

Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n° 01. - Paris: Masson, 1879.

Cote : 90152, 1879, n° 01



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)

Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?90152x1879x01>

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.

SIXIÈME SÉRIE. — TOME PREMIER
TRENTÉ-HUITIÈME ANNÉE



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1879

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

PATHOLOGIE
—
DES
RÉMISSIONS
ET DE LA DÉMENCE

DANS CERTAINS CAS DE PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. le Dr BAILLARGER

Membre de l'Académie de médecine.

Parmi les dénominations qu'on a voulu substituer à celle de paralysie générale, il y en a deux qui représentent des ordres de faits très-différents, ce sont les dénominations de *folie paralytique* et de *démence paralytique*.

On sait que très-souvent le délire prédomine pendant une grande partie de la maladie; ces cas constituent ce qu'on a appelé les formes maniaque, mélancolique ou monomaniaque. Il est alors quelquefois difficile de constater l'existence de la démence, mais on admet généralement qu'elle est masquée en quelque sorte par le délire maniaque ou mélancolique.

ANNAL. MÉDICO.-PSYCH., 6^e série, t. 1. Janvier 1879.

4. 1

C'est à cet ordre de faits que convient très-bien la dénomination de *folie paralytique*.

Dans d'autres cas, la paralysie générale présente dès le début une physionomie très-différente; c'est la démence qui prédomine. Le délire assez souvent n'existe pas, et s'il existe, il est très-limité et ne tient qu'une place accessoire au lieu d'être le phénomène prédominant. Ces faits sont souvent, et avec raison, désignés sous la dénomination de *démence paralytique*.

J'ai dû rappeler ici la distinction de ces deux ordres de faits, parce qu'elle se rattache au sujet de cette note.

Il y a deux ans, j'ai essayé de démontrer que les rémissions qu'on voit si souvent se produire dans le cours de la paralysie générale, ne sont pas autre chose que la guérison des accès de manie ou de mélancolie qui précèdent ou compliquent cette maladie.

Parmi les objections qu'on m'a adressées, il en est une qui soulève une question intéressante.

Sans doute, m'a-t-on dit, les cas dans lesquels ont lieu les rémissions appartiennent en très-grande majorité à la folie paralytique, aux formes maniaques ou mélancoliques, mais il y en a aussi dans la démence paralytique.

« Des sujets couverts d'escarres, gâteux, arrivés à un état de marasme et d'épuisement profond, ne pouvant se soutenir sur leurs jambes et dans un état de *démence complète*, ont été vus reprenant leurs forces, parlant plus librement, *recupérant même la plus grande partie de leurs facultés intellectuelles*, et se sont soutenus dans cet état pendant des années entières. »

Les rémissions que Marcé signale dans ce passage et qui l'ont été aussi par d'autres auteurs sont assurément exceptionnelles; mais on en observe quelques-unes, et il reste à les expliquer.

Les faits qu'on appelle exceptionnels doivent d'ailleurs aussi bien, et peut-être plus que les autres, être examinés avec soin.

Leur étude dans la paralysie générale en particulier, me semble pouvoir éclairer certains points en litige. Loin de repousser l'objection, je crois donc, au contraire, qu'il convient de la discuter.

Je me propose de rechercher ici quels sont, en réalité, ces cas rares de rémission qui se produisent dans le cours de la paralysie générale, quand les symptômes de démence prédominent dès le début.

M. Calmeil, dans son dernier ouvrage, a consacré les sixième et septième séries de ses observations à la démence paralytique primitive. Ces deux séries ont pour titre :

Sixième série. — « Des cas où l'existence et l'envahissement de la périencéphalite chronique diffuse ont été annoncés par la manifestation d'une démence ou rapide ou progressive, de conceptions délirantes limitées et par des symptômes de débilitation de la puissance musculaire. »

Septième série. — « Des cas où l'envahissement de la périencéphalite chronique diffuse a été annoncé par la manifestation ou rapide ou graduelle d'une démence non compliquée de délire et par des symptômes de débilitation de la puissance musculaire. »

Comme on le voit, ces deux séries d'observations appartiennent à la démence paralytique primitive ; mais ce qui me paraît digne d'être remarqué dans ces titres, c'est la distinction des cas dans lesquels l'invasion de la démence a été plus ou moins *rapide*, et de ceux dans lesquels elle a été *lente et progressive*.

Au point de vue des rémissions, ces deux ordres de faits me paraissent devoir être étudiés séparément.

I

**Des rémissions dans les cas où l'invasion de la
démence a été rapide.**

Ces cas se présentent dans deux conditions différentes.

Tantôt on constate un état de stupeur plus ou moins prononcée, sans délire ou avec délire triste, tantôt, au contraire, bien que la démence prédomine, le malade a quelques conceptions délirantes, ambitieuses, et les symptômes de stupeur n'existent pas.

Parmi les faits que cite M. Calmeil, il en est un qui peut servir de type pour les cas où l'invasion de la démence a été *très-rapide*. Je me bornerai à rappeler ici le début de la maladie.

« Au commencement de sa quarante-deuxième année, M^{me} Mariette éprouve un saisissement qui a des conséquences funestes pour son intelligence. Une nuit qu'elle est occupée à des travaux de couture, elle s'endort en laissant reposer son visage sur son ouvrage; bientôt elle est réveillée en sursaut par une sensation dont elle ne se rend pas d'abord bien compte, et elle s'aperçoit que le feu a pris à son bonnet. Elle n'a reçu aucune atteinte de brûlure et la flamme peut être éteinte sans aucune difficulté; on constate cependant après cet accident qu'elle est tombée dans un état qui ressemble à de la *stupidité*. Dès le lendemain, elle se trouve incapable de s'occuper du soin de sa maison, de sa famille, car sa *mémoire paraît abolie* et elle manque d'initiative pour régler les choses qui lui étaient le plus familières. Cette espèce de nullité intellectuelle est compliquée de gêne dans la prononciation; la démarche de M^{me} Mariette est devenue chancelante, tous ses mouvements s'accomplissent maintenant avec lenteur. »

Les symptômes, chez cette malade, s'aggravèrent progres-

sivement sans aucune rémission ; la mort eut lieu une année après le début.

On voit ici, à la suite d'une émotion morale vive, se manifester immédiatement les signes graves de démence, *la mémoire paraît abolie* et la malade se montre immédiatement dans un état de *nullité intellectuelle* qui la rend incapable de s'occuper de sa maison. Il importe de faire remarquer que dès le début l'état de la malade ressemble à de la *stupidité*.

Voilà, comme je l'ai dit, un fait qui peut véritablement servir de type pour le cas où la paralysie générale est annoncée, comme le dit M. Calmeil, par l'envahissement d'une *démence rapide*.

Mais est-ce bien là en réalité, et dès le début, un état de démence : ou bien n'y a-t-il dans ces cas d'invasion si rapide qu'une stupeur congestive simulant la démence ? Les observations suivantes me paraissent pouvoir aider à la solution de ces questions.

La première que je citerai a été publiée par M. Calmeil lui-même dans son premier ouvrage. C'est assurément l'une des plus importantes.

OBSERVATION I.

Paralysie générale. — Invasion très-rapide d'une démence apparente.
— Après quatre mois, disparition des symptômes et retour presque complet de l'intelligence à l'état normal.

Un libraire, âgé de cinquante-six ans, qui avait une sœur aliénée et une nièce qui s'était suicidée, fut pris d'un accès de manie à la suite d'émotions morales vives. Cet accès guérit au bout de dix mois. Après sa guérison, le malade s'adonne à la boisson : il éprouve des maux de tête. Un jour, *deux ans* après la guérison de son accès de manie, sa vue se trouble, il se sent étourdi et sur le point de tomber ; il rentre chez lui dans un *véritable état de démence*. Le lendemain il est conduit à Charenton. « *L'intelligence paraît affaiblie ; physionomie stupide, compréhension obtuse, idées rares ; le sujet cherche longtemps ce qu'il veut dire, il est calme, mange lorsqu'on lui présente des*

aliments, semble n'avoir aucune espèce de sensations, urine quelquefois dans son lit. Son état semble désespéré. »

A ces symptômes de démence s'ajoutent de graves lésions musculaires, « la prononciation est obscure, on a de la peine à comprendre les réponses ; la démarche est excessivement lente, souvent le malade chancelle et un léger effort le renverserait. Cependant au bout de dix mois, il put être rendu à la société ; il n'existait aucune trace sensible de paralysie générale et l'intelligence, quoique peu étendue, était pour ainsi dire à l'état normal.

» Cette rémission s'était manifestée après quatre mois de traitement et c'est alors que le malade avait commencé « à parler sans bégayer, à rendre compte de ce qu'il éprouvait et à s'occuper de sa famille. »

L'observation suivante a été recueillie par moi à Charenton et publiée dans mon mémoire sur la mélancolie avec stupeur.

OBSERVATION II.

Paralysie générale. — Invasion rapide d'une démence apparente. — Guérison après six mois.

« M. R..., capitaine d'infanterie, âgé de trente-six ans, était atteint depuis plusieurs années d'un tremblement des mains, survenu, disait-on, à la suite de la suppression d'un flux hémorroïdal par des lotions froides, lorsque tout à coup, pendant une marche, il quitta son régiment et s'enfonça dans les bois. On s'aperçut immédiatement qu'il avait la tête dérangée et il tomba dans un état de stupeur et d'apathie tel qu'on ne pouvait obtenir de lui un seul mot et qu'il n'avait aucun soin de propreté. Amené trois mois après à Charenton, on note les symptômes suivants : physionomie sans expression ; immobilité et mutisme ; l'intelligence paraît très-affaiblie. Le malade ne se rappelle pas avoir été militaire ; il ne sait où il est ni depuis combien de temps ; il est indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Quand on obtient quelques réponses aux questions qu'on lui adresse, on constate un embarras évident dans la prononciation.

» Ce malade guérit après six mois environ de traitement, à la suite de plusieurs accès de fièvre intermittente. La stupeur disparut et deux mois après le malade put passer aux conva-

lescents. Cependant l'embarras de la prononciation persistait encore, mais il était beaucoup moins sensible. Esquirol fit faire de fréquentes applications de sangsues au siège pour rappeler les hémorroïdes ; il fut assez heureux pour y parvenir.

» M. R... quitta la maison de Charenton dans le mois de janvier. Il n'y avait plus d'embarras dans la prononciation ; la tenue était excellente, l'intelligence très-nette, et on pouvait regarder la guérison comme complète. »

OBSERVATION III.

Paralyse générale. — Démence apparente. — Guérison après deux mois et demi.

(Cette observation a été publiée par M. Hubert Rodrigues, sous le titre de *Démence aiguë avec paralyse générale.*)

« V..., gendarme de la ville de Paris, âgé de trente-un ans, ancien militaire de l'Empire, se trouva aux journées de juillet 1830, contraint par sa position de combattre contre des hommes qu'il aimait et dont il partageait les sentiments politiques. Naturellement bon, doux et humain, il n'intervenait qu'avec un profond chagrin contre les émeutes populaires ; marié et père de famille, il rentra chez lui, le combat terminé, dans un grand accablement ; rien ne put le tirer de sa tristesse profonde. Il donna presque immédiatement des signes de délire, ne put pas reprendre son service et quelques jours après il fut conduit à l'hospice de Bicêtre (21 août 1830).

» Le jour où M. Ferrus le vit pour la première fois, il ignorait où on l'avait conduit, ne savait rendre compte de ce qui lui était arrivé, ni de sa position actuelle. Il changeait de place sans motif, allait et venait dans la salle, mais n'avait point une agitation qui pût troubler la tranquillité des autres malades ; quelquefois, en marchant, il s'arrêtait comme s'il eût été effrayé. Sa mémoire, affaiblie sur quelques points, paraissait nulle sur quelques autres ; parfois il semblait éprouver de l'attendrissement et pleurait. La marche était difficile, il écartait les jambes en exécutant cet acte, et quoiqu'il ne sortît pas de la salle, il marchait comme s'il eût dû trouver des corps inégaux sous ses pieds. Les mouvements des membres supérieurs étaient fort bornés ; le malade refusait de manger, mais quand on avait pu l'y déterminer il portait seul les aliments à la bouche. *La parole était difficile et la langue évidemment atteinte*

de phénomènes de paralysie ; elle tremblait et ne se déviait pas quand on obligeait le malade à la sortir de la bouche...

» Après trois semaines de traitement, amélioration de l'état moral, « *mais la paralysie générale se montrait à peu près au même degré.* »

» Le malade sortit guéri le 9 novembre 1830, après environ trois mois de séjour à l'hospice. On était parvenu à rétablir, à l'aide de l'aloès, un flux hémorroïdal supprimé depuis plusieurs années, ce qui sans nul doute contribua beaucoup au rétablissement du malade. »

OBSERVATION IV (1).

Paralysie générale. — Démence apparente. — Rémission remarquable après trois ou quatre mois.

« L..., âgé de vingt-six ans, est militaire, il arrive d'Afrique, où sa maladie s'est déclarée ; il est admis dans l'asile de Marseille le 28 juin 1846.

» Au moment de son entrée, il présente tous les caractères d'une *démence paralytique bien confirmée* ; mais quelque temps après il survient de l'agitation maniaque, avec hallucinations diverses, insomnie et mobilité excessive. Cet état cède à l'usage des bains et à deux applications de sangsues ; mais à mesure que le calme revient on s'aperçoit que la paralysie a fait des progrès et que le malade est en proie à des idées tristes et pénibles ; il paraît effrayé, il tremble ; il croit qu'on veut le tuer, il se cache et reste immobile. Peu à peu il cesse de parler, il laisse aller ses excréments ; la volonté est complètement abolie ; il reste toute la journée accroupi dans un coin ; la figure est hébétée. Cet état dure plus de deux mois sans présenter aucun changement ; puis se déclarent quelques rémissions.

» Au mois de septembre, il se fait une amélioration sensible : la stupeur se dissipe progressivement, le malade prononce quelques paroles, il prend régulièrement sa nourriture et cesse de salir son lit ; il se promène dans la cour. On le met au travail ; il y va avec plaisir, et bientôt il s'acquitte avec activité et intelligence de tout ce qu'on lui confie. La stupidité n'existe

(1) Publiée par M. Sauze, dans son mémoire sur les rémissions.

plus ; la mémoire, qui était très-affaiblie en principe, redevient bonne sur les choses anciennes comme sur les choses récentes ; la paralysie a rétrogradé ; la démarche est assurée, les jambes ne chancellent point ; la force musculaire est revenue et permet à L... le travail de la campagne. Il n'y a pas la moindre trace de délire ; mais le bredouillement caractéristique de la paralysie générale persiste à un certain degré, et l'on continue à observer, quand il parle, un tremblement des lèvres et de la langue. Cet état se maintenant jusqu'à la fin de l'année, on se décide à renvoyer le malade au sein de sa famille, pour y passer six mois de convalescence.

» Le 1^{er} janvier 1847, il sort complètement rétabli du côté de l'intelligence, mais offrant toujours quelques signes de paralysie et nous inspirant, à cause de cela, des craintes de récidive. »

OBSERVATION V.

Paralysie générale — Délire ambitieux. — Hallucinations. — Signes de démence. — Stupeur. — Guérison après un an.

La femme R..., âgée de 44 ans, a cessé d'être réglée il y a six mois. Depuis trois mois sa vue se trouble, elle voit des étincelles. C'est dans ces conditions que se manifeste un délire ambitieux limité et sans nulle excitation ; elle prétend qu'elle est la fille du roi des Belges, elle aura des équipages ; en même temps se manifestent des hallucinations de l'ouïe, elle entend la voix de son mari, mort depuis longtemps.

A l'entrée à la Salpêtrière je constate les symptômes suivants :

Embarras peu marqué, mais évident dans la prononciation ; démarche saccadée, membres faibles, sensibilité générale très-obtuse.

L'intelligence est très-affaiblie, la physionomie sans expression, les réponses sont lentes et souvent la malade ne semble pas comprendre les questions qu'on lui fait. Elle est plongée dans une sorte de stupeur et bientôt devient gâteuse. La seule tendance au délire ambitieux qu'on observe encore, c'est que la malade répète sans cesse : Mes parents n'étaient pas pauvres, ils étaient comme il faut. Les hallucinations de l'ouïe semblent persister.

Cinq mois après l'entrée à la Salpêtrière, la femme R... fut atteinte de dysenterie. C'est pendant la convalescence de cette maladie incidente qu'elle commença à aller mieux

deux mois après elle était guérie. Elle me raconta alors que pendant son état de stupeur elle ne savait où elle était, elle prenait les femmes qui l'entouraient pour des hommes. Souvent elle essayait de s'évader pour chercher sa mère et sa maîtresse dont elle entendait les voix.

Les signes de paralysie avaient disparu.

OBSERVATION VI (1).

Paralysie générale. — Mélancolie avec stupeur. — Craintes de démence.
— Rémission remarquable après un an.

« M. X..., âgé de trente-cinq ans, exerçant une profession libérale, est devenu aliéné en avril 1866, après de très-fortes préoccupations. Dix ou douze jours après l'invasion du délire, il est conduit à l'asile de Sainte-Gemmes.

» M. Billod diagnostique, chez ce malade, une lypémanie avec stupeur. Il y a là une difficulté réelle. On peut, en effet, se demander si c'est bien à une lypémanie avec stupeur ou bien à une démence que l'on a affaire; mais il devient très-probable, après un sérieux examen, que la démence, possible dans l'avenir, imminente peut-être, n'existe pas encore. Les facultés intellectuelles sont déprimées, engourdies, mais tout porte à croire qu'elles ne sont pas anéanties.

» La mémoire est conservée. Les caractères les plus saillants de l'affection de M. X... sont une lésion remarquable de la volonté, d'où résulte une absence complète de toute initiative et une sorte de délire hypochondriaque. Ce délire se révèle par les idées suivantes : *Il est mort, il va mourir, il est perdu, ses membres sont anéantis, il ne les a plus*, etc.

» L'expression de stupeur est aussi profonde que possible; cependant, lorsqu'on vient à fixer fortement l'attention du malade on le voit exprimer les idées les plus tristes (celles qui précèdent, par exemple), avec un sourire hébété et un air de satisfaction qui contrastent avec la nature de ces idées. Il y a là de plus un certain penchant au suicide, auquel la lésion de la volonté ne permet de se manifester que d'une façon passive par un refus d'alimentation... »

Le malade était gâteux le jour et la nuit; la parole était lente mais non tremblante.

Ce n'est qu'au mois de janvier 1867, après un traitement

(1) Publiée par M. Coimbes, dans les *Archives cliniques*.

très-actif (strychnine, cautère, séton, affusions froides) qu'on put noter un commencement d'amélioration qui alla en augmentant, et le malade, au mois de juillet, put être rendu à sa famille.

Bien qu'à la sortie l'état mental fût satisfaisant, on pouvait constater une légère excitation. Cependant M. X... rentre chez lui et « reprend toutes ses occupations et s'en acquitte bien ; mais il déploie un peu trop d'activité. »

Six mois après, rechute à la suite d'un voyage à Paris. Délire des grandeurs, embarras de parole et tous les signes d'une paralysie générale. Le malade succombe au bout d'un an.

Les six observations que je viens de rapporter ont des caractères communs.

1° Dans tous les cas on a constaté des symptômes plus ou moins graves de paralysie générale.

2° Tous les malades ont présenté des signes de stupeur.

3° Dans cinq cas l'intelligence paraissait affaiblie, la mémoire plus ou moins profondément atteinte (physionomie stupide, compréhension obtuse, idées rares (ob. I^{re}) ; physionomie sans expression, l'intelligence paraît très-affaiblie, mémoire nulle, indifférence complète (ob. II) ; mémoire affaiblie, nulle sur quelques points ; le malade ne peut rendre compte de ce qui lui est arrivé (ob. III).

Dans l'observation empruntée à M. Sauze (ob. IV), on constate à l'entrée tous les symptômes d'une *démence paralytique confirmée*, plus tard physionomie *hébétée*.

La malade soignée par moi à la Salpêtrière paraissait avoir l'intelligence très-affaiblie, physionomie sans expression ; souvent elle ne comprend pas les questions qu'on lui fait (ob. V).

Dans l'observation de M. Combes (ob. VI), les symptômes sont moins graves et cependant à l'entrée du malade M. Billod hésite entre une lypémanie avec stupeur ou une *démence véritable*.

Dans trois cas il y a eu des rémissions remarquables (ob. I^{re}, IV, VI), dans les trois autres il ne restait rien des

symptômes et les malades semblaient guéris, mais ils n'ont pas été suivis après leur sortie et une rechute a pu avoir lieu.

Ce qu'il importe de faire remarquer c'est que cette *stupeur paralytique* peut se terminer par une rémission complète après avoir duré quatre mois, avec les symptômes les plus graves, à ce point que M. Calmeil a pu dire que l'état du malade paraissait désespéré (ob. I^{re}).

Le capitaine R..... est resté six mois gâteux stupide et avec un embarras évident de la parole, embarras qui n'a disparu que très-tard et alors que l'intelligence était revenue (ob. II). Le malade de M. Sauze offrait à son entrée tous les symptômes d'une *démence paralytique bien confirmée*.

Quand on a parlé des rémissions chez des malades qui avaient offert des signes graves de démence, n'est-il pas probable que quelques-uns de ces malades au moins doivent être assimilés à ceux dont je viens de rapporter les observations. La stupeur accompagnée de symptômes graves de paralysie ne ressemble-t-elle pas beaucoup dans quelques cas à la démence véritable? Quoi qu'il en soit, il est certain que les rémissions dans les cas de ce genre loin de constituer une objection à l'opinion que j'ai essayé de défendre en sont bien plutôt la confirmation. Il y a longtemps déjà que M. Sauze s'est demandé pourquoi la mélancolie avec stupeur ou simplement la stupeur ne s'associeraient pas à la paralysie générale, aussi bien que la manie ou la mélancolie simple, et en effet cette association est fréquente. On comprend donc très-bien que M. Hubert Rodrigues ait donné à son observation le titre de *Paralysie générale avec démence aiguë*.

Dans la très-grande majorité des cas cette stupeur paralytique, qui peut simuler la démence, est peu à peu remplacée par la démence véritable, de là des difficultés fréquentes pour le diagnostic; mais quand il y a une rémission elle doit être complètement assimilée à celles qu'on observe dans la forme

maniaque ou mélancolique. C'est encore la vésanie qui guérit et non la démence qui rétrograde.

Mais on a observé des rémissions chez des malades qui avaient offert des signes graves de démence sans avoir présenté de symptômes de stupeur. Ces faits encore plus rares que ceux qui précèdent sont aussi plus difficiles à expliquer. En voici deux qui suffiront pour la discussion.

OBSERVATION - VII.

Paralysie générale. — Invasion rapide de la démence. — Idées de grandeur. — Disparition presque complète des symptômes après cinq mois environ (1).

Un homme de trente-sept ans, sortant de table et ayant bu plus que de coutume, a un accès de colère et presque immédiatement se met à écrire la tête penchée sur un bureau peu élevé. Au bout d'une heure, on s'aperçoit que sa parole est très-embarrassée; le délire éclate et le malade est conduit à l'Hôtel-Dieu, et de là, cinq semaines après l'invasion, il est placé à Charenton, offrant les symptômes suivants :

La langue est presque complètement paralysée; le malade se tenait à peine sur ses jambes; il parlait beaucoup, mais avait peu d'idées suivies; il prétendait être un grand personnage et ne savait que faire de ses richesses; *la mémoire et le jugement paraissent abolis*, etc.

Cette homme, sans être violent, se livrait à une foule d'actes d'extravagance et traînait partout le désordre à sa suite. « Il passe trois mois à l'infirmerie, plongé en apparence dans la démence, et condamné, suivant toute probabilité, dit M. Calmeil, à finir promptement sa triste existence sous l'influence de la paralysie générale qui chaque jour semblait avancer davantage vers son dernier terme; mais, par un changement aussi rare qu'inattendu, le délire se calme, le malade comprend nos questions, associe des idées, porte des jugements, cesse de faire des extravagances et distingue ce qui est raisonnable de ce qui ne l'est pas; il s'informe de sa femme, de ses enfants; il demande à écrire, à reprendre ses occupations, etc. »

Lorsque le malade sortit de Charenton, « toutes les fonctions,

(1) Calmeil, *Traité de la paralysie générale*.

dit M. Calmeil, s'exécutaient avec tant de régularité, qu'on aurait pu croire à une guérison complète ; cependant il est à remarquer qu'il reste des vestiges de paralysie du côté de la langue ; que les idées, quoique suivies, roulent dans un cercle de peu d'étendue ; il est à craindre que tôt ou tard les accidents ne reparassent avec toute leur intensité première. »

M. Calmeil a appris en effet plus tard que ce malade avait eu une rechute et que son état était des plus graves.

OBSERVATION VIII (1).

Paralysie générale. — Invasion rapide de la démence. — Guérison après six mois.

M. B..., ancien avocat, avait eu à l'âge de quarante-deux ans à la suite d'une attaque d'apoplexie, une hémiplegie incomplète du côté droit. Les mouvements ne s'étaient jamais complètement rétablis dans la jambe. A soixante ans, il est pris de délire avec excitation génésique très-prononcée. On le conduit à Paris dans la maison de santé de M. Pinel : agitation, loquacité, propos obscènes, projets insensés, idées de grandeur, il est roi, empereur, etc. : parole difficile ; bégaiement très-prononcé dans certains moments. Après six semaines, la maladie s'aggrave.

« La paralysie générale fait des progrès. Le malade devient sale, il laisse échapper les excréments et les urines dans son lit et dans ses vêtements ; il se vautre dans l'ordure ; ses membres sont de plus en plus faibles, et peuvent à peine le soutenir ; il traîne les deux membres inférieurs et sa marche chancelante devient de plus en plus difficile. La parole est plus embarrassée, la langue est tremblotante ; la nutrition ne se fait pas, le malade maigrit tous les jours ; les jambes et les pieds sont fortement œdématisés ; les yeux sont ternes ; le facies stupide, le sourire continuel et niais ; la sensibilité des plus obtuses, la mémoire nulle. Les facultés affectives sont à peu près anéanties, il voit et quitte sa femme avec indifférence ; il dit être le plus heureux des hommes ; il est incapable de tenir et de suivre la plus légère conversation. Une seule chose l'occupe et l'absorbe, ce sont les diamants dont il a trouvé une mine dans le jardin de sa division ; il passe son temps à creuser la terre et à ramasser tous les cailloux, tous les débris qu'il

(1) Observation communiquée à la Société médico-psychologique, par M. Pinel neveu.

voit et qu'il prend pour des pierres précieuses dont la valeur lui paraît incalculable. Il les trie, les classe et les met dans une partie du jardin pour les déposer ensuite dans son cabinet ; les plus précieux sont placés quelquefois en si grande quantité dans ses poches et dans sa chemise, dont il forme une espèce de sac au-dessus de son pantalon qu'il ne peut plus bouger de l'endroit où il est assis. Si on lui maintient les mains il creuse la terre avec ses pieds ; si on le force à quitter sa mine et ses diamants, il crie, il pleure, il s'agite et demande en grâce qu'on lui donne la liberté d'y retourner. Une fois là, il ne parle plus, et est parfaitement tranquille. L'urine qui s'écoule constamment est tellement chargée d'albumine qu'elle est complètement *laiteuse*. La saleté est encore plus grande ; il a quelques heures de sommeil, mais dès le commencement du jour, le malade veut se lever ; il crie, il frappe pour qu'on lui ouvre, afin d'aller reprendre ses travaux. L'affaiblissement physique et moral va en augmentant ; le malade a besoin d'un aide pour marcher ; la faim est insatiable.

Vers le commencement du mois d'août, quatre mois après son entrée, fièvre, douleur abdominale, dysenterie, respiration embarrassée ; bronchite intense ; gonflement œdémateux considérable des jambes et des pieds avec érysipèle à la jambe gauche seulement ; pouls petit et accéléré ; faiblesse extrême, soif ardente, langue rouge et sèche ; continuation du délire, gaieté constante, rire hébété ; prononciation toujours difficile ; décubitus sur le dos, escharés gangréneuses au sacrum et au talon droit.

Assurément on aurait pu dire de ce malade, comme on l'a dit de celui qui fait l'objet de l'observation précédente, que son état était désespéré et cependant six semaines s'étaient à peine écoulées que le mieux commençait à se manifester. Le délire disparut et bientôt le rétablissement fut complet. « *Le malade est plein de raison ; sa parole est facile, sa conversation agréable est pleine d'aménité.* » Il est rendu à la liberté dans un état parfait de *lucidité*.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette observation, c'est que pendant dix ans et jusqu'à la mort la guérison ne s'est pas démentie.

Ces deux malades, qui semblaient arrivés au dernier terme de la démence paralytique, avaient des idées de

grandeur ; on n'observait chez eux ni mélancolie ni stupeur.

Le premier parlait beaucoup et se livrait à une foule d'actes d'extravagance ; il traînait partout le désordre à sa suite.

Le second passait ses journées à ramasser des cailloux qu'il prenait pour des pierres précieuses, il en remplissait ses poches et allait ensuite les classer. Il s'emportait quand on le dérangeait de son occupation et réclamait sa liberté.

Les symptômes si graves de démence et de paralysie qu'offraient ces deux aliénés ont disparu complètement chez l'un et presque complètement chez l'autre. Ce qu'il importe surtout de faire remarquer c'est la durée d'un pareil état. Elle a été de cinq mois chez le premier malade, de six mois chez le second.

La conclusion qu'on peut tirer de ces observations et de quelques autres semblables, c'est que pendant plusieurs mois les symptômes même les plus graves de démence et de paralysie peuvent ne pas se rattacher à une lésion organique incurable, c'est qu'il peut ne point y avoir encore de ramollissement de la couche corticale ni aucune des altérations définitives que révèlent les recherches microscopiques.

Quelle que soit alors la lésion, elle peut rétrograder et, par conséquent, les symptômes graves de démence qu'elle produit ne constituent pas une démence véritable. C'est de la *pseudo-démence*, c'est-à-dire un état spécial qui mérite d'être étudié avec soin pour le diagnostic de la démence véritable.

Les malades couverts d'eschares dont parle Marcé et qui ayant été dans un état de *démence complète* ont récupéré la plus grande partie de leurs facultés, ces malades n'étaient donc pas des déments et on fait évidemment ici une mauvaise application du mot *démence*.

En résumé :

Les faits cités dans cette note prouvent que des rémissions

semblables à celles qu'on observe dans les formes maniaques et mélancoliques de la paralysie générale peuvent avoir lieu dans la mélancolie avec stupeur paralytique, ou simplement dans la stupeur paralytique, alors même qu'elles ont offert les apparences d'un état avancé de démence qui s'est prolongé plusieurs mois(1). Ils prouvent en outre qu'il peut aussi très-exceptionnellement se produire des rémissions dans des cas graves de paralysie générale avec *démence apparente*, délire ambitieux, alors même qu'il n'y a eu ni stupeur ni délire mélancolique.

Mais s'il existe un état de *pseudo-démence* paralytique avec symptômes graves et constituant un état intellectuel spécial ; à plus forte raison doit-on admettre, et dans des cas beaucoup plus nombreux, le même état avec des symptômes légers. Cette *pseudo-démence* avec symptômes légers suffit, à notre avis, pour expliquer l'*absurdité*, la *mobilité*, les *contradictions* du délire des paralytiques, et la facilité avec laquelle ces malades se laissent conduire.

D'après tous les auteurs la paralysie générale est dès le début presque constamment accompagnée de démence, même dans ses formes vésaniques.

Déjà en 1826, M. Calmeil, dans son premier ouvrage, écrivait : « que chez un très-grand nombre d'aliénés paralytiques, l'affaiblissement de l'intelligence se trouve

(1) Jacobi a bien décrit la mélancolie stupide des paralytiques dans une observation très-remarquable qui a été reproduite dans les *Archives cliniques* (tome 4 page 225).

Le malade était sorti de l'asile après une période d'excitation et dans un état complet de rémission. « Au bout de trois mois il était déjà ramené à l'hospice non pas cette fois avec une simple excitation maniaque, mais plongé dans un *anéantissement* complet des facultés mentales, *l'intelligence, la sensibilité, la volonté étaient abolies* ; il présentait un mélange de mélancolie avec confusion des idées et aliénation des facultés instinctives ; mais cette *mélancolie était tellement profonde* que le malade était complètement incapable de formuler une *idée* un peu *achevée*, même dans l'ordre d'idées que représentait sa folie.

» *masqué*, s'il est permis de s'exprimer ainsi, par un délire
 » infiniment remarquable qui mérite d'autant plus de fixer
 » l'attention que très-souvent il a servi à diagnostiquer la
 » paralysie générale plusieurs mois avant son apparition.»

Depuis lors, il est généralement admis que la démence au début de la paralysie générale est cachée derrière l'exaltation maniaque et qu'elle apparaîtra avec évidence aussitôt que le délire aura cessé.

M. Achille Foville après avoir indiqué la démence comme la lésion essentielle de l'intelligence dans la paralysie générale, ajoute : « à côté d'elle ou plutôt par-dessus elle existe presque toujours un véritable délire qui la colore, la voile en partie ou la cache même entièrement. »

Quelques auteurs n'ont semblé admettre pour ce point aucune restriction. « Ainsi que l'a fait remarquer avec beaucoup de justesse M. Jules Falret, dit Marcé, le délire des paralytiques, quel qu'il soit, se complique d'emblée des caractères de la démence. »

Telle est la doctrine générale, mais je crois qu'elle est au moins exagérée. Ce qu'on a dit des différences qu'offrent les monomaniques paralytiques et ceux qui ne le sont pas est exact, mais conclure de ces différences à l'existence certaine de la démence, il me semble que c'est aller trop loin. Si la démence aiguë vésanique, au lieu de se terminer le plus souvent par la guérison, se transformait peu à peu et presque constamment en démence véritable, on n'eût pas manqué de s'habituer à attribuer à la démence incurable tous les symptômes du début, et c'est ce qui est arrivé pour la *pseudo-démence* au début de la paralysie générale.

La distinction de la *pseudo-démence* dans la première période de la paralysie générale avec la démence véritable repose, presque uniquement jusqu'ici, sur la marche différente de la maladie qui est plus ou moins rapide dans un cas et au contraire très-lente et progressive dans l'autre.

C'est toujours la question de l'état plus ou moins aigu et de l'état chronique.

II.

Des rémissions dans les cas où l'invasion de la démence a été lente et progressive.

On sait que les malades atteints de démence paralytique simple sont le plus souvent soignés dans leurs familles, ce qui explique pourquoi on les observe en petit nombre dans les asiles. C'est à tort cependant qu'on a regardé cette forme de la maladie comme rare, et M. A. Foville a dit avec raison que, jusqu'ici, on lui avait fait une part trop étroite dans l'histoire de la paralysie générale. On a même supposé qu'il existait le plus souvent chez ces malades une tendance au délire des grandeurs, délire qui restait pour ainsi dire à l'état latent. Pour le prouver, on a rappelé que quand on leur adresse la parole on les voit sourire d'un air de satisfaction. Je ne crois pas que ce symptôme ait la signification qu'on lui a attribuée.

M. Bouvier, quand il était médecin de l'infirmerie de la Salpêtrière, avait toujours dans ses salles un certain nombre de vieilles malades atteintes de démence sénile et qui présentaient aussi ce rire enfantin de satisfaction, il les appelait ses *béates*.

Je me bornerai à citer ici deux observations de démence paralytique simple dans lesquelles l'invasion de la démence a été lente et progressive, observations qui offrent d'ailleurs quelques particularités intéressantes. Elles suffiront pour les opposer comme types à celles dans lesquelles les symptômes de démence se sont établis au contraire d'une manière rapide. Nous examinerons ensuite la question des rémissions.

OBSERVATION IX.

Affaiblissement intellectuel à marche lente pendant trois ans. — Léger embarras de la parole. — Faiblesse musculaire. — Mort par congestion cérébrale. — Durée de la maladie, quatre ans et demi.

M. Théodore, âgé de quarante-cinq ans, d'un tempérament sanguin, d'une nature très-impressionnable, a éprouvé il y a cinq ans des peines morales très-vives par suite d'un procès important qu'il a dû soutenir et qui était devenu l'objet de toutes ses préoccupations. Dès le début de ce procès un de ses frères qui l'assistait fut surpris de le trouver hors d'état de pourvoir à sa défense, et il fait remonter à cette époque les premiers symptômes d'affaiblissement intellectuel.

Cependant, c'est seulement trois ans plus tard que ces symptômes devinrent évidents.

Lorsque je vis M. Théodore, la démence était déjà très-prononcée, l'embarras de la parole assez tranché pour ne laisser aucun doute sur le diagnostic.

