irritation causée par ce corps étranger avait réagi sur les centres nerveux et déterminé des contractures musculaires. Des convulsions de dents cessent par la saignée de la gencive. De même le seul traitement rationnel de la rage a été, jusqu'à ce jour, la cautérisation de la plaie, l'excision de ses bords et des cordons nerveux qui y aboutissent. Alors la rage ne serait pas une intoxication, mais une névrose des centres, imputable, comme le tétanos, à une excitation périphérique. L'auteur ajoute, pour appuyer cette manière de voir, que les symptômes principaux de la rage, la dysphagie, l'horreur de l'eau, se retrouvent chez certaines hystériques et sont d'une observation commune dans les asiles d'aliénés.

— A l'exemple de quelques praticiens américains, le Dr Hills, de Norfolk, a employé avec succès l'ellébore vert dans certains cas de manie. Il s'en est bien trouvé, surtout chez les maniaques chroniques, turbulents, dont l'agitation affecte la forme récurrente. M. Hills ne prétend pas faire une innovation en thérapeutique et rend à Hippocrate ce qui est à Hippocrate.

— Sous ce titre : « Notes d'asiles », MM. James Maclaren et J. Brown, médecins adjoints de l'asile royale d'Edimbourg, font connaître quelques délires remarquables. C'est d'abord un fait curieux de double conscience chez un paralytique à la deuxième période. Cet homme, qui se croit riche à millions, possède à la caisse d'épargne la modique somme d'une livre. Ces deux idées de possession ne se confondent pas dans son esprit, et tandis qu'il calcule à un taux fantastique les intérêts de son immense fortune imaginaire, il sait très-bien que sa fortune réelle, avec les intérêts, vaut actuellement une livre 3 shillings et 4 deniers.

— Plus loin, nous voyons, chez le père et la fille, une singulière coïncidence de délire. Le père se croit roi d'une grande nation et la fille se dit princesse de sang royal ; mais ces deux idées délirantes ne dépendent pas l'une de l'autre, et le père et la fille se traitent réciproquement d'insensés.

— Une femme en traitement à l'asile d'Edimbourg croit être Jésus-Christ ; cette conception délirante est rare. Elle porte à la fois sur le sexe et sur les conditions d'existence.

— Lorsque l'impulsion au suicide complique la mélancolie, elle ne constitue pas un fait rare, mais il est moins ordinaire de la voir exister seule comme chez deux dames observées par nos confrères. Sauf quelques légers accès d'irritabilité, compatibles d'ailleurs avec un état de santé parfaite, ces deux dames sont dans une situation mentale irréprochable. Elles sont douces, d'une intelligence remarquable et s'avouent très-heureuses, mais elles sont envahies parfois d'un violent désir de quitter la vie.

L'une d'elles, dont le mari était buveur, a eu onze enfants avant de devenir aliénée ; huit sont morts dans le premier âge et ont succombé à des affections de la tête. L'autre malade est une jeune fille, enjouée, aimable, aussi heureuse que possible et bien portante. Elle a essayé successivement de s'empoisonner avec du laudanum qu'elle s'était procuré par petites portions chez les pharmaciens, de s'étrangler, puis de s'ouvrir un vaisseau avec un aiguille à ravauder. Enfin elle a refusé les aliments et on a dû la nourrir avec la pompe stomachale.

Ces tendances au suicide, qui ne dépendent pas de conceptions délirantes et paraissent coïncider avec une intégrité mentale apparente, nécessitent pour les malades une surveillance rigoureuse.

— Les séances annuelles de l'Association médicale anglaise sont marquées ordinairement par deux discours destinés à faire

une certaine sensation. L'un est prononcé par un médecin, l'autre par un chirurgien. A cette occasion, le discours prononcé à Norwich par le D^r Reynolds, et dont le titre pourrait être : *Jusqu'ici, mais pas au delà*, a soulevé quelque surprise par l'étroitesse des vues de l'auteur. Tout en reconnaissant que les sciences physiques et chimiques sont parvenues à rendre compte de certains phénomènes qu'on classait autrefois parmi les « mystères sacrés de la vie, » ce médecin se montre effrayé de la tendance qu'a notre dix-neuvième siècle à vouloir sonder ces mystères et il adjure ses confrères de ne pas aller plus loin. Le spirituel chroniqueur qui rédige les notes du trimestre ne ménage pas le pusillanime D^r Reynolds et rapproche malicieusement son discours de celui qu'a prononcé dans le courant du même mois, à l'Association médicale anglaise, le professeur Huxley. Les paroles de l'éminent médecin sont une fière revendication pour la science moderne et une ardente aspiration vers les découvertes de l'avenir. Il rappelle que dès le seizième siècle, les problèmes biologiques étaient déjà devinés par deux savants illustres. En même temps que l'Anglais William Harvey trouvait le mécanisme de la circulation, Descartes formulait l'idée de l'action réflexe.

— Le rapport du D^r Orange sur l'asile de Broadmoor contient quelques réflexions instructives sur les aliénés criminels. Quelques philanthropes se sont alarmés de cette appellation qui convient cependant à quelques individus. Les pensionnaires de Broadmoor sont divisés en deux catégories: les uns ont été reconnus aliénés dans le cours de leur procès et placés à l'asile, « selon le plaisir de Sa Majesté ; » les autres ont été atteints d'aliénation mentale dans la prison pendant qu'ils subissaient leur peine. La première catégorie de malades a droit à l'indulgence et à la sympathie ; les crimes commis par eux sont le résultat de la folie, et ils étaient en général, à une époque antérieure au trouble mental, de fort honnêtes gens. Il n'en est pas de même des autres, qui sont d'anciens criminels, ennemis-nés de la société. Ils méritent une dénomination spéciale et doivent être l'objet d'une surveillance plus active. Un asile construit et aménagé comme un asile de comté ne saurait leur convenir. L'établissement où ils seront soignés doit pouvoir disposer de moyens de séquestration rigoureux, comme les hôpitaux de condamnés. En résumé, cet asile doit être conforme à l'élément prédominant de leur nature, leur disposition invincible au crime. La discipline à laquelle ils seront astreints aura pour effet

de protéger les surveillants et de préserver les aliénés moins corrompus de la funeste influence des endurcis. Les punitions sont même utiles à ces malades. Elles leur imposent une crainte salutaire, réveillent en eux le contrôle intime. Si quelques-uns de ces malheureux ont une responsabilité partielle, comme l'admet le Dr Orange, le traitement le plus humain est celui qui doit les empêcher de devenir entièrement irresponsables.

Tout en se déclarant partisan de la responsabilité partielle, notre confrère du *Mental Science* ne peut s'empêcher de trouver surprenante une opinion récemment exprimée par les « Commissioners in Lunacy ». Dans leur dernier rapport, ces messieurs, ont jugé que l'aliéné qui a tué le regretté M. Lutwidge était entièrement responsable de son acte. Cet homme était depuis trente ans dans les maisons d'aliénés. Le rapport du Dr Finch et les conclusions du lord chef baron Kelly lui ont valu un verdict d'acquiescement qui n'a pas eu, paraît-il, l'approbation des inspecteurs de l'aliénation mentale.

Le nommé Bisgrove, dont l'évasion est racontée dans le rapport du Dr Orange, est un malfaiteur de la pire espèce. Il avait commis un meurtre de complicité avec un autre individu. Comme il se déclara seul coupable, son complice fut relâché. Condamné à mort, sa peine fut commuée en une détention perpétuelle. Il est devenu aliéné dans la prison et a été transféré à Broadmoor d'où il a réussi à s'évader, deux ans après, en invitant son surveillant à se baisser pour regarder dans un trou à lapins et lui assénant, dans cette position, un coup violent sur la tête. Quand ce malade sera repris, le Dr Orange le classera probablement dans sa deuxième catégorie.

— Le travail, et surtout le travail en plein air, est employé avec succès à l'asile du district d'Argyll, ainsi qu'il résulte des rapports élogieux des docteurs Sr James Coxe et Mitchell, inspecteurs des asiles d'Ecosse. Les principaux avantages de ce système sont, d'après le Dr Rutherford, la suppression des cours d'isolement, l'inutilité de la séclusion et des remèdes qui ne sont plus nécessaires que pour le traitement des maladies intercurrentes.....

— Les « Lunacy blue Books » dont l'analyse se trouve au chapitre de la *Revue*, contiennent le vingt-huitième rapport des inspecteurs pour 1874 et le seizième rapport annuel de la commission générale des inspecteurs d'Ecosse.

Le premier travail renferme des chiffres statistiques sur l'accroissement de l'aliénation mentale qui paraît bien constaté

en Angleterre. Le rapport du chiffre des aliénés à la population générale s'est élevé à 2, 62 par 1,000, soit un aliéné pour 382 habitants.

— Ce rapport donne en outre la description intéressante d'un quartier d'épileptiques et de suicidés dont le projet est dû à un architecte de Lancastre, M. Howel. Le bâtiment doit loger 48 malades à chaque étage : six dans des chambres séparées, quarante-deux dans un grand dortoir. Dans cette pièce les lits sont disposés de telle sorte qu'aucun point de la salle n'échappe à la vue du surveillant. Pour les chambres séparées, le panneau qui domine la porte est ouvert ; de plus, la cloison de séparation des cellules s'élève seulement à dix pieds de haut, laissant un intervalle de trois pieds entre la partie supérieure de la cloison et le plafond. Le surveillant peut donc entendre le plus léger bruit parti des chambres séparées.