Je ne puis mieux faire connaître les caractères de l'affaiblissement intellectuel chez ce malade, qu'en citant les extraits suivants d'une note qui m'avait été adressée par son frère avant ma première visite. Les principaux traits de la démence telle qu'elle se présente dans les formes simples de la paralysie générale se trouvent décrits d'une manière très-exacte.

« Le caractère de sa situation, dit le frère du malade, est que ses facultés s'éteignent. Il est incohérent, pauvre d'idées, sans initiative, sa mémoire se perd, il ne suit plus dans la conversation le mouvement des idées, parle peu et sans à propos, et s'il n'y a pas de divagation, il y a menace d'hébétément et d'extinction du mouvement intellectuel. Cependant il est encore en communion de pensées et d'action avec tout ce qui l'entoure, mais cette communion s'appauvrit et assez rapidement pour qu'on puisse s'attendre à une extinction totale. »

Plus loin l'auteur de la note ajoute encore :

« La violence du malade n'est plus que de l'impatience, sa nature entreprenante et vive autrefois n'a plus ni initiative, ni besoin de mouvement ; son esprit d'ordre ne se manifeste plus que par une routine aveugle, son éloignement de toute dépendance est remplacé par une disposition atonique à la soumission ; la moindre résistance l'exaspérait, et aujourd'hui quand il

parle mal à propos, on peut lui imposer silence. Il nous aime encore très-vivement, il est encore possible d'échanger quelques idées, mais le cercle se rétrécit, la lumière s'éteint et il ne semble pas avoir le moindre soupçon de dépérissement, il s'absorbe dans une tranquillité improductive dont il est de jour en jour plus difficile de le tirer. »

M. Théodore, cependant, n'avait nulle conscience de son état. Voici, en effet, ce qu'on dit encore dans la note dont je viens de citer des fragments :

« La difficulté est de faire comprendre à mon frère qu'il est malade : à chaque instant il trouve l'occasion de nous dire qu'il va parfaitement bien, et comme en effet il n'éprouve ni souffrance ni malaise déterminés, comme il a des forces pour de longues promenades, un appétit modéré mais peu régulier, un sommeil généralement bon, il repousse toute pensée de se mettre en rapport avec un médecin. »

La maladie se prolongea encore dix-huit mois. M. Théodore resta dans sa famille, n'ayant ni agitation, ni délire, mais allant s'affaiblissant au physique et au moral, et il succomba à une congestion cérébrale très-violente, après être resté quatre jours sans connaissance.

Voici quelques détails que j'extrai de la lettre dans laquelle on m'annonçait sa mort :

« Il sortait tous les jours et faisait une promenade de plus en plus limitée; il s'occupait encore lui-même de tous les détails de sa toilette, s'habillait et se déshabillait sans aide, mais avec un embarras qui croissait insensiblement; il prenait encore part à la conversation, grâce au retour de certains souvenirs, mais il se trompait souvent dans le choix des mots destinés à traduire sa pensée; ce qu'il avait conservé le plus nettement, c'était la bienveillance du cœur; je ne l'ai jamais abordé sans voir un sourire affectueux s'épanouir sur sa physionomie.

« Il ne se plaignait jamais, était sobre, plein de sécurité sur lui-même et très-régulier dans ses mouvements qui s'amoin- drissaient de plus en plus. »

Dans ce cas, la démence paralytique n'est pas seulement primitive, on la voit se développer pendant quatre ans et demi sans aucune complication. Comme le dit l'auteur de la note, chez ce malade les facultés se sont éteintes lentement, il n'y avait pas divagation, mais menace d'hébètement.

On peut remarquer ici que M. Théodore n'avait nul « soupçon

du dépérissement de son intelligence et qu'il était plein de sécurité sur lui-même. »

C'est par ce dernier caractère qu'il se trouve devoir être assimilé aux aliénés.

Assurément, il n'y a rien de plus différent que la démence symptomatique et la folie, mais elles ont cela de commun que dans les deux cas les malades n'ont aucune conscience de leur état.

OBSERVATION X.

Invasion lente de la démence et de la paralysie.

Cinquante-trois ans: suppression des règles.— Disparition de migraines anciennes. — Démence et paralysie progressives. — Mort après cinq ans et demi. — Atrophie du cerveau; pas d'adhérences des membranes à la couche corticale. — Épanchement séreux considérable.

M^{me} Joséphine, âgée de cinquante-trois ans, journalière, est entrée à la Salpêtrière le 11 mars 1857. Elle avait été arrêtée en état de vagabondage et n'avait pu indiquer ni son domicile ni même son propre nom. Quelques jours après, on obtint de la famille les renseignements suivants :

Il y a au moins trois années et demie que cette femme a commencé à perdre la mémoire. L'affaiblissement s'est produit d'une manière lente et progressive; dans les derniers temps il était arrivé à ce point que la malade se perdait dans les rues et passait devant la porte de sa maison, sans la reconnaître. D'ailleurs, M^{me} Joséphine n'a jamais fait aucun acte d'extravagance.

Elle oubliait ce qu'elle venait de faire un instant auparavant, était incapable de suivre une conversation, mais autrement ne déraisonnait pas. Elle pleurait facilement. L'embarras de la parole existe depuis longtemps, mais on ne peut dire d'une manière précise à quelle époque il a commencé. Le tremblement des mains remonte aussi à une époque assez éloignée; on n'a pas remarqué de faiblesse dans les jambes.

De temps en temps, depuis les premiers accidents, survenaient des espèces de crises caractérisées par des tremblements très-forts du corps et des membres.

Les parents n'assignent d'autre cause à la maladie que l'âge critique. Il y a deux ans, en effet, que les règles sont tout à fait supprimées, et depuis le début de la maladie des migraines très-anciennes ont disparu.

A l'entrée à l'hôpital, nous constatons un affaiblissement

extrême de l'intelligence. La malade dit elle-même qu'elle est comme un enfant et qu'elle ne sait plus rien. Embarras de parole, tremblement des membres, démarche encore assez assurée; la pupille gauche est plus large que la droite.

Cet état de démence paralytique s'est prolongé pendant deux années. Au commencement de 1859, l'intelligence semblait abolie; M^{me} Joséphine ne savait même plus qu'elle avait des enfants; la station était devenue impossible. Bientôt, état de marasme, impossibilité d'articuler un seul mot; déglutition difficile. Contracture des deux muscles droits abdominaux qui forment comme deux cordes saillantes au milieu du ventre déprimé latéralement (1).

Pendant les quinze derniers jours, langue sèche, dents fuligineuses, haleine fétide. Mort le 3 avril.

Autopsie. — Les membranes sont épaissies, la pie-mère injectée; on ne découvre aucune adhérence à la couche corticale. Cette couche est plus mince et paraît un peu atrophiée sur les lobes antérieurs. La substance blanche offre un grand nombre de petits vaisseaux remplis de caillots noirs. Les ventricules latéraux sont très-dilatés. La protubérance était très-petite et comme atrophiée; la moelle épinière était aussi peu volumineuse.

Les deux hémisphères cérébraux sont égaux et pèsent 928 grammes, le cervelet 468 grammes; on a recueilli 270 grammes de sérosité.

(1) Dans la démence paralytique à marche chronique, l'abolition lente et progressive de l'intelligence et des mouvements correspond à une lésion également lente et progressive du cerveau, qui a pour conséquence une atrophie plus ou moins considérable de cet organe.

Parmi les nombreuses observations que j'ai recueillies à la Salpêtrière j'en ai choisi vingt-cinq dans lesquelles la démence paralytique s'était prolongée au moins trois années et je suis arrivé quant au degré d'atrophie, au résultat suivant :

Le poids moyen du cerveau sur ces vingt-cinq femmes a été de 884 grammes; or le poids du cerveau sain chez les femmes étant en moyenne de 1055 grammes; il y avait donc une différence de 174 grammes.

Les hémisphères cérébraux, dans la démence paralytique à marche chronique, perdaient donc au moins un sixième de leur poids.

Un fait bien remarquable et que j'ai déjà signalé ailleurs, c'est que le cervelet ne prend pas part à cette atrophie.

Le corps calleux, la voûte à trois piliers et la presque totalité des hémisphères étaient très-mous, ce qui nous a paru pouvoir être en partie considéré comme un résultat cadavérique, l'autopsie n'ayant eu lieu que trente-six heures après la mort et par une température assez élevée.

Les membranes entraînaient aussi avec elles quelques flocons de substance grise, mais si légers que le poli des circonvolutions n'en paraissait pas sensiblement altéré. Nous avons donc cru pouvoir dire qu'il n'y avait pas, à proprement parler, d'adhérences des membranes.

Les conceptions délirantes paraissent avoir complètement manqué chez M^{me} Joséphine et les lésions de l'intelligence n'ont consisté que dans l'état de démence; si l'on en croit les renseignements donnés par la famille, il n'y aurait même eu aucune trace d'agitation. Les parents assuraient, en effet, que M^{me} Joséphine n'avait fait aucun acte d'extravagance, et ils ajoutaient qu'elle ne déraisonnait pas; la seule complication qu'on ait à noter dans ces cinq années de maladie sont ces crises caractérisées par des tremblements de tous les membres et qui semblent devoir être rapportées à des congestions passagères.

Bien que l'absence d'adhérences des membranes à la couche corticale ne soit pas très-rare dans les cas de ce genre, je crois devoir la faire remarquer, la maladie étant arrivée à sa dernière période après une durée très-longue.

La quantité très-forte de sérosité, 270 grammes, doit être aussi notée; elle témoigne d'un état d'atrophie assez avancée.

Voilà deux cas de paralysie générale à l'état de simplicité, et dans lesquels le développement de la démence a été lent et progressif.

A-t-on observé ce qu'on appelle des *rémissions* dans les cas auxquels ces deux observations peuvent, je crois, servir de types?

Je n'en connais aucun exemple, et il me semble qu'on peut établir *a priori* que ces rémissions ne sont pas possibles dans ces conditions.

Voyons en effet en quoi consistent en réalité les rémissions, et quel est leur caractère principal.

Je prendrai pour exemple la première observation rapportée dans sa thèse par M. Jules Falret.

La malade avait offert de l'embarras de la parole,
Des signes d'affaiblissement intellectuel,
Des conceptions délirantes de nature ambitieuse.

Chez cette femme, dont la maladie remontait à plus de dix mois, M. Jules Falret voit se produire une *intermittence* qui se prolonge pendant une année entière.

Or, quel changement s'était-il produit, et quel était l'état de la malade pendant cette intermittence ?

1^o La langue était quelquefois embarrassée, mais beaucoup moins que lors de l'entrée à la Salpêtrière.

2^o La mémoire était souvent imprécise et un peu faible. La malade comprenait moins bien et plus lentement.

3^o Le délire avait disparu, car cette femme « appréciait parfaitement à leur juste valeur tous les phénomènes de sa maladie ; elle s'habillait avec soin et propreté, avait une conduite très-régulière, était bonne et prévenante pour tout le monde. »

Voilà dans quel état était cette femme. Des trois grands ordres de symptômes qui caractérisaient sa maladie :

Les symptômes de paralysie s'étaient beaucoup atténués.
Il restait quelques traces d'affaiblissement de la mémoire.
Le délire avait complètement disparu.

Cette aliénée que sa folie avait fait séquestrer, avait repris possession d'elle-même, sa raison était rétablie, et c'est ce qui a permis de la rendre à la liberté.

N'est-il pas évident que ce changement si important, que cette guérison, non de la paralysie générale, dont les signes essentiels persistaient encore très-atténués, que cette guérison du délire, dis-je, est le fait capital de ce qu'on appelle la rémission, et de ce que M. Jules Falret appelle ici l'*intermittence* ?

Mais, dit-on, il ne s'agit que d'un symptôme. Oui, mais

ce symptôme, c'est la *folie* revêtant souvent pendant six mois avec un *ensemble* de symptômes la forme de la manie, de la mélancolie simple, de la mélancolie avec stupeur, de la folie à double forme. Quelle différence y a-t-il entre ce qui se passe chez un maniaque vésanique et chez un maniaque paralytique, quand, après plusieurs mois de délire, ils reviennent l'un et l'autre à la raison? Quant à moi, je n'en vois aucune. C'est, dans les deux cas un réveil analogue à celui qui nous fait rentrer chaque jour en possession de nous-même en sortant des rêves souvent *absurdes*, *mobiles*, *contradictaires*, qui ont traversé notre sommeil.

Après un accès de manie simple, le malade est guéri; après un accès de manie paralytique, il reste des symptômes atténués d'une maladie qui reprendra bientôt sa marche, mais cette différence essentielle n'empêche pas que le *retour à la raison* n'ait, dans les deux cas, le même caractère et la même conséquence, les malades, le plus souvent, pouvant alors être rendus à la liberté.

Le retour à la raison, la guérison de l'accès de manie, de mélancolie, ou même de simples conceptions délirantes limitées, tel est donc le fait important des rémissions. Or, ce fait ne peut pas se produire dans la démence paralytique simple, puisque la maladie est alors réduite à ses symptômes essentiels, la paralysie et la démence.

Dans la démence paralytique simple, il arrive assez souvent que le malade conserve pendant un certain temps la conscience de son état. Il s'aperçoit de la déchéance de son intelligence, de son incapacité pour tout travail intellectuel et s'en afflige, mais cette période passe avec les progrès de la maladie; alors le paralytique se croit bien portant, il est, comme M. Théodore (obs. IX), plein de sécurité sur lui-même. Il n'a pas été atteint de *folie* mais il est devenu *aliéné*. Or, cette aliénation une fois établie à la suite des progrès lents de la démence, on ne la voit plus disparaître, on n'assiste plus à ces réveils qu'amène la cessation du délire, de la

stupeur ou de la *pseudo-démence* qui s'est produite plus ou moins rapidement.

Il n'y a donc pas de rémissions véritables dans la démence paralytique simple se produisant lentement et progressivement.

Résumé et conclusions.

1° La mélancolie avec stupeur paralytique ou simplement la stupeur paralytique peuvent revêtir les caractères les plus graves et simuler une démence avancée, et cependant être suivies, même après plusieurs mois, de rémissions remarquables.

2° Quand les symptômes de démence avec quelques conceptions délirantes se développent rapidement, à la première période de la paralysie générale, ils peuvent ne point appartenir à la démence véritable, mais à une *pseudo-démence* constituant un état spécial non encore suffisamment étudié.

3° C'est à tort assez souvent qu'on affirme l'existence de la démence dès le début de la paralysie générale d'après certains caractères spéciaux ou qu'on la suppose masquée par le délire maniaque ou mélancolique.

4° Le délire *mobile, absurde, contradictoire* des paralytiques n'est pas une preuve de l'existence de la démence et peut s'expliquer par un état spécial comparable à certains cas d'ivresse.

5° La *pseudo-démence* dans la paralysie générale ne peut jusqu'ici être distinguée de la démence véritable que par son invasion rapide ou par des signes de stupeur.

6° Il n'y a pas de rémissions véritables dans la démence paralytique simple à marche lente et progressive.

DE LA NATURE
DES
TROUBLES MUSCULAIRES
DANS LA
PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS

Par Le Dr J. CHRISTIAN
Médecin en chef de l'asile de Maréville.

La maladie que l'on appelle *Paralysie générale des aliénés*, décrite pour la première fois il y a une cinquantaine d'années, a été considérée par les premiers observateurs comme étant une affection de nature paralytique : d'où le nom qu'ils lui ont donné et qui lui est resté.

On a bien vite reconnu, il est vrai, que cette paralysie est d'une nature toute spéciale, qu'elle est à la fois générale, incomplète et progressive. Mais, même dans les travaux les plus récents, la nature de la maladie ne fait pas question. Chacun va répétant que c'est une paralysie, sans se demander si l'on y trouve réellement les éléments constitutifs de toute paralysie.

Il me sera facile d'établir que ces éléments constitutifs n'existent pas, et que dans la paralysie générale des aliénés, quelle qu'en soit la durée, on n'observe à aucun moment de paralysie véritable, à moins que ce ne soit par le fait de complications tout à fait accidentelles (1).

(1) Chez les aliénés de cette catégorie, les hémiplegies complètes ou incomplètes, consécutives à des congestions cérébrales, à des accès épileptiformes, sont extrêmement fréquentes : ce ne sont évidemment que des accidents, des complications fortuites.

I

Dans le domaine des nerfs cérébro-spinaux, on entend par *paralysie* ou *akinésie*, l'état morbide dans lequel les fibres motrices ne peuvent plus être excitées par les volitions, et par suite duquel les muscles ne peuvent plus être *volontairement* contractés (Axenfeld, Niemeyer, Jaccoud, etc.).

C'est ce que nous constatons dans l'hémiplégie consécutive à l'hémorragie cérébrale que je prendrai comme type d'une paralysie de ce genre.

Le bras et la jambe paralysés pendent le long du corps comme une masse inerte, sur laquelle la volonté du malade n'a plus aucun empire. Placez votre main dans la main paralysée, le malade essayera en vain de la presser; dites-lui de vous tendre cette main, de soulever la jambe, il aura beau vouloir, il n'arrivera à rien, il sera obligé de soulever son pied ou sa main avec la main restée saine, tout comme il ferait d'un corps étranger.

La parole elle-même est abolie, le malade ne peut prononcer aucun mot, articuler aucune syllabe, quelques tentatives qu'il fasse dans ce but.

Si le malade doit guérir, vous verrez, au fur et à mesure des progrès de la guérison, la propriété contractile réparaître dans les muscles, d'abord très-faiblement et d'une manière imparfaite, peu à peu avec plus de force; bien rarement elle revient à son état normal. Ceux qui ont été frappés d'une hémorragie cérébrale, même quand ils guérissent, continuent en général à traîner la jambe; ils marchent en fauchant, le bras ne reprend pas la vigueur qu'il avait auparavant, la parole reste indistincte et embarrassée.

Que si au contraire la guérison n'a pas lieu, non-seulement le muscle restera entièrement soustrait à l'action de la volonté, mais même on le verra s'altérer dans sa structure, s'atrophier, devenir graisseux.

II

Il en est tout autrement dans la paralysie générale. C'est du côté de la langue qu'apparaissent les premiers troubles musculaires évidents. Le malade s'exprime avec une certaine difficulté; il parle lentement, scandant et espaçant les syllabes; il hésite au milieu d'une phrase, d'un mot, et ne parvient à l'achever qu'après une pause plus ou moins longue. Il traîne sur certaines syllabes; il y en a qu'il répète, d'autres qu'il saute. La difficulté est surtout grande pour articuler certaines consonnes et principalement les labiales.

Mais il suffit d'observer attentivement le malade pour s'assurer que le trouble de la parole ne vient nullement de ce que les muscles nécessaires à l'articulation des sons ont cessé d'obéir à la volonté; ils se contractent avec force, mais irrégulièrement et en quelque sorte d'une manière convulsive. C'est à peu près comme dans le bégaiement: le malade veut proférer un mot, une syllabe; il fait de longs efforts; à un moment donné le son qu'il a cherché part avec force, lancé d'un jet.

Du côté des membres supérieurs, les troubles ne sont pas moins caractéristiques. Le malade devient maladroit de ses mains, il ne peut plus se livrer à aucun travail un peu délicat, son écriture est irrégulière, il ne peut plus dessiner. S'il essaye de régler une page, il n'arrive pas à tracer une ligne droite. Enfiler une aiguille, fermer une boutonnière, remonter une montre, tout cela lui devient impossible. Plus tard, il ne peut plus même porter à la bouche sa cuiller ou son verre.

Dans les membres inférieurs le désordre est tout aussi évident, le malade marche en chancelant, en écartant les jambes, il appuie sur les talons, se penche soit en avant soit en arrière, cherchant d'instinct à élargir sa base de sustentation. Les genoux sont affaissés, le malade se heurte au

meindre obstacle. Où l'on constate le mieux l'incertitude des mouvements, c'est quand, après lui avoir fait faire quelques pas, on lui dit de tourner brusquement, il éprouve alors une peine extrême à conserver l'équilibre.

On a longuement discuté pour savoir dans quel ordre se prennent les muscles. On admet généralement que c'est la langue qui est la première atteinte. De là le mal s'étendrait aux membres, et, suivant les uns, d'abord aux membres supérieurs, suivant les autres, en premier lieu aux membres inférieurs.

En réalité, *l'appareil musculaire tout entier est atteint simultanément et dès le début* ; c'est là un des caractères pathognomoniques de la maladie. Aussitôt que l'on constate l'embarras de la parole, on peut constater la gêne dans les mouvements du bras et dans ceux du membre inférieur. Seulement, dans les membres, ces troubles du début sont peu apparents ; tandis que dans l'appareil musculaire si délicat de la langue, la moindre déviation fonctionnelle est évidente.

C'est à cette période de la maladie, alors que les troubles musculaires sont encore peu apparents, que le délire est le plus expansif et que l'aliéné conçoit et cherche à exécuter les projets les plus extravagants. En proie à une activité dévorante, il fait, sans fatigue, des courses de plusieurs lieues ; il est sur pied jour et nuit, il crie, il déclame, il chante. Tout ce qui est à sa portée, il le brise, il le détruit, et ce n'est pas trop des efforts réunis de plusieurs hommes vigoureux pour le maintenir. Déjà, à cette période, il peut y avoir des incontinenances ou des rétentions passagères d'urine et de matières fécales.

Il est clair qu'à cette phase initiale, il n'y a pas akinésie. Non-seulement le malade *veut* ce qu'il fait, mais l'appareil musculaire tout entier obéit à sa volonté avec une vigueur tout à fait insolite. Il n'y a que de l'*ataxie*, c'est-à-dire un défaut de coordination dans les mouvements. Et ce qui

peut-être donne à cette ataxie son caractère tout à fait spécial, c'est cet autre symptôme, également constant dans la paralysie générale, mais dont je ne veux pas m'occuper actuellement, je veux dire le *tremblement fibrillaire* des muscles.

III

Voici donc établi ce premier point que, dans la paralysie générale au début, il y a, non pas *akinésie*, mais simplement *ataxie*. A vrai dire, ce n'est pas là une vue nouvelle, car c'est ce que Bouillaud avait déjà démontré en 1846, et je ne puis m'expliquer que cette opinion, si juste et si exacte, soit tombée dans l'oubli, d'où elle n'a été tirée par Jaccoud qu'il y a quelques années à peine.

Mais cette première période d'ataxie, que l'on pourrait appeler la période d'excitation, ne se prolonge guère au delà de quelques semaines ou quelques mois ; à mesure que le mal progresse, que l'intelligence s'affaiblit, le malade devient de moins en moins apte à agir. Il arrive un moment où il ne peut plus se tenir debout, où il reste cloué sur un fauteuil ou sur son lit ; il maigrit, quoique l'appétit soit conservé ; il ne trouve plus que quelques rares paroles à bégayer. Complètement gâteux, il se couvre d'eschares, et, comme une masse inerte, il gît sur sa couche, jusqu'à ce que la mort vienne mettre un terme à sa triste existence.

Or, s'il est évident que dans la première période il n'y a pas de phénomènes de paralysie, il paraît non moins évident que dans la période terminale c'est la paralysie qui a remplacé l'ataxie.

C'est ce que dit en propres termes Jaccoud :

« Lorsque les lésions encéphaliques ont progressé ; lorsque, surtout, elles ont déterminé dans le système antérieur de la moelle, des altérations secondaires, alors la force musculaire diminue avec la transmission volontaire ; une paralysie inévitable remplace l'ataxie du début, et cette

» paralysie va croissant jusqu'au jour où elle est complète
 » ou absolue, à ce point que le malade est immobilisé dans
 » son lit comme une masse inerte. » (*Paraplégies et ataxie
 du mouvement*, p. 622.)

Quelle étrange paralysie cependant que celle dont Marcé pouvait dire :

« Cette paralysie ne ressemble à aucune autre ; ce n'est
 » pas uniquement l'abolition de la contractilité musculaire
 » qui est en jeu, puisque une fois assis ou couchés, ils
 » remuent très bien les bras et les jambes ; puisque dans les
 » moments d'agitation, ils retrouvent encore une fois des
 » forces surprenantes, il s'y joint un défaut de coordina-
 » tion, etc. » (*Traité des mal. ment.*, p. 426.)

Marcé était dans le vrai : cette paralysie ne ressemble à aucune autre. Mais pourquoi ? Uniquement parce qu'elle n'est pas une paralysie, même à cette période tout à fait ultime de la maladie.

Une expérience bien simple le prouve. Il suffit de donner la main à un de ces paralytiques déjà arrivé à la période avancée du marasme et de lui demander de la presser : on sera étonné de la force qu'il déploiera. J'ai eu bien souvent la main meurtrie, même par des malades qui n'avaient plus que quelques jours à vivre.

Ce même paralytique cloué sur un fauteuil, qu'il faut attacher pour l'empêcher de glisser à terre, qui ne peut ni se dresser, ni se tenir debout, on peut le voir, s'il est un peu excité, se lever et faire à grandes enjambées plusieurs fois le tour de la salle sans être soutenu par personne.

Et il n'y a pas à s'y tromper, ces mouvements sont parfaitement *voulus*. Le malade a conscience de ce qu'il fait. Comme il a conservé ses idées de force et de puissance, il est enchanté d'en donner la preuve, et rien n'égale sa satisfaction lorsqu'il s' imagine y avoir réussi.

Ces faits sont d'observation banale et journalière, et suf-

fisants pour établir que la force musculaire persiste jusqu'à la fin dans la paralysie générale en même temps que la transmission volontaire.

Mais il s'agissait d'arriver à une appréciation précise, de trouver un moyen capable non-seulement de donner la mesure exacte de cette force, mais aussi d'en noter les variations.

J'essayais d'abord de faire soulever à mes malades des poids ; en augmentant progressivement le nombre de kilogrammes, je pensais arriver à savoir approximativement de quel effort maximum ils étaient capables.

Mais je dus renoncer à ce moyen ; les poids que je leur donnais, ils les soulevaient maladroitement, ils s'ingéniaient à jongler avec eux ; à chaque instant ils leur échappaient des mains et risquaient de les blesser ou de blesser leur entourage.

J'ai fini par m'arrêter à l'emploi du dynamomètre ; je me suis servi de celui de Robert et Colin, assez connu pour que je n'aie pas à le décrire (1).

En mettant cet instrument dans la main du malade, j'obtenais facilement toute la pression qu'il était susceptible de donner, car chacun mettait son point d'honneur à paraître plus fort que son voisin ; chacun, dans son délire, s'imaginait qu'il allait arriver à un résultat extraordinaire, qu'il briserait le ressort, etc.

Quelquefois, je n'obtenais rien ; quand le malade avait un délire hypochondriaque, il refusait de presser le ressort, disant : « Je suis mort, je n'ai plus de main, je n'ai plus de bras, etc. »

A certains moments enfin, et surtout vers la fin de la maladie, le trouble des idées était tel qu'il me devenait tout à fait impossible de faire comprendre au patient ce que

(1) C'est un ressort elliptique en acier portant un cadran sur lequel se meuvent deux aiguilles, l'une toujours mobile, l'autre fixe, n'indiquant que les maxima.

je lui demandais. Il prenait l'instrument, le regardait naïvement, le tournait et le retournait entre les doigts, le portait à la bouche, comme un idiot ou un enfant auquel on donnerait un objet brillant. Ce qui prouvait bien que le trouble mental était seul en cause, c'est que le lendemain, quelquefois une heure plus tard, l'expérience réussissait avec la plus grande facilité. Ces mêmes malades, trop inhabiles pour manier le dynamomètre, pouvaient au même instant me serrer fortement la main.

Ainsi appliqué, le dynamomètre ne m'a donné que la force de pression ; il ne m'a permis d'apprécier la contractilité musculaire que dans le membre supérieur. J'aurais voulu faire les mêmes recherches sur le membre inférieur, mais je me suis heurté à des difficultés telles, que j'ai dû provisoirement y renoncer. Je crois pouvoir affirmer cependant que le membre inférieur donnerait les mêmes résultats que le membre supérieur. Deux choses le prouvent : l'état des muscles qui ne sont pas plus altérés que ceux du membre supérieur, et les mouvements désordonnés sans doute, mais vigoureux, dont les paralytiques restent capables.

IV

A l'état normal, entre 25 et 30 ans, l'homme en bonne santé a une force de pression égale à 50 kilogr. Il conserve ce même degré de force jusqu'à 50 ans, âge où elle commence à diminuer. (MICHEA, article *Dynamomètre* du Dictionnaire de Jaccoud.)

Les expériences que j'ai faites sur les infirmiers de mon service m'ont donné en général des moyennes plus élevées. Il est vrai qu'il n'y a, parmi eux, que des gens vigoureux, dans la force de l'âge : c'est un personnel de choix, sous le rapport de la vigueur et de la santé. Le chiffre de 50, donné par Michéa, me paraît plus près de la vérité.

Mes recherches ont porté sur 22 paralytiques : 9 étaient

Numéros.	NOMS et Prénoms.	ÂGE.	PROFESSION.	ENTRÉE.	DURÉE anti- riente maladie.	CAUSE.	PRINCIPAUX SYMPTÔMES	DATE.	POIDS du corps.	FORCE MUSCULAIRE au dynamomètre		ÉTAT ACTUEL.
										Dyn. Dr.	Dyn. G.	
1	B. (Ernest).	32	Marchand de vins.	30 janv. 1877.	Quelques mois.	Erêts alcoo- liques et véne- rieux.	Embarras marqué de la parole ; Délire hypochondriaque al- ternant avec des idées de satisfaction puérile. Déchi- neur, malpropre, mais tran- quille. Pupille droite plus dilatée.	11 av.-il. 1877 13 juil. 1. 17 juil. 11 août. 14 août. 20 septembre. (alté).	kil. 68 5 70 66 53	kil. 55 55 45 53 37	Mort le 24 sep- tembre 1877 dans le marasme, enche- rre au strém, etc.	
2	C. (Henri).	44	Cafetier.	6 oct. 1876.	Quelques mois.	Excès alcoo- liques. Syphi- lis avant son mariage (ata- ques épilepti- formes). Guéri il y a 7 ans ; le 4 ^e enfant mort-né, les 2 autres bien portants. Hé- redité.	Délire ambitieux, puéril ; in- quacité ; agitation. A pu se-urs reprises abées à la ; joue très-tent à guérir (in- fluence de la syphilis ?). A suivi pendant plusieurs mois un traitement à l'iodure de potassium sans résultat. Pu- pille droite plus dilatée.	14 av.-il. 1877 13 juil. 17 juil. 11 août. 20 septembre. 27 octobre.	..... 74 77 82 75	kil. 43 64 63 62 55 53	En complet dé- mence ; malgré en- s'agitait quoique l'appétit se réten- lent. Mort le 24 oc- tobre 1877.
3	Co. (J.-Jac- ques.)	53	Cultivateur.	25 mars 1877.	"	"	Délire ambitieux, tranquille ; in- se froite automatiquement la tête, dont il a usé tou- les cheveux. Pupille gauche plus dilatée.	26 mars 1877. 13 juil.-t. 27 juil.-t. 11 août. 20 septembre. 27 oct. b. e. (alté.)	..... 53 58 5 58 5 51	40 39 44 33 32 43	Alité depuis la fin de septembre. Marasme extrême. convert d'écoules. Mort en décembre 1877.
4	Do. (Ed.)	32	Filcur de laine.	11 juin 1877.	"	"	Délire puéril, tranquille ; dé- chreur ; malpropre.	15 juin 1877. 13 juil.-t. 27 juil.-t. 11 août. 20 septembre.	61 60 5 60 5 58 5 56	19 21 22 21 16	Très-agitab. n- que te plus le lit o- pa tir du mot d'oc- tobre. Hémipégie incomplète à gau- che. Mort le 17 no- vembre 1877. dans le marasme.	
5	Du. (Hippo- lyte.)	38	Chandeur.	18 avril 1877.	"	A eu les dé- vres en Afr- iques, en en- ce de la en- leur du foyer?	Arrêté comme vagabond à Bel- fort ; puéril, indifférent.	25 avril 1877. 13 juil.-t. 27 juil.-t. 20 septembre.	..... 59 6 62 63 5	43 38 37 35	État stationnaire. démence, indiffé- rence.
6	F. (Céles- tiu.)	31	Ouvrier de fabrique.	29 juin 1877.	6 mois	"	Délire ambitieux ; puéril ; in- différent.	13 juil. 1877. 27 juil.-t. 14 août. 20 septembre.	49 5 51 50 48 5	25 56 45 54	État stationnaire.	
7	Go. (Ch.)	50	Garde de police, aupa- ravant musi- cien amba- laul.	10 mai 1877.	"	A 47 ans, écute sur la tête ; toujours été considér- comme un ori- ginal. Grands écès avant son mariage.	Délire ambitieux. Agitation ; ma- manique presque conu- nuelle.	13 juil. 1877. 20 septembre. 27 octobre.	..... 56 56	58 60 44	Un peu plus cal- ma depuis quelq- temps

Numéros.	NOMS et PRÉNOMS.	ÂGE.	PROFESSION.	ENTRÉE.	Durée anté- rieure de la maladie.	CAUSES.	PRINCIPAUX SYMPTÔMES.	DATE.	Poids du corps.	FORCE MUSCULAIRE au dynamomètre	ÉTAT ACTUEL.
										Dyn. Dr. Dyn. G.	
8	Guil.	51	Journaller.	22 fév. 1877.	8 mois		Délire hypochondriaque ; si- multanées attaques nerveuses ; irritable. Embarras marqué de la parole.	12 mars 1877. 43 juillet. 27 juillet. 11 août. 27 octobre.	kil. 58 62 62	kil. 32 38 32 46 49 Moy. 40.8	Etat stationnaire ; embarras de la pa- role plus marqué.
9	Il (Ch.)	44	Ex-zouave (25 ans de service).	11 janv. 1877.	6 mois.	Excès proba- bles.	Délire ambitieux ; tranquille ; indifférent.	12 mars 1877. 13 mars. 13 juillet. 27 juillet. 11 août. 30 septembre. 27 octobre.	..... 62 61 63 64 .....	..... 29 37 40 46 38 44 40 Moy. 37.7	S'affaiblit ; tombe dans le marasme.
10	Hér.	44	Tailleur d'habits.	26 nov. 1876.	Ancienne	Hérédité.	Délire ambitieux ; satisfaction puérile ; s'est frotté la tête de façon à user tous les cheveux. Diarrhée fréquente.	12 mars 1877. 26 mai. 13 juillet. 27 juillet. 11 août. 20 août. (couché).	..... 51 51 50	25 38 17 23 25 30 45 41 Moy. 26.3	Mort dans un af- freux marasme le 24 août 1877.

Numéros.	NOMS et PRÉNOMS.	ÂGE.	PROFESSION.	ENTRÉE.	Durée anté- rieure de la maladie.	CAUSES.	PRINCIPAUX SYMPTÔMES.	DATE.	Poids du corps.	FORCE MUSCULAIRE au dynamomètre	ÉTAT ACTUEL.
										Dyn. Dr. Dyn. G.	
11	J.	37	Lieutenant de dragons.	21 juin 1877.	En trai- tement dans un hôpital militaire depuis plusieurs mois.	En 1871, che- ute de cheval sur la tête.	Délire ambitieux, puéril, alter- nant avec le délire hypo- chondriaque.	23 juin 1877. 13 juillet. 27 juillet.	..... 70 70	51 54 40 Moy. 43.3	Enfermé le 7 août par une attaque épileptiforme.
12	Job.	41	Aubergiste.	21 avril 1877.	Plusieurs mois.	A 22 ans, épi- levé typhoïde ; revers de for- tune à la suite de la guerre de 1870-1871. Congestioncé- rébrale en no- vembre 1876.	Délire ambitieux ; très-agité lors de son entrée ; s'est élané et est tombé dans une complète apathie.	9 mai 1877. 13 juillet. 27 — (diarrh). 11 août. 20 septembre. 27 octobre.	..... 61 84 57 48	48 45 32 34 48 33 Moy. 40	Etat stationnaire
13	K.	43	Brasseur.	22 mai 1877.	Quelques mois.	Hérédité. Contrariétés.	Délire ambitieux ; très-agité au début, mais se calme bientôt.	13 juill. 1877. 27 juillet. 11 août. 20 septembre.	69 66 69 76	45 56 58 62 Moy. 53.7	Retiré par sa fa- mille le 20 septem- bre.
14	Lang.	41	Ex-const- able de apais.	26 nov. 1876.	3 mois.	Excès proba- bles.	Délire ambitieux type ; ne compte que par millions de millions.	13 mars 1877. 14 avril. 9 mai. 26 mai. 7 juin. 13 juillet. 27 juillet. 11 août. 20 septembre. 28 octobre.	..... ..... ..... ..... 63 65 66 67	35 66 55 65 66 72 80 61 73 71 80 72 Moy. 70.3	Maigrir depuis quelque temps, de- vient plus incohé- rent.

Numéros.	NOMS et PRÉNOMS.	ÂGE.	PROFESSION.	ENTRÉE. 1876.	DURÉE anté- rieure de la maladie.	CAUSES.	PRINCIPAUX SYMPTÔMES.	DATE.	POIDS du corps.	FORCE MUSCULAIRE au dynamomètre.		ÉTAT ACTUEL.
										Dyn. Dr.	Dyn. G.	
15	L.	40	Vigneron.	30 août 1876.	"	A fait l'enfant de 1870-71 et a été en captivité.	Démence enfantine ; joue avec des boutons ; trac- quille.	13 mars 1877. 7 juin. 27 juillet. 27 juillet. 41 août. 20 septembre. 27 octobre.	kil.	kil. 17 " 45 " 51 " 45 " 45 " 10 " 44 " 37 " 43 " 32 " 43 " 36 " 36 " 25 "	Moy. 46 " 37 1	Mort le 26 no- vembre dans le ma- rasme.
16	Lec.	36	Employé des postes.	20 mai 1876.	3 ans.	Hérédité. Sy- philis.	Démence. Satisfaction puérile alternant avec des idées hy- pochondriaques.	13 mars 1877. 27 juillet. 27 juillet. 11 août. 20 septembre.	..... 55 " 55 " 56 " 57 "	20 " 16 " 18 " 45 " 43 " 10 " 48 " 41 " 47 " 42 "	Moy. 47.2 13.4	Très-affaibli, in- erte.
17	M.	37	Captaine d'infanterie	21 juillet 1875.	"	"	Délire ambitieux ; quelques fois agité ; très-affaibli ; ne comprend plus rien.	12 mars 1877. 13 juillet. 27 juillet. 11 août. 20 septembre. (couché).	..... 64 5 65 " 63 " 52 "	25 " 20 " 47 " 20 " 45 " 42 " 17 " 12 " 10 " 15 "	Moy. 16.8 45.8	Mort le 6 octobre 1877 dans le ma- rasme.
18	Mar.	57	Propriétaire	19 juin 1877.	Ancienne	"	Incontinence d'urine ; satis- faction puérile, indifférent à tout. Pupille gauche plus dilatée.	13 juill. 1877. 27 juillet. 14 août. 20 septembre. 27 octobre.	..... 60 5 57 5 60 "	35 " 27 " 36 " 26 " 45 " 27 " 50 " 42 " 35 " 28 "	Moy. 40 " 30 "	Se sont tassés bien physiologiquement.
19	R.	33	Journalier.	22 juin 1877.	"	"	Agitation maniaque con- tinue, errant, déchiré, é- teux.	13 juill. 1877. 27 juillet. 14 août. 20 septembre	..... 56 5 55 5 55 5	32 " 28 " 37 " 28 " 38 " 38 " 34 " 20 "	Moy. 35.2 " 26 "	Meurt, à eu la 2 ^e octobre une con- gestion cérébrale.
20	Me.	51	Sellier.	20 mai 1876.	4 mois	Fèvre chaude au Mexique. Excès alcool- iques.	Satisfaction puérile ; tran- quille, indifférent.	13 mars 1877. 15 avril.	..... .....	43 " 37 " 52 " 32 "	Moy. 47 " 29.5	Mort le 13 mai de congestion cé- rébrale.
21	St.	38	Boucher.	8 juillet 1876.	"	"	Satisfaction puérile, indif- fèrent complète.	13 mars 1877. 30 mars (couché) 15 mai (d.).	..... ..... .....	35 " 32 " 30 " 18 " 45 " 32 "	Moy. 26.6 20.6	Mort le 31 mai dans le dernier de- gré du marasme.
22	G.	43	Tisserand.	20 juill. 1876.	Plus d'un an.	Il y a 2 ans coup violent à la tête ; événements de la guerre (a été à Metz pendant la sié- ge).	Satisfaction puérile ; indif- fèrent complète ; gâteaux.	27 juill. 1877 11 août. 20 septembre.	62 5 60 " 53 5	22 " 17 " 45 " 27 " 42 " 22 "	Moy. 35.3 23	Tombe dans le marasme, ne quit- te plus le lit depuis 4-5 semaines. Mort le 26 novembre.

âgés de 30 à 40 ans ; 9, de 40 à 50 ; 4 seulement avaient dépassé la cinquantaine. Chez tous, la maladie était ancienne. J'ai pris chaque fois la force de pression à gauche et à droite, et le hasard a fait que chez mes 22 malades le côté droit s'est toujours trouvé le plus fort.

Les différences individuelles ont été considérables, comme il fallait s'y attendre. Mais elles n'ont qu'une valeur très-secondaire, puisqu'elles existent également, et au même degré, chez les individus bien portants. Ce qu'il importe d'ailleurs, ce n'est pas de savoir quelle différence il y a, sous le rapport de la force musculaire, entre deux paralytiques de même âge, mais bien d'apprécier chez un même malade les variations de la force musculaire aux différentes phases de la maladie.

Pour avoir un point de comparaison, j'avais imaginé de faire peser mes paralytiques chaque fois que je leur mettais le dynamomètre entre les mains, les variations de poids devant me faire connaître les progrès du marasme. J'ai remarqué que, en général, quand le poids du corps augmentait, la force de pression augmentait également, mais souvent c'est l'inverse qui s'est produit, et en somme il ne m'a pas été possible d'établir une relation entre les variations de poids et les variations de force musculaire.

Il serait très-important de faire ces expériences dynamométriques dès le début de la paralysie générale, et de les continuer jusqu'à la fin. Malheureusement je n'ai guère occasion d'observer ces malades que lorsque déjà ils sont arrivés à une période avancée ; la plupart sont atteints depuis des mois ou même des années.

J'ai consigné dans le tableau des pages 40 à 45 les résultats que j'ai obtenus, et que je vais résumer dans les conclusions suivantes :

1. Les moyennes obtenues sont en général moindres qu'à l'état normal : 5 fois seulement sur 44 la moyenne a dépassé 50. Il y a donc, dans la paralysie générale, un affai-

blissement réel de la force musculaire, tel qu'on l'observe dans toutes les affections chroniques, et encore cet affaiblissement n'est pas bien prononcé, puisque 7 fois seulement la force dynamométrique a été au-dessous de 20.

2. Il n'existe aucun rapport constant entre la diminution de la force musculaire et les progrès du marasme. Même à plusieurs mois d'intervalle, pendant lesquels le marasme s'est accentué, le dynamomètre donne sensiblement les mêmes résultats.

3. La maladie dite paralysie générale des aliénés n'est à aucune période de son évolution, une affection de nature paralytique. Jusqu'à la fin, le malade conserve la *volonté* de contracter ses muscles et la *possibilité* de les contracter avec force.

DE

L'ALCOOLISME DES PARENTS

CONSIDÉRÉ
COMME CAUSE D'ÉPILEPSIE CHEZ LEURS DESCENDANTS

Par le Dr Hippolyte MARTIN

Il y a longtemps déjà que l'abus des boissons alcooliques a été regardé comme une cause d'épilepsie chez l'alcoolique lui-même. C'est à l'alcool aussi que l'on a cru devoir imputer dans ces dernières années l'abaissement du niveau intellectuel et moral des populations de certaines contrées, et l'augmentation inquiétante des cas de folie : les statistiques récentes du docteur Lunier (1) en font foi. Dans un rapport sur ce sujet, lu à l'académie de médecine, M. le docteur Bergeron (2) a bien résumé de son côté l'état de nos connaissances sur les ravages de l'intelligence et du corps engendrés par l'alcool et jeté un véritable cri d'alarme, demandant des mesures prohibitives, dont les effets sont malheureusement si difficiles à obtenir. Enfin le docteur Magnan (3) a montré l'influence des liqueurs alcooliques, et principalement de l'absinthe, chez les animaux.

Mais notre but est de démontrer que non-seulement l'alcoolique dégrade tout son être et s'abaisse au niveau de la

(1) Lunier. *Du rôle que jouent les boissons alcooliques dans l'augmentation du nombre des cas de folie* (Bull. de l'acad. de méd. t. XXXVI, p. 655).

(2) Bergeron. *Séance de l'acad. de méd.* du 29 nov. 1871.

(3) Magnan. *De l'alcoolisme*. Paris, 1874.

brute, mais qu'en outre sa passion est tout aussi funeste à sa descendance. Ici encore les notions acquises ne font pas défaut; toutefois il est bon, ce nous semble, d'accumuler les observations, afin que leur nombre sans cesse progressif fasse de plus en plus ressortir l'étendue du mal et donne d'autant plus d'autorité à ceux qui consacrent de louables efforts à le combattre.

Morel, qui a si bien étudié les causes de dégénérescence de l'espèce humaine, constate en ces termes l'influence de l'alcoolisme des parents sur leurs descendants : « C'est surtout dans les cas d'alcoolisme du père et de la mère qu'il est possible, la plupart du temps, de relier à leur véritable cause génératrice, les mauvais instincts innés des enfants, *leur état d'épilepsie, d'idiotie, d'imbécillité*; tout ce qui les constitue, en un mot, à l'état d'êtres dégénérés, incapables souvent de reproduire leur race, ou ne la reproduisant que dans des conditions plus fatales encore pour leur descendance... »

Sur les 130 ou 150 malades qui se trouvaient à la Salpêtrière, dans la section des aliénées épileptiques en 1874, pendant notre année d'internat dans cet hospice, nous avons pu recueillir *quatre-vingt-trois* observations dans lesquelles les renseignements sur les familles ont été puisés aux meilleures sources, puisqu'ils nous ont été fournis 54 fois par la mère, 40 fois par le père et 26 fois seulement par des parents plus éloignés de nos malades. Sur ces 83 enfants et adultes épileptiques et hystériques, nous avons pu contempler un grand nombre de fois les ravages effrayants exercés par les maladies du système nerveux, sur les descendants d'alcooliques. Avant de donner les chiffres qui démontrent jusqu'à l'évidence cette influence délétère, nous voudrions résumer en peu de mots quelques-unes de nos observations.

Nous les choisirons au hasard, car elles présentent toutes de l'intérêt.

1^{re} Observation.—L'histoire clinique d'Estelle L..., née en 1853 et entrée à plusieurs reprises à la Salpêtrière, est des plus instructives à cet égard. Nous avons recueilli sur son compte d'innombrables détails ; mais nous nous contenterons de passer rapidement en revue les différents membres de sa famille et de montrer leur disparition rapide et successive.

Son grand-père maternel était un buveur incorrigible et mourut apoplectique. Il eut trois enfants, dont un fils joueur et buveur qui est resté célibataire ; une fille bien portante et mère de trois enfants, et une deuxième fille, qui est la mère d'Estelle et a toujours été très-nerveuse.

Dans sa jeunesse la mère d'Estelle a été longtemps somnambule, et, dans les premiers temps après son mariage, elle vit, à plusieurs reprises, le soir, un homme assis aux pieds de son lit et ayant une couronne royale en *fer-blanc* sur la tête. Elle s'était mariée avec un homme sobre, mais d'un caractère mélancolique, dont le père, ancien garde dans les Suisses de Louis XVI, est mort à l'âge de 88 ans, et la mère, originale de caractère, s'est éteinte à 84 ans, dans un asile de la vieillesse. De ce mariage naquirent dix enfants dont quatre sont morts en bas âge : l'un à 3 ans, idiot et hydrocéphale, ayant eu des convulsions de la première enfance ; deux autres à 16 mois, de convulsions, et le quatrième, rachitique, à 2 ans et demi. Parmi les six survivants se trouve notre malade, Estelle, qui est hystérique, et cinq autres sœurs dont l'aînée a eu trois enfants naturels, tous morts dans les premiers mois après leur naissance.

Une deuxième sœur est bien portante, mais a eu des hallucinations : deux ou trois fois, étant parfaitement éveillée, elle a aperçu, le soir, à une fenêtre en face de son lit, une suspension dans laquelle se trouvait un enfant que l'on coupait en morceaux et son sang ruisselait de tous côtés.

Une troisième sœur, mariée, a eu deux enfants dont un est mort à 16 mois, de convulsions, et le deuxième est rachitique et à peu près idiot.

Une quatrième sœur a eu de nombreuses attaques d'hystérie.

Enfin la cinquième et dernière qui avait 41 ans, mais paraissait en avoir tout au plus huit en 1874, n'avait qu'une intelligence encore peu développée à cette époque.

Le père d'Estelle avait eu deux sœurs dont l'une mourut de la poitrine à 21 ans, après avoir eu une conduite désordonnée.

La deuxième, originale de caractère, comme sa mère, épousa un nègre qui mourut abruti par les excès alcooliques. De ce

COMME CAUSE D'ÉPILEPSIE CHEZ LEURS DESCENDANTS. 51

mariage étaient nés quatorze enfants, dont *onze* moururent peu de mois après leur naissance et la plupart de *convulsions*. Parmi les trois survivants, deux garçons, placés dans un orphelinat, sont hydrocéphales et ont une intelligence très-médiocre ; le troisième, une fille qui était l'aînée de cette fatale descendance, se maria et fut renvoyée par son mari, *deux* mois après le mariage, pour *ivrognerie* et inconduite. Elle a eu depuis lors plusieurs enfants sur lesquels nous n'avons pu avoir de renseignements.

En résumé, nous voyons là une famille ayant eu près de *quarante* rejetons dans l'espace d'un demi-siècle, réduite par l'alcoolisme à une dizaine de survivants dont la plupart ont des affections graves du système nerveux.

2^e Observation. — La mère de Marie-Joséphine C... a d'abord d'un amant, homme *très-sobre*, deux enfants âgés, en 1874, de 23 et 25 ans et jouissant alors d'une santé excellente. Elle se marie ensuite à un ivrogne qui absorbait, dit-elle, jusqu'à 2 litres (?) d'eau-de-vie dans sa journée, et dont elle a dû se séparer après avoir été rouée de coups pendant plusieurs années. De ce mariage est née Marie-Joséphine, épileptique du service, et la mère a en outre accouché, avant terme, de deux jumeaux mort-nés et hydrocéphales.

3^e Observation. — Louise H..., âgée de 40 ans. Le père est totalement abruti par l'usage de l'absinthe et est judiciairement séparé de sa femme depuis quatre ans. Il a sept enfants dont deux sont morts très-jeunes. Parmi ceux qui vivent, l'un, une fille âgée de 20 ans, a une affection cardiaque ; une deuxième fille a une intelligence des plus médiocres, une troisième est aux Incurables pour cause d'idiotie ; enfin, un petit garçon âgé de 4 ans et demi venait d'avoir des convulsions en 1874. La mère a fait, en outre, deux fausses couches. Le grand-père paternel de Louise était aussi un buveur ; il avait eu *onze* enfants dont *neuf* moururent très-jeunes.

4^e Observation. — Louise-Amélie Ch..., âgée de 49 ans, épileptique. Son père, un buveur d'absinthe, s'est suicidé par les vapeurs de charbon. Sa mère est morte de la poitrine ; elle avait eu de son mari quatre enfants dont deux sont morts très-jeunes, et le quatrième, âgé de 25 ans, est avili par les débauches. Louise a déjà voulu se suicider comme son père, en se

jetant à la Seine, et fut saisie à temps en dehors du parapet d'un pont.

5^e *Observation.* — Joséphine T..., fille publique, entrée à la Salpêtrière le 2 septembre 1874. Sa mère est morte à 42 ans d'une hernie étranglée : son père, à elle, était mort à 70 ans; sa mère à 60 ans.

Notre malade a eu cinq frères ou sœurs qui, comme elle, ont tous eu des convulsions de la première enfance. Trois sont morts très-jeunes; deux sœurs se portaient peut-être bien en 1874. Son père, un ivrogne, s'est remarié trois fois. De sa première femme, il a eu sept enfants qui sont tous morts très-jeunes, à l'exception d'un seul. De son second mariage, il eut Joséphine et ses frères et sœurs. Nous n'avons pas de renseignements sur les enfants qui sont nés de sa troisième femme. Joséphine, qui est atteinte d'hystéro-épilepsie, avait de grands excès de boissons, inséparables, du reste, de sa triste profession exercée dans les dernières classes de la société.

6^e *Observation.* — Eugénie D..., âgée de 30 ans, est épileptique depuis dix-huit ans; elle a eu six sœurs dont deux sont mortes très-jeunes. Leur mère vit encore et jouit d'une bonne santé. Leur père, compositeur d'imprimerie, est mort d'un cancer de l'estomac. Il buvait sans relâche et était « terrible » à son retour au logis. Une des sœurs d'Eugénie nous raconte ces détails en sanglotant et nous apprend qu'elle-même, mariée à un homme ivrogne et coureur, a eu trois enfants dont deux sont morts âgés de quelques jours. Le survivant a 4 ans, et ne se développe qu'avec une extrême lenteur.

7^e *Observation.* — Caroline F..., âgée de 40 ans. Sa mère, fille publique et adonnée à la boisson, voulut l'empoisonner et s'adressa, dans ce but, à une somnambule qui lui demanda 35 francs, somme jugée heureusement trop considérable. Notre malade fut recueillie mourante, en proie à de violentes crises convulsives, par une dame charitable qui l'a soignée comme sa fille.

8^e *Observation.* — Élixa-Augustine N..., âgée de 24 ans, épileptique depuis l'âge de 13 mois. Sa mère se dit très-nerveuse, mais est d'ailleurs bien portante. Elle a eu, après Joséphine, deux garçons dont l'un est mort du croup à 16 mois; l'autre,

COMME CAUSE D'ÉPILEPSIE CHEZ LEURS DESCENDANTS. 53

âgé de 21 ans, est très-irascible; elle a fait, en outre, deux fausses couches. Le père, un Allemand, buvait l'eau-de-vie à pleins verres, et on le ramena souvent à son domicile étendu ivre-mort dans une brouette. Il est mort à 39 ans.

9^e Observation. — Florence C..., âgée de 19 ans, a des crises distinctes d'hystérie et d'épilepsie. Sur quatorze frères ou sœurs, neuf sont morts très-jeunes; un frère a été tué par accident. Trois sœurs sont notées comme étant bien portantes en 1874; mais le hasard vient de m'en faire rencontrer une dans un service d'hôpital, atteinte de crises hystériques après avoir eu un enfant naturel. Leur mère est bien portante; le père, un ivrogne, a quitté la France depuis sept ans et on n'a plus eu de ses nouvelles.

10^e Observation. — Honorine-Augustine N..., âgée de 21 ans, a eu des convulsions violentes à 3 mois et est épileptique depuis 7 ou 8 ans; elle a eu cinq frères ou sœurs qui ont tous eu des convulsions de la première enfance: un d'eux est mort à deux ans, hydrocéphale; deux autres sont morts peu après leur naissance, et le quatrième à 3 ans. Le seul survivant est un libertin qui a été chassé de la maison par la tante chargée des orphelins. La mère, qui était très-nerveuse, nous dit sa sœur, est morte à 32 ans de péritonite puerpérale. Le père, mort également, était un ivrogne, un buveur d'absinthe. Le grand-père maternel d'Honorine avait fait aussi de grands excès de boisson.

11^e Observation. — Adèle-Eugénie G..., épileptique depuis l'âge de 3 ans. Mère bien portante. Le père, que nous avons examiné, présente tous les signes de l'alcoolisme le plus invétéré. Sur dix enfants qu'ils ont eus, neuf ont eu des convulsions de l'enfance et huit en sont morts.

12^e Observation. — Louise L..., âgée de 22 ans et fille publique. Convulsions hystériques depuis l'âge de 18 ans et se renouvelant toutes les fois qu'elle se grise, ce qui est très-fréquent; elle a plusieurs fois essayé de se suicider. Son grand-père paternel, qui était un buveur, s'est coupé la gorge avec un rasoir. Sa grand'mère paternelle s'est jetée à la Seine. Leur fils, père de notre malade, buveur aussi, avait été soldat; après avoir été placé à plusieurs reprises dans un asile d'aliénés, il s'est

suicidé; enfin, son frère, l'oncle de Louise, étant malade à l'Hôtel-Dieu, s'est tué en se jetant par une fenêtre.

Nous pourrions continuer longtemps encore cette triste nomenclature, mais nous avons hâte d'arriver aux conclusions. Du reste, les quelques observations que nous venons de raconter aussi brièvement que possible nous démontrent suffisamment ce que seraient les suivantes: à la même passion funeste, l'alcoolisme, nous verrions toujours correspondre les mêmes catastrophes dans les familles des ivrognes.

Outre le mal épileptique, nous voyons apparaître, dans presque toutes nos observations, les *convulsions* de la première enfance, avec une fréquence tout à fait remarquable. Disons en passant qu'elles nous paraissent avoir une importance capitale en pathologie mentale. Que l'on veuille bien y regarder avec soin, et l'on ne trouvera peut-être pas une seule famille d'aliénés dans laquelle l'éclampsie de l'enfance n'ait joué un certain rôle. Même dans des familles simplement *nerveuses*, ne renfermant pas encore d'aliénés dans leur sein, l'apparition de l'éclampsie de l'enfance se manifestant successivement chez plusieurs enfants, doit être considérée comme un symptôme de mauvais augure. C'est dans ces cas qu'il faut, par des soins bien dirigés et des mariages bien proportionnés, s'efforcer d'opposer une digue aux affections mentales qui menacent d'envahir une famille jusque-là saine, du moins en apparence. C'est, croyons-nous, l'oubli de ces considérations, qui deviennent cependant de plus en plus sérieuses à cause de la surexcitation nerveuse croissante engendrée par l'excès de civilisation; c'est cet oubli, qui contribue pour une large part à rendre de nos jours plus fréquents les cas d'aliénation mentale. Qu'on ne nous objecte pas que les convulsions des enfants sont le plus souvent sous l'influence de circonstances fortuites et passagères, car pourquoi, sur deux enfants soumis aux mêmes influences, un seul sera-t-il ainsi atteint d'éclampsie?

COMME CAUSE D'ÉPILEPSIE CHEZ LEURS DESCENDANTS. 55

Que l'on cherche alors attentivement, et l'on découvrira dans la famille les vestiges du nervosisme le plus manifeste.

Nous venons de voir combien cette affection est redoutable chez les enfants issus d'alcooliques. Ce fait nous paraît plus évident encore si nous analysons en bloc toutes nos observations, que nous diviserons pour cela en deux catégories fort distinctes.

Dans celles de la première catégorie, les habitudes alcooliques des parents peuvent être considérées comme certaines; là sont comprises 60 malades, c'est-à-dire plus des deux tiers. Dans la deuxième catégorie, l'alcoolisme est douteux pour quelques-unes et ne peut être soupçonné chez les autres.

Dans chacun de ces groupes, nous avons additionné le nombre total de frères ou sœurs qu'ont eu nos malades; nous avons également noté le nombre des survivants et des morts en 1874.

Les 60 filles épileptiques de la première catégorie avaient eu 244 frères ou sœurs; sur ce nombre, 48 ont été affectés de convulsions de la première enfance, 132 étaient morts en 1874 et 112 seulement vivaient encore. Il faut ajouter que parmi les vivants, la plupart étaient fort jeunes encore, et quelques-uns avaient le système nerveux plus ou moins gravement atteint.

Dans la deuxième catégorie, 23 filles épileptiques ont eu 83 frères ou sœurs, parmi lesquels 10 seulement ont eu des convulsions et 37 étant morts en 1874, 46 vivaient encore.

Tous ces faits sont consignés dans le tableau suivant :

1 ^{re} catégorie :	Frères et Sœurs.	Convulsions.	Morts.	Vivants	
—	—	—	—	—	
60	244	48	132	112	
2 ^{me} catégorie :					
23	83	10	37	46	
Totaux	83	327	58	169	158

Ces chiffres nous paraissent fort éloquents et confirment tout ce que nous avons dit de l'influence perfide de l'intoxication alcoolique des ascendants sur la constitution nerveuse de leurs descendants. Nous remarquons en effet que dans le groupe des alcooliques avérés, *un cinquième* de leurs enfants ont eu des convulsions, et plus de la moitié sont morts, presque tous très-jeunes.

Dans le deuxième groupe, où l'alcoolisme était douteux ou nul, les convulsions n'ont frappé qu'un huitième des enfants, et le plus grand nombre vivait encore lorsque nous prenions ces observations.

Il est bien entendu que dans tous ces calculs, nous ne comprenons pas nos malades elles-mêmes. Chez ces dernières, en effet, les convulsions du premier âge ont précédé d'une ou de plusieurs années les crises épileptiques qui n'ont éclaté que plus tard, sous l'influence de causes insignifiantes, parmi lesquelles les frayeurs subites occupent cependant le premier rang. En ne tenant pas compte de cinq malades sur lesquelles les détails nous manquent, nous trouvons que sur 78 épileptiques, *cinquante* avaient d'abord eu des convulsions éclamptiques fort distinctes de l'épilepsie.

Additionnons enfin toutes ces statistiques partielles, et nous voyons que 83 familles dans lesquelles un ou plusieurs membres présentaient une surexcitation nerveuse d'origine alcoolique, ont eu 440 enfants. Sur ce nombre, 408, c'est-à-dire plus du *quart*, ont eu des convulsions, et en 1874, 169 étaient morts, tandis que 241 vivaient encore; mais 83, c'est-à-dire plus du *tiers* des survivants, étaient épileptiques.

Après avoir fait ainsi quelques recherches sur la santé des frères et sœurs de nos épileptiques, nous nous sommes demandé s'il ne serait pas intéressant de connaître les maladies qui ont particulièrement atteint leurs parents. En bornant ici nos recherches aux plus proches parents, c'est-

COMME CAUSE D'ÉPILEPSIE CHEZ LEURS DESCENDANTS. 57

à-dire père et mère et grands-parents, nous avons obtenu le tableau suivant :

Apoplexie.....	15
Maladies de cœur.....	5
id. de poitrine.....	6
Suicides.....	4
Hystérie.....	5
Aliénation mentale et démence.....	4
Cancer.....	7
Hydropisie (?).....	4
Chagrins (?).....	4

Deux faits principaux nous frappent dans cette statistique. Tout d'abord, c'est le petit nombre d'affections du système nerveux. N'est-on pas étonné, en effet, de n'en trouver que *neuf* cas dans 83 familles qui ont engendré 440 enfants parmi lesquels les maladies du système cérébro-spinal ont produit les effrayants ravages que nous connaissons? Loin d'en conclure que l'épilepsie est une affection fortuite, nullement héréditaire, nous éviterons cette erreur en admettant l'influence d'une cause dont les effets nous paraîtront navrants : l'alcoolisme, qui seul est responsable de tous ces maux. Du reste, un deuxième fait nous frappe encore dans la statistique précédente et nous paraît très-favorable à nos conclusions : c'est le nombre considérable d'apoplectiques. Quatorze, c'est un chiffre relativement énorme, et si l'on y joint les cinq affections cardiaques, on a 49 cas de mort par maladies du système vasculaire : pour nos 83 familles, c'est près d'une sur quatre ayant vu mourir de la sorte un des plus proches parents de nos malades. Or, l'abus des boissons alcooliques étant une cause d'altération du système artériel, nous trouvons là un fait de plus en faveur de nos observations.

Il est donc, en résumé, prouvé par nous que l'alcoolisme des ascendants est une cause extraordinairement fréquente d'éclampsie et d'épilepsie chez leurs descendants ; et si, comme nous l'avons dit dans une note précédente, les épileptiques n'ont d'abord qu'un très-petit nombre d'enfants et

n'engendrent en outre que des rejetons presque fatalement atteints par les affections les plus graves du système nerveux, on voit quel mal formidable l'alcoolisme des parents exerce sur leurs descendants.

L'alcoolisme, c'est donc l'abrutissement chez le buveur, une vie misérable et puis bientôt une extinction rapide chez sa descendance. Que ce tableau si sombre puisse servir d'exemple aux malheureuses victimes de cette passion, et tout au moins soutenir le zèle et le dévouement de ceux qui s'efforcent de régénérer des êtres dont la dégradation est une honte et un péril pour l'humanité toute entière.

ARCHIVES CLINIQUES

1

ASILE DE QUATRE-MARES — M. FOVILLE.

Manie congestive.

SOMMAIRE. — Vingt-cinq ans. — Sœur aliénée. — Céphalalgies très fortes. — Gastralgies. — Symptômes d'hystérie. — Excitation maniaque. — Délire ambitieux diffus et incohérent. — Léger embarras de la parole. — Après trois mois, guérison qui persistait encore après deux ans et demi.

M. R... est amené à l'asile le 24 juin 1866. Il est âgé de 25 ans, marié et père de famille. Il appartient à une famille nombreuse, dont plusieurs membres ont une disposition névropathique bien marquée; une de ses sœurs a été atteinte d'aliénation mentale; pour lui, il a toujours eu un

(4) En 1864, j'avais entrepris, sous le nom d'*Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, une publication qui n'a point été continuée; un volume et demi seulement a paru. Le second volume, resté incomplet, va être terminé. Beaucoup de confrères ont paru regretter la cessation de cette publication qui donnait place à un grand nombre de faits intéressants. On n'a pas toujours le temps de publier de longs mémoires ou bien on manque des éléments nécessaires; mais une observation importante est recueillie dans un service; elle peut éclairer une question en litige, et sans plus attendre elle trouvait place dans les *Archives cliniques des maladies mentales*.

J'ai donc pensé qu'il serait utile de reprendre cette publication, mais en l'incorporant, pour ainsi dire, dans les *Annales médico-psychologiques*, dont chaque numéro contiendra désormais une feuille au moins d'observations. Nous remplaçons ainsi en réalité, sous une autre forme et en lui donnant plus d'extension, l'ancien *répertoire d'observations inédites* que contenait, au début de leur publication, chaque numéro des *Annales médico-psychologiques*.

BAILLARGER.

caractère très-nerveux, très-irritable; la moindre contrariété le bouleversait, et, dit sa femme, le rendait comme fou. Il était, du reste, intelligent, assez instruit, menait une vie très-régulière et remplissait un poste d'une médiocre importance dans une administration; en outre, il donnait des leçons d'écriture dans une pension.

Sa position pécuniaire était assez précaire, ce qui ne laissait pas que de le tourmenter. Il y un an, son beau-père, avec lequel il vivait, devint aliéné et dut être conduit dans un asile. Cet événement causa à M. R... un vif chagrin et lui donna une secousse telle, qu'au premier abord il voulait se jeter par la fenêtre. Il se calma néanmoins, mais conserva, depuis cette époque, de violents maux de tête qui n'ont pas cessé depuis.

Ily a six mois, il commença à souffrir de gastralgies très-intenses, accompagnées de vomissements, d'étouffements, de vertiges et de véritables symptômes hystériques. Le médecin qui lui donna des soins fut frappé de son exaltation et crut remarquer déjà quelque chose d'extraordinaire dans son état mental; néanmoins les symptômes de gastralgie disparurent, mais le caractère de M. R... devint de plus en plus irritable, et par moments il avait des absences de mémoire qui étonnaient sa femme et sa belle-mère.

Enfin, il y a quinze jours, éclatent les premières conceptions délirantes, et dès le début elles ont le caractère ambitieux et incohérent. R... se montre plein de confiance dans l'avenir; il parle de sommes importantes qu'il possède; il néglige ses occupations régulières et court du matin au soir dans Paris, perdant son temps en démarches sans but et sans profit; il se rend chez plusieurs banquiers, et demande à toucher des créances imaginaires. Mais son principal objectif, c'est le palais des Tuileries; il veut à toute force parler à l'empereur; le fils de Victor-Emmanuel l'a chargé de remettre à l'empereur des pièces importantes; l'accomplissement de ce message lui vaudra des décorations

et une place bien rétribuée; il aura la facilité de procurer des faveurs analogues à ses parents et à ses amis.

L'excitation augmentant et le sommeil faisant défaut, M. R..., que l'on ne peut plus surveiller chez lui, est amené à l'asile.

Au moment de son entrée, il présente une vive excitation maniaque, accompagnée des idées de grandeurs qui viennent d'être exposées; l'empereur, Victor-Emmanuel, des trésors, des décorations font tous les frais de sa conversation. En même temps, quoique sa femme et sa belle-mère aient dit qu'il ne présentait pas d'embarras de la parole, on constate que ses lèvres et ses joues, quand il parle, sont animées de petits mouvements fibrillaires et que sa prononciation manque de fermeté.

Ces symptômes persistent pendant un mois environ, sans changement notable; il s'y ajoute, parfois, des mouvements de violence, des divagations incohérentes, à caractère toujours ambitieux, des emportements contre sa femme et sa famille. Certains jours les spasmes musculaires de la face et l'embarras de la parole sont très-marqués; d'autres jours, ils sont à peine perceptibles. Le sommeil manque complètement dans les premiers temps, et ensuite se rétablit peu à peu.

Au bout de six semaines les symptômes s'amendent; en quelques jours M. R... paraît revenir au sentiment de la réalité; il reconnaît que ses idées de grandeurs n'étaient qu'un rêve, et il reçoit sa femme avec plaisir. Sa parole n'a plus rien d'embarrassé, et pour s'occuper, il fait des modèles d'écriture qui ne présentent aucun défaut et témoignent d'un grand talent de calligraphie.

Trois mois après son admission, M. R... est rendu à la liberté, dans un état de rétablissement qui paraît complet.

Nous avons appris que M. R... a repris ses occupations antérieures, qu'il a recommencé à donner des leçons d'écriture et qu'il a pu s'en acquitter convenablement. Aux dernières nouvelles que nous avons eues de lui (janvier 1869)

deux ans et demi après son accès de folie, il continuait à donner des leçons, mais son caractère était très-exalté, et il inspirait aux personnes qui le connaissaient des craintes pour l'avenir de sa raison.

2

ASILE DE DOLE. — M. FOVILLE.

Symptômes passagers de paralysie générale chez un épileptique.

SOMMAIRE. — Quarante-cinq ans. — Épilepsie durant depuis plus de quarante ans. — Hémiplegie droite. — Hallucinations de l'ouïe. — Les voix entretiennent le malade d'idées de richesses et de grandeurs. — Embarras de parole et délire des grandeurs disparaissant complètement après quelques jours.

Le nommé M..., âgé de quarante cinq-ans, est amené, le 10 mars 1862, à l'asile de Dôle, venant de l'hospice de Bellevaux près Besançon, sous la surveillance de deux employés de cet établissement. Il est maintenu par la camisole et ses deux gardiens rapportent qu'il a été agité tout le long du voyage. Le certificat du médecin de Bellevaux se borne à dire que cet homme, soumis à son observation depuis six jours seulement, a donné des signes évidents d'aliénation mentale.

En mon absence le malade est reçu par l'interne de l'asile qui est de suite frappé de l'existence, chez lui, d'un embarras de la parole et d'un délire ambitieux caractéristiques. M... annonce avec emphase et d'une voix remplie d'hésitation qu'il a 20 millions, qu'un de ses oncles, domicilié à Paris, lui a donné une maison située rue Saint-Honoré et valant 3 millions ; il se plaint des traitements qu'il a subis à Bellevaux et, lorsque les agents de cette maison s'en vont il

veut s'y opposer en disant : « Je suis général, que l'on arrête ces deux hommes, le soldat et le caporal. »

Pendant le reste de la journée, M... est assez calme, mais il continue à parler de sa richesse, de sa force, de sa science avec la même voix tremblante. La nuit est calme.

Le 11, à la visite du matin, je vois pour la première fois M... qui m'a été annoncé comme atteint de paralysie générale confirmée ; je le trouve dans la cour, où sont rangés tous les malades, il se tient debout dans les rangs, parfaitement d'aplomb sur ses jambes. Il répond à mes questions sans aucune trace de délire, d'une voix nette et ferme. L'interne qui l'a reçu la veille, le surveillant en chef qui l'a observé dans le courant de la journée, et qui ont l'un et l'autre l'habitude de ces malades, sont on ne peut plus étonnés du nouvel aspect sous lequel il se présente.

Je lui fais subir un long interrogatoire et ses réponses forment un récit complet de sa vie, dont voici le résumé :

Il dit être né de parents sains et non aliénés. A l'âge de quatre ans il devint épileptique à la suite d'une vive frayeur. Une femme, voulant le punir d'une gaminerie, le plongea à plusieurs reprises dans une citerne en le tenant par les pieds. Les premiers accès convulsifs se déclarèrent le jour même. Jusqu'à l'âge de douze ans, ils se succédèrent avec une grande fréquence, revenant trois ou quatre fois par semaine et au nombre de six ou huit chaque fois. Lorsqu'il devint plus âgé les accès augmentèrent d'intensité, mais diminuèrent de fréquence et il n'en eut plus que un, deux ou trois par mois.

A l'âge de la conscription il devint soldat, mais fut réformé au bout de deux ans comme épileptique.