L'éclairage est donné par des flammes de gaz, avec grilles dans le plafond, communiquant avec les tuyaux ventilateurs. Pour les cellules, l'éclairage est disposé au-dessus de la porte, protégé intérieurement par une forte glace, à l'extérieur par un treillis métallique. Le surveillant peut le supprimer à volonté, en tournant une clef placée au dehors ; les produits de la combustion s'échappent par un petit conduit pratiqué dans la partie supérieure du mur et conduisant aux tuyaux de ventilation.

Le dortoir et la salle de jour sont ventilés à l'aide de grilles placées dans les parquets et les plafonds, par des tuyaux accolés aux cheminées et des ouvertures pratiquées dans les pignons.

— Les inspecteurs d'Ecosse constatent que l'aspect intérieur des asiles s'est avantageusement modifié, et ils attribuent ce changement aux réformes intérieures qui ont été réalisées. Ils sont d'avis que le directeur médecin doit résider à l'asile, non à une certaine distance. Un médecin résident, pour justifier son titre, ne doit pas avoir besoin d'annoncer sa visite au son de la cloche. Il doit habiter auprès de ses malades pour servir de garantie efficace contre la négligence et la mauvaise conduite des surveillants.

— Le rapport des inspecteurs d'Ecosse donne enfin une série de tableaux statistiques sur la mortalité des aliénés. Il appert de ces tableaux que la moyenne des décès, dans ces asiles, pour toutes causes, est quatre ou cinq fois plus forte que dans la population générale. Le simple fait que la proportion des décès de phthisiques aux autres décès, à l'âge de vingt à vingt-cinq ans,

est aussi grande dans les asiles qu'au dehors, permet d'établir que les tubercules se présentent plus fréquemment dans les asiles que dans la population ordinaire. Enfin, le nombre plus grand des maladies des centres nerveux étant de nature à augmenter le chiffre des morts par marasme, on a cherché à faire disparaître cette cause d'erreur dans l'évaluation des décès des phthisiques. Pour cela, on a déduit, du nombre total des décès des asiles et de la population générale, les décès par maladie du cerveau et de la moelle. Alors on a fait le dénombrement des phthisiques décédés, et on a trouvé que la phthisie est, dans le rapport, de 27, 74 p. 100 dans les décès des asiles, cette proportion étant de 23, 23 p. 100 pour la population générale.

— Le même chapitre contient un savant article critique de M. Burchell Spring, aumônier de l'asile de Bristol, sur l'ouvrage du docteur Maudsley : « *Responsabilité dans les maladies mentales.* » Tout en rendant hommage à la science de l'illustre aliéniste, et au talent avec lequel il a présenté les diverses questions philosophico-sociales qui se rattachent à son sujet, M. Spring prend en main la défense du christianisme que M. Maudsley considère comme le bouc émissaire des vices du moyen âge. M. Spring est un érudit, et il s'efforce de démontrer, avec l'histoire, que M. Maudsley s'est trompé sur un grand nombre de points. Cette analyse est fort longue, fort savante, et sa lecture est des plus attachantes.

— Les « Notes et Nouvelles » annoncent le décès du docteur Francis Edmond Anstie. Il était fort connu comme éditeur du « *Practitioner,* » journal qu'il avait fondé. Il était médecin de l'hôpital de Westminster et auteur d'un traité sur les *stimulants* et les *narcotiques* ; et d'un autre ouvrage sur la *névralgie*. La mort l'a ravi jeune à la science : il n'avait que quarante-un ans. Le docteur Anstie n'était pas membre de l'Association médico-psychologique, mais avait fourni, à plusieurs reprises, sa collaboration au « *Mental Science* ».

— La loi budgétaire sur les aliénés a provoqué un vif mécontentement parmi les médecins d'Ecosse. Les médecins directeurs des asiles royaux, de districts et de communes, et les médecins des quartiers d'aliénés de Workhouses, réunis en assemblée, ont formulé une opinion qui critique absolument les nouvelles dispositions légales.

JOURNAUX BELGES (1873-1875)

Annales de la Société de médecine d'Anvers.

1. *De l'encéphalite*, par le D^r Douvillé, de Compiègne (n^{os} de juin, juillet, août, septembre, octobre, et décembre 1873).

Long travail dans lequel l'auteur montre un scepticisme inexplicable, en présence des nombreux travaux qui depuis plusieurs années font la gloire de la nouvelle école des anatomo-pathologistes. Notre confrère nous semble connaître à fond les travaux d'Hippocrate, Celse, Morgagni et Lallemand ; mais oublie à tort, peut-être à dessein, ceux de Charcot, Brown-Sequard, Meschede, Rokitanski, Vulpian, Hayem, Magnan, etc ; travaux qui font époque et dans lesquels l'anatomie, la physiologie et la pathogénie s'appuient si fortement sur la clinique. Pour ce qui a trait à la paralysie générale, M. Douvillé semble ignorer que les médecins anglais, français et allemands en font une encéphalite interstitielle et non une maladie singulière déterminée par la compression progressive du liquide céphalo-rachidien d'une abondance anormale ; il va jusqu'à nier, dans ce cas, les altérations constantes de la substance corticale. Nous savons cependant, avec MM. Magnan et Mierzejewski, que ces altérations se rencontrent partout où il y a du tissu interstitiel et que la prolifération de ce tissu est envahissante, aussi bien du centre à la périphérie que de la périphérie vers le centre.

2. *De l'apoplexie cérébrale*, par le D^r Emile Joris, de Bruxelles (n^{os} de février, mars, avril, mai, juin, juillet et août 1874).

Travail fort remarquable dans lequel l'auteur a considéré l'apoplexie cérébrale surtout au point de vue de ses causes et de son traitement. La Société de médecine d'Anvers lui a décerné une médaille d'or au concours de 1873. L'auteur est un partisan de la doctrine de Conheim et croit que la tendance à la diapédèse, en dehors de l'excès de tension, peut augmenter avec la liquéfaction du sang (purpura) ; cette doctrine a été vivement combattue par Bouchard dans sa pathogénie des hémorrhagies.

Journal de médecine, chirurgie et pharmacologie de la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

1. *De la paralysie de la sixième paire crânienne*, par le D^r Carpentier (n° de mai 1873).

Mémoire présenté à la Société royale et principalement consacré à l'étude des circonstances étiologiques capables de produire cette paralysie localisée aux régions innervées par le moteur oculaire commun. L'auteur termine son remarquable travail par des considérations thérapeutiques fort judicieuses.

2. *Cas d'hystérie à forme somnambulique*, par le D^r Liegey, de Choisy-le-Roi (n° de mars 1874).

3. *De la pachyméningite hémorragique interne*, par le D^r J. Kremiansky, de St-Pétersbourg (n° de mai 1874).

Dans ce mémoire, l'auteur considère la pachyméningite hémorragique ou hyperplasie hémorragique interne au double point de vue de sa propagation épidémique à St-Pétersbourg et de ses rapports avec l'abus des boissons alcooliques. Notre confrère a préparé une dizaine de dures mères atteintes de l'inflammation précitée. En général, on croyait que les épanchements sanguins préexistaient lors de la formation des néo-membranes et que ces dernières apparaissaient toujours consécutivement à l'organisation du sang épanché : cette opinion a été préconisée par MM. Baillarger et Rokitanski ; mais Heschl, Wirchow et depuis Weber, Schuberg, Cruveilhier, Brunet et Lancereaux, en dernier lieu, ont prouvé que les fausses membranes apparaissaient consécutivement à l'inflammation, et que les hémorragies provenaient de la rupture des vaisseaux de ces néo-membranes. Les préparations anatomiques de M. Kremiansky démontrent nettement, suivant lui, la formation graduelle des épanchements sanguins les plus considérables dus à la présence des fausses membranes. La localisation de la pachyméningite aux faces convexes des grands hémisphères est à peu près constante. Il faut chercher la cause de cette épidémie singulière, non dans l'atmosphère, mais dans l'ivrognerie portée à l'excès. Lancereaux, dès 1860, regardait l'alcoolisme chronique comme une cause fréquente de la pachyméningite hémorragique.

**Bulletin de la Société de médecine mentale
de Belgique.**

Nous trouvons dans les bulletins 1 et 2 de l'année 1873 le mode de formation et le règlement de la Société de médecine mentale de Belgique dont la première discussion a porté sur la réforme du régime des aliénés en Belgique. M. Semal propose d'appeler l'attention du gouvernement sur la nécessité d'imposer aux asiles deux sections nouvelles, l'une pour les convulsifs et l'autre pour les convalescents. M. Oudart propose, en outre, de créer un asile pour les incurables aux frais de l'Etat, mais cette proposition n'a pas semblé réalisable aux membres de la Société.

Une autre question, celle des certificats d'admission a aussi été discutée et la Société a adopté à l'unanimité la proposition de M. Semal ainsi conçue : Le gouvernement formule un modèle de certificat et de bulletin confidentiel. Ce modèle imprimé sera, dans toutes les communes, mis gratuitement à la disposition des médecins.

Le n° 2 de l'année 1873 contient aussi un très-long mémoire du D^r Vermeulen sur l'organisation pratique du lit des gâteaux à la maison de Santé *le Strop lez-Gand*.

Mémoires publiés par l'Académie royale de Belgique.