Ici commence pour lui une période de trouble et de désastres, marquée par son mariage avec une femme perdue, qui l'abandonne bientôt pour suivre un amant, ne se remet quelque temps avec lui que pour lui communiquer la syphilis et le quitte de nouveau ; par des discussions domestiques

avec sa propre famille et celle de sa femme ; par des excès de boissons et enfin par des poursuites judiciaires qui, bien qu'injustifiables d'après lui, eurent néanmoins pour résultat de faire prononcer contre lui diverses peines et en dernier lieu celle de cinq ans de détention.

Il fut envoyé pour les subir à la maison centrale de Clairvaux, puis ramené à Bellevaux comme épileptique. Sa conduite dans ces deux établissements paraît avoir été satisfaisante, car les bonnes notes de ses supérieurs le firent gracier deux ans avant l'expiration de sa peine.

Sorti de Bellevaux en 1855, il entre comme mécanicien dans un moulin et y reste jusqu'au mois de septembre 1861, n'ayant que deux accès d'épilepsie assez éloignés et menant une existence très-rangée ; seulement, pendant cette période, il renoue des relations qu'il avait eues, avant de se marier, avec une jeune fille de son village, il la fait venir près de lui, vit maritalement avec elle et en a trois enfants. Sa femme légitime étant morte dans le courant de 1861, il avait l'intention de se remarier avec sa maîtresse, mais il en fut empêché par les circonstances suivantes.

Au mois de septembre dernier, dit-il, il fut saisi tout à coup, pendant son travail au moulin, par une attaque d'apoplexie. Pendant cinq jours il fut privé de connaissance et, à la suite, il resta paralysé de la moitié droite du corps. En même temps ses idées étaient troublées, il entendait des voix qui lui disaient qu'il était riche, que tout lui appartenait, maisons, animaux, or en masse.

A la fin de janvier il fut placé en observation à Bellevaux et y resta jusqu'à son transfert à Dôle.

Ici s'arrête ce récit qui, prolongé par une foule de digressions, avait bien duré trois quarts d'heure. Ainsi que je l'ai déjà dit, M... avait répondu à mes premières questions d'une voix nette et ferme, sans aucune analogie avec celle des paralytiques. Mais, au bout de dix minutes ou d'un quart d'heure d'entretien, soit fatigue, soit chagrin causé par le

souvenir de ses mésaventures conjugales et de ses démêlés avec la justice, sur lesquels je l'interrogeais avec des détails très-minutieux, M... finit par s'émotionner et peu à peu la phonation se trouble. Il raconte ses malheurs d'une manière qui n'a rien de déraisonnable, mais sa voix est embarrassée et comme solfiée ; certaines syllabes l'arrêtent et, après quelques efforts pénibles pour les prononcer, il est obligé de les sauter ; en même temps, les muscles des lèvres et des joues sont animés de petites convulsions fibrillaires ; en un mot, les symptômes physiques observés la veille se reproduisent, et, si je ne voyais le malade qu'à ce moment, je n'hésiterais pas à le considérer moi-même comme affecté de paralysie générale.

Le trouble intellectuel ne se reproduit pas et, malgré tous mes efforts, je ne puis le mettre en contradiction avec lui-même, ni trouver dans tout ce qu'il me dit aucun indice de délire.

La mémoire présente certaines lacunes, du moins en ce qui concerne les phénomènes de sa maladie ; je lui demande, en effet, comment il peut expliquer ce qu'il a dit hier en entrant ; il paraît fort étonné et assure qu'il n'en a conservé aucun souvenir ; il reconnaît seulement que, depuis le mois de septembre, il continue à entendre à certains intervalles des voix qui lui parlent de toutes sortes de choses, en insistant spécialement sur les idées de richesse et de grandeur.

Son état physique est celui d'une personne très-robuste. L'hémiplégie droite, résultat de l'accident du mois de septembre dernier, a presque entièrement disparu ; il faut beaucoup d'attention pour remarquer que, lorsqu'il marche, il traîne un peu la jambe de ce côté ; la pression des deux mains est inégale, mais celle du côté droit est encore très-énergique. Ses pupilles sont égales et assez larges. Les troubles de la sensibilité sont plus marqués : elle est intacte à gauche et très-faible à droite ; toutes les sensations son-

émoussées et les perceptions tout à fait hors de proportion avec l'action exercée sur le tégument.

Les fonctions organiques s'exécutent bien.

M... manifeste une grande bonne volonté ; il s'applaudit de la manière dont il a été traité depuis son arrivée, craint l'oisiveté, demande à travailler, et se montre disposé à s'acquitter de tout ce qu'on voudra lui donner à faire.

Il est envoyé à des travaux de terrassements dans les jardins de l'asile ; il travaille toute la journée avec une ardeur excessive et une grande force ; l'appétit est bon, le sommeil excellent.

Le 12 mars, même état satisfaisant ; je cause encore longuement avec lui, mais cette fois, il m'est impossible de reproduire chez lui l'état d'émotion qui a déterminé hier des troubles dans la prononciation ; je lui fais répéter la plus grande partie de son récit de la veille, j'insiste sur les malheurs qu'il a éprouvés ; il s'attriste, mais sa voix reste jusqu'à la fin nette et distincte. Aucune trace de délire.

Les jours suivants, même état.

Le 16 mars, aucune trace de délire, aucun retour d'altération dans la parole. M... est très-calme, très-discipliné ; il travaille à des terrassements avec une ardeur et une vigueur extrêmes ; il se plait à porter des pierres d'un poids considérable, et on est obligé de réprimer son zèle ; il prétend sentir ses forces augmenter sous l'influence du travail. Je constate les mêmes inégalités dans la sensibilité et la force musculaire du côté droit et du côté gauche.

Le 17 mars, M..., travaillant au jardin, s'évade sans que l'on soit parvenu depuis à obtenir le moindre renseignement sur son compte.

Cette observation, bien qu'elle ne se rapporte qu'à quelques jours du cours d'une maladie chronique, durant depuis 40 ans, me paraît digne de fixer l'attention, parce qu'elle constitue un exemple incontestable d'un genre d'accidents qui, à ma connaissance, du moins, n'a pas encore été si-

gnalé, je veux dire l'existence tout à fait transitoire et liée à l'épilepsie, de troubles physiques et intellectuels analogues à ceux qui caractérisent la paralysie générale des aliénés.

Tel est, en effet, la manière dont ce fait me semble devoir être interprété.

Le diagnostic de la paralysie générale, qui le premier jour se présentait avec toutes les garanties de certitude possible, ne pouvait être maintenu après les faits constatés le lendemain 41 et le surlendemain 42, car quelque fréquentes et quelque complètes que soient souvent les rémissions observées dans cette maladie, elles ne s'établissent jamais avec une pareille brusquerie, et l'on ne saurait admettre qu'un paralytique puisse, à deux jours de distance, présenter un délire ambitieux des plus accusés et une lucidité intellectuelle parfaite, une altération tout à fait caractéristique de la voix et une prononciation nette et distincte.

Ces brusques transitions sont au contraire tout à fait ordinaires dans l'épilepsie, comme le savent tous les médecins d'asiles et comme l'a très-bien établi le Dr Jules Falret dans son travail récent sur l'état mental des épileptiques; mais ce qui, à ma connaissance, n'a pas encore été noté, et ce dont je n'ai trouvé aucun exemple dans le traité de M. Delasiauve, ni dans le travail de M. Jules Falret, c'est que ce délire passager des épileptiques présentât tous les caractères du délire paralytique et fût accompagné de l'embarras de la parole, caractéristique de cette affection (4).

Du reste, chez M..., cette complication de l'épilepsie était vraisemblablement récente et devait se rattacher

(4) M. Foville nous avait adressé cette observation en 1862 pour être publiée dans les *Archives cliniques*. On sait que depuis lors on a noté dans plusieurs cas le délire ambitieux chez des épileptiques, mais le fait recueilli par M. Foville n'en offre pas moins un très-grand intérêt.

aux accidents éprouvés par lui dans le mois de septembre 1864.

Pour confirmer mon appréciation des circonstances que je viens de relater, il eût été bien important de voir si la même série de phénomènes se serait reproduite ultérieurement chez le même malade, précédés ou non d'accès d'épilepsie ; malheureusement, M... s'est évadé de l'asile où il n'était que depuis dix jours, et malgré toutes mes recherches, je n'ai pu avoir depuis aucun renseignement sur son compte ; il est probable qu'il aura pu gagner la Suisse avant qu'une nouvelle période n'ait appelé sur lui l'attention des autorités.

Malgré cette lacune des plus regrettables, ce fait me paraît contenir un enseignement précieux, car il peut se présenter d'autres cas analogues, bien qu'ils soient vraisemblablement très-rares, et il est important de savoir qu'une observation prolongée pendant quelques jours pourra montrer la fausseté d'un diagnostic de folie paralytique, qui, à un premier examen, ne paraissait pouvoir laisser place à aucun doute.

3

OBSERVATION REPRODUITE.

Paralysie générale d'origine syphilitique.

Existe-t-il une paralysie générale d'origine syphilitique ayant une très-grande ressemblance avec la paralysie générale commune et à laquelle néanmoins on devrait assigner une place à part dans le cadre nosologique ?

Telle est la question que M. Fournier a cru pouvoir résoudre par l'affirmative dans une très-remarquable leçon qu'il a faite à l'hôpital Saint-Louis et qui a été publiée dans le *Progrès médical*.

On sait que quelques auteurs allemands ont attribué une part très-large à la syphilis dans l'étiologie de la paralysie

générale ; pour M. Fournier, cette part serait beaucoup plus restreinte et, en outre, la maladie offrirait alors des différences assez grandes pour qu'on dût la séparer de la paralysie générale commune sous la dénomination de *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique*.

Cette doctrine ne pourra, à notre avis, être discutée que quand M. Fournier aura publié un certain nombre d'observations. Il n'en a cité qu'une seule et nous nous empressons de la reproduire, bien qu'elle ne soit pas complétée par l'examen nécroscopique. Pour combler cette lacune nous ajouterons que dans les autopsies faites par M. Fournier, de malades ayant succombé à ce qu'il considère comme une *pseudo-paralysie générale*, il a trouvé « les membranes adhérentes entre elles et adhérentes au cerveau. »

Voici l'observation citée par M. Fournier.

SOMMAIRE. — Quarante ans. — Syphilis. — Accès d'épilepsie. — Exostoses sur le frontal et les os voisins. — Incohérence. — Affaiblissement intellectuel. — Tendance au délire ambitieux. — Hésitation de la parole. — Démarche saccadée.

« Un homme d'une quarantaine [d'années, syphilitique depuis neuf à dix ans,] commence par éprouver de violents accès d'épilepsie convulsive, en même temps que des exostoses multiples se manifestent sur le frontal et les os voisins. Le bromure de potassium est d'abord administré sans succès. Mieux inspiré, un autre médecin prescrit l'iodure, et les accidents sont aussitôt réprimés.

» Se croyant guéri, le malade abandonne prématurément la médication spécifique. Il expie bientôt sa faute par l'invasion de phénomènes nouveaux, portant surtout sur les fonctions intellectuelles. Méconnus comme nature et soumis de nouveau à l'action du bromure de potassium, ces troubles ne font que s'accroître. Plusieurs mois plus tard, je suis appelé à examiner le malade avec deux de mes collègues, et nous le trouvons dans l'état suivant :

» C'est un homme en état d'excitation incohérente et

d'hébéture tout à la fois. Ainsi, il ne se rend que très-imparfaitement compte du motif qui réunit plusieurs médecins autour de lui. Quand nous l'interrogeons sur sa santé, il nous répond à peine quelques mots évasifs à ce sujet, puis commence le récit d'une aventure de chasse, qu'il nous raconte avec une animation et une volubilité excessives. Nous le laissons parler. A cette première histoire en succède bientôt une autre, qui s'enchevêtre avec une troisième, laquelle en appelle une quatrième, et ainsi de suite. Chacun de ces récits a un fond de vérité, de raison, de cohérence ; mais l'incohérence et la déraison résident dans le fait même de ces narrations successives hors de propos et n'ayant aucun trait à la situation actuelle.

» La parole (que cette loquacité exubérante ne permet d'étudier que trop facilement) est libre et claire, mais brève, saccadée, heurtée, entrecoupée de temps à autre (comme dans la paralysie générale) d'hésitations, de balbutiements, d'arrêts sur un mot ou sur une syllabe.

» L'attitude n'est pas moins étrange ni moins caractéristique. Ainsi, pendant qu'il nous parle, le malade, évidemment dominé par un besoin irrésistible de mouvement, change de place à toute minute. Assis d'abord entre nous, il se lève soudain pour parcourir le salon à grands pas. Il va prendre place sur un canapé à l'extrémité de la pièce, puis se promène de nouveau, prend une chaise, la quitte bientôt pour une autre, et ne cesse de voyager ainsi dans toute la chambre pendant la durée de notre visite.

» Nous apprenons par des renseignements divers que l'intelligence s'est notablement altérée, obscurcie, abaissée, depuis quelques mois. Comme dans la paralysie générale, le début de l'affection a été particulièrement signalé par des troubles moraux : changement de caractère, d'humeur, d'habitudes ; renoncement aux occupations journalières, aux travaux comme aux plaisirs qui composaient la vie antérieure ; apathie progressive, avec accès de suractivité

intellectuelle et physique. Peu à peu, le malade est devenu indifférent à toutes choses : commerce, affaires, politique, arts, intérêts personnels, etc. Il ne s'est plus occupé ni de sa famille, ni de ses parents, ni de ses amis ; il témoigne même vis-à-vis des siens une antipathie et une défiance non motivées, alors qu'il accorde sa sympathie et sa confiance à des personnes étrangères ou presque inconnues. — La volonté s'est affaissée à l'égal de l'intelligence. Une docilité enfantine est la disposition prédominante, habituelle ; mais elle fait place par moments à des stades d'irritabilité excessive, à des emportements, des colères, voire des violences sans raison.

» Malgré un extrême désordre de paroles et d'actions, le malade n'a pas de délire, à proprement parler ; il n'a pas surtout de conceptions délirantes, spéciales et suivies. Dans les extravagances qu'il commet journellement, il est, si je puis m'exprimer ainsi, plutôt *impulsif* que délirant. Notons spécialement qu'il n'a jamais manifesté d'idées ambitieuses. Tout au plus met-il quelque emphase dans le récit de ses exploits de chasseur, mais ce n'est là, à tout prendre, qu'un symptôme bien léger. — La mémoire s'est affaiblie notablement dans ces derniers mois ; mais, chose singulière et bien des fois remarquée déjà, elle reste vive et nette pour les faits anciens, alors qu'elle retient à peine les faits récents ou actuels. — Enfin, d'une façon générale, l'intelligence a subi une dépression telle qu'aujourd'hui le malade ne serait certainement plus capable de gérer son commerce, de s'occuper de ses affaires, ni même de se conduire sans l'assistance de sa femme et de ses parents. Sa vie intellectuelle ne se compose plus que d'une série de réminiscences éloignées qu'il évoque à tout propos (non moins que hors de propos), dont il parle sans cesse et qu'il prodigue à tout venant.

» En outre, le malade paraît avoir éprouvé dans ces derniers temps trois crises maniaques, véritablement ma-

niaques, de courte durée, pendant lesquelles il a été en proie à une agitation excessive, avec délire, extravagances continuelles de paroles et d'actions, colères, menaces, violences, etc. On ne l'a calmé qu'en l'obligeant par force à se coucher. Alors seulement, il s'est apaisé par degrés, et a été pris d'un long sommeil. Puis, à la suite de chacune de ces trois crises, il est resté au lit pendant plusieurs jours, sans vouloir consentir à se lever, sans articuler un seul mot, sans prendre la moindre nourriture.

» Nous analysons avec soin la motilité et constatons (comme dans la paralysie générale) l'absence de tout symptôme paralytique; mais, de même aussi que dans la paralysie générale, nous observons certains troubles d'un genre spécial. Ainsi, la main qui serre avec beaucoup de force, est cependant maladroite dans les actes habituels de la vie, par exemple pour manger et pour écrire (1). La marche est libre, facile, et le malade dit qu'il ferait bien encore « dix lieues par jour ». Cependant de temps à autre, des oscillations d'équilibre, des saccades des faux pas, témoignent de défaillances soudaines et passagères dans le système locomoteur. — Nul tremblement, il est vrai, de la langue ni des lèvres; mais trépidation musculaire très-évidente dans l'avant-bras, alors que le membre est maintenu dans la situation horizontale.

» Enfin, quelques autres phénomènes nous sont encore

(1) Des lettres du malade nous ont été montrées à une époque ultérieure. L'écriture en était parfois incorrecte, et le sens très-habituellement défectueux. On y remarquait des omissions assez fréquentes portant sur un mot ou un fragment de mot quelquefois aussi des phrases tronquées et sans suite. Mais le fait le plus frappant consistait, d'une part, dans le *décousu* de la lettre qui ne semblait pas répondre à une intention nette, lucide; et d'autre part, dans le laisser aller, le sans gêne du malade, prenant pour écrire tout ce qui lui tombait sous la main, un chiffon de papier maculé, un bout de journal, etc.; « ce qui en tout autre temps, nous disait sa femme, eût été considéré par lui, homme du monde, comme une infraction des plus graves aux lois du savoir-vivre. »

fournis par un examen minutieux. Ce sont, à ne citer que les principaux : des accès assez fréquents de « lourdeur de tête » plutôt que de céphalalgie véritable ; des vertiges passagers ; un affaiblissement marqué de la vue depuis quelques mois ; une extinction presque complète des désirs vénériens et de la puissance virile.

» Du reste, santé générale excellente et intégrité absolue de toutes les fonctions. Cependant le malade, paraît-il, a quelque peu maigri dans ces derniers temps. — Appétit plus que normal, exagéré, presque vorace par instants. — Diarrhées fréquentes, par ingestion surabondante d'aliments.

Nous sommes autorisés à ajouter à cette observation quelques détails sur les symptômes qui se sont manifestés pendant les derniers mois ; détails qui nous paraissent avoir ici une grande importance.

Trois mois avant la mort, à la suite d'une attaque épileptiforme, la démence avait fait des progrès très-rapides, et on avait vu se manifester le délire des grandeurs avec tous les caractères qu'il offre dans la paralysie générale commune (1).

Le malade exprimait à chaque instant les conceptions les plus gigantesques et les plus extravagantes. Il allait partir à la pêche de la morue avec *une flottille de 100,000 navires*. Il prétendait bâtir une maison qui s'étendrait sans interruption de *Nantes jusqu'à Bordeaux ; toute la Champagne lui appartenait*, etc.

Du reste les lésions du côté des mouvements ne s'étaient point aggravées.

M. Fournier, qui n'avait pu prévoir l'apparition tardive du délire des grandeurs le mieux caractérisé, a considéré

(1) Le malade a succombé après quarante-huit heures à des attaques épileptiformes.

ce malade comme atteint d'une *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique*.

Cette opinion a été partagée par un médecin aliéniste distingué.

Je ne puis pas discuter ici les caractères qu'on a invoqués et qui ont été mis en relief par M. Fournier dans sa leçon pour séparer cette maladie de la paralysie générale ordinaire.

Mais, si on a pu admettre au début l'existence d'une affection cérébrale spéciale, cette opinion n'a-t-elle pas dû être modifiée pendant les trois derniers mois et n'y a-t-il pas lieu de penser que cette affection syphilitique spéciale avait fini par se transformer en une paralysie générale ordinaire.

Il nous semble que pour répondre à ces questions il faut attendre de nouveaux faits.

Nous publierons dans le prochain numéro une observation qui offre, à ce point de vue, un très-grand intérêt.

J. B.

4

OBSERVATION REPRODUITE (1).

Monomanie avec conscience.

SOMMAIRE. — Dix-huit ans. — Emotions morales vives. — Douleur fixe au sommet de la tête. — Cautère établi sur le cuir chevelu. — Guérison.

M^{lle} X..., âgée de dix-huit ans, jouissait d'une bonne santé, quoique encore mal réglée. Elle éprouve, à la suite des événements de 1815, une douleur fixe au sommet de la tête. Bientôt elle se persuade qu'elle a, dans le crâne, un vert qui dévore son cerveau. *La vue du cuivre la fait presque*

(1) Esquirol, *Traité des maladies mentales*.

défaillir, et ses parents sont obligés de faire enlever toutes les dorures des appartements. Elle ne consent à se promener qu'avec la plus grande répugnance, parce que la poussière soulevée par les promeneurs est chargée d'oxyde de cuivre. Rien ne peut la décider à toucher à un objet en cuivre, à un flambeau doré, ni à un robinet de fontaine. Plusieurs mois de traitement furent infructueux. Esquirol, appelé auprès de la malade, lui persuada qu'il arriverait à la guérir par une opération qui permettrait l'extraction du ver qu'elle avait dans la tête. La malade, dans un moment d'excitation, se fit elle-même, avec un canif, une incision au cuir chevelu. A peine vit-elle son sang couler, qu'elle se trouva mal. Esquirol, appelé immédiatement, la décida à se laisser faire l'opération dont il lui avait parlé. Une incision cruciale, de plus de deux pouces d'étendue, fut faite sur le point douloureux ; on laissa couler le sang. Esquirol montra à la malade un fragment de fibrine qu'il assura être le ver qui la faisait souffrir depuis si longtemps. Un cautère fut établi au centre de l'incision et maintenu pendant trois mois ; la douleur fixe, les illusions et les craintes du *vert-de-gris* disparurent après ce temps.

REMARQUES. — Les passages, de cette observation d'Esquirol que nous avons soulignés, ne laissent point de doute sur l'existence, chez sa malade, de l'affection désignée sous les noms de *monomanie avec conscience*, *folie du doute*, etc. Il y avait, il est vrai, une idée hypochondriaque surajoutée, qui mérite d'être notée, mais qui, en réalité, ne changeait point le caractère de la maladie.

Le fait a été reproduit ici à cause de la guérison, obtenue, comme on l'a vu, par un moyen énergique, qui probablement n'a pas été employé depuis.

Il importe encore de faire remarquer que cette douleur fixe au sommet de la tête peut être invoquée pour admettre chez cette malade un élément hystérique, comme on l'a fait dans d'autres cas de monomanie avec conscience. J. B.

5

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Démence paralytique consécutive à une atrophie musculaire progressive.

SOMMAIRE. — Quarante-sept ans. — Atrophie musculaire progressive des muscles des deux bras. — Après dix ans, affaiblissement intellectuel. — Embarras de la parole. — Démarche chancelante. — La mort arrive le sixième mois. — Atrophie des racines antérieures dans la région cervicale. — Adhérences très-étendues des membranes à la couche corticale.

M^{me} Marie, âgée de quarante-sept ans, est conduite à la Salpêtrière le 7 juillet 1857. Il y a dix ans que cette femme a commencé à présenter les symptômes d'une atrophie musculaire limitée aux membres supérieurs.

Cette atrophie a augmenté graduellement, mais ses progrès ont surtout été très-sensibles depuis une année.

A l'entrée à l'hospice, nous constatons non-seulement l'existence de cette atrophie, mais aussi sa prédominance à droite. A l'épaule, le deltoïde a disparu et on peut imprimer aux bras des mouvements très-étendus en avant et en arrière comme on le ferait sur un squelette.

Au bras, le triceps seul conserve encore une partie de son volume; le biceps paraît ne plus exister du tout.

A l'avant-bras, l'atrophie porte surtout sur la région interne et postérieure. Les muscles de la main ont aussi diminué de volume.

Il n'y a rien à noter sur les membres inférieurs.

L'intelligence est restée parfaitement nette jusqu'au commencement de cette année; on commença alors à s'apercevoir de la perte de la mémoire; au mois de juin, à la suite d'une émotion morale, l'affaiblissement intellectuel devint plus marqué.

Cette femme se rendit un jour chez l'administrateur du bureau de bienfaisance, et lui annonça qu'elle venait demeurer avec lui.

La malade paraît plongée dans la stupeur ; dès qu'elle essaye de parler les muscles des lèvres et des joues sont agités par des tremblements convulsifs, la langue est aussi tremblotante.

Pupilles inégales, la gauche plus dilatée que la droite, face congestionnée, marche encore facile, mais cependant un peu chancelante, le tronc est fortement renversé en arrière, les bras pendants sont sans cesse agités par des mouvements automatiques, la tête est aussi le siège de mouvements analogues. Cette femme paraît être dans un état déjà avancé de démence, elle ne peut dire son âge, n'a point conscience du lieu où elle se trouve. La plupart des questions qu'on lui adresse restent sans réponse ; de temps en temps, elle murmure quelques mots vagues sans signification. On remarque de l'embarras dans la parole ; la sensibilité générale est très-affaiblie.

Pendant les douze premiers jours, aucun changement ne survient dans l'état de la malade, sa santé générale paraît assez bonne, l'appétit se soutient, le pouls est calme ; elle est parfaitement tranquille, reste assise toute la journée dans son fauteuil ; elle gâte.

Après deux semaines, l'état s'aggrave ; affaiblissement rapide, la parole est impossible, la mastication et la déglutition sont de plus en plus difficiles, il y a parfois un peu d'agitation, tremblement des muscles, impossibilité de la station.

Les jours suivants, même état ; la respiration s'embarasse. Mort le 10 juillet.

Autopsie. — Les os du crâne sont d'une épaisseur remarquable, le frontal a un centimètre et demi sur plusieurs points, l'occipital en arrière est encore plus épais.

La dure-mère est saine.

L'arachnoïde et la pie-mère sont généralement transparentes, faiblement opaques sur quelques points, principalement aux environs de la grande scissure.

Le cerveau est légèrement atrophié ; sur plusieurs points, quelques circonvolutions sont amaigries. A la face convexe des hémisphères, dans toute leur étendue, les deux membranes sont intimement adhérentes à la couche corticale. En les enlevant, on entraîne avec elles la couche externe de la substance cérébrale qui est très-injectée et extrêmement ramollie.

Le cerveau pèse.	915 grammes.
Le cervelet.	125 —

Les deux hémisphères sont sensiblement égaux ; il y a très-peu de sérosité.

En coupant le cerveau par tranches minces, on remarque une légère injection de la substance cérébrale. La couche optique droite contient un petit noyau de substance jaunâtre de la grosseur d'un grain de semouille, sans induration ni ramollissement autour. Le cervelet est sain.

La moelle n'offre aucune altération de ses cordons antérieurs et postérieurs ; mais les racines antérieures des nerfs dans les régions correspondant aux muscles atrophiés, sont plus petites qu'à l'état normal.

Ainsi, des deux côtés, dans les cinquième, sixième et septième paires cervicales ces racines antérieures sont très-petites, la sixième surtout est réduite à un filet extrêmement mince, il semble qu'il n'y ait plus que la membrane.

Les organes thoraciques et abdominaux sont sains.

Les muscles de la main sont presque entièrement remplacés par de la graisse dans laquelle on trouve quelques fibres musculaires éparses. Ceux du bras et de l'épaule présentent la même altération ; leur tissu qui, au premier aspect, paraîtrait seulement amaigri a été examiné au

microscope, et on a reconnu tous les caractères de la dégénérescence graisseuse.

Les cas de démence paralytique, à la suite d'affections de la moelle, ne sont pas rares ; mais nous croyons qu'on n'a jusqu'ici publié aucun fait dans lequel cette maladie serait survenue chez des malades atteints d'atrophie musculaire progressive. C'est à ce point de vue surtout que l'observation qui précède, nous paraît offrir de l'intérêt (1).

6

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Délire ambitieux à la suite de la scarlatine.

SOMMAIRE. — Dix-sept ans. — Scarlatine. — Céphalalgie intense. — Otorrhée. — Hallucination de la vue et de l'ouïe. — Délire ambitieux qui dure environ quinze jours. — Guérison subite à la suite d'une émotion morale vive.

A..., âgée de dix-sept ans, est amenée à la Salpêtrière, sans certificat aucun et sans notes médicales ; on ne peut constater chez elle à son entrée aucune trace de délire. Elle raconte qu'elle a été traitée pendant trois semaines à l'hôpital Necker pour une fièvre typhoïde. Elle a eu un écoulement par les deux oreilles, lequel a duré huit à dix jours. Elle prétend qu'elle n'a pas eu un instant la raison troublée. Elle ne paraît avoir en effet ni conceptions délirantes ni hallucinations, et ne s'explique ni comment, ni pourquoi elle est à l'hospice. Elle dit être bien réglée. Avant son écoulement d'oreilles elle souffrait beaucoup de la tête ; mais depuis que cet écoulement a commencé, elle ne souffre plus. Cette jeune fille présente, du reste, l'aspect des convalescents, à la suite des maladies

(1) J'ai recueilli cette observation en 1857 et depuis lors on a publié plusieurs faits semblables.

graves ; elle est pâle, maigre, affaiblie, et a des bruits de souffle carotidiens. L'intelligence est un peu obscurcie et les paroles un peu confuses.

En attendant de plus amples renseignements, on soumet la malade à un traitement tonique (amers et ferrugineux), et on se propose de l'observer.

Quelques jours après, on obtient les renseignements suivants d'une personne, amie de la malade, et qui l'avait placée. La jeune A... est entrée le 4 avril à l'hôpital Necker pour une scarlatine précédée, pendant huit jours, de céphalalgies intenses. Le 8 avril, un écoulement fétide et abondant se fit par chaque oreille, et ne cessa que quelques jours avant l'entrée de la malade à la Salpêtrière. Allant un peu mieux, A... sortit de l'hôpital le 15 avril ; mais elle y rentra de nouveau le 28, parce qu'on s'aperçut de symptômes nouveaux et d'un certain changement dans son caractère. De plus, la malade avait un grand appétit et mangeait beaucoup ; et, malgré cela, lorsqu'elle essayait de se lever, elle avait des vertiges et des envies de vomir.

C'est pendant ce second séjour qu'un accès de délire se manifesta, délire assez calme, d'ailleurs. La jeune malade, recevant un jour la visite de son amie, lui dit dès son arrivée et sans préambule qu'il y avait une lettre sous son oreiller, et qu'elle lui avait été remise par l'Empereur en personne. Cette dame, étonnée de ces paroles et du calme avec lequel elles étaient prononcées, consentit à chercher la lettre sous l'oreiller de la malade ; ne trouvant rien, elle s'aperçut alors de la réalité, et reconnut que sa jeune protégée avait du délire. Celle-ci, en effet, ajouta que l'Empereur venait la voir tous les jours, qu'il lui apportait de bonnes choses (bon vin, bonnes viandes, etc.) ; il va, dit-elle, lui faire meubler une chambre, lui donner une pension, et déjà il a envoyé pour elle trois millions à la dame chez laquelle elle était placée comme domestique.

Le délire va ensuite en augmentant. La malade prétend

que les religieuses de l'hôpital sont payées à 100 francs par jour pour la soigner ; elle les traite par moment de voleuses, puis elle s'agite, refuse de parler ou de se lever et salit les vases qui sont à sa disposition, pour en faire un tout autre usage que ceux auxquels ils sont destinés.

40 juin. — Le lendemain, on interroge la jeune A... afin de vérifier ces renseignements, et de s'éclairer sur son état mental. Celle-ci avoue qu'elle nous a trompé en disant qu'elle n'avait jamais déliré. Elle raconte, au contraire, qu'elle était encore sous l'influence de son accès de délire lorsqu'elle est arrivée à la Salpêtrière ; mais que, par suite d'une émotion très-vive, produite par cette brusque translation, et la vue des aliénées, elle a été tout à coup guérie et désillusionnée : c'est alors que, par fausse honte, elle a refusé de dire la vérité.

Elle se rappelle très-bien maintenant de tout ce qui s'est passé chez elle pendant son délire. Elle voyait l'empereur près de son lit, à côté d'elle ; elle l'entendait parler, lui dire qu'il aurait soin d'elle, qu'elle ne manquerait jamais de rien. Elle a vu également l'impératrice près de son lit, conversant tantôt avec elle, tantôt avec l'empereur : c'était, dit la malade, une belle dame, avec une belle robe de soie, qui lui parlait et l'encourageait à prier Dieu, lui assurant qu'elle ne manquerait de rien.

4 juillet. — Cette jeune malade, durant tout son séjour dans nos salles, c'est-à-dire pendant six semaines, a toujours été calme, très-raisonnable et très-laborieuse. La santé générale s'était rapidement améliorée.

ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

RAPPORT SOMMAIRE

SUR LE

SERVICE DES ALIÉNÉS

EN 1877

PAR LES INSPECTEURS GÉNÉRAUX DU SERVICE,

MM. les Drs CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL

Le 31 décembre 1874, il y avait, en France, 404 établissements de toutes catégories autorisés à recevoir les aliénés, savoir :

Maison nationale de Charenton.....	4
Asiles publics spéciaux	45
Quartiers d'hospice.....	46
Asiles privés faisant fonction d'asiles publics	48
Maisons de santé	24
Total.....	404

A. Depuis cette époque, un nouvel asile public a été ouvert, celui de Bron (Rhône), qui contient aujourd'hui la plupart des aliénés de ce département, ce qui porte le nombre des asiles publics spéciaux à 46.

B. Les quartiers d'hospice sont au nombre de 47; celui du Havre, en effet, a pris un développement assez important, pour qu'il ne puisse plus être considéré comme un

simple lieu de passage et de dépôt pour les aliénés; il a d'ailleurs été inspecté plusieurs fois.

Le quartier de l'Antiquaille, à Lyon, n'a pas été jusqu'ici entièrement supprimé de fait, par l'ouverture de l'asile départemental du Rhône; il renfermait encore 57 malades au 1^{er} janvier 1877 et il n'a pas fonctionné uniquement comme dépôt pendant cette même année; nous l'avons donc maintenu sur notre tableau, mais en ne comptant que les aliénés qui y sont décédés et ceux qui en sont sortis sans être dirigés sur un autre asile; c'est-à-dire que nous avons opéré, en ce qui le concerne, comme pour le quartier d'observation de Sainte-Anne dont nous parlerons plus loin.

En tout 17 quartiers d'hospice.

C. Il n'y a aucune modification dans le nombre des asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

D. Parmi les 24 maisons de santé autorisées en 1874, celle du Dr Briere de Boismont a été transférée, en 1875, de la rue du faubourg Saint-Antoine au n° 408 de la Grande-Rue, à Saint-Mandé; elle a beaucoup perdu de son importance comme effectif et ne contient que quelques pensionnaires du sexe maculin.

Une nouvelle maison de santé a été ouverte dans le département de la Seine, en 1875 : c'est celle du Dr Lolliot, située à Suresnes.

Une autre a été fondée en 1876 au Canet, près Marseille, par M. le Dr Sauze.

Mais une de celles que nous avons comptées en 1874, a cessé d'exister le 1^{er} janvier 1877, celle des demoiselles Clermont, à Lyon.

Le nombre des maisons de santé est donc actuellement de 25.

En résumé, nous comptons un asile public, un quartier d'hospice et une maison de santé de plus qu'en 1874; ce qui porte aujourd'hui à 107 le nombre des établissements de toutes catégories, autorisés à recevoir des aliénés.

Le quartier d'observation et de répartition de l'asile Sainte-Anne, à Paris, reçoit, comme nous l'avons déjà noté dans notre rapport pour l'année 1874, un certain nombre d'aliénés qui, quoique n'y faisant qu'un court séjour, y guérissent, y décèdent ou en sortent améliorés, réclamés par leurs familles. De plus, ce quartier a pris dernièrement une nouvelle extension et, dès lors, il ne nous paraît plus possible de ne pas en tenir compte dans une certaine mesure. Nous l'avons donc placé dans notre tableau statistique à côté de l'asile Sainte-Anne, proprement dit, sans toutefois lui assigner un numéro à part. Mais nous n'avons pas fait figurer dans le tableau les nombreux aliénés qui ont été déversés de ce quartier d'observations dans les cinq asiles ou quartiers d'hospice de la Seine, car on ne peut les considérer comme des malades transférés. Nous indiquons, du reste, dans la colonne d'observations du tableau, le nombre des aliénés placés en observation qui ont été définitivement internés à Sainte-Anne, à Vacluse, à Ville-Evrard, à Bicêtre et à la Salpêtrière (1).

Augmentation de la population.

La population des établissements d'aliénés, au 1^{er} janvier 1875, était de 42,077 individus (19,914 hommes, 22,163 femmes), qui étaient ainsi répartis :

	H.	F.	D. S.
Maison de Charenton.....	288	280	568
Asiles publics spéciaux.....	11.035	12.743	23.778
Quartiers d'hospice.....	2.775	3.823	6.598
Asiles privés faisant fonction... d'asiles publics.....	5.291	4.568	9.859
Maisons de santé.....	525	749	1.274
Total égal....	19.914	22.163	42.077

(1) Nous faisons allusion ici à un tableau d'ensemble (Exposition du ministère de l'intérieur) dont nous n'avons pu reproduire qu'une partie.

SUR LE SERVICE DES ALIÉNÉS EN 1877. 85

Au 1^{er} janvier 1877, le relevé général nous donne un total de 43,750 aliénés internés (20,637 hommes, 23,113 femmes), d'où ressort une augmentation de 1,673 malades (723 hommes, 950 femmes).

A la fin de cette même année 1877, nous trouvons que le chiffre de la population s'élève à 45,026 (21,252 hommes, 23,774 femmes), d'où un nouvel accroissement de 1,276 individus, soit, en moyenne, pour la période triennale 1875-1877, une augmentation par année de 983 aliénés internés.

Au 31 décembre 1877, les 45,026 aliénés présents étaient ainsi répartis :

	H.	F.	D. S.
Maison nationale de Charenton ...	271	287	558
Asiles publics spéciaux	12.374	14.332	26.706
Quartiers d'hospice	2.368	3.389	5.757
Asiles privés faisant fonction d'asiles publics	5.694	5.012	10.703
Maisons de santé	544	754	1.302
Total égal	21.252	33.774	45 026

Proportion pour cent de l'augmentation de la population.

Comparativement à la population présente le 31 décembre 1874, l'augmentation, pendant les trois dernières années, a été de 7 p. 100 pour l'ensemble du service, et elle se répartit de la manière suivante entre les diverses catégories d'établissements :

	H.	F.	D. S.
Maison de Charenton (en moins) ..	12.43	12.46	12.31
Asiles publics spéciaux (en plus) ..	17.48	12.51	11.60
Quartiers d'hospice (en moins)	7.56	9.71	8.56
Asiles privés faisant fonction d'asiles publics (en plus) ..	4.38	0.66	2.49
Maisons de santé (en plus)			

La diminution est insignifiante pour Charenton, et est purement accidentelle.

Elle est relativement considérable pour les quartiers d'hospice, mais elle s'explique par l'évacuation à peu près complète du quartier de l'Antiquaille, les aliénés qu'il renfermait, ayant été dirigés sur l'asile public de Bron dès 1876 et sur l'asile privé de Saint-Jean-de-Dieu, à la Guillotière.

Pendant l'année 1877, la population, comme nous l'avons vu plus haut, a subi, dans l'ensemble, une augmentation de 1,276 malades (615 hommes, 661 femmes).

Elle s'est répartie dans les proportions suivantes entre les divers établissements :

	H.	F.	D. S.
Maison nationale de Charenton (en moins pour les hommes et pour l'ensemble; en plus pour les femmes).....	2.21	1.77	0.0047
Asiles publics spéciaux (en plus)...	3.67	2.83	3.22
Quartiers d'hospice (en plus)	4.36	4.68	4.55
Asiles privés faisant fonction d'a- siles publics (en plus)....	4.82	4.45	2.90
Maisons de santé (en plus).....	9.60	0.66	4.24

Les asiles publics spéciaux ont subi une augmentation plus forte que les quartiers d'hospice et les asiles faisant fonction d'asiles publics.

Les quartiers d'hospice, dont l'évacuation presque complète de l'Antiquaille, à Lyon, avait notablement réduit la population en 1876, l'ont vu se relever en 1877; cela tient en grande partie à ce que l'on a fait occuper de nouveau un certain nombre de places laissées vacantes, depuis quelques années, dans les quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière. L'augmentation, en 1877, a été de 47 malades pour ces deux établissements et de 41 seulement pour les 15 autres quartiers de province.

Malades au compte des familles.

Le nombre des malades au compte des familles dans les asiles publics, les quartiers d'hospice et les asiles privés

faisant fonction d'asiles publics, était de 7,044 au 1^{er} janvier 1877 et de 7,337 au 31 décembre, soit un accroissement de 326 ou de 4,65 pour cent. Ces 326 malades se répartissent ainsi : asiles publics, 249 ; quartiers d'hospice, 25 ; asiles privés, 52 ; et, en proportions pour cent : asiles publics 6,94 ; quartiers d'hospice 3,02 ; asiles privés 2,00.

Ce qui prouve que les familles accordent de plus en plus leur confiance aux asiles publics spéciaux. Dans cet accroissement de 249 pensionnaires des asiles publics, Ville-Evrard figure, il est vrai, pour le chiffre relativement élevé de 44 ; mais en déduisant les pensionnaires de cet établissement, les autres asiles publics spéciaux ont encore une augmentation de 5,82 pour cent.

Du reste la population des maisons de santé a également progressé. L'accroissement a été de 4,24 pour cent.

Les malades assistés entretenus dans les asiles publics spéciaux, qui étaient au nombre de 22,142 au premier janvier 1877, atteignent le chiffre de 22,730 au 31 décembre, soit une augmentation de 588 ou de 2,65 pour cent. Le nombre des pensionnaires a donc augmenté dans une proportion plus que double par rapport à celui des aliénés assistés.

Cet exposé sommaire ayant pour objet principal de déterminer le mouvement et la répartition des aliénés dans les diverses catégories d'établissements, n'a pas été conçu de façon à nous permettre d'en tirer des déductions statistiques aussi étendues que dans notre rapport général.

Les documents que nous avons recueillis nous permettent néanmoins d'établir les proportions pour cent des guérisons et des améliorations calculées sur la population admise, déduction faite des transfèrements, et les proportions pour cent des guérisons, des améliorations et des décès par rapport à la population traitée, transfèrements déduits. Mais

POPULATION DES ASILES FRANÇAIS AU 1^{er} JANVIER ET AU 31 DÉCEMBRE 1877

ORDRE.	DÉPARTEMENTS.	ASILES.	POPULATION				POPULATION AU 31 DÉCEMBRE 1877.				
			AU 1 ^{er} JANVIER								
			H.	F.	D. S.	H.	F.	D. S.	AU COMPTE DES		
						Départe- ments.		Familles.		État.	
4	Seine.....	Maison de Charenton.....	277	282	559	271	287	588	»	460	98
Établissement de l'État. — 1.											
Asiles publics spéciaux. — 16.											
1	Aisne.....	Prémontré.....	307	372	679	322	398	710	643	66	1
2	Allier.....	Ste-Catherine d'Yseure, près Moulins.....	461	461	325	483	475	358	303	54	4
3	Ariège.....	Saint-Lizier.....	423	433	256	437	432	269	265	4	»
4	Aveyron.....	Rodez.....	456	491	347	456	203	359	314	44	4
5	Bouches-du-Rhône.....	Saint-Pierre, à Marseille.....	467	495	962	499	484	983	841	417	25
6	Charente.....	La Trinité, à Aix.....	278	278	516	297	298	595	554	36	5
7	Charente-Inférieure.....	Breutry-la-Couronne, près Angoulême.....	429	459	288	434	464	298	266	31	1
8	Cher.....	Latond, près la Rochelle.....	461	448	309	456	452	378	227	80	1
9	Côte-d'Or.....	Bourges.....	432	430	253	427	434	261	235	25	4
10	Dijon.....	La Chartrreuse, à Dijon.....	209	236	445	215	263	478	365	42	4
11	Eure.....	Evreux.....	384	426	810	384	422	803	736	67	4
12	Eure-et-Loir.....	Bonneval.....	455	228	383	466	241	407	369	37	4
13	Finistère.....	Saint-Albanse, à Quimper.....	386	»	273	387	»	387	322	43	47
14	Garonne (Haute-).....	Braqueville, près Toulouse.....	383	384	767	409	406	815	690	420	5
15	Gers.....	Auch.....	484	270	434	486	262	448	419	29	»
16	Gironde.....	Bordeaux.....	498	498	498	»	524	524	405	416	3
17	Ille-et-Vilaine.....	Cailliac.....	382	»	382	400	»	400	312	85	3
18	Isère.....	Saint-Méen, à Rennes.....	258	318	576	278	332	610	440	468	2
19	Jura.....	Saint-Robert, à Saint-Egrève, près Grenoble.....	295	314	609	313	340	653	543	406	4
20	Loir-et-Cher.....	Dole.....	314	247	564	317	265	582	486	95	4
21	Lozère.....	Blois.....	236	362	598	234	386	610	520	95	5
22	Lozère.....	Saint-Alban.....	166	210	376	459	202	361	347	44	»
23	Maine-et-Loire.....	Sainte-Gemmes-sur-Loire, près Angers.....	269	387	656	274	412	686	559	425	2
24	Marne.....	Châlons-sur-Marne.....	479	292	471	485	309	494	331	459	4
25	Marne (Haute-).....	Saint-Dizier.....	235	236	471	231	244	478	406	62	4
26	Mayenne.....	La Roche-Gandon, à Mayenne.....	234	262	496	232	267	499	437	62	»
27	Meurthe-et-Moselle.....	Maréville, à Laxou, près Nancy.....	572	552	4124	602	571	4184 (*)	893	269	49
28	Meuse.....	Fains, près Bar-le-Duc.....	214	290	504	228	291	519	441	76	2
29	Nièvre.....	La Charité-sur-Loire.....	442	481	323	459	225	384	364	23	»
30	Nord.....	Armentières.....	552	»	552	565	»	565	524	38	6
31	Orne.....	Bailleul.....	4003	4003	4003	989	786	203	203	37	2
32	Pas-de-Calais.....	Alençon.....	485	477	362	494	189	384	344	37	2
33	Pas-de-Calais.....	Saint-Venant.....	502	502	502	»	503	503	431	72	4
34	Pas-de-Calais.....	Saint-Luc, à Pau.....	281	250	531	279	250	529	418	407	1
35	Rhône.....	Bron, près Lyon.....	384	506	899	470	524	994	940	54	3
36	Sarthe.....	Le Mans.....	185	264	416	205	265	470	313	457	»
37	Savoie.....	Bassens, près Chambéry.....	309	253	562	317	250	567	521	44	2
38	Seine.....	Sainte-Anne, à Paris.....	305	296	604	288	299	587	568	49	»
39	Seine.....	Bureau d'admission.....	»	»	»	»	»	»	»	»	»
A reporter.....			9.302	11.044	20.313	9.688	11.389	21.057	17.872	3.053	132

(*) Il y avait, en outre, au 31 déc. 1877, 1965 aliénés au compte du gouvernement allemand. — (**) Il restait en observation, au 31 déc. 1877, 46 h. 92 f.

ORDRE.	DÉPARTEMENTS.	ASILES.	POPULATION				POPULATION AU 31 DÉCEMBRE 1877.			
			AU 1 ^{er} JANVIER		H.	F.	D. S.	H.	F.	D. S.
			H.	F.						
			9,302	14,041	20,313			9,688	14,289	21,037
39	Seine-Inférieure	Quatre-Mares, à Solteville, près Rouen	681	60	741			653	76	729
40	Seine-Inférieure	Saint-Yon, à Rouen	4	962	966			»	944	944
41	Seine-et-Oise, pour la Seine	Vaucuse, à Epinay-sur-Orge	318	325	643			335	341	726
42	Vaucluse	Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne	320	388	708			323	404	727
43	Vaucluse	Montdevergues, près Avignon	561	471	1,032			579	486	1,065
44	Vendée	La Roche-sur-Yon	488	472	960			489	478	967
45	Vienne (Haute-)	Naugeat, à Limoges	286	310	596			366	293	599
46	Yonne	Auxerre	238	235	473			251	241	492
	TOTAUX		14,935	13,937	28,872			12,374	14,332	26,706
										22,731
										3,834
										132

Quartiers d'hospice. — 17.

1	Cantal	Aurillac	91	85	176	90	85	175	161	14
2	Côtes-du-Nord	Saint-Brieuc	»	266	264	»	273	273	234	39
3	Finistère	Morlaix	»	259	259	»	246	246	197	40
4	Hérault	Montpellier	270	215	485	256	215	471	316	101
5	Indre-et-Loire	Tours	157	274	431	459	283	442	366	73
6	Loire-Inférieure	Nantes	406	406	692	290	418	708	540	166
7	Loiret	Orléans	287	304	591	299	320	589	462	124
8	Loiret	Pontorson	202	459	361	201	455	356	237	118
9	Manche	Vannes	»	452	462	»	173	472	244	20
10	Morbihan									

10	Rhône	Lyon (Antiquaille)	31	26	57	»	»	»	»	»
11	Seine	Bédère	556	»	556	612	»	612	602	4
12	Seine	La Salpêtrière	»	612	»	»	»	»	»	»
13	Seine-Inférieure	La Havre	3	612	»	»	»	»	»	»
14	Sèvres (Deux-)	Nort	256	209	465	251	250	501	431	67
15	Tarn-et-Garonne	Montauban	485	469	351	490	473	363	333	29
16	Vienne	Poitiers	41	421	465	49	431	180	437	40
17	Vosges	Épinal	1	»	4	4	»	2	»	2
	TOTAUX		2,336	3,333	5,669	2,368	3,389	5,757	4,867	852
										38

Asiles privés faisant fonction d'asiles publics. — 17.

1	Ain	Saint-Georges, à Bourg	484	»	484	492	»	492	381	411
2	Alpes-Maritimes	Sainte-Madeleine, id.	»	772	772	»	801	801	483	318
3	Alpes-Maritimes	Saint-Pons, à Nice	77	99	176	94	109	203	476	27
4	Ardèche	Sainte-Marie, à Privas	291	316	607	303	357	660	621	38
5	Aude	Limoux	217	223	440	215	227	442	381	61
6	Calvados	Bon-Sauveur, à Caen	433	614	1,047	416	627	1,043	603	437
7	Corrèze	Sainte-Marie de la Cellule	345	»	345	341	»	341	330	10
8	Côtes-du-Nord	Bégard	»	300	300	»	333	331	217	416
9	Loire (Haute-)	Lehon, près Dinan	593	»	593	601	»	601	447	453
10	Loire	Sainte-Marie de l'Assomption, à Montredon, Le Puy	438	288	426	441	303	444	379	64
11	Lot	Leyme	302	282	584	309	224	533	490	47
12	Lot	Bon-Sauveur, à Pont-l'Abbé	281	330	611	314	353	667	570	95
13	Manche	Bon-Sauveur, à Saint-Lô	»	213	213	»	220	220	474	46
14	Nord	Lommelet, près Lille	494	»	494	498	»	498	252	246
15	Oise	Clermont	834	744	1,578	855	756	1,611	4,251	337
	A reporter		4,481	4,241	8,693	4,579	4,310	8,889	6,759	2,101
										29

ORDRE.	DÉPARTEMENTS.	ASILES.	POPULATION				POPULATION AU 31 DÉCEMBRE 1877.			
			AU 1 ^{er} JANVIER		F.	H.	D. S.	F.	H.	D. S.
			H.	D. S.						
		Report.....	4.432	4.214	8.693			4.579	4.310	8.889
16	Puy-de-Dôme	Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand...	415	428	543			408	255	633
17	Rhône.....	Saint-Jean-de-Dieu, à la Guillotière...	766	»	766	»	782	»	782	529
18	Tarn.....	Bon-Sauveur, à Alby	226	473	399	222	477	399	286	410
	TOTAUX.....		5.589	4.812	10.401	5.594	5.012	40.703	8.018	2.650

Maisons de santé. — 25.

1	Bouches-du-Rhône.	Le Canet.....	3	2	15	5	4	9	»	»
2	Garonne(Haute-)...	Saint-Paul, à Saint-Remy.....	30	22	52	28	48	46	»	»
3	Gironde.....	Maison Delaye, à Toulouse.....	51	44	95	56	45	401	»	»
4	Hérault.....	Le Castel d'Andarie, près Bordeaux...	28	7	35	35	9	44	»	»
5	Jura.....	Le Pont-Saint-Côme, à Montpelliér.....	41	5	16	45	6	21	»	»
6	Loire-Inférieure...	Les Capucins, à Dôle	30	23	53	34	26	60	»	»
7	Meurthe-et-Moselle	Maison Francheteau à Nantes.....	40	43	23	40	44	24	»	»
8		La Malgrange, à Jarville, près Nancy	6	5	41	9	4	43	»	»
9		Saint-François, à Saint-Nicolas-du-Port.....	»	88	88	»	86	86	»	»

10	Rhône	Champvert, à Lyon	47	30	77	47	34	84	»	»
11		Saint-Vincent-de-Paul, à la Guillotière	»	62	62	»	62	62	»	»
12		Saint-Joseph, à Vaugneray.....	»	98	98	»	400	400	»	»
13		Rue de Charonne, 461, à Paris.....	36	40	76	44	37	78	»	»
14		Rue Picpus, 60, Paris	32	31	63	25	29	54	»	»
15		Rue Picpus, 90, Paris	32	31	63	38	33	71	»	»
16		Rue de la Glacière, 43, à Paris.....	6	15	21	3	42	45	»	»
17		Rue Berton, 47, à Paris (Passy).....	48	38	86	50	41	91	»	»
18	Seine.....	G ^e Rue de St-Mandé 408, à St-Mandé...	»	64	64	»	58	58	»	»
19		Grande Rue St-Mandé, 408, St-Mandé.	45	»	45	44	»	44	»	»
20		Château de Saint-James, à Neuilly	42	49	31	44	20	34	»	»
21		Ivry-sur-Seine.....	53	33	86	50	33	189	»	»
22		Vanves.....	41	44	85	54	50	04	»	»
23		Villa Penthièvre, Sceaux	4	40	44	9	9	48	»	»
24		Maison Lolliot, Suresnes.	5	7	42	44	4	48	»	»
25	Vosges.....	Matincourt.....	»	48	48	»	44	44	»	»
	TOTAUX.....		500	749	4.249	518	734	1.302	»	»

RÉCAPITULATION.

1	Maison nationale de Charenton.....	4	277	282	559	271	287	558	»	460
2	Asiles publics spéciaux.....	46	41.935	43.937	85.872	42.374	44.332	86.706	22.730	3.834
3	Quartiers d'hospices.....	47	2.336	3.333	5.669	2.368	3.389	5.757	4.867	852
4	Asiles privés faisant fonction d'asiles publics.....	48	5.589	4.842	10.401	5.694	5.017	10.703	8.018	2.651
5	Maisons de santé.....	25	500	749	4.249	518	734	1.302	»	4.302
	TOTAUX.....	407	20.637	23.443	43.750	24.252	23.714	45.024	35.615	9.099

les résultats obtenus se rapportent à l'ensemble du service sans distinction des diverses catégories d'établissements et des classes d'aliénés.

Proportions pour 100 des guérisons, des améliorations et des décès.

Les guérisons, améliorations et décès se répartissent comme il suit :

	GUÉRISONS.			AMÉLIORATIONS.		
	H.	F.	D. S.	H.	F.	D. S.
Charenton.....	40	49	29	45	8	23
Asiles publics spéciaux.....	4.040	864	1874	357	428	785
Quartiers d'hospice.....	470	239	409	494	409	300
Asiles privés faisant fonction d'asiles publics.....	356	255	614	97	84	484
Maisons de santé.....	73	84	457	60	80	440
	4.619	4.461	3.080	720	709	4.429

	DÉCÈS.		
	H.	F.	D. S.
Charenton.....	53	25	78
Asiles publics spéciaux.....	4.794	4.410	3.204
Quartiers d'hospice.....	348	390	708
Asiles privés faisant fonction d'asiles publics.....	659	456	4.445
Maisons de santé.....	402	78	480
	2.926	2.359	5.285

En retranchant les transférés, qui sont au nombre de 4,536 (656 hommes, 880 femmes), le chiffre réel de la population admise est de 12,049 (6,479 hommes, 5,570 femmes), et les proportions pour cent des guérisons et des améliorations par rapport à cette population sont les suivantes :

	H.	F.	D. S.
Guérisons.....	24.98	26.22	25.56
Améliorations.....	44.44	42.72	44.85
En 1874 la proportion des guérisons avait été de	23.7	26.4	24.80

Il y a donc, sous ce rapport, avantage au profit de l'année 1877.

2° Si l'on retranche également le chiffre des transfère-
ments de celui de la population traitée, celle-ci est de
57,799 (27,116 hommes et 28,683 femmes), et les propor-
tions pour cent des guérisons, des améliorations et des
décès sont les suivantes :

	H.	F.	D. S.
	—	—	—
Guérisons.....	5.97	5.09	5.52
Améliorations	2.65	2.47	2.56
Décès.....	10.79	8.24	9.47

En 1874 les mêmes calculs ont donné :

	H.	F.	D. S.
	—	—	—
Guérisons.....	5.83	5.32	5.60
Décès	10.4	7.09	9.40

Sous ce rapport, les guérisons ont donc été proportion-
nellement un peu plus nombreuses en 1874 qu'en 1877
et les décès un peu moindres.

Médecine légale

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL

DE

MARIE LOUISE VIGREUX, DITE EUGÉNIE

inculpée d'incendies volontaires.

Nous soussignés, Docteurs en médecine : Dionis des Carrières (Achille), médecin de l'Hôtel-Dieu d'Auxerre, chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur ; Lefèvre (Eugène), chirurgien du même établissement ; Rousseau (Ernest), directeur-médecin de l'asile public d'aliénés d'Auxerre, commis par ordonnance de M. le juge d'instruction, en date du 27 janvier 1876, à l'effet d'examiner l'état mental de Marie-Louise Vigreux, dite Eugénie, inculpée d'incendies volontaires, nous sommes rendus dans le cabinet de ce magistrat, entre les mains duquel nous avons prêté le serment prescrit par la loi ; puis, cette formalité accomplie, nous sommes livrés immédiatement aux investigations les plus propres à résoudre la question qui nous a été soumise.

Exposé des faits. — Dans l'intervalle du 25 novembre au 14 décembre 1875, le hameau des Frémys, commune de Tannerre (Yonne), devint le théâtre d'une série d'incendies qui se produisirent dans des conditions telles qu'on

n'hésita pas un instant à reconnaître l'œuvre d'une main criminelle.

Ce hameau se compose de quatre maisons d'habitation occupées par les familles Loffroy, Jacob, Gauffier et Gauthier. Elles forment, avec les bâtiments d'exploitation qui leur sont annexés, des groupes bien distincts et indépendants les uns des autres.

Les familles Loffroy et Gauthier ont été les seules victimes de ces incendies.

Les bâtiments de Loffroy sont situés sur une même ligne allant du nord au sud et, par conséquent, ils se masquent mutuellement. Ils sont au nombre de trois : 1° une maison d'habitation dont le rez-de-chaussée comprend une chambre de maître, une chambre de domestique et une laiterie ; 2° un grand bâtiment d'exploitation de 25 mètres de long, contenant une écurie aux chevaux, une grange, une écurie aux vaches, une bergerie, un ballier et des greniers ; 3° une vieille grange.

Quant à la maison de Gauthier, qui s'élève à l'est de la vieille grange, elle renferme, au rez-de-chaussée, quelques pièces d'habitation et une écurie. La partie supérieure est tout entière en grenier. Gauthier est locataire de Loffroy, qui s'est seulement réservé la jouissance de ce grenier.

Loffroy s'occupe de culture et emploie deux domestiques Gasset (Jules) et Vigreux (Eugénie).

Gauthier est manouvrier.

Voici dans quel ordre les incendies se sont succédé.

Le 25 novembre 1875, à 9 heures et demie du matin, le feu s'est déclaré dans l'écurie aux chevaux.

Le 26 novembre, à 9 heures et demie du matin, dans la vieille grange.

Le 26 novembre, à 3 heures et demie du soir, dans le grenier du grand bâtiment.

Le 27 novembre, à 8 heures du matin, dans le même grenier.

Le 2 décembre, à 9 heures et demie du matin, dans la maison Gauthier.

Le 14 décembre, à 2 heures du soir, dans le ballier.

Le 14 décembre, à 2 heures trois quarts, dans la bergerie.

Pendant toute la durée des incendies, les recherches les plus actives pour amener la découverte du coupable restèrent infructueuses, bien qu'on fût persuadé qu'il devait habiter le hameau et posséder la connaissance exacte des lieux, puisque le feu se déclarait invariablement pendant la journée, dans des endroits où la surveillance venait de cesser, et puisque enfin on n'avait signalé la présence d'aucun étranger. Dans tous les cas, les gens des Frémy vivaient entre eux en bonne intelligence. Les soupçons planèrent quelque temps sur Gauthier, dont on connaissait le caractère irritable et les habitudes d'ivrognerie, mais ils ne furent jamais assez fondés pour provoquer à son égard des mesures préventives. Cependant, il arriva que certaines particularités qu'on avait notées dans la conduite de la fille Vigreux et qui avaient d'abord passé inaperçues, éveillèrent de nouveau l'attention. Ainsi Loffroy avait remarqué que, pendant les incendies, ses manières s'étaient complètement modifiées. Contre son habitude, elle répondait mal à sa maîtresse et paraissait absorbée et pensive. La femme Gauffier avait aussi constaté qu'un jour où le juge de paix et un gendarme s'étaient présentés pour procéder à une enquête, elle avait subitement changé de physionomie et manifesté une certaine appréhension. D'un autre côté, on parvint à s'assurer que chacun des habitants du hameau s'était absenté pendant un ou plusieurs des incendies, tandis qu'elle s'était toujours trouvée sur les lieux et, à chaque fois, à portée de mettre le feu.

Interrogée à plusieurs reprises, elle repousse d'abord énergiquement les accusations dont elle est l'objet et proteste de son innocence, mais elle est bientôt forcée de se rendre à l'évidence. Le 22 décembre, elle paraît devant le

juge de paix, la figure altérée, les yeux rouges comme si elle avait pleuré pendant la nuit; elle écoute silencieusement les paroles de ce magistrat et, tout à coup fondant en larmes, elle s'écrie : Eh bien, monsieur le juge de paix, c'est vrai, c'est moi qui suis l'auteur de tous ces incendies.

Les renseignements fournis par ses maîtres sont excellents au point de vue du caractère, du travail et de la moralité. Ils lui payaient très-exactement ses gages et ne connaissent aucun motif qui ait pu l'indisposer contre eux. L'inculpée confirme ces assertions et assure qu'elle vivait dans d'excellents termes avec la famille Loffroy. Elle fait aussi savoir qu'au mois de décembre 1873, elle a eu deux fois des rapports avec le garçon de ferme Jules Gasset, mais que jamais l'idée d'un mariage ne lui était venue à l'esprit. Elle ne nourrissait par conséquent aucun sentiment de vengeance à son égard. Depuis cette époque, elle n'a renoué de rapports avec aucun homme et en ce moment elle ne se trouve pas en état de grossesse. Elle entre ensuite dans les détails les plus circonstanciés sur les moyens qu'elle employait pour mettre le feu et éviter de se laisser surprendre. Enfin, quand elle fut invitée à compléter ses aveux et à faire connaître les motifs qui l'avaient déterminée à commettre une série d'actes aussi odieux, elle répondait : Ça me poussait. Quoiqu'on fit pour la persuader, elle resta inébranlable et répéta invariablement les mêmes paroles.

Cette absence bien constatée de tout sujet de haine et de vengeance, cet acharnement dans l'exécution du crime, cette allégation d'une force étrangère à laquelle elle était obligée de céder, émurent les magistrats chargés de l'instruction. Vigreux fut transférée à la maison d'arrêt de Joigny et M. le docteur Picard fut chargé de rechercher :

1° Si l'inculpée est en état de grossesse ;

2° Si elle jouit de l'intégrité de ses facultés mentales, ou si, au contraire, elle ne serait pas atteinte de monomanie incendiaire et si, par suite, elle n'aurait pas la responsabi-

lité des sept incendies dont elle se reconnaît l'auteur.

Ce médecin, après avoir constaté que ses principales fonctions physiologiques s'exécutent normalement, qu'elle n'est pas sujette à des troubles sensoriaux et que la menstruation est régulière, reconnaît, d'autre part, qu'à certaine époque elle était obsédée par une idée fixe qui opprimait entièrement sa volonté, et formule les conclusions suivantes :

- 1° L'inculpée n'est pas en état de grossesse ;
- 2° Elle ne jouit pas de ses facultés intellectuelles ;
- 3° Elle a été atteinte de monomanie incendiaire.

M. le procureur de la République objecta que l'aliénation mentale et la monomanie ne lui paraissaient pas suffisamment démontrées, et il s'appuyait sur ces considérations : que Vigreux savait parfaitement qu'en mettant le feu chez ses maîtres, elle faisait mal ; qu'elle a toujours joui d'une excellente santé et n'était pas hallucinée, et enfin qu'il existe une contradiction flagrante entre cet entraînement irrésistible qui lui faisait dire : « Qu'on te voie, ou qu'on ne te voie pas, il faut que tu y ailles », et les précautions ainsi que les ruses qu'elle employait pour se dissimuler et frapper à coup sûr. Ce magistrat requit alors un supplément d'instruction, et Vigreux fut dirigée sur la prison d'Auxerre et soumise à l'examen d'une commission médicale composée de trois membres.

Afin de bien faire comprendre la méthode qui a présidé à nos investigations, il nous semble utile de donner quelques détails sur cette variété de la monomanie qui fait le fond de la défense de l'inculpée et qui a été appelée monomanie impulsive. A cet effet, nous mettrons à contribution un remarquable travail publié récemment par M. le docteur Linas. Dans son essentialité, elle consisterait dans une lésion exclusive de la volonté, et toute la maladie se résumerait dans un acte malfaisant. Ainsi comprise, une pareille entité pathologique deviendrait un véritable danger pour la

société, car elle permettrait de dénouer avec une merveilleuse simplicité les situations les plus graves et annihilerait la responsabilité. Acceptée d'abord et vigoureusement défendue, en raison de l'autorité que possédait Esquirol, l'auteur de cette doctrine, elle devint la cause de tant d'abus devant les tribunaux qu'elle ne tarda pas à soulever de vives critiques. On reprit l'étude de cette question, on révisa les anciennes observations, on en produisit de nouvelles où l'interprétation des faits était plus exacte, et il fut reconnu que cette vésanie n'est jamais protopathique et qu'elle ne constitue qu'un symptôme, que la note la plus élevée d'une affection nerveuse qui lui sert de substratum ou base fondamentale.

En effet, l'idée impulsive se rencontre dans toutes les formes de l'aliénation mentale : idiotie, imbécillité, manie, lypémanie, démence, paralysie générale, et dans les maladies convulsives : hystérie, épilepsie, vertige épileptique. Elle apparaît chez les individus issus de parents aliénés, alcoolisants, névropathiques, convulsifs, et qui, par ce fait de l'hérédité, ont déjà été frappés d'un commencement de dégradation morale. Enfin, il existe certains états physiologiques qui prédisposent à ces impulsions mauvaises, ce sont la puberté, la menstruation, la grossesse et l'allaitement.

D'après cette doctrine, il est évident qu'au point de vue scientifique, comme au point de vue médico-légal, l'acte incriminé ne possède qu'une valeur secondaire, qu'il n'est qu'une des manifestations d'une affection préexistante, et qu'il ne peut se produire en dehors d'un état mental pathologiquement ou sympathiquement altéré.

L'expérience vient confirmer tous les jours la vérité de ces principes, et déjà plusieurs aliénistes ont rejeté résolument la monomanie des cadres nosologiques. Cependant, comme il existe des cas où l'impulsion et les actes qui en dérivent possèdent des caractères particuliers qui les diffé-

rencent des autres manifestations délirantes et que la forme absorbe complètement le fond, au point de ne laisser en lumière que les phénomènes purement objectifs, il n'y a pas d'inconvénient à les grouper dans une catégorie spéciale et à maintenir l'ancienne dénomination.

L'idée impulsive est remarquable par ses intermittences. Elle apparaît quelquefois d'emblée dans toute sa violence ; ce n'est pas cependant ce qui se passe le plus communément. D'abord vague et fugitive, elle est facilement repoussée par ceux qu'elle commence à hanter ; mais plus tard elle s'impose à leur esprit et finit par déterminer chez eux un état anxieux tellement insupportable que la crise, après une lutte plus ou moins énergique, finit par éclater. Alors on les voit exécuter froidement les actes les plus révoltants ; ils s'attaquent sans aucune considération à leurs amis, à des inconnus, quelquefois à leur famille, à leurs enfants et même à leur propre personne. En général, ils possèdent une parfaite conscience de l'acte qu'ils viennent d'accomplir et l'apprécient à sa juste valeur. Quelques-uns de ces malheureux agissent brutalement et en plein jour, mais il en est d'autres, au contraire, qui mettent à profit toutes les ressources de l'habileté ou de la ruse, non-seulement pour assurer la réussite de leur attentat, mais encore pour éviter d'être surpris. Aussitôt l'acte consommé, la détente se produit et ils se sentent profondément soulagés. La réaction sur la sensibilité est variable : les uns éclatent en transports de joie, les autres éprouvent de simples regrets, mais ils les dissimulent et cherchent à se dérober au châtement qu'ils redoutent ; un certain nombre sont assaillis de remords si violents, qu'ils se livrent eux-mêmes à la justice ; enfin on en rencontre qui manifestent une indifférence absolue.

Tous ces désordres, comme nous l'avons déjà fait remarquer, se reproduisent d'une façon intermittente, c'est là un point capital dans l'histoire de la monomanie impulsive ; mais il est impossible de rien préciser au sujet du nombre

des accès ni de l'intervalle qui existe entre eux. Toutes les combinaisons peuvent se rencontrer ; aussi tel individu n'éprouve qu'un accès, tandis que tel autre est fréquemment entraîné à mal faire et poursuit son but, malgré les difficultés et les dangers de toute sorte.

Les principales variétés de la monomanie impulsive sont : la monomanie homicide, la monomanie suicide, la monomanie incendiaire ou pyromanie, la monomanie du vol ou kleptomanie, et la monomanie d'ivresse ou dipsomanie.

Nous empruntons au même travail du docteur Linas les principaux traits de la monomanie incendiaire. « Les idiots, les imbéciles et les déments mettent quelquefois le feu par ignorance du danger, par défaut de discernement, par insouciance ou par incurie ; les maniaques, les hallucinés, les monomaniaques et les délirants persécutés commettent souvent le même acte en raison et sous l'influence de conceptions délirantes spéciales. Mais à côté de ces aliénés, il en est d'autres chez lesquels la propension à incendier semble être le résultat d'une impulsion irrésistible. Ils mettent le feu sans motif appréciable, sans être mus par aucun sentiment de méchanceté, de colère, de haine ou de vengeance. Le plus souvent ils incendient les propriétés de gens qu'ils ne connaissent pas, qu'ils n'ont jamais vus, contre lesquels ils n'ont aucun sujet d'aversion. Ils brûlent même leur propre maison. La vue des flammes produit en eux un soulagement immédiat, en faisant cesser l'angoisse inexprimable qui accompagne le développement de l'accès impulsif. Chez quelques-uns le spectacle de l'embrasement excite des transports de joie et provoque une exaltation extraordinaire voisine de l'extase.

» Falret, Morel et Zabé insistent avec raison sur cette importante vérité, que l'acte impulsif incendiaire ne forme point à lui seul toute la maladie, et que, tout prépondérant qu'il soit parmi les autres symptômes, il se rattache toujours à certaines conditions étiologiques héréditaires ou constitu-

tionnelles et à un ensemble d'éléments morbides, d'anomalies et de troubles intellectuels ou somatiques, dont la réunion et le faisceau constituent l'état pathologique complet. Ainsi, la plupart des impulsifs incendiaires comptent dans leurs ascendants des névropathiques ou des aliénés. Cette prédisposition funeste se révèle, dès l'enfance, par des phénomènes nerveux ou convulsifs, par des particularités d'esprit ou de caractère, par une intelligence inégale, insuffisante et incomplète ; en un mot, par quelques-uns des signes de la dégénérescence mentale. Parvenus à l'adolescence et à la jeunesse, ces individus sont sujets à divers accidents nerveux, spasmes, mouvements convulsifs, anesthésie, hyperesthésie, congestions partielles de la tête. On observe encore chez les filles les troubles de la menstruation et l'onanisme ; et chez les garçons, la masturbation et les pertes séminales.

» Il résulte de là que les monomaniaques impulsifs incendiaires, sans présenter les caractères bien tranchés de l'imbécillité, appartiennent cependant pour la plupart à la catégorie des êtres inférieurs et plus ou moins dégénérés.

» On sait combien les enfants aiment à jouer avec le feu, et on cite quelques exemples où ce dangereux penchant aurait atteint chez eux les proportions et offert les caractères d'une impulsion malade. Toutefois, c'est de quatorze à vingt-cinq ans que la monomanie incendiaire se montre avec le plus de fréquence. Beaucoup d'observateurs ont noté la coïncidence de cette disposition morbide avec le développement de la puberté et avec l'exagération du sens génital.

» Les cas de monomanie impulsive incendiaire sont beaucoup plus fréquents dans les campagnes, où l'on trouve aussi plus d'imbéciles et de faibles d'esprit que dans les villes, où le niveau intellectuel et moral est plus élevé.

» Cette vésanie, comme toutes les autres formes impulsives, se propage souvent et se multiplie par l'imitation et par la contagion de l'exemple. »

Fidèles aux principes que nous venons de rappeler, nous nous sommes mis en devoir de résoudre les questions suivantes :

La monomanie est-elle réelle ou simulée ?