1. *De la folie paralytique*, par le D^r Lefebvre, de Louvain (collection in-8°, tome I, premier fascicule, 1870).

L'auteur de ce travail volumineux a voulu s'occuper principalement des trois points suivants : Statistique, étiologie et prophylaxie. Nous avons lu en entier les considérations de haute volée que le D^r Lefebvre présente d'ailleurs avec le charme d'un véritable romancier, et, sans partager toutes ses craintes ou ses scrupules édifiants, nous tâcherons de résumer sommairement les principales idées de son mémoire.

La folie paralytique est comme le choléra une maladie moderne *facile à prévenir*, mais à peu près incurable. Cette maladie fait des progrès considérables si l'on accepte les documents statistiques de MM. Calmeil et Marcé. Tout est encore à faire en étiologie, c'est la partie qui se dérobo le plus aux investigations des pathologistes. Les causes morales sont : l'activité fébrile dont l'humanité est aujourd'hui atteinte, l'ab-

sence du repos du dimanche, les entraînements du travail intellectuel et physique, les illusions et désillusions, les chagrins, la vie de la bohème dorée et une foule d'autres causes parmi lesquelles il faut ranger l'influence de la littérature mélancolique représentée par lord Byron, Goethe, Chateaubriand et Lamartine. Parmi les causes physiques, l'alcoolisme, l'usage du tabac, les abus du sens génital et aussi les nouveaux moyens de locomotion. Le mouvement vibratoire des voitures qui roulent sur le railway congestionnerait les centres nerveux. Il faut signaler aussi l'habitude d'un régime trop abondant, trop riche et trop stimulant. Parmi les moyens prophylactiques, notre confrère choisit, il se tient sur les sommets de la question (*sic*) Guerre à l'eau-de-vie, guerre au tabac, campagne en faveur du repos du dimanche. « Jamais ce repos n'a été plus nécessaire que dans nos temps agités... C'est un remède héroïque, mais partiel. Que faut-il donc de plus ? Beaucoup de choses : il faut restaurer dans les âmes la puissance du sentiment religieux, il faut ranimer l'esprit de famille et rendre au foyer domestique, la femme, que l'industrie moderne entraîne aujourd'hui dans les mines et dans les fabriques... »

2. *Maladies et facultés diverses des mystiques*, par le Dr Charbonnier de Bruxelles (tome III, 3^{me} fascicule 1875).

Le travail du Dr Charbonnier est une véritable monographie des maladies et facultés diverses de mystiques, il n'entre pas dans nos attributions d'en faire une analyse aussi complète que le comporterait un mémoire aussi savant, précis et pratique ; nous conseillons donc aux lecteurs des *Annales* de le lire en entier. On y trouvera une étude historique sur les stigmatisés, les extatiques depuis François d'Assise jusqu'à Louise Lateau et Bernadette Soubirous, la visionnaire de Lourdes ; une étude approfondie des recoins de la physiologie ; la critique du livre, du Dr Lefebvre, intitulé : Louise Lateau de Bois-d'Haie ; une description médicale de l'abstinence et de ses effets ; enfin la théorie scientifique de la stigmatisation.

Lorsqu'on se trouve en présence de phénomènes inexplicables, a-t-on le droit de les regarder comme surnaturels ? Notre ignorance nous oblige à plus de modestie ; c'est la suffisance des ignorants qui a inventé le surnaturel dans les sciences d'observation. Pour bien des gens la vie serait impossible à 500 mètres de hauteur parce que dans les ascensions on a constaté des

symptômes graves tels que la céphalalgie, les nausées, les vomissements, le dégoût des aliments, et, cependant, en procédant graduellement, on s'habitue à vivre avec une respiration essouffée (dans le Pérou, la ville de Potosi est à 4,166 mètres et au Thibet, Seba est à 5,000 mètres). Il est impossible de supporter une abstinence d'emblée ; mais après une préparation de plusieurs années, cela peut se comprendre aussi bien en Europe que dans l'Inde où l'on observe assez fréquemment des faits semblables. L'organisme a le pouvoir de s'adapter aux milieux et de modifier son mode d'alimentation. Pendant l'abstinence, l'animal continue à absorber de l'oxygène, brûle ses graisses, puis son sang et ses propres tissus : l'azote ou les substances azotées des tissus deviennent accidentellement les aliments respiratoires, ils remplacent le carbone. « Le poumon chauffe, boit, mange ou assimile, » supplée à la peau, au rein, en éliminant l'azote et l'eau sans que la volonté y soit pour rien. Chez l'homme sain, la peau est peu perméable, toutefois après une abstinence prolongée, la composition du sang varie notablement, il devient riche en albuminoïdes qui augmentent son pouvoir osmogénique. Les corps organisés absorbent l'humidité avec d'autant plus de force qu'ils en contiennent moins, la peau, en ce cas, sert de membrane osmotique pour absorber la vapeur d'eau contenue dans l'atmosphère. La peau des mystiques se trouve dans de bonnes conditions d'absorption ; le réseau capillaire s'y développe et fonctionne physiologiquement pour les échanges avec le dehors, tandis que le réseau capillaire intestinal s'est atrophié. « L'abstinence complète d'aliments et de boissons est un mensonge ou une erreur. Les mystiques se nourrissent à peu près des mêmes aliments que nous — sous une autre forme — en plus petite quantité — par d'autres voies que celles ordinaires, voilà tout. »

L'abstinence et la contemplation sont les causes de la stigmatisation et de l'extase. Sous leur influence l'influx nerveux et le sang ne sont plus distribués qu'imparfaitement aux organes digestifs ; bientôt apparaissent les névralgies, les hallucinations, les illusions et les accès d'extase. Il est bon de savoir, d'ailleurs, que tous les stigmatisés perdant du sang par la peau avaient eu préalablement des hémorrhagies par les muqueuses pulmonaires et autres : ce n'est qu'après une préparation prolongée, et une adaptation particulière des organes et par remplacement physiologique et pathologique, que les hémorrhagies cutanées se sont produites. Les stigmatisés ne sont pas des imposteurs,

mais des malades douloureusement éprouvés et susceptibles comme les aliénés vulgaires de guérir par l'isolement, le changement de milieu, les toniques, l'alimentation forcée et progressive.

Bulletin de l'Académie royale de Belgique.

4. *Discussion sur la folie paralytique* (1873 n^{os} 4, 5, 6, 7, 10, 11 ; — et 1874 n^{os} 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12 ; — 1875 n^o 4.)

Le Dr Lefebvre dont nous avons plus haut analysé le travail l'avait soumis à l'appréciation de ses collègues, et c'est à ce propos que la discussion avait été ouverte sur la folie paralytique.

Nous dirons que, en général, les médecins belges se servent exclusivement de cette expression et attribuent à cette maladie les mêmes causes qu'aux autres formes de l'aliénation mentale. Nous pensons, personnellement, que le temps n'est pas loin où l'on ne regardera plus la paralysie générale comme une forme de folie, mais comme une entité morbide, une encéphalite interstitielle, pouvant se compliquer de toutes les formes de la folie (manie, mélancolie, monomanie, démence) sans en constituer une espèce particulière.

M. Crocq partage les idées du Dr Lefebvre sur l'étiologie et notamment il admet l'influence des progrès de la civilisation avec un peu plus de modération cependant. Pour lui, la paralysie générale est plus fréquente dans les classes inférieures, il conseille d'éviter dans l'éducation des enfants le danger de l'éducation artistique. Parmi les causes il signale l'hérédité et l'abus de l'alcool.

M. Masoin partage les opinions pessimistes du Dr Lefebvre ; aussi son confrère le Dr Laussedat se demande si vraiment ce n'est pas une campagne entreprise contre les progrès de la civilisation. M. Masoin rêve-t-il une civilisation spéciale et faut-il revenir à l'existence des peuplades primitives. On prétend que la folie est rare chez les sauvages de l'Amérique ! D'abord, cela est difficile à démontrer et, d'ailleurs, la paralysie générale est moins fréquente que M. Lefebvre semble le croire.

M. Laussedat : La modernité de cette maladie est fort douteuse, la fréquence en est relative et les causes morales indiquées par M. Lefebvre demandent un peu plus de précision. Il raille fort spirituellement M. Masoin d'avoir forcé la note de

M. Lefebvre en déclarant indemnes de toute aliénation mentale les peuples non encore imprégnés de civilisation et qui vivent dans la décadence et la barbarie. Le discours de M. Masoin n'est autre que l'attaque la plus formelle contre la civilisation moderne.

M. *Bulckens*. Pour démontrer que la folie est plus fréquente aujourd'hui qu'autrefois, les termes de comparaison nous font défaut. Il est juste de dire que l'aliénation est en ce moment plus connue, plus étudiée, par suite, le nombre des aliénés inscrits et soignés devient considérable depuis surtout que la loi sur les aliénés est en vigueur.

A l'asile de Gheel du 1^{er} janvier 1856 au 1^{er} janvier 1873, il y a eu 3.287 admissions dont 279 paralysés généraux se divisant en 206 hommes et 73 femmes, c'est-à-dire 44 p. 100 pour les hommes et 4 p. 100 pour les femmes. Ces chiffres éloquents parlent mieux que toutes les dissertations nuageuses de M. Masoin et permettent facilement de contredire ses pieuses considérations. En thèse générale notre savant confrère ne croit pas à l'incurabilité absolue de la paralysie générale et loin d'accuser la civilisation moderne, il rappelle avec à propos les horreurs de Sodome et Gomorrhe, les festins de Lucullus et les sacrifices antiques sur les autels de la trinité mythologique : Momus ! Bacchus ! Vénus ! il termine avec Parchappe. Dire que le perfectionnement de l'état social est une cause de folie, c'est avancer une opinion que les faits n'ont pas prouvée et que la raison réproouve.