Si elle existe réellement, peut-on rencontrer une altération du système nerveux qui légitime sa genèse et explique ses manifestations ?

Pour arriver à ces résultats, nous avons examiné successivement et avec la plus scrupuleuse attention tout ce qui se rapporte à la constitution physique, physiologique et morale de l'inculpée. Elle est née le 17 mai 1858 et par conséquent elle touche à sa dix-huitième année. Les renseignements qui nous ont été communiqués sur ses parents et sur ses antécédents sont à peu près nuls ; il est dit seulement d'une manière générale que « les filles Vigreux ont toujours eu les mœurs légères, un caractère léger en tout, riant et pleurant sans trop savoir pourquoi ». Sa taille est de 1^m55, l'harmonie des formes est satisfaisante, les oreilles, les doigts, les dents ne présentent rien d'anormal ; cependant il existe chez elle deux particularités qui méritent d'être signalées : le front est notablement déprimé, et cette disposition a dû nuire nécessairement au développement des lobes cérébraux antérieurs ; d'un autre côté, la voûte palatine, au lieu d'être plane au milieu et légèrement concave sur les bords, se prolonge du côté de la base du crâne, en affectant une forme ogivale très-prononcée.

Elle paraît indemne de toute affection cachectique et diathésique, elle assure du reste qu'elle a toujours joui d'une excellente santé. Le ventre est ballonné et donne une résonance tympanique. Ce météorisme remonte à peu près à l'époque de l'évolution pubère, il diminue dans l'intervalle des règles et augmente quand elles reparaissent. L'orifice vulvaire est étroit, la membrane hymen existe toujours, mais elle est flasque et s'infléchit facilement. En haut et à gauche, son bord est frangé dans un petit espace. Elle pré-

tend qu'elle est irrégulièrement menstruée, mais que, pendant cette période, elle n'éprouve ni indisposition ni malaise. Il a été constaté que les trois dernières apparitions du flux cataménial ont eu lieu le 27 décembre 1875, le 4 février et le 3 mars 1876. La palpation n'a décelé aucune tumeur dans la région hypogastrique, et toute idée de grossesse doit être écartée. Les voies digestives sont en bon état ; cependant, de temps à autre, l'appétit est faible et capricieux. Les organes respiratoires fonctionnent convenablement ; les bruits du cœur sont nets ; elle n'a jamais éprouvé de palpitations.

La sensibilité physique a été étudiée d'une manière spéciale, car elle présente de nombreuses altérations. Au début de nos investigations, nous avons déjà constaté une analgésie complète aux mains, aux bras et à la poitrine. Le 3 mars, la même expérience est répétée. On peut lui pincer la peau des mains aussi fortement que possible sans qu'elle perçoive la moindre impression douloureuse ; mais la sensibilité a reparu en partie aux bras. Ce dernier phénomène coïncide évidemment avec l'apparition des règles qui ont commencé à couler dans la matinée.

Le 13 mars, la période menstruelle étant terminée, nous avons procédé à l'exploration de la sensibilité par la faradisation et nous avons employé à cet effet la pile de Gaeffe. La tension électrique étant réduite au minimum, Vigreux n'a pas même constaté le passage du courant, tandis que les personnes présentes le percevaient fort bien. Avec un courant de force moyenne, les contractions musculaires se sont produites avec assez d'énergie, tandis que la sensation douloureuse restait faible. Enfin, l'appareil ayant été disposé de façon à produire tout son effet, les secousses sont devenues de plus en plus violentes ; mais comme la patiente s'est mise en ce moment à fondre en larmes, on a cessé immédiatement l'opération. Le calme ayant reparu, on a continué les expériences. Cette fois le pincement de la peau

n'a éveillé dans aucune partie du corps de sensations douloureuses, on a pu même avec une épingle traverser des plis de ce tégument sans qu'elle proférât aucune plainte. Quelque temps après, comme on lui demandait pourquoi elle avait tant pleuré quand on l'avait soumise à l'action de l'électricité, elle répondit que chaque fois qu'on s'occupait d'elle, il lui était impossible de retenir ses larmes ; mais que pendant l'expérience elle n'avait presque rien senti.

D'autres phénomènes très-remarquables ont été signalés tant par la surveillante de la prison que par quelques-unes des détenues chargées de l'observer d'une façon continue. Tantôt sa figure se congestionne, tantôt, au contraire, elle devient d'une pâleur extrême ; alors un brouillard épais se répand devant ses yeux, et elle ne peut plus distinguer les objets les plus rapprochés. Dans certains moments, elle éprouve des chaleurs incommodes ; dans d'autres, c'est un sentiment de froid qui la fait grelotter. En même temps, elle perd l'appétit, s'affaisse et travaille irrégulièrement.

Facultés intellectuelles. — En examinant Vigreux superficiellement, en lui posant des questions qui lui sont familières, on reconnaît que la compréhension est facile et qu'elle exprime convenablement ses idées. Elle a conscience des lieux et de l'espace, elle distingue les couleurs et apprécie les propriétés des objets extérieurs. Mais, si on la fait sortir de sa routine, on est surpris de rencontrer chez elle une pauvreté intellectuelle extrême. Il est évident qu'il n'y a rien de prémédité de sa part, car elle paraît souvent confuse de son ignorance, et quand, après avoir réfléchi, elle trouve une solution exacte, elle la communique avec une certaine satisfaction.

Elle ne sait ni lire ni écrire, mais elle objecte qu'elle n'a pas eu le temps d'apprendre, n'ayant fréquenté l'école que pendant deux hivers. Elle compte jusqu'à 60 environ, puis, arrivée à ce chiffre, elle finit par s'embrouiller et s'arrêter. Si on lui demande combien font 7 et 5, elle ne peut, malgré

tous ses efforts, arriver à aucun résultat; il faut alors l'inviter à compter sur ses doigts, et elle parvient à obtenir le total demandé. Son esprit ne peut s'élever à l'abstraction la plus élémentaire, et il existe un cercle d'idées qu'elle ne peut franchir. Sa mémoire est infidèle, elle n'a aucune notion du temps; elle se rappelle bien les faits, les événements qui l'ont frappée; seulement elle est impuissante à en coordonner les détails qui lui apparaissent confus et obscurs. Quant aux dates, elle ne saurait en préciser aucune; elle ne se souvient plus de celles des incendies qu'elle a allumés; elle ignore même le millésime de l'année dans laquelle nous vivons. Elle sait qu'elle a dix-sept ans, parce que ses parents le lui ont dit, et il lui a fallu plusieurs jours de réflexion pour remonter à l'année de sa naissance. Si on lui pose plusieurs jours de suite la même question, elle varie presque invariablement dans ses réponses. Elle a quatre sœurs dont deux sont ses aînées, et c'est avec la plus grande difficulté, et après avoir plusieurs fois échoué, qu'elle a distingué le rang qu'elle occupe parmi elles. Quand on lui demande des nouvelles de sa santé, elle énonce toujours le contraire de la vérité; elle accusait du bien-être quand elle était souffrante, et, depuis qu'elle va bien, elle se plaint de maux qui n'existent que dans son imagination. Examinées à tous les points de vue possibles, ses facultés intellectuelles accusent la même insuffisance.

Sensibilité affective et morale. — La sensibilité affective est bien développée chez l'inculpée; du reste, toutes les personnes qui l'ont connue s'accordent à dire qu'elle était douce, bonne et affectueuse. Elle manifestait d'excellents sentiments à l'égard de ses parents, et trouvait le moyen de leur envoyer de l'argent, prétendant qu'elle en avait trop pour elle. Elle s'occupait très-régulièrement, et, à ce sujet, elle ne mérite que des éloges. Nous savons qu'elle a eu des rapports avec un garçon de ferme; elle raconte qu'elle s'y est prêtée avec une indifférence absolue, et qu'en se condui-

sant de la sorte, elle n'avait pas songé aux conséquences qui pouvaient en résulter. Elle n'a jamais cherché à faire de la peine à qui que ce soit, elle n'était pas sujette à la colère et ne se montrait pas brutale à l'égard des animaux. Toutes les fois que nous avons été la visiter, nous l'avons trouvée très-polie. Son émotivité est très-grande, elle s'impressionne et pleure facilement. Quant au sens moral, il présente de singulières contradictions. Elle sait qu'elle a occasionné beaucoup de mal, elle en éprouve du repentir; elle est préoccupée, inquiète, elle se demande comment elle a pu se mettre dans une telle position; il lui est même arrivé une fois d'exprimer l'intention de se suicider, mais en même temps elle éclatait de rire. D'un autre côté, elle manifeste une indifférence singulière, elle se plaît dans la prison et s'habitue très-bien à son régime. Cependant elle préférerait être rendue à la liberté, afin de se replacer dans quelque ferme, car elle est persuadée qu'elle trouverait facilement de l'ouvrage. On a beau lui objecter qu'avec de pareils antécédents, peu de personnes consentiraient à se charger d'elle, elle persiste dans son opinion. D'une façon générale, il faut remarquer que tout ce qui chez elle se rapporte à la sensibilité est brusque, exagéré et de courte durée; son repentir lui-même a eu sa période aiguë et a cédé facilement.

De la nature des actes commis par l'inculpée. — Vigreux ayant constamment soutenu qu'elle n'avait agi que sous l'influence d'une force irrésistible, il importe de rechercher si l'ensemble de ses actes présente les caractères de la monomanie. Nous avons rencontré bien des difficultés dans cette partie de notre tâche, parce que l'inculpée ne peut comprendre la valeur des questions qu'on lui pose, ni imprimer à ses réponses et à ses souvenirs la précision nécessaire. Dans son enfance, elle a été témoin de deux incendies qui lui ont causé beaucoup d'effroi, sans laisser cependant dans son esprit une impression durable. Voici dans quelles conditions l'idée de mettre le feu lui est venue pour la pre-

mière fois. Le 25 novembre 1875, après avoir passé une nuit calme, elle se réveille naturellement, la tête n'est ni chaude, ni douloureuse, les organes de la vie de relation fonctionnent avec régularité, rien ne la préoccupe, elle n'a pas d'hallucinations et elle fait tranquillement ses préparatifs pour aller vaquer à ses travaux habituels. Tout à coup l'idée fatale lui monte au cerveau; en peu d'instant elle fait de tels progrès que Vigreux est bientôt tout entière sous son influence. En quittant sa chambre, il faut qu'elle traverse celle de ses maîtres; elle en profite pour dérober une allumette qu'elle dissimule dans sa poche. Elle s'imagine que le travail et l'exercice la distrairont de cette idée fixe qui s'acharne sur elle. Elle va chercher de l'eau et s'apprête à la porter à la laiterie, mais elle est obligée de s'arrêter en route, sentant bien qu'elle ne peut plus résister. Alors elle dépose son vase à terre et, après s'être assurée qu'on ne la voit pas, elle pénètre dans l'écurie aux chevaux, met le feu dans la paille qui se trouve sous le lit du garçon de ferme, constate qu'elle flambe, puis se hâte de sortir et d'aller reprendre son travail. A dater de ce moment, une transformation complète s'opère dans tout son être, l'anxiété disparaît et fait place à un soulagement profond. Quand l'alarme est donnée, elle se mêle à ceux qui entreprennent le sauvetage et cherche à se rendre utile dans la mesure de ses forces. Ce calme qu'elle avait acheté au prix d'une action odieuse dure jusqu'au lendemain matin. Vers 9 heures et demie, étant occupée du côté de la vieille grange, l'idée fixe reparait aussi brusquement que la veille, et elle allume le second incendie. Quelques heures plus tard, à 3 heures et demie, les mêmes phénomènes se reproduisent et sont suivis d'un nouveau désastre.

Vigreux assure que, depuis le 25 novembre jusqu'au 14 décembre 1875, les choses se sont toujours passées de la même manière. En général, l'idée impulsive se développait dans son esprit avec une rapidité extrême; alors, sous un

prétexte quelconque, elle pénétrait dans la chambre de ses maîtres et, tout en examinant où ils étaient et ce qu'ils faisaient, elle prenait une allumette, et jamais plus d'une à la fois. Sûre de son fait, elle allait résolument mettre le feu dans un bâtiment ou dans un autre. Aussitôt elle se sentait à son aise, se hâtait soit de rentrer à la maison, soit de reprendre ses occupations, et ne pensait plus à rien. Au moment où, suivant son expression, elle faisait craquer son allumette, l'instinct du mal était poussé à ses dernières limites, et ce n'est que plus tard, quand elle avait reposé, qu'elle regrettait ce qu'elle venait de faire.

Si maintenant on compare ces faits à ceux dont nous avons déjà esquissé les principaux caractères dans la partie clinique de notre rapport, on est frappé de leur parfaite similitude. De part et d'autre, ils se produisent sous forme d'accès présentant les mêmes éléments constitutifs : une idée fixe, une impulsion irrésistible, un état anxieux et une crise finale qui amène la détente et le soulagement.

Vigreux, pour exprimer les sensations qu'elle éprouvait quand elle se trouvait sous l'influence de son idée fixe, emploie des termes qui peignent admirablement la nature de cette force mystérieuse :

- « Ça me poussait.
- » Ça ne me donnait pas le temps de réfléchir.
- » Qu'on te voie ou qu'on ne te voie pas, il faut que tu y ailles.
- » J'ai mis le feu, parce que je ne pouvais pas faire autrement.
- » Cette idée m'a prise subitement et je n'ai pu y résister.
- » Ça me faisait de la peine après, mais, comme il fallait que j'y aille, tant pis.
- » Je ne me cachais pas, car cela ne choisissait pas. »

Étant donné l'état des facultés intellectuelles de Vigreux, il est difficile d'admettre qu'elle ait été capable de composer un pareil système de défense et de s'appuyer justement sur

une série de phénomènes dont la connaissance devait lui être formellement interdite. Elle aurait pu se borner à invoquer un entraînement quelconque, mais il y a loin de cette formule banale qu'adoptent certains individus à cette révélation de faits exceptionnels qui s'enchaînent logiquement, scientifiquement, et qui, réunis, constituent la symptomatologie de désordres graves des centres nerveux.

Bien que soumise à une force qui opprimait sa volonté, l'inculpée agissait, comme nous le savons, avec une extrême prudence et déployait toute son habileté pour ne pas être prise en flagrant délit. Cette particularité se rencontre chez beaucoup d'individus, et il n'existe aucune incompatibilité entre l'obéissance du patient et l'instinct de la conservation qui fonctionnent parallèlement, sans qu'il y ait absorption de l'un par l'autre. Les annales de la science sont remplies de faits de ce genre sur lesquels aucun doute ne subsiste. Nous pourrions citer comme type l'histoire du sergent Bertrand qui, pendant ses accès, était pris d'un désir immodéré de profaner les sépultures. La nuit, il pénétrait dans les cimetières, déjouait la surveillance la plus active, bravait la fureur des chiens de garde et les coups de fusil dirigés contre lui, et n'était même pas arrêté par l'explosion d'une machine infernale.

Vigoureux déclarait que, dans ses moments d'obsession, quelque chose semblait lui dire : « qu'on te voie ou qu'on ne te voie pas, il faut que tu y ailles, » et cependant sa conduite était loin de concorder avec ses paroles. Il ne faudrait pas toutefois attacher une trop grande importance à ce détail, car il semble qu'elle ait voulu viser plutôt l'intensité que l'irrésistibilité de l'attaque. Dans les différents interrogatoires qu'elle a subis, on la voit souvent se contredire et revenir sur des faits qu'elle avait déjà avoués. Il est évident que ce n'est pas un calcul de sa part, car, dans certains cas, elle fournirait des armes contre elle-même. Ainsi elle nous a affirmé que l'idée du mal lui venait invariablement pendant

le jour, tandis que le certificat de M. le Dr Picard porte qu'elle ne sortait pas la nuit parce que, couchant dans la même chambre que les enfants, elle n'aurait pu se lever sans exciter les soupçons. Il lui eût donc été possible de résister pendant un certain temps. Le 25 décembre dernier, devant M. le Juge d'instruction de Joigny, elle expose franchement ses différentes façons d'agir pendant les incendies et, plus tard, elle tient ce propos devant nous : « je ne me cachais pas, car cela ne choisisait pas. » Elle prétend aussi que, n'ayant pas voulu laisser accuser des innocents, elle a déclaré de suite sa culpabilité, allégation véritablement puérile, puisque ses dénégations n'ont cessé qu'au moment où elle a été forcée de se rendre à l'évidence. Mais il est un point sur lequel elle n'a jamais varié, c'est l'existence de la force qui la subjuguait, et il est incontestable qu'elle a toujours obéi à son appel et que les soins qu'elle prenait pour se dissimuler ne modifiaient en rien la férocité de ses déterminations. Dans l'intervalle de quelques jours, sept incendies sont allumés ; pendant ces sinistres, la surveillance redouble, les habitants du hameau sont exaspérés et cependant rien ne peut l'arrêter et elle poursuit inexorablement son œuvre. Elle comprenait qu'elle faisait mal, elle savait que de pareils actes l'exposaient à un châtement sévère ; aussi elle prenait des voies détournées, mais sans jamais faire aucune concession en vue de sa sûreté personnelle.

Il faut remarquer un fait assez significatif, c'est qu'elle ne prenait jamais qu'une seule allumette à la fois, juste ce qui lui était nécessaire pour un incendie. Elle donne pour motif qu'elle cédait à la pression du moment et il ne lui venait pas à la pensée que bientôt elle devrait recommencer. Cette allégation, bien qu'elle soit susceptible de différentes interprétations, confirme très-naturellement la forme intermittente de ses impulsions. En effet, aussitôt l'acte consommé, elle retrouvait le calme et se croyait débarrassée ;

mais, un nouvel accès se reproduisant, elle revenait à ses allures primitives.

Sans pousser plus loin cette analyse qui nous exposerait à des redites inutiles, nous estimons que les actes reprochés à Vigreux n'ont pas été accomplis par esprit de vengeance ou de jalousie, que la perversité n'a pas été leur mobile et qu'ils rentrent dans la catégorie des faits pathologiques.

Discussion médico-légale. — Admettant chez l'inculpée l'existence de la monomanie impulsive, nous devons nous trouver en mesure, pour être conséquents avec nos principes, de pouvoir la rattacher à l'un des états morbides ou physiologiques dont nous avons donné la nomenclature.

Arrivés au point où nous en sommes, le problème est déjà résolu virtuellement et nous n'avons plus qu'à rappeler quelles sont les conditions intellectuelles et morales de Vigreux.

Nos investigations nous ont permis de constater chez elle un arrêt de développement qui a impressionné légèrement la substance physique, mais dont l'action atrophiante s'est principalement concentrée sur les facultés mentales. Sa pauvreté intellectuelle, l'insuffisance de ses notions, l'infidélité de la mémoire, la conformation de son crâne dénotent chez elle un organisme imparfait. Elle occupe certainement un rang assez élevé dans la série des dégénérés, mais il n'en est pas moins vrai que sa tache originelle la relègue naturellement parmi les faibles d'esprit ou imbéciles. Bien que sa sensibilité affective soit normale, bien que son impressionnabilité soit vive, bien enfin qu'elle sache distinguer le bien du mal, elle doit être maintenue dans cette classe où se rencontrent parfois des qualités et des sentiments qu'on croirait incompatibles avec une oblitération partielle de la raison. Du reste, nous savons qu'elle était douce, laborieuse et qu'elle n'a jamais présenté l'irritabilité ni les instincts brutaux des dégénérés qui appartiennent à un ordre inférieur. Ses allures sont en rapport avec son idiosyncrasie : crain-

tive comme tous les êtres faibles, elle est dissimulée dans l'exécution de ses plans et, quand les soupçons l'atteignent, elle adopte le seul moyen de défense qui soit à sa portée et qui consiste à nier tous les faits qu'on lui reproche. Enfin, lorsque tout démontre sa culpabilité, elle se décide à faire des aveux complets et appuie son irresponsabilité sur un système dont tous les éléments sont vrais et qui exigerait, s'il était simulé, une intelligence étendue et des connaissances peu communes. Plus tard, les marques de cette débilité reparaissent à tout instant et la plupart des contradictions qui ont été notées sont la conséquence pure et simple de son défaut de mémoire.

D'après ces constatations, la monomanie n'apparaît plus comme un phénomène isolé, elle a sa raison d'être et se dégage symptomatiquement de son substratum. L'imbécillité ne constitue pas, à proprement parler, une des formes de l'aliénation mentale, mais elle peut se compliquer d'un état délirant et c'est précisément ce qui a eu lieu chez Vigreux.

Désirant poursuivre l'étude de cette question jusqu'à ses dernières limites, nous nous sommes demandé s'il était possible d'expliquer comment le calme dont elle ne s'était jamais départie a été troublé aussi brusquement. Ici nos recherches sont restées infructueuses, parce que les renseignements nous font défaut et que les observations sont incomplètes. Cette fille n'a pas été en butte à des émotions violentes, sa situation était aussi heureuse que possible et elle a assuré, à plusieurs reprises, que non-seulement elle n'avait eu aucun motif de mal faire, mais encore que personne ne l'y avait poussée. Toutefois, pendant la durée des incendies, on a remarqué que son caractère avait changé et qu'elle manifestait une irritabilité inconnue jusqu'alors. Il est évident que la cause de cette surexcitation est la même que celle qui a déterminé l'explosion des impulsions monomaniaques et que, si l'on possédait les données néces-

saïres, on pourrait peut-être remonter facilement jusqu'à elle. Parmi les fonctions physiologiques dont l'altération retentit le plus fortement sur le système nerveux, la menstruation occupe certainement le premier rang; mais dans l'affaire qui nous est soumise en ce moment, elle ne paraît pas avoir joué un rôle actif. Malgré les quelques irrégularités signalées quand les règles ont paru peu de jours avant le 25 novembre, elles n'ont donné lieu à aucun trouble apparent; néanmoins cette coïncidence est digne d'être remarquée.

De tout ce qui précède, nous nous croyons en droit de formuler les conclusions suivantes :

1^o Vigreux (Eugénie) est atteinte d'un arrêt de développement intellectuel qui constitue un des degrés de l'imbécillité.

2^o Cette dégénérescence s'est compliquée, sans cause bien déterminée, d'un état délirant qui a affecté la forme de la monomanie incendiaire.

3^o Dans l'exécution des faits incriminés, l'initiative ne lui appartenait pas; elle obéissait à une force qui dominait sa raison et sa volonté et rendait toute résistance de sa part impossible.

4^o Elle doit être considérée comme irresponsable.

En foi de quoi, nous avons rédigé le présent rapport que nous certifions conforme à la vérité et aux principes de l'art.

Auxerre, le 19 avril 1876.

DIONIS DES CARRIÈRES, LEFÈVRE, ROUSSEAU.

A la suite d'une ordonnance de non-lieu, la fille Vigreux a été rendue à la liberté.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 28 octobre 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

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

Correspondance manuscrite et imprimée.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre de M. BALL, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, demandant à faire partie de la Société. (Renvoyé à une Commission composée de MM. Baillarger, Blanche, Motet, rapporteur.)

M. LE D^r LACOUR, médecin de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, adresse une lettre dans laquelle il sollicite le titre de membre correspondant de la Société. Il envoie, à l'appui de sa candidature, un *Rapport sur l'examen médico-légal des faits relatifs au procès criminel de Jobard*, et il annonce que l'un des médecins de Bicêtre a bien voulu se charger de déposer, de sa part, sur le bureau de la Société, un exemplaire d'un Mémoire qu'il vient de publier sur les épileptiques. (Renvoi à l'examen d'une Commission composée de MM. Dumesnil, Prosper Lucas et Legrand du Saulle, rapporteur.)

M. LE D^r PUJADAS, membre associé correspondant, présente la candidature du D^r Rafael Rodriguez Mendez, membre de l'Académie de Grenade. M. Mendez envoie comme titres à l'appui plusieurs brochures en espagnol.

Renvoyé à une Commission composée de MM. Legrand du Saulle, Dumesnil et Motet, rapporteur.

Il Bollettino del privato manicomio Fleurent, a capodichino in Napoli.

Cronaca del manicomio di Sienna, par le D^r Palmerini.

Présentation d'ouvrages.

M. J. FALRET fait hommage à la Société, au nom du docteur Van Andel, de Zutphen, d'un rapport de la Société néerlandaise, et, au nom du docteur Kraft-Ebing, d'une brochure sur

les persécuteurs processifs ou la manie des procès, et d'un second mémoire du même auteur sur les troubles intellectuels provenant de l'habitude invétérée de l'onanisme.

M. LEGRAND DU SAULLE, à l'occasion de cette dernière présentation, fait remarquer combien le sujet traité par M. Kraft-Ebing présente d'intérêt clinique. « Pour le savant médecin de l'asile de Grätz, dit-il, tout enfant ou tout adolescent qui se masturbe à outrance est déjà, sur ce seul indice, un prédisposé à la folie, un héréditaire. Les enquêtes soigneuses justifient d'ordinaire cette prévision. Or, une fois que l'on a admis que le jeune garçon à habitudes onaniques abusives est déjà une tête recommandée, un malade-né, un aspirant nécessaire aux égarements de la raison, on comprend à merveille qu'il devienne, à vingt, vingt-cinq ou vingt-huit ans, un dément précoc. C'est là ce qui arrive. Recherchez dans les services d'aliénés les cas d'affaiblissement intellectuel hâtif, et vous verrez se vérifier la proposition de M. Kraft-Ebing. J'ai vu, pour ma part, depuis quelque temps, plusieurs cas de ce genre, et j'ai en ce moment même, à Bicêtre, un dément de vingt-quatre ans, pâle, maigre et très-ridé, masturbateur incorrigible, autrefois intelligent et actif, mais descendant d'une famille à accidents cérébraux. Il a de l'asymétrie crânienne et faciale. Sa sœur, qui vient le voir, a pu se marier, mais elle est très-faible d'esprit. La question soulevée est, on le voit, bien digne de fixer l'attention des observateurs. »

M. LEGRAND DU SAULLE. — J'ai l'honneur d'offrir à la Société, au nom de M. le docteur A. Lacour, médecin de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, un mémoire ayant pour titre : *De l'état actuel de l'assistance des épileptiques et de la nécessité de les hospitaliser*. Ce travail soulève une foule de questions d'un très-grand intérêt. M. Lacour étant candidat au titre de membre correspondant, je me borne aujourd'hui à déposer sa brochure sur le bureau, mais j'espère qu'une utile discussion pourra s'ouvrir ultérieurement, ici même, sur l'émouvant problème de l'assistance des épileptiques.

M. BLANCHE offre à la Société un volume qu'il vient de publier, et portant pour titre : *Des homicides commis par les aliénés*.

M. BELHOMME présente à la Société un opuscule lu à l'Académie de médecine sur le traitement des furoncles et des anthrax.

M. DALLY présente et offre à la Société un cahier manuscrit

volumineux, renfermant des gravures dont les unes sont prises dans les journaux illustrés, les autres sont dues à l'auteur. Ces gravures, collées avec soin sur les pages du cahier, mais sans affecter aucune disposition régulière, sont accompagnées d'écrits de toute sorte : citations latines, grecques, dissertations incohérentes, etc. Ce volume, auquel l'auteur attache une importance capitale, représente le type parfait de la démence écrite ; après quelques mots sur le malade, M. Dally, revenant sur une proposition déjà faite par lui à la Société, formule de nouveau cette demande : nommer une commission chargée d'examiner les moyens de constituer un musée de pièces et de documents de ce genre.

La Société, prenant en considération la demande de M. Dally, délègue MM. Dally, Duménil, Legrand du Saulle, Brochin et Motet, à l'étude de cette question.

M. DELASIAUVE. — Ce que vient de vous dire M. Dally me rappelle un fait que, l'ordre du jour paraissant épuisé, je crois susceptible de vous intéresser. Les lésions du crâne étaient étendues et profondes ; mais ce n'est pas là dans ma pensée le côté le plus remarquable de l'observation.

A Bicêtre, pendant une absence de mon collègue, M. Moreau (de Tours), médecin de la 2^e section des aliénés, je fus appelé à prendre l'intérim.

Au cours de ma première visite, on me présenta un malade offrant, à la partie latérale gauche et supérieure du cou, une vaste tuméfaction d'apparence phlegmoneuse. C'était un de ces lypémaniques stupides et concentrés dont on a peine à tirer un mot de réponse. La fièvre était intense, la prostration considérable, une issue funeste imminente. Je fis poser une trentaine de sangsues et, les jours suivants, des cataplasmes légèrement résolutifs. Chose inespérée, le gonflement diminua rapidement des deux tiers. On put dès lors circonscrire une tumeur dure, arrondie, du volume d'une petite pomme, un peu mobile, et que nous jugeâmes provenir, à travers les vertèbres, des enveloppes de la moelle.

Par malheur, l'état général ne s'amenda pas en proportion. Au contraire, quelques jours après, l'affaiblissement fit des progrès, et le patient ne tarda pas à succomber. Naturellement, nous ne négligeâmes pas l'autopsie. Comme nous l'avions préjugé, la tumeur fibreuse avait son origine sur les méninges spinales, et s'était frayé un passage entre les vertèbres érodées, n'ayant, toutefois, aucune communication avec l'intérieur du crâne.

Là, les lésions étaient graves et significatives. Toute la périphérie de l'hémisphère gauche avait été envahie par un énorme fungus, dont la partie la plus épaisse correspondait avec une ancienne cicatrice à la tempe. Quant à la table interne de la boîte crânienne, elle était en quelque sorte criblée d'érosions plus ou moins profondes. Une contusion, évidemment, avait dû être la cause originaire de ces délabrements anatomiques.

Les renseignements manquaient à cet égard. Un hasard providentiel vint nous les fournir. Au sortir de l'amphithéâtre nous rencontrâmes deux dames, précisément la mère et une sœur du défunt, arrivées pour le reconnaître. Or, voici ce que nous en apprîmes. M^{me} X... était restée veuve avec ce fils et trois filles. Nulle famille plus honorable et plus unie. Elle réunissait l'intelligence, la bienveillance et la moralité. Le garçon était gâté par ses sœurs, et il les payait largement de retour. Vers l'âge de quatorze ou quinze ans, il fit une chute sur la tête, cause de la blessure et de la cicatrice préindiquées.

La guérison mit quelque temps à s'effectuer. Il n'en résulta rien de fâcheux pour le développement des facultés, et vers seize à dix-sept ans, notre blessé entra dans une étude. Longtemps, ni pour le travail ni pour la conduite, on n'eut quoi que ce soit à lui reprocher. Eut-il quelque maîtresse désordonnée et exigeante? Il est permis de le soupçonner.

Toujours est-il qu'il commit chez son patron quelques infidélités qui amenèrent son arrestation et sa condamnation, je ne sais plus à combien d'emprisonnement. C'est dans la prison même que se déclara le délire ostensible et motivant son transfert à Bicêtre.

Il est incontestable que l'altération cérébrale remontait à la date éloignée de la chute et que la contusion de la tempe en avait marqué le point de départ. Mais un pareil processus morbide latent n'avait-il pu agir sur l'équilibre moral, susciter des entraînements, occasionner des défaillances qui, bien que non remarquées ou appréciées, auraient contribué aux penchants mauvais et aux actes délictueux? La chose est plus que probable, car la mère raconta une particularité que l'examen du cas, à ce point de vue, ne saurait omettre. En effet, peu de temps après la guérison de sa blessure, une sorte de frénésie insolite et accidentelle se serait manifestée chez le jeune homme. Comme auparavant, il se montrait affectueux avec ses sœurs et jouait avec elles. Tout à coup, sans provocation, sans motif, il leur serrait convulsivement le bras à les faire crier.

Chacun en était surpris et s'en plaignait. Sans s'excuser, il en plaisantait et se mettait à rire.

N'est-ce pas là un fait curieux de médecine légale ? Un rapport basé sur la notion de ces circonstances n'eût-il pas dû en tenir compte ? Pour nous, il était certainement de nature à motiver l'irresponsabilité.

M. MOTET donne lecture d'un résumé des travaux du Congrès, tenu en août 1878. (Voir ce travail dans les *Annales médico-psychologiques*, numéro de novembre 1878.)

Les médecins étrangers désignés par M. Motet sont élus, par acclamation, membres associés étrangers.

De l'assistance et de l'hospitalisation des épileptiques.

M. LEGRAND DU SAULLE.—Puisqu'une circonstance imprévue vient d'obliger la Société à rayer de son ordre du jour la principale question d'étude qui y était portée, et puisque nous nous trouvons tout à coup en face de loisirs non désirés, je demande à présenter quelques courtes réflexions au sujet de l'assistance et de l'hospitalisation des épileptiques, à l'occasion de l'intéressant mémoire de M. le docteur Lacour, de Lyon, que j'avais l'honneur de vous présenter tout à l'heure (au nom de l'auteur). La candidature de notre confrère de l'Antiquaille venant d'être posée, nous pouvons discuter dès maintenant ses travaux et ses titres.

Et d'abord, laissez-moi constater avec un regret profondément douloureux l'état d'abandon relatif dans lequel la France laisse vivre et mourir les quarante mille épileptiques qui, au point de vue de l'espèce, ternissent notre blason national. Les ressources thérapeutiques les plus ingénieuses, les tentatives les plus hardies et les dévouements les plus admirables sont constamment mis au service des scrofuleux, des phthisiques et des cancéreux : aucun effort ne coûte, aucune pratique ne répugne, aucune patience ne se lasse, dès qu'il s'agit de soulager, d'améliorer, ou de consoler ces malades. Les épileptiques, au contraire, réputés incurables pendant plus de vingt siècles, jusqu'en 1867, regardés comme compromettants pour l'honneur des familles et considérés comme dangereux pour la vie d'autrui, ont fait le vide autour d'eux. La prévoyance administrative a reculé devant l'énormité de la tâche, et le dévouement médical — le seul qui survive à tous les autres — ne leur est même pas toujours resté ! Je signalerai cependant tout à l'heure quelques initiatives privées des plus honorables.

J'ai entendu dire à un homme très-expérimenté, à un maître qui a laissé sa vie s'écouler discrètement au milieu des épileptiques, à M. Delasiauve, que tous les épileptiques étaient plus ou moins aliénés et qu'il n'y avait point de nuances subtiles à décrire chez ces malades, dont la raison était troublée, l'avait été ou allait l'être. Cette opinion s'est élevée chez M. Delasiauve à la hauteur d'une puissante conviction, et il l'a énergiquement soutenue, surtout à l'époque où une grande administration hospitalière a cru devoir, à la Salpêtrière, diviser les épileptiques en épileptiques simples et en épileptiques aliénées, enlevant ainsi les convulsives non délirantes à la sollicitude éclairée de notre collègue, cependant si compétent. J'ai toujours trouvé que la mesure consacrait une sorte d'injustice imméritée et je m'en suis sincèrement affligé. En réfléchissant toutefois à la base première de la classification administrative et en interrogeant sans parti pris la pathologie et la clinique, j'ai été conduit à reconnaître qu'il fallait faire une part assez importante aux épileptiques normalement pourvus de leurs attributs intellectuels. Essayons donc de catégoriser les malades de la manière la plus nette possible.

Plus on vit avec les épileptiques et plus on reconnaît qu'il est indispensable, au point de vue de l'état mental, de classer cliniquement les épileptiques proprement dits en trois catégories bien distinctes : 1^o ceux dont la névrose n'a point retenti sur l'intelligence, qui vont et viennent à leurs affaires, réussissent dans leur milieu et sont même parfois assez heureux pour dissimuler leur affection ; 2^o ceux qui ne présentent que passagèrement des troubles des facultés intellectuelles au moment ou après leurs vertiges, leurs accès incomplets ou leurs attaques, et qui, dans de longs armistices, jouissent de la complète intégrité de leur raison ; 3^o ceux dont l'esprit est altéré profondément et d'une manière permanente, dont l'aliénation est acquise et irrémédiable, et qui, lorsqu'ils ne sont point soumis à un traitement continu et très-surveillé, constituent dans les établissements spéciaux un groupe de malades agités, impulsifs, furieux et très-dangereux.

Evidemment, il n'y a aucune mesure nouvelle à proposer en faveur des malades de la première catégorie, mais en est-il de même pour ceux de la seconde ? Non, sans doute, et je vais même jusqu'à prétendre que nous avons le devoir de signaler aux pouvoirs publics la situation exceptionnelle et réellement lamentable que je vais en quelques mots vous exposer.

L'épileptique, chassé de son village ou de sa petite ville par l'humiliation que lui cause sa névrose, repoussé à peu près par tout le monde, ou désireux de se guérir et de consulter des médecins compétents, considère Paris comme un port assuré contre sa névrose. Paris devient pour lui son seul rêve, son objectif. La plupart du temps, il y arrive à pied. Vous ne sauriez croire combien est encore considérable le nombre des voyageurs qui ne connaissent que par ouï-dire le sifflet strident de nos locomotives !