M. *Masoin* reprend la parole et dans un discours longuement préparé attaque avec furie les arguments de M. Laussedat. La discussion devient acerbe et des questions personnelles surgissent qui nuisent au côté scientifique.

M. *Laussedat* s'étonne que *Tant de fiel entre dans l'âme d'un... jeune homme !*

M. *Lefebvre* répondant à toutes les objections de ses contradicteurs, reproduit en les développant, dans un magnifique langage, les principales idées contenues dans son mémoire. Il incrimine surtout l'alcool, le démon alcool (Despine). Il prie M. *Laussedat* d'entreprendre une campagne contre les abus des spiritueux. « Que l'honorable M. *Laussedat* se mette à la tête » de cette croisade, et ma parole qui va s'éteindre sous ces » voûtes, comme un cri dans le désert, éveillera, grâce à la » presse, ces puissants échos qui s'imposent à tous. »

M. *Vleminckx* termine cette longue discussion, il rend,

comme président, justice à M. Lefebvre, il lui accorde le mérite, le talent, et tout en appréciant ses nobles qualités il ne lui pardonne pas sa campagne en faveur du repos dominical comme mesure prophylactique. Il fait remarquer, au contraire, que ce jour-là, les ouvriers font plus que d'habitude des excès sans nombre. On peut ajouter aussi que bien des paysans font des excès de boisson, le dimanche presque exclusivement : c'est du moins ce qui a lieu dans le centre de la France.

2. *L'aliénation mentale en Suisse*, par le D^r Laussedat, 1874 n° 5.

La conclusion de cette lecture faite à l'académie, c'est que la Suisse n'est en arrière d'aucun pays et que sur le terrain de l'assistance sociale, elle en précède plusieurs.

3. *Louise Lateau, de Bois-d'Haine*, par le D^r Boens (1874 n° 9).

Le D^r Boens, comme le D^r Charbonnier de Bruxelles, sépare nettement la science de la métaphysique et a scientifiquement exposé les faits bizarres offerts par Louise Lateau. Suivant lui l'extase stigmatique prend place dans le cadre nosologique entre les hémorragies spontanées et les affections cérébrales, l'hémophilie et le somnambulisme. Louise Lateau est une monomane; ce n'est pas, comme le dit le D^r Lefebvre, un mystère pour la science. Louise Lateau n'était pas incurable au début; « mais on » a cultivé sa manie. Entourée de dévots et de fanatiques, objet » de la curiosité des uns, de l'admiration des autres, accablée » d'attentions délicates et de saintes exhortations de la part des » chanoines, évêques, archevêques, dames du monde pétries » de piété et filles de cloître confites en dévotion, comment » cette enfant candide ou rusée ne se serait-elle pas sentie flattée, » enorgueillie de tant d'hommages? Qu'ont fait ses médecins » pour la soustraire à ce milieu qui la fascinait? *Qu'a-t-on fait » ou prescrit pour enrayer ses spasmes convulsifs, restaurer son » ganisme, rétablir la crase du sang, favoriser le flux catamé- » nial?*

Rien; pardon, des prières !!

4. *Maladies et facultés diverses des mystiques*, rapport par le D^r Warlomont (1874, tome IX, n° 2; et 1875, tome IX, n° 5, 6, 7 et 8.)

Long et consciencieux travail, fait au nom d'une commission chargée d'examiner le mémoire du D^r Charbonnier, intitulé : *Maladies et facultés diverses des mystiques*. Nous croyons bien faire en reproduisant textuellement les conclusions :

4o Les deux termes du dilemme de Virchow : *supercherie* ou » *miracle*, en tant qu'ils s'appliquent aux extases et aux stig-
» mates de Louise Lateau, doivent être écartés. Ces stigmates
» et ces extases sont réels. Ils s'expliquent physiologique-
» ment.

» 2o Les phénomènes présentés par Louise Lateau consti-
» tuent une maladie, de l'ordre des névroses. Il convient de la
» classer dans les cadres nosologiques, sous le nom de *névro-*
» *pathie stigmatique*.

» 3o Louise Lateau travaille et dépense du calorique ; elle
» perd tous les vendredis une certaine quantité de sang par
» les stigmates ; les gaz qu'elle expire renferment de la vapeur
» d'eau et de l'acide carbonique ; son poids n'a guère varié
» depuis qu'elle est en observation : donc elle brûle du car-
» bone et ce n'est pas à son propre organisme qu'elle l'emprunte.
» Où le prend-elle ? La physiologie répond : *Elle mange.* »

D^r DOUTREBENTE

BIBLIOGRAPHIE

Des variétés de la Paralyse générale dans leurs rapports avec la pathogénie. Grand in-8°, Paris, avril 1878, par le Dr Camille Lionnet.

Avec un titre pompeux, rempli de promesses. M. Lionnet vient de publier une thèse de 426 pages dans laquelle on remarque une grande quantité d'observations.

Une semblable publication, sur un sujet qui intéresse les lecteurs des *Annales*, à plus d'un titre, ne saurait passer inaperçue.

L'auteur n'a pas, suivant nous, réussi à montrer les rapports qui peuvent exister entre les variétés de la paralysie générale et la pathogénie. Tout au plus, pourrait-on dire, qu'il a voulu décrire des variétés étiologiques. De la pathogénie, point n'est question dans ce travail. Cela tient à ce que M. Lionnet s'est fait illusion sur la valeur des expressions qui traduisent sa pensée; il préfère la méthode pathogénique, on ne peut que partager son opinion, mais nous pensons qu'il ne fait qu'une distinction de mots entre l'étiologie et la pathogénie.

Les physiologistes et les anatomo-pathologistes de l'école contemporaine, MM. Rokitanski, Brown-Sequard, Charcot, Vulpian, Luys, Hayem, Magnan, etc., ont appliqué la méthode pathogénique à l'étude des maladies du système nerveux; leur pathogénie, c'est de la physiologie pathologique. Le Dr Ritti, par exemple, dans son remarquable travail (1) a su mettre à profit les nouvelles données sur l'anatomie et la physiologie du cerveau, il a fait la pathogénie de l'hallucination.

Après avoir lu avec attention la description des trois variétés de la paralysie générale que M. Lionnet propose d'admettre, nous avons l'espoir de distinguer parmi les observations des faits nouveaux, inédits, des preuves matérielles à l'appui des promesses

(1) *Théorie physiologique de l'hallucination.* Paris, 1874, J.-B. Baillière.

et des affirmations de l'auteur. Qu'avons-nous trouvé? De belles observations, les modèles du genre, mais aussi, chers lecteurs des *Annales*, ces observations ont été recueillies par des savants, des observateurs scrupuleux, Bayle, Ferrus, Billod, Briere de Boismont, Earle, Voisin et principalement Calmeil.

Des observations personnelles à l'auteur, il n'y en a pas; M. Lionnet n'a pas voulu en publier, le secret médical s'y oppose; si MM. Calmeil et autres avaient agi de la sorte, je me demande où M. Lionnet aurait pris 49 observations détaillées et imprimées en gros texte de façon à remplir 70 pages de son travail.

Les considérations suivantes terminent la thèse du D^r Lionnet; nous y adhérons partiellement.

1^o La paralysie générale représente une espèce pathologique.

2^o Le plus souvent elle se déclare sans prédisposition héréditaire.

3^o Quand l'hérédité intervient, elle se présente sous deux formes: congestive ou vésanique.

4^o Les héréditaires appartenant au groupe congestif sont des cérébraux avant d'être des aliénés.

5^o Les héréditaires à classer dans le type vésanique sont d'emblée des aliénés.

6^o Il y a dans la paralysie générale trois variétés:

a. Paralysie générale d'origine individuelle.

b. Paralysie générale d'origine congestive.

c. Paralysie générale d'origine vésanique.

7^o Les paralytiques généraux d'origine individuelle ne présentent jamais de rémission; et la durée de la maladie n'est que de 2 ou 4 ans.

8^o Les paralytiques généraux d'origine congestive, sont surtout remarquables par la fréquence des congestions.

Ils présentent des rémissions qui ne sont que de simples temps d'arrêt. Ils peuvent vivre 6, 7, 8 ans.

9^o Les rémissions vraies et de longue durée, ainsi que les longues périodes prodromiques, sont l'apanage des paralytiques généraux d'origine vésanique. La durée de la maladie varie entre 10, 12 ou 15 ans.

10^o La doctrine des responsabilités partielles, loin de me séduire, me fait peur.