Une fois arrivé à Paris, il cherche de l'ouvrage et en trouve. Un beau jour, il a une attaque convulsive et est ensuite passagèrement troublé, au point de vue mental. On l'entoure et on le secourt pendant sa crise, puis on le fait reconduire dans son garni. Le lendemain, lorsqu'il se représente, on le congédie. Attristé, mais non désillusionné, il frappe ailleurs et se fait ouvrir. Quelques jours ou quelques semaines s'écoulent, une nouvelle attaque survient publiquement, et le voilà une seconde fois éconduit. Après toute une série d'aventures de ce genre, découragé, harassé, portant des meurtrissures faciales ou succombant presque à l'inanition, il entre dans un hôpital. On lui prescrit du bromure de potassium et des aliments, il s'améliore visiblement ; et, comme il occupe un lit qui conviendrait mieux à un cas pathologique aigu, on le renvoie. Après toutes les déceptions et tous les déboires imaginables, évacué successivement de tous les hôpitaux sur l'asile de convalescence de Vincennes et de l'asile de convalescence de Vincennes sur le pavé de Paris, travaillant huit ou quinze jours ici ou là, et invariablement remercié partout, il s'adresse à l'administration générale de l'Assistance publique, se déclare épileptique et demande son placement à Bicêtre (service des épileptiques simples, c'est-à-dire des épileptiques non aliénés). On prend bonne note de son désir, on l'inscrit parmi les postulants, on fait même une enquête sur son compte et l'on attend qu'une vacance se produise. Mais le chiffre des lits est extrêmement restreint à Bicêtre, le traitement y est très-long, les sorties y sont rares, et les postulants n'entrent qu'au bout de six mois, d'un an ou de quinze mois d'une attente très-peu résignée. Ces délais indiquent assez que la plupart n'entrent jamais. Pour bien faire, il faudrait 250 lits pour les épileptiques simples, tant à Bicêtre qu'à la Salpêtrière. Au lieu de ce chiffre, qui serait à peine suffisant, nous comptons 72 lits à Bicêtre et une centaine environ à la Salpêtrière.

L'ancien préfet de la Seine, M. Haussmann, avait si bien compris qu'il existait dans l'assistance générale des pauvres, des infirmes et des malades, une lacune extrêmement fâcheuse, qu'il avait lui-même esquissé le plan original d'une sorte de colonie pour les épileptiques. Il avait l'intention de construire un établissement de six cents lits sur l'une des dépendances du domaine de Ville-Evrard; mais il pensait, à tort, que les épileptiques devaient être nécessairement assimilés aux aliénés, rangés sous la même législation et administrés de la même manière. Seulement, au lieu de les loger dans d'immenses bâtiments, comparables à des casernes, il les disséminait, brigade par brigade, dans de petites habitations rurales, mettant à leur portée toutes les occupations agricoles et horticoles, des ateliers pour tous les corps de métier, des classes, une bibliothèque, une église, et le personnel varié qui aurait dirigé et surveillé tant de convulsifs si peu faciles à manier en général. Il voulait catégoriser les épileptiques selon leurs aptitudes antérieures, leurs qualités acquises, la fréquence de leurs accidents, la douceur de leurs mœurs, leur éducation première et leur degré d'utilisation possible. M. Haussmann est descendu du pouvoir avant l'heure des désastres de la France, et son projet n'a été repris par personne. J'en avais recueilli l'idée. Je viens d'en exhumer le souvenir.

Aujourd'hui, lorsque l'Assistance publique, faute de places, a évincé les pétitionnaires, qu'arrive-t-il? Les candidats malheureux n'ont plus, hélas! qu'un refuge, le dernier de tous, celui qui sert d'abri commun à toutes les détresses physiques, morales, sociales, politiques et internationales, à toutes les infortunes et à toutes les hontes, à toutes les erreurs et à tous les crimes: j'ai nommé le dépôt de la Préfecture de police. L'épileptique y entre pauvre, infirme et honnête; mais il n'a pas de domicile et s'est lui-même livré, en désespoir de cause. On l'accepte et on l'héberge, mais il devient un délinquant: le voilà prévenu de vagabondage, délit prévu et réprimé par la loi. Vous le voyez, le malheur a ses étapes.

Soumis à mon examen, l'inculpé me réclame sa liberté ou son placement quelque part. Si ses crises sont peu fréquentes et si elles ne s'accompagnent que d'une hébétude transitoire, que d'une demi-excitation momentanée, que de quelques troubles intellectuels sans gravité, avec attitude inoffensive, je lui facilite sa sortie, je demande pour lui un passe-port et des indemnités de route, et je l'exhorte chaudement à revoir le pays qui

l'a vu naître et qui saura, mieux que Paris, compatir à sa douleur. S'il n'a jamais été condamné, il bénéficie aussitôt d'une ordonnance de non-lieu et est repatrié. S'il a des antécédents judiciaires, je le fais diriger sur les maisons de répression de Saint-Denis ou de Villers-Cotterets.

Lorsque je me trouve en face d'un épileptique intelligent, plein de cœur, armé pour la lutte, désireux d'améliorer son intolérable situation et prêt à tout tenter pour arriver à bien, je n'hésite pas à me jeter dans les voies de l'illégalité. Je signale ce malade comme présentant quelques désordres de la raison, à la suite de ses crises convulsives, et je le fais passer du dépôt à l'infirmerie spéciale des aliénés. A Sainte-Anne, à Bicêtre ou à la Salpêtrière, personne n'est dupe de ce procédé, et j'ai la satisfaction de posséder nos collègues pour complices.

Pour placer un épileptique en lieu sûr, pour lui être sincèrement secourable, je suis donc obligé de lui jeter sur les épaules la livrée du délire. Je le regrette; mais je n'ai pas encore pu faire mieux. A qui la faute? A tout le monde et à personne. L'épilepsie n'a point été prévue comme maladie exceptionnelle, et l'épileptique n'a point bénéficié, comme l'aliéné, d'une loi d'exception. On a consacré, dans le département de la Seine, 30 millions à la construction et à l'aménagement des trois grands asiles d'aliénés que vous savez; mais on n'a rien prévu, rien voté, rien dépensé pour les épileptiques, qui sont universellement repoussés, et qui, bien à tort, sont de véritables parias. Aussi, dès qu'un convulsif a quitté l'infirmerie spéciale près la préfecture et qu'il entre à l'asile Sainte-Anne, est-il marqué à l'encre rouge et inscrit d'office, par le seul fait de sa névrose, comme devant être nécessairement dirigé sur Bicêtre. Notre établissement découronné n'est plus aujourd'hui que le refuge des névropathes les plus affligés, des gâteux les plus dégradés et des valides les plus dangereux. On dit qu'il existe, même en France, des établissements d'aliénés sans médecins aliénistes. J'ignore si ce fait est vrai; mais, ce que j'affirme, c'est qu'il existe à Bicêtre des médecins aliénistes sans aliénés. En face de cette iniquité administrative, nous faisons bonne contenance. Lorsque l'on est animé de l'ardent désir de faire le bien, on sait le faire partout. D'ailleurs, notre mission n'est peut-être pas sans quelque grandeur?

Mais en dehors de Paris, qu'a-t-on fait pour les épileptiques? Qui est-ce qui a eu des entrailles pour ces individus de rebut qui naissent orphelins, vivent inavoués et meurent reniés? Ici,

et sans plus tarder, je suis conduit à ouvrir deux parenthèses, mais je saurai bien les fermer.

Il y a plus de vingt et un ans, au printemps de l'année 1857, je reçus la visite de M. le comte de Larnage, membre du conseil général de la Drôme, qui m'apprit que sa famille était possesseur depuis trois cents ans d'un remède merveilleux contre l'épilepsie. Je fus tout d'abord très-mal impressionné par cette révélation inattendue et je fus presque sur le point de dire à mon interlocuteur : « Votre famille, monsieur, est bien coupable, car elle n'a encore rien fait, à ma connaissance, pour mettre à la portée de tous le moyen si héroïque auquel vous faites allusion. » M. de Larnage paraissait très-convaincu, et à l'entendre, il réussissait presque infailliblement à combattre l'épilepsie. Je m'abstins de toute réflexion disgracieuse et mon esprit se reporta involontairement à tous ces scrofuleux confiants dont la guérison immédiate ne dépendait que de l'apposition des doigts du roi de France, après le sacre, au sortir de la cathédrale de Reims. M. de Larnage, résolu alors à divulguer son secret, m'annonça que son médicament, composé de suc frais de *gallium album* ou caille-lait, de la famille des rubiacées, croissait en abondance sur le même coteau que le vignoble fameux de l'Ermitage, qu'il distribuait gratuitement et indistinctement le *gallium album* à tous les malades, deux fois par an, le premier jour de la lune, en mai et en septembre, et que cette distribution, à ces deux époques sacramentelles, attirait une foule énorme d'épileptiques à Tain. M. de Larnage avait été présenté à l'empereur par M. Rouher, ministre de l'agriculture et du commerce, et il s'était longuement entretenu avec M. Rayer, président du conseil consultatif d'hygiène publique, et peut-être même avec M. A. Tardieu, membre influent de ce même conseil. Tous les pourparlers officiels n'aboutirent point, on craignit une mystification, et le conseiller général de la Drôme, un peu déçu, mais non découragé, allait quitter Paris, lorsqu'il vint frapper à ma porte. Une situation médicale me fut offerte. Je ne l'acceptai point.

A peu de temps de là, un jeune vicaire de la cathédrale de Valence, plein de zèle et de charité, commença dans tous les chefs-lieux de canton une série de prédications ardentes en faveur des épileptiques, et le bel asile de la Teppe s'éleva avec le produit des sermons et les quêtes à domicile. Aujourd'hui, les sœurs de Saint-Vincent de Paul ne comptent pas moins de deux cent quarante épileptiques en traitement. Je regrette

d'avouer que les indigents constituent une infime minorité dans cette magnifique maison de santé, qui ne ressemble ni à un hôpital, ni à une forteresse, ni à une prison, ni à un asile d'aliénés, où l'on n'aperçoit pas de murs, où tout est vert et où l'horizon est sans limites. L'élément bourgeois ou riche peuple cette paisible demeure. J'ignore si l'on distribue toujours autant de *gallium album*, le premier jour de la lune de mai et de la lune de septembre, mais ce que je sais bien, c'est que l'haleine des malades en traitement est singulièrement bromée. L'étiquette du flacon a pu être conservée, mais je soupçonne le contenu de n'être plus le même ?

La légende des trois siècles de succès anti-épileptiques et les innocentes illusions d'un gentilhomme campagnard, aussi honnête que bienfaisant et crédule, ont pu s'évanouir, au moment de la proclamation des avantages thérapeutiques du bromure de potassium, mais qu'importe ? Il reste une grande idée, une secourable initiative, une probante démonstration : les épileptiques non aliénés peuvent être assistés, traités, hospitalisés, et jouir des bienfaits d'une vie relativement libre.

Je ferme cette première parenthèse, et j'ouvre la seconde.

Le hasard m'a mis en relation, il y a dix ans, avec un étranger assez âgé, dans une position aisée, bienfaisant et pieux. Il est père de famille. Il a souvent réfléchi à la possibilité, sans nuire aux siens, de faire une fondation utile à l'humanité, et il a pris un peu partout beaucoup de renseignements, soit sur les plus affligeantes calamités physiques, soit sur les institutions destinées à secourir ou à faire disparaître ces calamités. L'épilepsie et les épileptiques se sont imposés à sa sollicitude. L'an dernier, grâce à ses soins, l'Académie de médecine de Belgique a annoncé un prix de cinq mille francs à décerner, dans des conditions déterminées, à l'auteur du meilleur travail sur l'épilepsie. Ce prix n'est qu'une première amorce. Ce généreux étranger m'annonçait, il y a quelques jours, qu'il allait verser vingt-cinq mille francs pour un grand prix à décerner également à celui qui pourra démontrer, par des faits authentiques, qu'il a guéri le plus d'épileptiques. Le concours aura lieu encore en Belgique, mais tout le monde sera admis à concourir.

Voilà une seconde et honorable initiative privée, infiniment moins charitable et moins féconde que la précédente, mais bien digne aussi d'être respectueusement saluée à cette tribune. — Hâtons-nous de revenir maintenant à la question générale de l'assistance des épileptiques.

Sur les quarante mille épileptiques que possède la France, trente-six mille vivent en liberté, et quatre mille sont séquestrés comme aliénés. Ainsi que je l'ai dit déjà, les épileptiques simples, placés directement à Bicêtre par l'Assistance publique, sont en bien petit nombre. En revanche, ils se trouvent parfaitement et ne songent point à réclamer leur sortie. L'administration leur accorde une foule de privilèges, des permissions de douze ou de vingt-quatre heures, le libre accès à la bibliothèque, et, de plus, elle les fait inscrire sur la liste des électeurs de la commune de Gentilly. A chaque élection, les épileptiques simples se présentent à la circonscription établie à l'hospice même de Bicêtre, et ils y remplissent leur devoir de citoyens. Avec leur attitude chagrine et leur caractère aigri, ils n'hésitent pas, dit-on, sous tous les gouvernements, à donner une leçon au pouvoir : ils votent fatalement avec l'opposition. Les candidats sont d'ailleurs très au courant de la psychologie électorale de la section, et, selon leur nuance, ils l'inscrivent avec toute certitude à leur actif ou à leur passif. Il n'y a jamais de mécomptes ni de surprises.

A côté de ces convulsifs si favorisés qui peuvent de temps à autre se rendre au café ou à l'Opéra, qui vont nuitamment visiter leurs femmes, et qui, à leurs heures de préoccupations politiques, s'immiscent dans les affaires de l'État et régissent le suffrage universel, se trouve la catégorie des épileptiques aliénés, reçus par la préfecture de police, soumis à la loi du 30 juin 1838, confondus pêle-mêle avec les fous, privés de sorties, sevrés de toutes les joies et décapités comme membres du corps électoral français. Au demeurant, ils n'étaient quelquefois pas plus délirants que les premiers, mais, pour pouvoir les admettre, il m'a fallu leur appliquer l'étiquette de l'aliénation ! Il y a là une injustice criante, et je gémiss toujours en la commettant sciemment.

Il y a quelques années, j'avais refusé d'admettre un ouvrier, épileptique simple, très-intelligent, paraissant doux et honnête, qui m'avait demandé son placement à Bicêtre, comme aliéné. Je l'avais, à deux ou trois reprises, engagé à solliciter de l'Assistance publique sa réception directe et je l'avais, en attendant, fait recevoir à l'Hôtel-Dieu. Il sortit très-rapidement de l'hôpital, puis de l'asile de Vincennes, et, désespérant de trouver quelque part un asile stable, digne et secourable, il se jeta dans la Seine. L'un des bateaux-mouches vint à passer et le sauva. C'est à moi qu'il fut conduit. Je n'eus pas de peine à le reconnaître,

et, lorsque je l'eus paternellement admonesté, à l'occasion de sa tentative de suicide, il me répliqua avec tranquillité : « Voilà qui est trop fort ! Je tombe du haut-mal et je ne peux gagner ma vie nulle part ; je ne peux pas être reçu à Bicêtre parce que je ne suis pas fou, et, avec cela, on me défend de me détruire ! Apparemment il faut que je vole, et alors j'irai en prison. » Il va sans dire que je m'empressai de le recevoir comme épileptique aliéné, et certes il était loin de présenter un trouble mental quelconque. Il était même très-bien doué.

Dans la seconde ville de France, à Lyon, l'assistance des épileptiques simples par les hospices est de date récente. Instituée en vertu d'une donation faite en 1859 par une femme généreuse, Marie-Henriette Courajol, elle fonctionne depuis 1862. La donation Courajol permet de créer, dès l'origine, cinq lits de femmes et cinq lits d'hommes. Aujourd'hui, notre honorable et savant confrère, M. le docteur Lacour, a cinquante-six lits à l'hospice de l'Antiquaille pour les épileptiques. C'est peu, sans doute ; eh bien, ce premier résultat obtenu est déjà un fait considérable et une innovation précieuse.

En somme, il y a beaucoup à faire, tant pour les épileptiques simples que pour les épileptiques aliénés.

Pour les uns, il y a nécessité de les assister, de les hospitaliser, de les coloniser, de leur rendre la vie supportable par une série de moyens et de mesures qu'il importe de rechercher et d'étudier. Ces malades peuvent être réunis, car l'épileptique ne fait jamais de mal à l'épileptique. Le malheur les solidarise. Voyez comment les choses se passent à la Teppe, à Lyon, ou dans les sections d'épileptiques simples, à Bicêtre et à la Salpêtrière : en vertu d'une sorte de confrérie comitiale innée, les convulsifs se prêtent mutuellement secours, se supportent, s'excusent ou se consolent réciproquement. Il existe là quelque chose comme une franc-maçonnerie occulte, tacitement cimentée par la névrose. Depuis que le bromure de potassium est devenu la muselière de l'épilepsie, ces sentiments instinctifs ne se sont pas affaiblis, et l'on peut entendre les malades vous dire avec confiance, presque avec orgueil : « Je n'ai pas eu de crise depuis trois mois, mais A. n'en a pas eu depuis quatre mois, B. depuis telle époque et C. depuis un an. » L'amélioration du voisin cause une agréable impression. Sa rechute appelle la tristesse. La solidarité n'est donc point un vain mot.

Pour les autres, il y a également nécessité de ne plus les confondre pêle-mêle avec les aliénés. Dans ces conditions, la

vie commune est pénible pour tous et un antagonisme permanent s'établit entre les uns et les autres. L'épileptique dédaigne l'aliéné, se moque de lui ou lui reproche sa folie ; l'aliéné n'a qu'une compassion médiocre pour l'épileptique et s'éloigne de lui, tant il en a peur. Aucune fusion ne s'opère entre eux. Ils demeurent étrangers les uns aux autres. Leur rapprochement amical constituerait une liaison illicite, quelque chose comme un faux ménage.

La Société médico-psychologique doit-elle se livrer seulement au platonique examen de toutes ces doléances, ou prendra-t-elle l'initiative d'un pétitionnement auprès de l'Assistance publique et du conseil municipal de Paris ? Je ne préjuge pas, mais j'affirme qu'aucune question plus intéressante, plus équitable et plus actuelle, ne s'est jamais imposée à ses délibérations. Je la supplie, en conséquence, de ne point passer outre.

En terminant, je ne peux que recommander à vos suffrages l'honorable et distingué médecin de l'Antiquaille, M. Lacour, que nous serons certainement heureux de compter parmi nos correspondants.

M. DELASIAUVE ajoute quelques remarques aux considérations développées par M. Legrand du Saulle. Comme à ce collègue, la question concernant l'hospitalisation des épileptiques lui semble grave et opportune. Il propose à la Société de la mettre à l'ordre du jour de la plus prochaine séance.

La proposition de M. Delasiauve est adoptée, et la question de l'assistance des épileptiques est mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

M. Lacour est nommé membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

Sur la demande de M. J. FALRET, et après quelques observations de différents membres, la Société décide qu'elle tiendra deux séances supplémentaires durant les mois de novembre et de décembre.

La séance est levée à six heures.

D^r Paul MOREAU, de Tours

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Lyon médical

(1877)

- 1° *Ramollissement cortical limité avec chute de la paupière supérieure*, par J. Rendu (n° 13).

Observation avec figure schématique : la lésion siégeait au tiers inférieur de la pariétale ascendante, alors que dans une observation à peu près analogue de Grasset, de Montpellier, la lésion se trouvait à l'extrémité de la scissure parallèle.

- 2° *Un cas d'hémichorée*, par M. Boucaud (n° 44).

Gazette médicale de Strasbourg

(1877)

- 1° *Arthropathie de nature hystérique*, par le Dr Hirtz, de Colmar (n° 5).

- 2° *Des maladies internes produites sous l'influence de la terreur et de la dépression morale, pendant le siège de Strasbourg*, par le Dr Reibel.

Congestions cérébrales, méningites, aliénations mentales, paralysie générale, épilepsie, hystérie, telles sont les principales modalités pathologiques dues au bombardement de Strasbourg.

Bordeaux médical.

(1875)

- De la monomanie religieuse du doute*, par M. Marandon de Montyel (nos 50 et 51).

Annales d'hygiène publique et de médecine légale

(1877)

Contribution à l'étude médico-légale, par le Dr A. Foville fils.

C'est presque uniquement au début de la maladie, que se produisent les actes morbides qui conduisent les paralytiques devant les tribunaux. M. le Dr Foville a groupé un certain nombre d'observations intéressantes, dans le but de fournir une démonstration claire et pratique de l'état mental d'individus, qu'il est souvent difficile de regarder comme irresponsables, en raison de l'obscurité fréquente du diagnostic, et aussi parce que, dans cette période, dite phase médico-légale de la paralysie générale, il y a diversité extrême des aspects.

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie

(1877)

1° *Paralysies et convulsions d'origine corticale*, par MM. Charcot et Pitres (janvier, février, mars, mai et juin).

Long travail rempli de faits curieux, d'indications bibliographiques et d'observations recueillies avec la plus scrupuleuse exactitude. De nombreuses figures schématiques rendent facile la tâche du lecteur qui ne posséderait pas à fond la topographie des hémisphères cérébraux. Les conclusions suivantes résument d'une façon très-succincte les propositions les plus importantes contenues dans cinq numéros de la *Revue*.

1° L'écorce du cerveau de l'homme n'est pas fonctionnellement homogène : une partie seulement des circonvolutions est affectée à l'exercice régulier des mouvements volontaires. Cette partie, que l'on peut appeler zone motrice corticale, comprend le lobule paracentral, la circonvolution frontale ascendante, et peut-être aussi les pieds des circonvolutions frontales.

2° Toutes les lésions corticales, quelle que soit leur étendue, siégeant en dehors de cette zone motrice, sont latentes au point de vue des troubles de la motilité, c'est-à-dire qu'elles ne déterminent ni paralysies ni convulsions. Nous pouvons ajouter qu'elles ne s'accompagnent jamais de dégénération secondaires de la moelle épinière.

3° Au contraire, les lésions destructives même très-limitées atteignant directement ou indirectement la zone motrice, pro-

voquent nécessairement des troubles de la motilité volontaire.

4° Si la lésion est brusque, si elle détruit d'un seul coup une grande partie de la zone motrice corticale, elle donne lieu à une hémiplégie subite, flaxide, s'accompagnant plus tard de dégénération secondaires de la moelle épinière et de contracture tardive des muscles paralysés, et ressemble complètement à l'hémiplégie centrale vulgaire.

5° Si la lésion est limitée à une portion restreinte de la zone motrice corticale, elle donne lieu à des monoplégies (suppression de fonctions) et à des convulsions affectant le plus souvent la forme que nous avons étudiée sous le nom d'épilepsie partielle (phénomène d'irritation). Au bout d'un certain temps, ces lésions destructives, même très-limitées de la zone motrice, déterminent une dégénération secondaire qui descend à travers le pédoncule cérébral et la moelle allongée jusque dans le cordon latéral du côté opposé de la moelle épinière.

6° L'étude des paralysies et des convulsions d'origine corticale démontre que les centres moteurs corticaux pour les deux membres du côté opposé sont situés dans le lobule paracentral et dans les deux tiers supérieurs des circonvolutions ascendantes, et que les centres pour les mouvements de la partie inférieure de la face sont placés dans le tiers inférieur des circonvolutions ascendantes au voisinage de la scissure de Sylvius.

7° Il est très-probable que le centre, pour les mouvements isolés du membre supérieur, siège dans le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante du côté opposé.

8° Enfin, on ne connaît pas encore exactement la situation des centres moteurs corticaux pour les mouvements de la nuque, du cou, des yeux, ni des paupières. »

2° *Épilepsie des grands mangeurs*, par le Dr Lépine (août).

Trois observations d'épilepsie, survenant à la suite d'écarts habituels de régime, chez des individus très-sanguins ont permis à M. Lépine de constater l'heureuse influence d'émissions sanguines et d'un régime approprié.

3° *Sur un cas d'abcès d'un des lobes frontaux*, par le Dr Lépine (novembre).

4° *Paralysie glosso-labiale cérébrale à forme pseudo-bulbaire*, par le Dr Lépine (décembre).

La paralysie glosso-labiale peut avoir une origine cérébrale ;

la lésion siège dans une région voisine du siège de l'aphasie. On peut la confondre, vu sa rareté, avec la paralysie glosso-labiale bulbaire dont elle se distingue par l'absence d'atrophie, et aussi avec la paralysie bulbaire en foyer dans laquelle la symétrie de la paralysie est moins parfaite. Les mouvements réflexes sont conservés dans la forme cérébrale de la paralysie glosso-labiale.

Journal de thérapeutique, publié par M. A. Gubler

(1875)

Recherches physiologiques et thérapeutiques sur la picrotoxine; applications au traitement de l'épilepsie, par le Dr Planat (nos 40, 41, 42).

Des différentes considérations émises dans ce travail, on peut conclure :

« 1° Que la picrotoxine possède positivement des propriétés anticonvulsivantes;

2° Que ces propriétés, au point de vue curatif, s'adressent à la plupart des affections convulsives;

3° Que parmi celles-ci figurent l'épilepsie sympathique et probablement l'idiopathique récente, l'éclampsie puerpérale, la chorée et le spasme diaphragmatique. »

Recueil de mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaire

(1875-76)

1° *Un cas d'hystérie chez l'homme*, par J. Aron (juillet, août 1875).

2° *Perte subite de la parole et de la vue au début d'une amygdalite hplegmoneuse*, par le Dr Bussard (mars, avril 1876).

Observation d'un fait curieux et rare, suivie de considérations sur l'aphasie temporaire.

3° *Étude sur la folie rhumatismale*, par le Dr Vaillard (novembre, décembre 1876).

**Journal de l'anatomie et de la physiologie normales
et pathologiques**

(1875)

Du somnambulisme provoqué, par M. Charles Richet.

« On peut, par des passes dites magnétiques, comme par la fixation d'un objet brillant, et d'autres procédés empiriques mal étudiés et inconstants, provoquer une névrose spéciale analogue au somnambulisme.

Cette névrose, difficile à amener la première fois, arrive presque toujours si l'on a la patience de faire plusieurs séances consécutives. Dès qu'on l'a obtenue une fois, elle est très-facile à reproduire.

Tous les phénomènes qu'on observe sont en rapport avec les données de la physiologie et de la psychologie, et se retrouvent à des degrés divers dans quelques intoxications et dans certaines névroses du système nerveux central.

Les phénomènes vraiment caractéristiques sont les hallucinations qu'on peut provoquer toutes les fois qu'on le désire, et un automatisme complet ; en sorte que la personne endormie est soumise à la volonté des individus qui l'entourent, et perçoit les sensations imaginaires qu'ils veulent lui communiquer.

En présence de faits constants et reconnus depuis cinquante ans par les meilleurs observateurs, dans des conditions toujours identiques, on doit admettre l'existence de cette névropathie qui diffère de toutes celles que nous connaissons par son origine expérimentale. Ainsi définie, la névropathie magnétique, quoiqu'elle offre peu d'applications thérapeutiques, est une étude du plus haut intérêt pour le physiologiste et le psychologue. »

(1877)

4° *Recherches sur l'origine réelle des nerfs crâniens*, par Mathias Duval (mars, avril, novembre et décembre).

Long travail d'anatomie de structure intime, commencé en 1876, et dont il est impossible de faire une analyse ou un résumé.

Mouvement du cerveau, par F. Franck (mai, juin).

Travail fort intéressant, dans lequel on retrouve des recher-

ches critiques et expérimentales sur les mouvements alternatifs d'expansion et de resserrement du cerveau dans leur rapports avec la circulation et la respiration.

Des tracés graphiques ont pu être pris chez divers malades, et notamment dans un cas de dénudation, par suite d'une lésion osseuse de nature syphilitique.

Archives générales de médecine

(1875)

1. *Un cas d'hystérie chez l'homme*, par le D^r Bonnemaison (juin).
2. *Suicide et aliénation mentale dans les prisons cellulaires de la Seine*, par C. J. Lecour (août).
3. *Hystérie et catalepsie*, observation et commentaires par Berdinel (octobre).

(1876)

1. *Des troubles de la parole dans la paralysie générale*, par M. A. Voisin (janvier).

Les troubles de la parole dans la paralysie générale sont : l'anonnement, le traînement et l'hésitation, qui relèvent de lésions cérébrales, et aussi le bredouillement, le bégayement, le tremblement, qui sont le résultat d'altérations du bulbe. Le mutisme s'observe assez fréquemment ; il est peut-être dû à des lésions cérébrales, musculaires ou nerveuses de la langue et des lèvres.

2. *Etude sur les rêves morbides persistants*, par le D^r Faure (mai).

(1877)

1. *Nombreux cas d'hémoptysies nerveuses*, par le D^r Marius Carre, d'Avignon (janvier, février, mars).
2. *Aliénation mentale et diabète*, observation de M. P., par le D^r Cotard (mars).
3. *Encéphalocèle congénitale*, par le D^r R. Larcher (avril, juillet).

Monographie complète de l'exencéphale que M. Larcher a

entrepris de faire à la suite de l'observation d'un fait en pleine contradiction avec les descriptions classiques. L'historique, la bibliographie, l'anatomie pathologique, l'étude du siège de prédilection, la pathogénie, les symptômes et le traitement ont successivement été abordés et traités d'une façon magistrale.

4. *De l'insomnie*, par le Dr Villemin (mai, juin).

1. Le sommeil a pour cause la diminution d'activité des cellules nerveuses usées par le travail fonctionnel ; ces conditions physiques modifient l'innervation vaso-motrice ; l'afflux du sang diminuant, l'activité du cerveau est suspendue et la réparation des éléments nerveux s'opère.

2. La cause habituelle de l'insomnie est la persistance d'activité des éléments nerveux centraux, sous l'influence d'une excitation quelconque interne ou externe ; elle peut dépendre aussi d'une congestion active du cerveau qui entretient l'activité fonctionnelle des cellules.

3. L'insomnie peut encore résulter d'un état d'éréthisme nerveux coïncidant avec l'anémie générale, et provenant d'une modification de la modalité des éléments nerveux.

4. Pour le traitement de l'insomnie, il importe avant tout d'en rechercher la cause. L'insomnie passagère sera presque toujours arrêtée par le retour aux prescriptions de l'hygiène.

5. La cause de l'insomnie symptomatique de maladies aiguës ou chroniques ne pouvant être, dans la plupart des cas, rapidement écartée, on aura recours aux médicaments hypnotiques, en tête desquels se placent l'opium et ses alcaloïdes.

6. La morphine est le principe le plus somnifère de l'opium ; la narcéine et la codéine, moins actives, ne laissent pas à leur suite le malaise que produit la morphine. Ces préparations conviennent surtout contre l'insomnie de la douleur ; elles sont contre-indiquées quand il existe de la congestion cérébrale.

7. Le bromure de potassium, dont la propriété hypnotique est bien moins puissante, est indiqué dans l'insomnie avec excitation circulatoire, comme pour l'insomnie nerveuse où les opiacés sont souvent inefficaces. On l'emploie avec succès chez les enfants. Il est contre-indiqué quand il existe une anémie très-prononcée.

8. Le sulfate de quinine, comme le bromure, paraît exercer

sur les éléments nerveux une action qui a pour conséquence la décongestion de l'encéphale; de même que ces deux médicaments, le chloroforme en potion réussit surtout dans l'insomnie nerveuse.

9. L'hydrate de chloral est un hypnotique franc, supérieur par l'instantanéité de son action. Il convient pour presque tous les cas d'insomnie, sauf dans certaines affections dyspnéiques et cardiaques, et quand il existe une grande débilité.

10. L'insomnie des vieillards et celle des individus affaiblis, anémiques, sera parfois combattue avec succès par la médication tonique, vin, éther, amers, hydrothérapie. »

5. *De l'épilepsie par malformation du crâne*, par le D^r Lasègue (juillet).

Il y a dans l'épilepsie deux choses distinctes, l'attaque et la maladie générale. L'étude du professeur Lasègue porte sur les épileptiques et non pas sur les divers accidents épileptiformes produits par l'intoxication alcoolique, la syphilis, la compression accidentelle du cerveau. L'épilepsie vraie est une maladie unique en son genre, par sa durée, la fatalité avec laquelle se produisent les attaques, leur intensité uniforme et banale. C'est une maladie incurable, non héréditaire, en ce sens que son évolution ne se fait pas directement du père au fils sous la même forme. On trouve chez les ascendants les affections les plus diverses du système nerveux. C'est plutôt une infirmité qu'une maladie, car elle obéit aux règles qui s'imposent aux infirmes : « l'immobilité invariable, l'incurabilité, le fait d'être un centre fixe autour duquel gravitent des accidents multiples et secondaires. » Cette infirmité peut survenir par un traumatisme ou une déformation spontanée. De dix à dix-huit ans, époque où le crâne prend une conformation désormais fixe, apparaît l'épilepsie vraie.

L'asymétrie épileptogène s'accuse par une saillie d'une des moitiés du frontal, le côté droit est le plus souvent atteint, saillie qui se constate par la vue et le toucher. Cette déformation doit retentir sur la face, les orbites, les os molaires, la voûte palatine, où l'on remarque une asymétrie. C'est bien là l'épilepsie par malformation du crâne.

6. *De l'anesthésie dans l'hémiplégie hystérique*, par le D^r Desbrosse (octobre).

Archives de physiologie.**1. Sur les fonctions des hémisphères cérébraux, par MM. Carville et H. Duret (mai, juillet).**

Histoire et critique. — Les procédés d'expérimentation pour l'étude des fonctions cérébrales sont divers : HALLER et SERRES ont enfoncé un instrument à une certaine profondeur dans les lobes cérébraux et provoquèrent une douleur vive, ils avaient lésé le pied de l'expansion pédonculaire. Lorry, Flourens, Longet et Vulpian ont établi que les hémisphères cérébraux étaient inexcitables. Suivant Flourens, les mouvements volontaires sont abolis après ablation des lobes cérébraux ; Bouillaud admettait que, dans ce cas, certains mouvements volontaires persistaient.

M. VULPIAN a enfin démontré que la spontanéité capricieuse observée chez l'animal intact, disparaît chez l'animal privé de ses deux hémisphères et que l'influence du cerveau sur les mouvements volontaires est d'autant plus grande que les animaux appartiennent à une classe plus élevée. En 1872, MM. BEAUNIS et FOURNIÉ ont employé les injections interstitielles dans leurs recherches sur les fonctions du système nerveux. La méthode expérimentale de M. Fournié est défectueuse, il a utilisé le chlorure de zinc, liquide caustique dont l'action ne se limite pas facilement ; les résultats de ses expériences sont en dehors des règles de l'observation physiologique, il ne tient pas assez compte des travaux antérieurs.

NOTHNAGEL a fait des injections interstitielles d'acide chromique à travers une fine perforation des parois du crâne, depuis il a adopté l'emploi des destructions localisées. Ses expériences sur les couches optiques semblent renfermer des erreurs d'interprétation ; il admet que les impressions sensibles périphériques se transforment en mouvements dans les couches optiques.

Les physiologistes allemands FRITSCH et HITZIG ont les premiers indiqué l'excitabilité de certaines régions de l'écorce grise par les courants galvaniques. D'après Hitzig, la plupart des centres moteurs des chiens sont situés sur le *gyrus sigmoides*, partie de la première frontale. Chez un singe (*innuus Rhesus*), Hitzig a pu, à l'aide des courants continus, faire des expériences fort remarquables, il en a conclu que, chez le singe, les véritables centres sont situés « sur la circonvolution

centrale antérieure, depuis la grande scissure médiane jusqu'à la scissure de Sylvius. Tout à côté de la ligne médiane, à trois millimètres de distance, se trouve le centre pour l'extrémité postérieure. Le centre pour l'extrémité antérieure siège trois millimètres au-dessous du précédent. Sept millimètres plus bas, se rencontre une région qui est en rapport avec les nerfs de la face ; enfin, auprès de la scissure sylvienne, à six millimètres au-dessus de celle-ci et à douze millimètres au-dessous du point précédent, on voit la région qui est en rapport avec les mouvements de la bouche, de la langue et des mâchoires. »

FERRIER publia ses premières expériences le 26 avril 1873, dans *The British medical Journal* et un mémoire plus complet dans *The West Riding Asylum medical Reports*. Ces expériences, par la méthode des courants faradiques, ont été faites sur des chats, des chiens, des lapins, et depuis, M. Ferrier a répété ses expériences sur le cerveau de toutes les classes de vertébrés, y compris le singe.