D^r DOUTREBENTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

- Delle malattie mentali curate nel manicomio di Parma in colorno dal 29 luglio 1873 a tutto il 1876, par M. le D^r Lorenzo Monti; Parma, 1877, br. in-8°.
- Relazione statistica clinica del frenocomio di S. Margherita di Perugia, per gli anni 1874, 1875, 1876; par M. le D^r Roberto Adriani; Perugia, 1877, br. in-8°.
- Tre casi di ramollimento cerebrale nell' emisphero sinistro interessante la circonvoluzione frontale ascendente o marginale anteriore; par M. le D^r Ugo Palmerini; Milano, 1877; br. in-8°.
- Ancora sulla questione della pazzia morale; par le D^r Clodomiro Bonfigli; Ferrare, 1877, br. in-8°.
- Des variétés de la paralysie générale dans leurs rapports avec la pathogénie; par M. Lionnet; thèse de Paris, 1878.
- Statistique du bégaiement en France; par M. Chervin aîné; Paris, 1878; br. in-8°.
- De la colonisation des aliénés; par M. le D^r Georges Lafitte; thèse de Paris, 1878; br. in-8°.
- Sulla questione della necessita della alimentazione forzata; note du D^r C. Bonfigli; Milan, 1878; br. in-8°.
- Thirty-Fifth annual report of the managers of the State lunatic asylum at Utica, for the year 1877; New-York, 1878.
- Précis de médecine judiciaire; par M. le D^r Lacassagne; vol. in-18 de 576; chez G. Masson.
- Rivista della principale malattie accidentali osservate negli alienati; par le D^r Flaminio Tassi; Milan, 1878; br. in-8°.
- De la nature des troubles musculaires dans la paralysie générale des aliénés; par M. le D^r J. Christian; Nancy, 1878; br. in-8°.
- Di due tumori endoteliodi della dura-madre; note du D^r Lorenzo Monti; Milan 1878; br. in-8°.
- OEuvre du patronage et asile des aliénés indigents qui sortent convalescents des asiles de la Seine; compte moral de 1876; Paris, 1878; br. in-8.
- De l'hématome de l'oreille; par M. le D^r H. Eug. Mabile; thèse de Nancy, 1878.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du 23 mars 1878.* — M. le D^r Germain CORTYL, ancien interne de l'asile St.-Yon, à Rouen, est nommé médecin adjoint de l'asile de Dijon (3^e classe), en remplacement de M. Langlois, nommé précédemment médecin adjoint de l'asile de Vaucluse.

— *Arrêté du 23 mars.* — M. le D^r DAUBY, directeur-médecin de l'asile de Sainte-Catherine d'Yseure (Allier), est nommé directeur-médecin de l'asile d'Aix, en remplacement de M. Pontier, décédé, et promu à la 2^e classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du 23 mars.* — M. le D^r LAPOINTE, ancien directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier, est nommé directeur-médecin de l'asile de Sainte-Catherine d'Yseure.

— *Arrêté du 4^{er} avril.* — M. le D^r LONGEAUD, ancien interne de l'asile de Limoges, est nommé médecin adjoint de l'asile de Mont-de-Vergues (Vaucluse), en remplacement de M. le D^r Doutrébente, nommé précédemment médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard.

— *Arrêté du 4^{er} avril.* — M. le D^r LAPRÉE, médecin adjoint de l'asile d'Armentières, a été nommé médecin adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire) en remplacement de M. Deboudt, décédé.

— *Arrêté du 11 avril.* — M. le D^r BOUBILA, ancien interne de l'asile de Mont-de-Vergues, est nommé médecin adjoint de l'asile d'Armentières.

— *Arrêté du 3 juin.* — M. FLEURET, directeur de l'asile de Bron (Rhône), est nommé directeur de l'asile de Bordeaux.

— *Arrêté du 3 juin.* — M. LEBÈGUE, directeur de l'asile de Bordeaux est nommé directeur de l'asile de Bron.

DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DES MALADIES MENTALES.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de pathologie mentale.* — M. le D^r Luys a repris ses leçons sur la pathologie mentale et la structure du cerveau le dimanche 5 mai, à 9 heures et demie (salle des consultations à l'infirmerie). — Ce cours a pour objet, cette année, l'étude des circonvolutions cérébrales et celle de la paralysie générale.

— M. le D^r Aug. Voisin recommencera, à l'hospice de la

Salpêtrière, ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le jeudi 6 juin, à 9 heures et demie, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

CONFÉRENCES CLINIQUES A L'ASILE DE MARSEILLE. — Arrêté. — Le Préfet des Bouches-du-Rhône, chevalier de la Légion d'honneur,

Vu le mémoire présenté par M. le Dr Lagardelle, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Marseille, sur l'utilité de la création, dans cet établissement, d'une clinique des maladies mentales;

Ensemble les avis de MM. le directeur de l'Asile, le directeur de l'École de médecine et le recteur de l'Académie d'Aix;

La décision de M. le ministre de l'Intérieur, en date du 26 février 1878,

Arrête :

Article 1^{er}. — Il est institué, à l'asile public d'aliénés de Marseille, pour l'enseignement spécial des maladies mentales, des cours publics qui seront faits alternativement par MM. les médecins en chef de l'établissement une fois par semaine, à jour et à heure fixes.

Ces conférences auront lieu dans une salle sise à l'entrée de l'asile, isolée des services de l'établissement et dite salle de réunion de la commission de surveillance.

Art. 2. — Les personnes qui désireront suivre ces cours devront se pourvoir préalablement d'une autorisation du directeur de l'établissement. Pour les élèves en médecine la carte d'entrée sera délivrée par lui, sur le vu d'un certificat du directeur de l'École de médecine attestant que le titulaire a subi avec succès le troisième examen de fin d'année.

Les médecins et les magistrats pourront y avoir accès sur la présentation de leur carte personnelle.

Les avocats qui voudront y être admis auront à se munir d'un certificat qui leur sera délivré au parquet de M. le procureur de la République. En échange de ce certificat, le directeur de l'asile leur donnera une carte d'entrée au cours.

Art. 3. — Les auditeurs de ces cours ne pourront entrer dans les salles de service intérieur. Indépendamment de toutes précautions qui devront être prises, à cet effet, dans l'intérêt de la morale et des familles, le nom des malades ne devra jamais être livré aux élèves, quels que soient le caractère de la maladie ou les circonstances à la suite desquelles elle se sera produite.

Néanmoins, pour compléter ces démonstrations, le médecin pourra exceptionnellement, et sous sa responsabilité personnelle, donner accès dans les quartiers à quelques étudiants de choix, à ceux notamment qui lui paraîtront avoir des dispositions marquées pour l'étude des affections mentales.

Art. 4. — Des affiches feront connaître ultérieurement les jour et heure fixés pour ces conférences.

— Les conférences cliniques autorisées par l'arrêté ci-dessus ont été inaugurées le 5 mai, à l'asile Saint-Pierre, en présence

de M. le D^r Seux, directeur de l'école. La première leçon a été faite par M. le D^r Lagardelle.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE MENTALE.
STATUTS ET PROGRAMME.

Le comité d'organisation, composé de MM. Baillarger, président, Blanche, Dumesnil, J. Falret, Lasègue, Lunier, Legrand du Saulle, Motet, Ritti, a arrêté les statuts et le programme suivants :

Article 1^{er}. — Un congrès international de médecine mentale sera ouvert à Paris, le 5 août 1878, sous les auspices de la Société médico-psychologique.

Art. 2. — Le congrès, exclusivement scientifique, aura une durée de huit jours.

Art. 3. — Le congrès se composera de membres fondateurs et de membres adhérents, nationaux et étrangers.

Sont membres fondateurs, les membres titulaires et honoraires de la Société médico-psychologique, dont la souscription est fixée à 25 francs.

Sont membres adhérents, les médecins, les directeurs des asiles de la France et de l'étranger, toute personne s'intéressant aux questions relatives à l'aliénation mentale qui ont envoyé ou enverront leur adhésion à M. le Secrétaire général de la Société médico-psychologique (M. le D^r Motet, 464, rue de Charonne, à Paris).

Leur souscription est fixée à 40 francs.

Art. 4. — Les membres du congrès, fondateurs ou adhérents, auront seuls le droit de prendre part aux discussions.

Art. 5. — Les travaux du congrès se composeront :

a. De communications sur les questions proposées par le comité.

b. De communications sur des sujets étrangers au programme mais relatifs à la pathologie mentale.

Ces communications seront faites :

1^o Pour les questions du programme, dans les séances générales qui auront lieu le 5, le 7 et le 9 août.

2^o Pour les questions étrangères au programme, dans les séances intermédiaires qui auront lieu le 6, le 8 et le 10 août.

Art. 6. — Le comité a arrêté le programme suivant :

a. — Administration des asiles, législation et statistique.

Question. — « Des mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels. »

b. — Pathologie mentale et nerveuse.

Question. — « Des variétés cliniques de la paralysie générale. »

c. — Médecine légale.

Question. — « Des délires instantanés, transitoires (délires par accès), au point de vue de la médecine légale des aliénés. »

Art. 7. — Les membres du congrès qui désireront faire une communication sur une question du programme ou sur un autre sujet, sont priés d'adresser leur travail, soit en entier, soit en résumé, à M. le Secrétaire général, au plus tard le

15 juillet. Le comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre dans lequel elles seront faites.

Vingt minutes, au maximum, seront accordées pour chaque communication.

Art. 8. — Les séances auront lieu tous les jours, de 4 à 6 heures; chaque question du programme n'occupera qu'une séance générale; les communications sur des sujets étrangers au programme seront faites dans les séances intermédiaires et dans l'ordre arrêté par le comité.

Art. 9. — A la première séance, le congrès nommera son bureau, qui se composera d'un président, de vice-présidents, d'un secrétaire général et de secrétaires de séances.

Art. 10. — Le congrès terminé, le comité d'organisation reprendra ses fonctions, pour procéder à la publication des actes du congrès.

Art. 11. — Tous les mémoires lus au congrès seront déposés, après chaque séance, entre les mains du secrétaire général. Ils sont la propriété du congrès.

Art. 12. — Des excursions scientifiques seront faites, pendant la durée du congrès, dans les asiles d'aliénés du département de la Seine, et aux asiles d'aliénés du département de la Seine-Inférieure.

PRIX DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

1° 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 : Médaille de 1,000 fr. ; — clôture du concours, 1^{er} février 1879.

2° Elucider l'histoire des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie.

Prix : 5,000 fr. ; — clôture du concours, 1^{er} avril 1880.

Les mémoires écrits en latin, en français ou en flamand doivent être revêtus d'une épigraphe répétée sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des auteurs.

On lit dans la *Gazette des Hôpitaux* du 17 avril : — « La commission instituée par M. le Préfet de la Seine, à l'effet de s'occuper des conditions du rétablissement du concours et de la limite d'âge pour les médecins des services d'aliénés, à Paris, a terminé ses travaux. On nous assure qu'un concours pour une place de médecin résident à Bicêtre s'ouvrira vers le 15 juin prochain, et qu'un second concours pour deux autres places s'ouvrira vers le 15 novembre 1878. Les juges de ces concours seront : un professeur de la Faculté de médecine, élu par ses collègues ; un membre de l'Académie de médecine, également nommé au scrutin ; deux médecins des hôpitaux, tirés au sort, et trois médecins aliénistes tirés au sort parmi les chefs de service de Bicêtre, de la Salpêtrière, de Sainte-Anne, de Ville-Evrard et de Vaucluse.

La limite d'âge, pour les médecins actuellement en exercice et pour ceux qui seront fournis par les prochains concours, est fixée définitivement à soixante-cinq ans. »

La *Gazette des Hôpitaux* a été mal informée: nous croyons savoir, en effet, que rien n'a encore été décidé en ce qui concerne les conditions du concours, qui n'aura probablement lieu, d'ailleurs, qu'après les vacances.

LES LÉGISLATIONS ÉTRANGÈRES SUR LES ALIÉNÉS.

Nous empruntons à l'*Annuaire de législation étrangère* les modifications qui ont été apportées en 1875 et 1876 dans les lois relatives aux aliénés.

GRANDE-BRETAGNE. — *Loi du 11 août 1875 pour amender et compléter l'acte de 1873 sur la Cour suprême.* Art. 7. Les pouvoirs actuellement impartis aux lords d'appel de chancellerie ou à l'un d'eux, sur la personne et les biens des aliénés seront exercés par celui ou ceux des juges de la Haute Cour ou de la Cour d'appel que désignera la reine. Les lords d'appel de chancellerie, en fonctions au moment de la mise en vigueur de l'acte principal, conserveront cette juridiction spéciale (1).

Règles de procédure. — Art. 9. Quand un aliéné (ou faible d'esprit non interdit) est défendeur, il suffit, à moins que la Cour ou le juge n'en ordonne autrement, de faire la signification au curateur (*committee*) de l'aliéné (ou à la personne avec laquelle réside le faible d'esprit ou aux soins de laquelle il est confié).

Art. 48. — Les aliénés et les faibles d'esprit non interdits (*not so found by inquisition*) seront représentés en justice de la manière usitée devant la Cour de chancellerie avant le présent acte; en conséquence, ils agiront comme demandeurs, par l'intermédiaire de leur curateur ou de leur plus proche ami (*next friend*) et comme défendeurs, par leur curateur ou un tuteur *ad hoc*.

ROYAUME DE PRUSSE. — *Loi du 5 juillet 1875 sur la tutelle.*

Art. 81. Les majeurs reçoivent un tuteur :

- 1^o Lorsqu'ils sont déclarés atteints d'aliénation mentale;
- 2^o Lorsqu'ils sont déclarés prodigues;
- 3^o Lorsqu'ils sont sourds, muets ou aveugles, et empêchés par là de soigner leurs propres affaires (2).

(1) Le tuteur de la personne et le curateur des biens de l'aliéné sont soumis en Angleterre à une surveillance continue: leurs pouvoirs se trouvent ainsi beaucoup plus restreints que ne le sont en France ceux du tuteur d'un interdit.

(2) La présente loi ne parle que de la mise en tutelle. Les dispositions sur la manière de constater la folie et le degré de folie nécessaire restent donc en vigueur. On observera à cet égard les règles de la législation de chaque pays. Dans ceux

AUTRICHE-HONGRIE. — Le traité du 7 décembre 1875, entre la monarchie austro-hongroise et la Suisse, impose à chaque Etat l'obligation d'entretenir les sujets de l'autre Etat, infirmes ou aliénés.

HONGRIE. — *Loi de 1876 sur le règlement du régime sanitaire.* Les art. 71 à 76 de cette loi concernent les aliénés; en voici le résumé :

Tous les individus atteints de maladies mentales, guérissables ou non, qui mettent en péril la sécurité publique, doivent être placés dans un établissement d'aliénés pour y être guéris ou gardés. L'admission dans un établissement d'aliénés ne peut avoir lieu que sur un certificat attestant que l'individu à admettre est atteint de maladie mentale; ce certificat doit être délivré par un docteur en médecine ayant un emploi public, ou, si le malade a déjà été soigné par un médecin, le certificat doit être délivré par celui-ci (art. 72). Tout malade reçu dans un établissement d'aliénés n'y doit être admis qu'à titre provisoire; une fois admis, son état mental doit être observé avec soin; dans le cas seulement où cette observation a donné la conviction que l'individu en question souffre indubitablement d'une maladie mentale, il est définitivement admis sous la responsabilité personnelle du directeur de l'établissement. Le directeur doit transmettre sans délai, au tribunal compétent, un rapport concernant le malade reçu définitivement, avec l'avis du médecin. Dans les établissements particuliers d'aliénés, et dans les divisions d'aliénés des hôpitaux, les personnes atteintes de maladies mentales ne doivent de même être définitivement admises que si la maladie mentale a été constatée par le tribunal compétent. A cet effet, avis immédiat doit être donné au tribunal de toute entrée de malade. Si les parents d'une personne placée dans un établissement d'aliénés conçoivent des doutes sur la réalité de sa maladie, ils ont le droit, aussi longtemps que la maladie mentale n'a pas été déclarée par le tribunal, de faire examiner, à leurs frais, son état mental par les hommes de l'art; toutefois, cet examen ne peut être confié qu'aux membres du corps médical enseignant de l'Université ou à ceux du Conseil national de santé. Les personnes guéries ou celles qui n'ont pas été reconnues atteintes d'une maladie mentale doivent être immédiatement mises en liberté. (Art. 73 à 76.)

ÉTATS-UNIS. — **NEW-YORK.** — *Loi du 12 mai 1874.* — Un code tout entier sur les asiles d'aliénés a été adopté le 12 mai 1874. On y trouve, entre autres dispositions remarquables, des garanties sérieuses pour la constatation de la folie à l'entrée dans les établissements spéciaux; le certificat d'aliénation mentale est fourni par deux médecins, et sous serment. — Dans les cinq jours, il doit être approuvé par un juge com-

de droit commun, le tribunal tutélaire instituera le tuteur après avoir constaté la folie dans les formes de la juridiction gracieuse.

pétent, après enquête préalable. — Le médecin consulté doit remplir certaines conditions de grade, d'honorabilité, de résidence; il faut qu'il ait au moins trois ans de pratique effective, et qu'il fasse subir au patient un examen personnel. — On ne reconnaît aucune valeur au certificat d'un médecin qui envoie l'aliéné dans un établissement dont il est lui-même administrateur ou propriétaire (art. 6, §§ 12 et 13).

L'Etat, prodigue de son intervention dans les institutions charitables, confie aux inspecteurs des pauvres la protection des aliénés indigents (§ 6). Il institue un officier public chargé spécialement de la surveillance des asiles (*Commissioner in Lunacy*); — prend à sa charge même les aliénés qui n'étaient pas régulièrement secourus comme pauvres, et dont une décision judiciaire constate le dénuement (art. 1, § 4).

Le deuxième chapitre est consacré à la folie qui est liée à l'accomplissement d'un crime, et qui est prouvée au cours du procès criminel. Quand l'acquittement est prononcé à raison de la folie, la Cour doit s'informer du sort ultérieur de l'accusé, et ordonner, au besoin, une enquête sur sa guérison possible (§ 22). — Il y a d'ailleurs un établissement spécial de l'Etat pour les aliénés criminels (§ 23). — La constatation de la folie entraîne immédiatement le transfert d'un condamné dans cet établissement. Comme la fraude serait trop facile, la loi règle soigneusement à quelles conditions et à quel moment le prévenu peut plaider la folie; elle exige la formation d'une commission pour l'examen des preuves et un verdict spécial du jury avec les motifs de l'acquittement (§§ 30 et 31). — Quand un malade de cette espèce vient à guérir, la guérison est notifiée à la Cour suprême du district, qui, seule, peut ordonner l'élargissement.

Le titre second traite de l'administration des biens des aliénés. La Cour suprême et subsidiairement la Cour de comté, dans le ressort de sa juridiction, ont la garde et l'entretien de la personne, des biens réels ou personnels appartenant aux fous et aux idiots; la loi ajoute : aux personnes qu'un état d'ébriété chronique rend inhabiles à gérer leurs propres affaires (§ 4). Cette surveillance s'exerce sur les actes du tuteur ou du comité qui le remplace : inventaire, marchés, contrats, etc. Le même titre règle le paiement des dettes et la procédure à suivre pour l'ouverture de la succession des aliénés.

Loi du 25 mai 1875, révisant les lois précédemment votées sur les asiles d'aliénés. — L'acte du 15 mai complète le code de 1874. — On voit, par les soins que les Américains apportent à réviser cette partie de la législation, combien ils s'intéressent aux œuvres philanthropiques. Ce qu'il faut surtout remarquer dans cet acte, ce sont les articles 2 et 3.

L'article 2 dispose que les immeubles de l'aliéné pourront être vendus par le tuteur — probablement parce qu'on suppose que l'administration de biens immobiliers est trop malaisée en l'absence du propriétaire, — et le prix en être employé ainsi que le décidera la Cour suprême ou la Cour de comté. L'article 3 a pour objet la nomination de l'officier public chargé de la

surveillance des asiles « *Commissioner in Lunacy*. » Cet officier sera un médecin nommé par le gouverneur avec le concours du Sénat ; il exercera cet office pendant cinq ans et recevra un salaire annuel de 4.000 dollars, plus 1.000 dollars pour frais de voyage et menues dépenses. Il devra faire une enquête, pour laquelle tous pouvoirs lui sont conférés d'interroger les témoins et de se faire produire des documents, chaque fois qu'il soupçonnera qu'une personne est privée à tort de sa liberté ou est, soit traitée cruellement, soit pas assez bien traitée dans les établissements d'aliénés publics ou privés. Le commissaire peut, s'il y a lieu, donner des avertissements au directeur de l'établissement, et, s'il n'est pas tenu compte de ces avertissements dans le délai le plus court, le commissaire traduira le directeur devant les tribunaux, qui appliqueront les peines prévues par l'acte de 1874, pour le cas où il serait commis des abus dans les établissements.

LES ALCOOLIQUES DANS LES ASILES.

Voici où l'ivrognerie a conduit Humbert :

Ce jeune homme (il a 25 ans), a été déjà arrêté douze fois pour coups, pour extorsion de fonds, pour outrages aux agents, et les peines prononcées contre lui par les tribunaux correctionnels varient de trois jours à une année d'emprisonnement. Cinq fois déjà il a bénéficié d'ordonnances de non-lieu motivées par son état mental qui le rendait irresponsable.

Pendant trois années, Humbert a été, par mesure administrative, enfermé à Bicêtre ; il y est entré le 19 avril 1873, et il vient d'en sortir le 14 mai 1876.

Mais il n'a pas perdu de temps ; le soir même de sa sortie, il maltraitait une femme, il battait un passant qui lui faisait quelques justes observations, et enfin il résistait avec une violence inouïe aux agents qui le conduisaient au poste, etc.

Traduit devant le tribunal correctionnel de la Seine, Humbert affirme qu'il était ivre quand il a commis les délits qui lui sont reprochés et qu'il ne se souvient plus de rien.

M^e Demange présente la défense du prévenu et s'attache surtout à prouver qu'il ne saurait être responsable de ses actes. Il donne lecture d'un rapport médical, rédigé à Bicêtre par MM. les docteurs Legrand du Saulle, Falret et deux autres médecins, dont l'inspecteur en chef du service des aliénés, sur la demande de sortie adressée à l'administration par Humbert. Voici une analyse succincte de cette appréciation des médecins :

« Humbert est un jeune homme en proie aux plus mauvais instincts. Dès 1873, il a été admis dans les services d'aliénés pour des accidents d'alcoolisme des mieux caractérisés : tremblements, idées de persécution, craintes d'empoisonnement, et surtout tendance particulière aux plus extrêmes violences. Ces accidents se sont reproduits plusieurs fois et ont motivé diverses ordonnances de non-lieu.

» Actuellement, Humbert est guéri de son intoxication alcoolique, et peut être considéré comme parfaitement responsable de ses actes. »

» Nous sommes donc en présence d'un homme profondément pervers, violent, extrêmement dangereux et qui le deviendra encore davantage sous l'influence des excès alcooliques dans lesquels il retombera sans nul doute. Mais ces accidents morbides qui avaient motivé son admission dans un asile d'aliénés ayant aujourd'hui complètement disparu, rien n'autorise la prolongation de son séjour dans cet asile.

» Nous croyons donc qu'il doit être renvoyé de Bicêtre où sa présence n'a plus de raison d'être, mais nous ne nous dissimulons pas que nous proposons de rendre à la liberté un homme particulièrement dangereux qui devra être l'objet d'une surveillance spéciale et nous craignons bien qu'à une date plus ou moins prochaine, quelques faits de violences plus ou moins graves ne mettent de nouveau Humbert sous la main de la justice, qui disposera souverainement de son sort. »

» On voit, ajoute le défenseur, que si les médecins ne se faisaient pas grande illusion sur la conduite future de celui que leur devoir les obligeait à mettre en liberté, Humbert, de son côté, n'a pas longtemps attendu pour réaliser leurs fâcheuses prévisions. Cinq fois déjà il s'était évadé de Bicêtre et chaque fois il s'était enivré, comme il l'a fait le 14 mai, le jour de sa sortie définitive. »

« Demain il sera remis en liberté, il boira encore, et demain soir encore il aura commis quelque nouveau méfait ; n'est-il donc pas possible de le protéger contre lui-même ? »

Le défenseur rappelle que le Congrès des sciences médicales de Bruxelles a voté une résolution tendant à ce qu'il soit pris des mesures en faveur des aliénés qu'une ordonnance de non-lieu ou un acquittement rend à la liberté comme irresponsables de leurs actes, afin qu'ils rencontrent une protection plus efficace que celle de l'administration qui se trouve désarmée quand le malade est reconnu guéri.

La Société de médecine légale de France a livré à l'étude d'une commission un projet de loi tendant à confier à l'autorité judiciaire, en pareille circonstance, le pouvoir d'ordonner le placement du prévenu acquitté dans une maison d'aliénés et le droit exclusif de permettre sa sortie.

Avant que M^e Demange ait eu le temps de conclure, sa plaidoirie est violemment interrompue : Humbert vient de tomber dans le banc des prévenus ; il crie et s'agite avec fureur ; il est en proie à une nouvelle attaque d'épilepsie.

Le tribunal, sur les réquisitions de M. l'avocat de la République Dupond, rend un jugement aux termes duquel :

« Attendu qu'Humbert ne peut être considéré comme responsable de ses actes, le renvoie des fins des poursuites et ordonne qu'il sera remis à la disposition de l'administration pour prendre toute mesure que la sécurité publique exigera. »

(Le Rappel du 2 juillet 1876.)

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XIX^e VOLUME DE LA CINQUIÈME SÉRIE.

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

I. Pathologie.

	PAGES.
Contribution à l'histoire de l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation mentale; par le Dr Garimond.	5 c 14
Catalepsie consécutive à une manie aiguë; guérison; par M. le Dr Lagardelle	38
Des différentes espèces de rémissions qui surviennent dans le cours de la paralysie générale progressive; par M. le Dr Doutrebente	161 et 321
Observation de lypémanie guérie par mutilation volontaire des organes génitaux; par M. le Dr Solaville.	218
L'Extatique de Fontet; par M. le Dr Bourdin.	223
Note sur l'emploi de l'atropine contre la sialorrhée des aliénés; par M. le Dr Dufour.	342
Cancer encéphaloïde du cerveau chez un épileptique; absence du lobule pariétal inférieur droit; par M. le Dr G. Gallopain.	344
De la responsabilité au sujet des évasions; par M. le Dr Auzouy	353

II. Médecine légale.

Rapport médico-légal sur l'état de la nommée E... D..., prévenue d'homicide volontaire; lypémanie puerpérale; ordonnance de non-lieu; par MM. les Drs Delacour, Aubrée et Lafitte	43
Rapport sur l'état mental des nommées Detibault et veuve Picouleau, prévenues de tentative d'assassinat; folie de persécution: ordonnance de non-lieu; par M. le Dr Mordret.	240
Rapport médico-légal sur le nommé S... Barthélemy, inculpé de parricide; mélancolie impulsive: ordonnance de non-lieu; par M. le Dr Hospital.	359

DEUXIÈME PARTIE.

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

I. Société médico-psychologique.

<i>Séance du 12 novembre 1877.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages: MM. Deboudt, Soutzo, Girard de Cailleux, Dagon, Mordret, Legrand du Saulle, Brochin, Fournet. — Discussion sur la paralysie générale (suite): MM. Dagonet, Billod, Lasègue, Baillarger.	67
<i>Séance du 26 novembre 1877.</i> — A propos du procès-verbal: MM. Delasiauve, Falret, Dagonet. — Correspondance: MM. Girard de Cailleux, Baillarger, Legrand du Saulle. — Commission des	

	PAGES.
finances. — L'attentat de Cadillac; meurtres et tentatives de meurtre commis par les aliénés : MM. Billod, Blanche, Dumesnil, Lunier, Delasiauve.—Rapport de M. Lunier sur la candidature de M. Solaville; élection.—Discussion sur la paralysie générale (suite) : MM. Delasiauve, Lunier.	92
<i>Séance du 10 décembre 1877.</i> — A l'occasion du procès-verbal : M. Legrand du Saulle. — Correspondance : M. Péon. — Rapport de M. Dagrón sur la candidature de M. Mordret. — Des délires basés sur des faits vrais ou vraisemblables; difficultés résultant de ces caractères du délire pour le diagnostic de la folie : MM. Falret, Billod, Lunier.	101
<i>Séance du 23 décembre 1877.</i> — Mort de Berthier; discours prononcés sur sa tombe : MM. Motet et Legrand du Saulle. — Une modification à la sonde œsophagienne : M. Cotard. — Rapport de la commission des finances : M. Legrand du Saulle.—Élection du bureau pour 1878. — L'exaltique de Fontet : MM. Bourdin, Lunier, Dagonet, Delasiauve.—Projet de statue à élever à Pinel : M. Legrand du Saulle.	250
<i>Séance du 28 janvier 1878.</i> — Installation du bureau : MM. Billod et Baillarger. — Mort de MM. Roller et Guérin du Grand-Launay. — Prix Aubanel, prix Esquirol. — Correspondance : MM. Palmerini, Fanaïoli, Morselli. — Rapport de M. Dagrón sur la candidature de M. Gallopain; élection. — Présentation d'ouvrages : MM. Lunier et Delasiauve. — Du délire de la persécution chez les insanes : MM. Bourdin, Legrand du Saulle.	387
<i>Séance du 25 février 1878.</i> — Des aliénés persécutés, raisonnants et persécuteurs : MM. Falret, Lunier, Delasiauve et Bourdin. — Correspondance : MM. Gallopain et Fournet. — Rapport de M. Motet au nom de la commission du prix Aubanel.—Rapport de M. Motet sur l'organisation d'un congrès international de médecine mentale.	413

II. Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS (1871-1874).

Analyse par MM. les docteurs Doutrebente et Lunier.

Lésions anatomiques dans la paralysie générale.	111
Ramollissement de l'encéphale chez le nouveau-né	111
Recherches sur l'alcool et l'essence d'absinthe; épilepsie.	113
Lésions des centres nerveux dans la syphilis	114
Physiologie des nerfs vagues.	114
Allération de la moelle après l'arrachement du sciatique.	115
Lésions scléreuses de la moelle.	116
Histologie de la sclérose en plaques.	116
Recherches sur l'hémi-anesthésie de cause cérébrale.	116
Cas de myélite centrale diffuse.	116
Abcès du cerveau consécutifs à l'otorrhée.	257
Sur l'endocardite et l'hémiplégie puerpérales	257
La sclérose péri-épendymaire.	257
Des inject. interstitielles dans l'étude des fonct. des centres nerveux.	258
Paralysie labio-glosso-laryngée à forme apoplectique.	258
Étude sur les législations relatives aux aliénés.	258
Évolution thermique et rotation des yeux dans les attaques apoplectiformes de la paralysie générale.	259
Sur le goître épidémique de Saint-Etienne.	260
Deux cas de tumeurs du mésocéphale.	261
Atrophie musculaire dans la paralysie générale.	261

	PAGES.
Vertige <i>ab aure laesa</i>	261
Aphasie chez un paralytique.	261
Lésions des parois ventriculaires dans la paralysie générale.	262
Hypertrophie du cerveau chez un enfant.	264
Abcès du cervelet.	264
Troubles trophiques et lésions cérébrales.	265
Abcès de l'hémisphère droit et du corps strié gauche.	265
Ivresse publique, ivrognerie et alcoolisme au point de vue de la répression pénale.	266
Traitement de la méningite tuberculeuse.	268
Lésions dans la paralysie infantile.	268
Anorexie hystérique.	269
Folie consécutive aux maladies aiguës.	269
Du langage.	270
Actions des courants induits et continus.	270
Aphasie complète suivie de guérison.	272
Dénonciation calomnieuse faite par une aliénée.	272
De la paralysie dite diphtérique.	273
Commentaires sur les art. 1974 et 1975 du code civil.	273
Sur la scrofule cérébrale.	273
De l'origine du goître endémique.	274
Assistance publique : hospices et asiles d'aliénés.	274
Sulfate de quinine dans la méningite.	274
Fibromes des méninges.	274
Hémiplégie alterne par lésion d'un pédoncule cérébral.	274
Cas de paralysie agitante.	274
Hémorragie cérébrale avec hémiplégie.	422
Cas de méningite cérébro-spinale.	422
Fracture du crâne.	422, 423
Inculpation d'attentat à la pudeur.	423
Hydrothérapie dans la lypémanie.	423
Alcoolisme, accidents nerveux visuels :	423
Folie subite ; assassinat.	423
Alcoolisme, vols, escroquerie.	423
Traitement de l'ataxie locomotrice.	423
Hémorragie extra-méningée.	424
Deux cas de goître exophtalmique.	424
Phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes.	425
Observation d'hystérie.	425
De l'état de stupidité chez certains aliénés.	425

JOURNAUX ANGLAIS (1874).

Analyse par MM. les docteurs DUMESNIL et PONS.

Leçons sur la folie.	416
Psychologie morbide des criminels	124 et 275
Aliénation dépendant de la syphilis.	130
Altérations observées dans le cerveau des aliénés.	132
Jean-Jacques Rousseau; études psychologiques.	136
Fractures chez les aliénés.	141
Phosphore dans la mélancolie.	143
Méningite tuberculeuse sans tubercules pulmonaires	144
Congestion apoplectiforme du cerveau.	144
Epilepsie et migraine.	145
Un cas de chorée.	145
Electricité dans la paralysie.	146

	PAGES.
Recherches sur l'écorce du cerveau.	148
Enquête sur des enfants nourris par des bêtes sauvages.	282
Leçons sur la folie.	289
Turf et Tourelles; l'affaire Miranda.	295
Traitement de l'aliénation mentale.	296
Cas de syphilis intracrânienne.	300
Manie dans la maladie de Bright.	303
Paralytiques condamnés pour vol.	303 et 309
Cas de tumeurs du cerveau.	304
Cas d'aphasie ataxique avec autopsie.	304
Autopsie d'un idiot hydrocéphale.	305
Cas de folie syphilitique.	305 et 433
Le budget et les aliénés indigents.	305
Folie et divorce.	306
Principes de physiologie mentale.	306
Folie par traumatisme.	308
Adresse à l'Association médico-psychologique.	426
L'ermite de Red-Coat's Green.	434
Sur différentes formes de stupeur.	437
Aspects mentaux des maladies ordinaires.	442
Sur quelques grands asiles d'Italie.	448
Mélancolie hydrophobique.	448
De l'ellébore vert dans la folie.	449
Double conscience chez un paralytique.	450
Délire des grandeurs chez le père et la fille.	450
Une femme qui croit être Jésus-Christ.	450
Jusqu'ici, mais pas au delà.	450
L'asile des aliénés criminels de Broadmoor.	451
Accroissement de l'aliénation mentale en Angleterre.	452
Un quartier d'épileptiques et de suicidés.	453
La résidence des médecins dans les asiles.	453
La mortalité dans les asiles.	453
La responsabilité dans les maladies mentales.	454
La nouvelle loi budgétaire sur les aliénés en Écosse.	454

JOURNAUX BELGES (1873-1875)

Analyse par M. le Dr DOUTREBENTE

De l'encéphalite.	455
De l'apoplexie cérébrale.	455
Paralysie de la sixième paire crânienne.	456
Pachyméningite hémorragique interne.	456
Sur la folie paralytique.	457, 460
Maladies et facultés diverses des mystiques.	458, 462
L'aliénation mentale en Suisse.	462
Louise Lateau, de Bois-d'Haine.	462

III. Bibliographie.

Thèses de Paris, année 1877 (analyses par M. Ritti).	150
De la production et de la consommation des boissons alcooliques en France et de leur influence sur la santé physique et intel-	

	PAGES.
Actuelle des populations; par M. le Dr L. Lunier (analyse par M. Hipp. Passy)	310
Des variétés de la paralysie générale dans leurs rapports avec la pathogénie; par M. le Dr Lionnet (anal. de M. le Dr Doutrebente).	464
BULLETINS BIBLIOGRAPHIQUES.	150, 313, 465

IV. Variétés.

Prix des Annales médico-psychologiques.— Société médico-psychologique : bureau pour 1878 et liste des membres.—Nominations et promotions : MM. Baillarger, Lunier, Ritti.—Nécrologie : MM. Berthier, Guérin du Grand-Launay, Roller.— Société française de tempérance.— Service des aliénés de la Seine.— Meurtre commis par un aliéné en chemin de fer.— Enseignement des maladies mentales.	151
Nominations et promotions : M. Langlois.—Nécrologie : Claude Bernard, Payen, Pontier, Deboudt.— Prix Aubanel.— Congrès aliéniste international.— Rétablissement du concours pour les places de médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière.— Les aliénés et les épileptiques dans les prisons de France.— Manie métaphysique.	315
Nominations et promotions : MM. Germain Cortyl, Dauby, Lapointe, Longeaud, Laprée, Boubila, Fleuret, Lebègue.— Enseignement clinique des maladies mentales.— Congrès international de médecine mentale.— Prix de l'Académie de médecine de Belgique.— Concours pour les places vacantes au quartier d'aliénés de Bicêtre.— Les législations étrangères sur les aliénés.— Les alcooliques dans les asiles.	467