MM. Carville et Duret ont résumé comme suit les résultats obtenus par Ferrier dans ses nombreuses expériences sur le cerveau des singes :

« Les centres pour les mouvements des membres sont situés dans les circonvolutions avoisinant la scissure de Rolando, c'est-à-dire la circonvolution pariétale ascendante avec son extrémité postéro-pariétale, qui s'étend en arrière jusqu'à la scissure pariéto-occipitale, la circonvolution frontale ascendante et l'extrémité postérieure de la frontale supérieure. Des centres pour chacun des mouvements des membres, des mains et des pieds sont indiqués séparément dans ces circonvolutions.

Plus loin, il existe sur la circonvolution frontale ascendante, au niveau de l'extrémité terminale de la circonvolution frontale moyenne, des centres pour certains muscles de la face, pour les muscles zygomatiques, etc.

A l'extrémité postérieure de la circonvolution frontale inférieure et sur la partie correspondante de la circonvolution frontale ascendante, il y a des centres pour les divers mouvements de la bouche et de la langue, c'est la région homologue de la circonvolution de Broca. A l'angle inférieur du sillon intra-pariétal se trouve le centre du muscle peaucier. (platysma).

Sur la circonvolution frontale supérieure, en avant du centre

pour certains mouvements de l'avant-bras, et aussi dans la partie correspondante de la circonvolution frontale moyenne, se trouve une région dont l'excitation détermine des mouvements latéraux (croisés) de la tête, des yeux, et la dilatation des pupilles.

La région antéro-frontale et les circonvolutions frontale inférieure et orbitale, ne donnent aucuns résultats bien accusés par l'excitation. L'extirpation de ces parties cause un état semblable à la démence.

On ne peut rien affirmer de certain sur la fonction du lobe central ou insula de Reil.

L'irritation du gyrus angulaire (pli courbe) produit certains mouvements des paupières et du globe de l'œil. La destruction de cette circonvolution produit des effets qui permettent de la considérer comme l'expansion du nerf optique et comme le siège de la perception visuelle.

Les phénomènes résultant de l'irritation de la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure (le redressement des oreilles, etc.) semblent indiquer qu'il y a une excitation de la perception du son. On considère cette circonvolution comme la région où vient se terminer le nerf auditif.

Le sens de l'odorat est localisé dans la circonvolution unciniforme. La situation des régions en rapport avec les sensations du goût et du toucher n'a pu encore être déterminée avec précision; mais quelques faits semblent indiquer leur siège d'une manière probable.

Les lobes occipitaux ne réagissent pas sous l'influence de l'excitant électrique. La destruction de ces lobes détermine non la perte de sensation ou de mouvements volontaires, mais l'abolition apparente des instincts de conservation individuelle.

Les corps striés sont des centres moteurs, et les couches optiques des centres sensitifs.

La stimulation des corps quadrijumeaux produit la dilatation des pupilles, des contractions opisthotoniques, et fait pousser des cris particuliers quand les *testes* seuls sont irrités.

La nature et la signification de ces phénomènes paraissent encore entourées d'obscurité et demandent des recherches plus étendues.

Quelques expériences ont été faites aussi sur le cervelet des singes. Elles confirment les opinions antérieures de l'auteur sur les relations de cet organe avec la coordination des

axes optiques, et sur le maintien d'équilibre du corps. Ces expériences ne sont pas encore détaillées, car elles seront l'objet d'une publication future. »

Critique expérimentale de la méthode de Fritsch, Hitzig et Ferrier. — On est surpris de voir combien ces expérimentateurs, eu égard aux travaux de Magendie, Flourens, Van Deen, Longel, Matteuci, ont fait peu de cas des causes d'erreurs multiples telles que d'abord, la *diffusion des courants* à travers la substance blanche. Le professeur italien Schiff critique les recherches d'Hitzig et considère les mouvements observés comme des réflexes.

MM. Carville et Duret, à l'aide d'expériences précises, ont démontré la diffusion des courants faradiques, employés par Ferrier; elle peut avoir lieu soit par la matière nerveuse, soit par les liquides (sang et sérosité). Les liquides sanguins diffusent le courant dans tous les sens. Il y a donc difficulté réelle à localiser à la surface du cerveau un courant induit très-faible. Sur le chien vivant ils ont aussi constaté la diffusion du courant induit de la surface à la profondeur. Nous ferons remarquer que dans ses dernières publications Ferrier a démontré que l'irritation des lobes postérieurs ne produit aucun mouvement. Il faut admettre que les mouvements déterminés par l'excitation de l'écorce grise des parties antéro-supérieures ne peuvent s'expliquer par aucun mécanisme réflexe connu.

Mode d'action des courants faradiques sur les circonvolutions cérébrales. — On peut résumer ainsi qu'il suit ce mode d'action :

« Les courants électriques n'agissent pas seulement sur la substance grise des circonvolutions : leur action se propage jusqu'à la substance blanche subjacente, où ils suivent la direction des principaux faisceaux.

L'intégrité de la substance grise des circonvolutions n'est pas nécessaire pour obtenir des mouvements localisés par l'excitation électrique des hémisphères cérébraux.

La propagation de l'excitation électrique d'un centre aux centres voisins, et la décharge simultanée de ces centres, lorsqu'on continue pendant un certain temps l'excitation électrique, semblent rendre vraisemblable l'hypothèse physiologique suivante : la force nerveuse (incito-motrice volontaire) suit dans les hémisphères cérébraux comme dans la moelle deux voies différentes rayonnantes : 1° les faisceaux de fibres blanches de la couronne; 2° les réseaux des cellules motrices de la couche grise des circonvolutions.

Les destructions du noyau caudé, du corps strié n'empêchent pas la production de mouvements localisés par l'électrisation de l'écorce grise des circonvolutions. »

Ferrier a commis quelques erreurs et il est parfois en contradiction avec Hitzig ; ils ont trop localisé et n'ont pas assez tenu compte de la diffusion des courants, de là des causes d'erreurs.

MM. Carville et Duret ont entrepris de faire des expériences après l'extirpation des centres excito-moteurs révélés par les courants ; après cette opération, l'excitation électrique détermine les mêmes mouvements, mais il y a chez l'animal une sorte de paralysie dite paralysie de la *motricité volontaire corticale*. Cette paralysie est bien limitée et guérit en quatre ou six jours avec des phénomènes d'intermittence ; la sensibilité n'a pas disparu. Certains auteurs admettent que, dans ce cas, il s'agit simplement de la perte du *sens musculaire*.

Fonctions du noyau caudé et de la couche optique. — D'après les expériences de MM. Carville et Duret, il semble que le noyau caudé préside aux mouvements de progression ; car, après avoir fait l'ablation complète du noyau caudé chez l'animal, celui-ci exécute des mouvements de manège et pivote sur les jambes paralysées, en décrivant toujours le même cercle ; les mouvements de progression deviennent impossibles. Pour la couche optique, les opinions les plus contradictoires ont été émises. L'irritation électrique ne détermine ni mouvements ni signes de douleur ; les fibres périphériques sensitives sont certainement en rapport avec ce ganglion, puisque la section de ces fibres détermine l'hémi-anesthésie du côté opposé du corps. La couche optique est ou le siège de la perception brute des sensations périphériques dont l'élaboration détaillée se ferait dans les lobes occipitaux, ou bien simplement un lieu de transformation de sensations.

Fonctions de l'expansion pédonculaire. — « Lorsqu'on sectionne l'expansion pédonculaire en avant, entre le noyau caudé et le noyau lenticulaire, on produit une hémiplégie complète du côté opposé ; lorsqu'on fait la section en arrière entre la couche optique et le noyau lenticulaire, il se produit une hémi-anesthésie du côté opposé du corps. »

Centres moteurs chez l'homme. — Les centres indiqués par l'électrisation ne sont que *fonctionnels* ; ils sont le résultat d'une localisation acquise ou héréditaire des sensations périphériques ; ils sont composés d'un groupe de cellules associées

par la volonté ; ces cellules deviennent solidaires par l'habitude. Utilisant les travaux de Ferrier sur le cerveau des singes et ceux de M. Gronier (inspirés par M. Broca), il est possible dès maintenant d'indiquer la situation des centres moteurs chez l'homme.

1° Les centres pour les mouvements volontaires des membres occupent le lobule du pli pariétal, le deux tiers supérieurs du pli pariétal ascendant et enfin le tiers supérieur du pli frontal ascendant.

2° Les centres pour les mouvements volontaires du cou et de la tête sont sur la partie postérieure de la première circonvolution frontale.

3° Les centres pour les mouvements de la face et des paupières, sur la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale.

4° Les centres pour les mouvements de la langue, des mâchoires et des lèvres, sur la troisième circonvolution frontale (Broca).

5° Les centres pour les mouvements des yeux, sur le pli courbe et son lobule.

6° Sur la première temporo-sphénoïdale, il y aurait un centre pour l'organe de l'ouïe.

Hitzig avait placé tous les centres moteurs sur la frontale ascendante.

M. Broca a démontré que le sillon de Rolando est situé à un centimètre en arrière de la suture fronto-pariétale, et que la séparation des lobes occipitaux et pariétaux répond au niveau de la suture lambdoïde.

2° *Recherches sur l'excitabilité des lobes cérébraux*, par M. le Dr Brown-Séquard (octobre, décembre).

L'excitation par le feu des prétendus centres moteurs de Fritsch et Hitzig ne détermine jamais les mouvements obtenus par la galvanisation ; mais sur la peau du crâne, le péricrâne, les méninges, les circonvolutions ou d'autres parties du cerveau, le feu détermine, au moins temporairement, les mêmes phénomènes qui suivent la section du grand sympathique cervical du côté correspondant à l'excitation. Les lobes cérébraux sont donc excitables par une cause mécanique et par la chaleur, et, dans ce cas, leur irritation donne des effets qui ne répondent pas à ceux déterminés par le galvanisme.

Abeille médicale

(1877)

1° *Des rapports de la phthisie pulmonaire avec l'aliénation mentale*, par le Dr Paul Moreau, de Tours (n° 5 et 6).

Dans un excellent travail, notre confrère a voulu faire à l'hérédité une plus large part ; il croit que toutes les diathèses peuvent faire souche de névropathies et que, par suite, un phthisique peut engendrer un névropathe. Ce travail s'appuie sur de nombreux faits et des recherches statistiques faites à la Salpêtrière pendant cinq années consécutives, dans le service du Dr Moreau, de Tours. En maintes circonstances, il a pu constater que la phthisie chez les parents peut, en vertu de la loi d'hérédité transformée, disparaître chez les enfants et être remplacée par une affection mentale et nerveuse.

M. Paul Moreau, de Tours, n'ayant pas trouvé dans les auteurs de faits analogues aux siens, me pardonnera de lui citer le travail du Dr Aluison, sur la pathologie de la folie (14 p. 400 de phthisiques chez les ascendants), et celui du Dr Dupouy, publié dans nos *Annales* en 1866 sur les maladies diathésiques et constitutionnelles dans leur rapport avec les névroses, et principalement la folie.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie

(1877)

1° *Des hémorrhagies cérébrales*, par le Dr Dieulafoy (n° 16).

Les hémorrhagies cérébrales peuvent se faire dans toutes les régions du cerveau, mais elles ont pour siège de prédilection la région centrale ganglionnaire desservie principalement par l'artère cérébrale moyenne.

Les symptômes immédiats et consécutifs, l'apoplexie, l'hémiplégie, les contractures secondaires, la marche et le pronostic de la maladie sont liés au siège de l'hémorrhagie, à sa limitation aux noyaux gris, à son irruption dans les ventricules, à son empiètement sur la capsule interne.

L'hémorrhagie est préparée de longue date par les anévrysmes miliaires, qui sont dus eux-mêmes aux lésions chro-

ANNAL. MÉDICO-PSYCH., 6^e série, t. 1. Janvier 1879. 10. 10

niques de la périartérite diffuse (qu'il faut bien différencier de l'endartérite avec athérôme).

2° *De l'amnésie dans certaines névroses*, par MM. Egger et Lereboullet.

Etude psychologique et physiologique avec analyse des faits récents observés par MM. Mesnet, Bouchut, Warlomont, Azam et Dufay (n° 23).

3° *Tumeur ayant détruit le pédoncule cérébelleux inférieur*, par le Dr Couty (n° 25).

4° *Hémiplégie gauche avec aphasie*, par le Dr Farge.

Observation suivie de quelques réflexions sur la gaucherie cérébrale.

5° *De l'hémianesthésie mésocéphalique*, par le Dr Couty, n°s 30, 34, 36 et 38).

L'hémianesthésie mésocéphalique est produite *anatomiquement* par des foyers hémorragiques ou des tumeurs néoplasiques. Ces lésions siègent dans la protubérance ou le pédoncule du côté opposé, jamais dans le bulbe ou le cervelet; elles détruisent les faisceaux externes de la protubérance ou du pédoncule; ces faisceaux sont constitués par des fibres commissurales sensitives, reliant chaque hémisphère aux noyaux médullo-bulbaires opposés. Pour les fibres commissurales bulbaires, l'entre-croisement se fait dans la protubérance, surtout au niveau du plancher, dont les différentes régions peuvent se suppléer.

Symptomatologiquement. — Cette hémianesthésie est complète comme siège, ligne médiane, face, tronc, muqueuses; complète comme degré, et comparable à l'hémianesthésie cérébrale. Les troubles des sens sont caractéristiques: l'odorat, la vue sont toujours intacts (à moins de troubles de l'accommodation); le goût et l'audition sont tantôt pris, tantôt laissés normaux: soit deux variétés. Du côté des muscles, cette hémianesthésie s'accompagne presque toujours d'hémiplégie alterne complète ou oculaire, rarement de mouvements spasmodiques ou ataxiques. Enfin, il y a le plus souvent refroidissement du côté opposé à la lésion, dans les membres anesthésiés.

Le Progrès médical

(1877)

1^o *De l'épilepsie partielle d'origine syphilitique*, leçon du professeur Charcot, recueillie par Bourneville (nos 2 et 4).

L'épilepsie partielle ou hémiplégique est une manifestation fréquente de la syphilis cérébrale. Dans ce cas, une médication appropriée et énergique amène une prompte guérison alors que l'administration timide du même médicament échouerait complètement. M. Charcot ne craint pas de donner l'iodure de potassium avec des doses de 6, 8 et 10 grammes par jour pendant trois semaines. L'intervention rapide d'un traitement a pour but d'empêcher la propagation du processus irritatif et la production ultime de dégénération secondaires descendantes avec hémipésie permanente et indélébile.

2^o *De la commotion cérébrale*, par H. Duret (n^o 50).

« La commotion est le résultat des lésions produites par l'action du liquide céphalo-rachidien déplacé à la suite d'un choc sur le crâne et transmettant les pressions, lésions qui peuvent occuper différents points des centres nerveux, mais qui siègent plus particulièrement au niveau des espaces arachnoïdiens, ou sur le plancher du ventricule bulbaire, lésions qui suspendent pour un temps variable ou abolissent pour toujours les fonctions de l'encéphale. »

Le Mouvement médical

(1877)

1^o *Existe-t-il une névrose qui mérite le nom de chorée rhumatismale?*
par le Dr Luton, de Reims.

« La chorée n'est pas plus rhumatismale que dantreuse, scrofuleuse, syphilitique, etc.; elle est la chorée, c'est-à-dire un état particulier des fonctions sous l'empire d'une débilité organique consécutive à quelque maladie que ce soit, et témoignant simplement d'un désaccord entre ce qui commande le mouvement et ce qui doit l'exécuter. »

Gazette des Hôpitaux

(1877)

- 1° *De l'influence des émotions morales sur la production et la guérison de certaines paralysies*, par le D^r Bouchut (n^{os} 41, 42).
 2° *La peur des espaces* (Agoraphobie des Allemands), par le D^r Legrand du Saulle (n^{os} 423, 427, 428, 431, 434).

Tribune médicale

(1877)

- 1° *Cerveau d'amputé de la cuisse droite, mort de pleurésie tuberculeuse trente et un ans après l'opération*, par MM. Ledouble et Viollet (de Tours) (n^o 485).

L'autopsie a permis de constater une atrophie du pli de passage de la deuxième circonvolution frontale gauche à la quatrième frontale, la disparition du renflement lombaire de la moelle et la terminaison en crosse du nerf sciatique avec plusieurs nevrômes de cette portion périphérique.

Bulletin de la Société de médecine légale

- 1° *Remarques sur l'interdiction des aphasiques*, par J. Lefort (tome II, dernier fascicule, 1870-72).
 2° *Des actes commis par les épileptiques*, par le D^r Legraux (tome III, 1874).
 3° *Hystérie latente ou larvée*, par Devergie (tome III, 1874).
 4° *Responsabilité des actes commis par les épileptiques* (1876).

Discussion fort remarquable à laquelle ont pris part MM. Devergie, Billod, Hemar, Motet, Manuel, Demange, Legrand du Saulle, Eugène Mouton, E. Penard et Gallard. Des conclusions diverses ont été posées par MM. Devergie, Hemar, Manuel, Billod, Legrand du Saulle et Gallard. La Société, après délibération nouvelle, vote les conclusions suivantes : « Il n'y a aucune règle générale à poser pour l'appréciation de l'état mental des individus atteints d'épilepsie. L'examen de chaque cas particulier est indispensable pour déterminer le degré de responsabilité légale du malade. »

Revue d'anthropologie

(1876)

- 1^o *Note sur les cerveaux d'idiots*, par le Dr J. Mierzejewski (t. V, p. 493).
 2^o *Topographie crânio-cérébrale*, par le Dr Paul Broca (tom. V, p. 493).

La topographie crânio-cérébrale, entrevue par Leuret et Gratiolet, est une science exacte, mathématique, destinée à rendre les plus grands services aux anthropologistes et aux médecins. Le professeur Broca fait l'historique de la question et donne la description de son procédé ; il a adopté le procédé des fiches en bois qui, poussées à travers la paroi osseuse, viennent se fixer dans le cerveau. Il a pu, de cette façon, trouver et décrire des points de repère fixes ou faciles à déterminer. Le sillon de Rolando, la scissure de Sylvius et autres parties du cerveau sont, dès aujourd'hui, facilement déterminables. Les travaux de M. Broca seront d'une utilité incontestable pour les chirurgiens obligés de recourir à la trépanation.

Académie des sciences

(1876)

Note sur un nouveau cas d'aphasie, par M. Bouillaud (24 janvier).

Société anatomique

(1876)

- 1^o *Hémorrhagie cérébrale*, par Dusaussay (p. 30 et 49).
 2^o *Tumeur cérébrale*, par Guetz, Robert et de Beurmann (p. 81, 446 et 347).
 3^o *Malformation du cerveau*, par Mauvoir et Feré (p. 463, 472, 439 et 495).
 4^o *Hémiplégie*, par de Beurmann, Pitres (p. 254, 340) et Mayor (p. 494).
 5^o *Diabète, accidents cérébraux*, par Homolle (p. 249).
 6^o *Atrophie des circonvolutions*, par Baraduc (p. 577 et 306) et Bazy (p. 438).

- 7° *Hémorrhagie du cervelet*, par Magnan (p. 330).
 - 8° *Fracture du crâne*, par Herpin (p. 296, 398) et Mossé (p. 460).
 - 9° *Encéphalite suppurée*, par M. Raynaud (p. 434).
 - 10° *Localisations cérébrales*, par M. Raynaud (p. 522).
 - 11° *Structure de la moelle et du bulbe, origines centrales du nerf auditif et origine de l'hypoglosse*, par Pierret (p. 550, 553, 556).
 - 12° *Epilepsie partielle*, par Bourneville (p. 558).
- Dans ce cas, il y avait un foyer ancien, intéressant les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes et le lobule paracentral.
- 13° *Fracture du crâne, trépanation*, par M. Moutard-Martin, interne des hôpitaux (p. 706).
 - 14° *Foyer gangréneux du lobe occipital*, par Sazic (p. 735).
 - 15° *Hémorrhagie cérébrale*, par Brault, de Beurman, Chabry, Barié, H. Martin (p. 737, 739, 757, 767).
 - 16° *Abcès du cerveau*, par Dusaussay (p. 746).
 - 17° *Trépanation et localisations cérébrales*, par J. Lucas-Championnière (p. 778).
 - 18° *Tubercules du cervelet*, par Balzer (p. 795).
 - 19° *Atrophie cérébrale chez un amputé*, par Chuquet (p. 618).

(1877)

- 1° *Tumeur du cervelet*, par Gendron (p. 409).
- 2° *Hémorrhagies cérébrales*, par de Boyer (p. 445).
- 3° *Ramollissement cérébral*, par Landouzy, Lépine et Bulzeau (p. 146, 279 et 282).
- 4° *Cerveau d'amputé*, par Feré et Mayor (p. 486).
- 5° *Hémi-anesthésie cérébrale*, par Oulmont (p. 467).
- 6° *Atrophie partielle et croisée du cerveau et du cervelet*, par de Boyer (p. 271 et 328).
- 7° *Ramollissement cortical et du centre ovale*, par de Boyer (p. 305 et 360).
- 8° *Psammôme de l'arachnoïde*, par de Boyer (p. 386).

90 *Hémiplégie, aphasie*, par de Boyer (p. 450).

100 *Développement du cerveau et du crâne*, par Feré (p. 477).

Bulletin de la Société de médecine de Paris

10 *Modifications à apporter à la loi de 1838*, par le Dr Delasiauve (t. VII, 1872, p. 73).

20 *De l'alcoolisme comme cause de la paralysie générale*, par le Dr Lolliet (t. VIII, 1873, p. 104).

« 10 Les excès alcooliques peuvent être cause de paralysie générale.

20 Le délire alcoolique apparaît tout d'abord, puis se montre une deuxième période ou période de transition, qui n'est qu'un mélange des deux maladies, alcoolisme et folie paralytique.

30 Dans une troisième période, les symptômes de l'alcoolisme tendent à disparaître, masqués qu'ils sont par les signes progressivement plus apparents de la paralysie générale qui, dans certains cas, finit même par exister seule.

40 L'anatomie pathologique vient, à son tour, donner une explication nette et précise des phénomènes observés pendant la vie. »

30 *De la circulation cérébrale et des modifications que peuvent lui imprimer les courants électriques*, par M. Chéron (p. 473).

« On voit, d'après un rapide exposé, que la galvanisation du sympathique cervical exerce sur la circulation cérébrale une action démontrée, dont la thérapeutique tiendra de mieux en mieux parti, en même temps que s'élucidera davantage l'action physiologique de ce nerf. »

Dr DOUTREBENTE.

JOURNAUX AMÉRICAINS

American Journal of insanity

NUMÉRO DE JANVIER 1876.

Ce numéro, presque tout entier, est rempli par le compte-rendu de la vingt-neuvième session de l'Association américaine des médecins d'asiles d'aliénés, qui s'est tenue en mai 1875, à Auburn, ville de l'État de New-York, connue pour avoir donné son nom à un système spécial de régime pénitentiaire.

Au milieu des communications faites par les médecins des

différents États, sur les faits importants qui se sont produits dans l'année, nous voyons que la législature de l'État de Massachusetts a décidé que, dans chaque quartier des asiles d'aliénés serait placée une boîte destinée à recevoir les lettres adressées par les malades aux autorités chargées de la surveillance des asiles, sans que les médecins de ces établissements puissent en avoir connaissance. Le résultat de cette mesure a été, qu'à côté d'un très-petit nombre de lettres, ces boîtes ont reçu presque exclusivement des chiffons de papier, des morceaux de peignes, des ordures de toute espèce: la mesure n'en a pas moins été maintenue.

L'État de New-York s'est appliqué à perfectionner les garanties relatives aux certificats médicaux d'admission dans les asiles, et à atténuer les inconvénients qui résultent de ce qu'aux États-Unis la profession médicale est entièrement libre; dorénavant, pour signer un certificat d'admission dans un asile, il faudra avoir son domicile, d'une manière permanente, dans l'État, être de bonne vie et mœurs, pratiquer la médecine depuis au moins trois années, posséder un diplôme délivré par un collège médical reconnu, et enfin, avoir obtenu un certificat délivré *ad hoc* par un magistrat. En outre, il ne faudra pas se contenter de dire, dans le certificat, que le malade est affecté d'aliénation mentale; il faudra, en outre, exposer, d'une manière détaillée, les considérants sur lesquels cette appréciation est fondée.

L'Association a discuté la question des sorties provisoires autorisées à titre d'essai; les médecins qui ont pris la parole, sur cette question, ont été loin d'être d'accord; tandis que quelques-uns trouvent que ce système est facile à appliquer et donne de bons résultats, d'autres professent un avis diamétralement opposé; l'Association s'est abstenue d'exprimer, par un vote, son opinion formelle à cet égard, mais elle a paru plutôt défavorable à ce genre d'essai.

Il n'en a pas été de même d'une autre question qui lui a été soumise par le Dr Nicholls, celle de la création d'hôpitaux spéciaux pour les buveurs d'habitude. Après une discussion roulant, avec les arguments usuels, sur la question de savoir si l'ivrognerie est par elle-même une maladie ou un vice, l'Association a voté, presque à l'unanimité, trois résolutions portant, en substance, que les États doivent fonder des hôpitaux, établis sur un plan analogue à celui des asiles d'aliénés, mais spécialement consacrés au traitement des buveurs d'habitude; le point essen-

tiel de l'organisation de ces établissements serait que le séjour des malades devrait y être légalement obligatoire et non pas livré à leur bon vouloir.

Enfin, dans une étude sur les causes prédisposantes de la folie, le Dr Curwen a particulièrement insisté sur les impressions reçues dans le jeune âge, et sur l'influence nuisible d'une éducation mal dirigée.

Le cas d'Erastus Hotchkiss, par le Dr le Workman, ancien superintendant médical de l'asile des aliénés de Toronto (Canada).

Cet article consiste, presque exclusivement, en un rapport de médecine légale qui montre comment les procès criminels peuvent encore être parfois dirigés au Canada.

Le nommé Hotchkiss fut jugé le 8 novembre 1875, à Brockville, province d'Ontario; il était accusé d'avoir tué sa mère, pendant le mois de juin précédent. Ni lui, ni ses amis ne s'étaient occupés de préparer sa défense. Le président de la Cour demanda alors aux avocats présents si l'un d'eux voulait se charger de défendre l'accusé. Un avocat nommé Deacon proposa ses services qui furent acceptés. Les débats eurent lieu séance tenante, et l'avocat, sans étude préalable de l'affaire, fit de son mieux pour établir que Hotchkiss était atteint de folie au moment où il avait commis le crime. Cette manière de voir fut énergiquement combattue par le ministère public; le jury rendit un verdict de culpabilité et l'accusé fut condamné à mort.

Cependant, le jury ayant accompagné son verdict d'un recours en grâce, la cause dut être soumise à l'examen du gouverneur général. Le président exprima, à cette occasion, l'étonnement que lui causait la conduite des jurés, car disait-il, s'ils croyaient l'accusé sain d'esprit, au moment où il a tué sa mère, le crime était si atroce qu'il ne devait inspirer aucune pitié, et s'ils croyaient, au contraire, qu'il n'était ni sain d'esprit, ni responsable, le verdict était injuste.

Quant au président, il est évident qu'il ne croit pas à la folie de l'accusé; il affirme, dans son rapport, « que les témoignages, » médicaux et autres, n'ont pu réussir à le convaincre que l'accusé au moment de l'acte incriminé, ne fût pas conscient et » responsable. »

Le Dr Workman fut chargé, par le ministre de la justice du Canada, d'étudier avec soin le dossier, puis d'aller à Brockville pour examiner personnellement l'accusé et exprimer son avis sur son état mental. C'est le récit de sa mission qui forme la pres-

que totalité du présent article. Le Dr Workman établit, de manière à ne laisser aucun doute, que Hotchkiss est un homme sujet à de fréquents accès de manie, capable, pendant les paroxysmes, de commettre des actes de violence furieuse, et que c'est au plus fort d'un de ces accès maniaques qu'il a tué sa mère.

« Je ne puis finir mon rapport, dit-il, sans insister, de la manière la plus pressante, auprès de l'honorable ministre de la Justice, sur les inconvénients manifestes, pour ne pas dire l'injustice qu'il y a à faire passer précipitamment en jugement un accusé connu ou supposé pour être aliéné, avant que l'avocat ait eu tout le temps nécessaire pour rassembler les éléments de la défense. Je suis convaincu que si la défense de Hotchkiss avait été présentée par un avocat bien au courant de la cause et des questions médico-légales relatives à la folie, l'accusé aurait été déclaré, par le jury, aliéné et irresponsable. »

Malheureusement, l'article s'arrête là, sans dire quel a été le dénouement de l'affaire, ni si Hotchkiss a été exécuté.

NUMÉRO D'AVRIL 1876.

Le cas de Jacob Staudermann, par le Dr Ordronaux.

Il s'agit encore d'un homme convaincu d'homicide et condamné à mort. Fils d'une mère épileptique, épileptique lui-même ainsi que ses trois frères et sœurs, étant de plus imbécile et l'objet habituel de la dérision de ceux qu'il fréquentait, Staudermann tua d'un coup de pistolet, dans une rue de New-York, une jeune fille, très-belle, d'une position sociale très-supérieure à la sienne, à laquelle, cependant, il faisait la cour depuis assez longtemps, et qui paraît l'avoir encouragé dans ses poursuites afin d'en faire un objet de moquerie et d'amusement. Faute d'éléments fournis par l'accusé lui-même sur ses antécédents, la défense ne put faire connaître son état, et la condamnation capitale fut prononcée.

Mais après coup, la vérité ayant commencé à se faire jour, le gouverneur nomma une commission médico-légale chargée d'examiner l'état mental de Staudermann. Le rapport des deux médecins, les Drs Ordronaux et Wood, ayant établi l'état de folie épileptique du condamné, la peine de ce dernier fut commuée en une détention perpétuelle; cette décision permettra, s'il donne, en prison, de nouvelles preuves de folie

de le transférer à l'asile spécial pour les aliénés criminels d'Auburn.

Des congés temporaires à titre d'essai, par le Dr Landor, directeur-médecin de l'asile de London, province d'Ontario, Canada.

A l'occasion de la discussion qui a été signalée plus haut, sur ce sujet, le Dr Landor se prononce, d'une manière très-absolue, en faveur des sorties provisoires à titre d'essai, dont il fait un emploi très-fréquent et qui lui ont donné des résultats avantageux.

Il donne un tableau statistique des cas de ce genre observés à l'asile de London, depuis qu'il est ouvert. Sur 444 malades, sortis à titre provisoire, 45 ont été réintégrés avant l'expiration de leur congé, et 93 ont été définitivement rayés.

Sur les 45 réintégrations, 7 ont été nécessitées par des rechutes, 2 par l'absence d'amélioration, 6 pour d'autres causes.

Les 93 malades sortis se classent en 78 guéris et 15 améliorés.

Six sont encore dans leur période d'épreuve.

A ces renseignements venus du Canada, je puis ajouter, qu'à l'asile de Quatre-Mares, le système des sorties provisoires à titre d'essai est appliqué, d'une manière journalière, pour un grand nombre de malades, et qu'il donne d'excellents résultats. C'est une procédure que je crois très-bonne et qu'il y aurait, à mon avis, grand avantage à généraliser.

Réparation du tissu cérébral après un traumatisme, par le Dr John Gray.

Observation de fracture du pariétal droit, chez un enfant de trois ans, avec projection à l'intérieur d'un fragment osseux triangulaire, suppuration considérable, élimination successive de plusieurs champignons de substance nerveuse issus de la plaie, et enfin, au bout de quatre mois, guérison complète, l'enfant toutefois restant sourd.

Cette observation est intéressante, mais ne serait-il pas plus juste de la qualifier de cicatrisation, plutôt que de réparation du tissu central? Comment savoir si le tissu éliminé s'est reproduit?

A la suite de cette observation originale, l'auteur rapporte plusieurs cas, déjà publiés, de traumatismes très-considérables éprouvés par le crâne ou le cerveau, et suivis de guérison. Mais, là encore, rien ne prouve que la substance cérébrale se soit reproduite.

De l'examen des aliénés et de leur placement dans les établissements spéciaux, par le Dr Macdonald.

Cet article est la reproduction d'une conférence faite par le Dr Macdonald aux étudiants de l'Université de la ville de New-York, dans le but de leur expliquer, avant la fin de leurs études, la manière pratique d'examiner les aliénés, dans la clientèle civile et de rédiger les certificats médicaux à donner en pareil cas. Ces instructions sont données plus particulièrement au point de vue des formalités à remplir d'après la législation en vigueur dans l'Etat de New-York.

NUMÉRO DE JUILLET.

Histoire et description de l'hôpital de Connecticut pour les aliénés, par le Dr Marius Sheed, superintendant.

La construction de cet asile, quoique projetée dès 1840, n'a été décidée qu'en 1866, en vertu d'un acte particulier de la législature de l'Etat, voté surtout à l'instigation de miss Dix qui a joué, dans ces derniers temps, aux Etats-Unis, le rôle d'une sorte d'apôtre de l'assistance publique en faveur des aliénés.

Il nous semble assez intéressant d'étudier, à l'occasion de cette fondation, la procédure suivie en pareil cas.

L'acte ordonne : 1^o la création d'un asile ; 2^o la nomination immédiate d'une commission d'administrateurs (TRUSTEES) chargés de s'occuper de toutes les questions relatives à cette création ; leurs fonctions sont gratuites, mais ils sont remboursés de toutes les dépenses qu'ils ont à faire pour l'accomplissement de leur mission ; 3^o cette commission devra commencer par choisir le directeur-médecin (medical superintendant) du nouvel asile. Celui-ci devra être un médecin déjà au courant des questions relatives à l'aliénation mentale ; il devra soumettre, aussi promptement que possible, à la commission, un plan des bâtiments à construire ; ce plan étant adopté, et les marchés une fois conclus, il devra personnellement veiller à l'exécution et à l'installation de chaque bâtiment à mesure qu'il sera terminé. Il sera le trésorier de l'institution, tiendra exactement le compte des recettes et des dépenses, et soumettra ces comptes, avec les pièces justificatives, à l'examen de la commission. Il déposera, comme garantie de sa gestion, et avant d'entrer en fonctions, un cautionnement de

25,000 francs ; aucun membre de la commission ne pourra être nommé directeur-médecin.

Nous ne saurions trop approuver, dans cette procédure, la nomination immédiate d'un directeur-médecin chargé de prendre l'initiative du plan de l'établissement à construire, et d'en diriger l'exécution dès le début, dans tous ses détails. Quant à la réunion des fonctions de trésorier à celles de directeur-médecin, et à l'obligation du cautionnement qui en est la conséquence, elles sont, on le sait, entièrement contraires aux règles administratives françaises, et nous pensons que ces dernières sont préférables. Il faut dire, du reste, que ce cumul n'a pas été de longue durée, car, dès la seconde année, un trésorier spécial a été nommé.

La première réunion de la commission eut lieu le 20 juillet 1866 ; elle se partagea en plusieurs sous-commissions ; elle accepta l'offre faite généreusement par la cité de Middletown d'un terrain de deux cents acres situé à deux kilomètres de la ville, sur les bords de la rivière Connecticut, dans un endroit sain et des plus pittoresques ; des sources abondantes assurent un approvisionnement suffisant d'eau très-pure et propre aux usages domestiques.

Le 15 octobre, le Dr Marvin-Sheed, précédemment attaché à l'asile de l'État du Nouveau-Jersey, fut nommé directeur-médecin, et il entra de suite en fonctions. Les premiers travaux préparatoires, la confection du projet et l'adoption des plans remplirent l'hiver ; un architecte de Philadelphie fut chargé de la partie technique des travaux. La pose de la première pierre eut lieu, solennellement, le 20 juin 1867 ; l'asile était ouvert le 30 avril 1868, et recevait, dès ce jour, douze malades hommes.

Rien n'explique comment un espace de dix mois avait suffi pour obtenir ce résultat. La population s'est progressivement accrue, et elle a été, pour l'année 1875-76, de 225 hommes et de 227 femmes, soit, ensemble, de 452 malades.

La totalité des dépenses faites par l'État pour la création de l'asile a été de plus de trois millions de francs.

Une gravure, jointe à l'article, donne une vue générale de l'asile qui est constitué par un long bâtiment continu, avec pavillons en saillie ; partout il y a trois étages, sans compter le rez-de-chaussée. L'établissement tout entier est chauffé à la vapeur ; une machine à vapeur de vingt-cinq chevaux sert à assurer partout la ventilation et à fournir la force motrice nécessaire aux services économiques. La Compagnie de la ville

fournit le gaz d'éclairage de l'asile. Celui-ci est complété par une ferme comprenant des étables pour quarante vaches, et une porcherie pour quatre-vingts porcs. Quelques malades tranquilles et chroniques vivent dans deux cottages séparés du bâtiment principal de l'asile, et situés au voisinage de la ferme. L'établissement paraît en pleine voie de prospérité.

Recueils périodiques imprimés dans les asiles, par le D^r Andrews.

Plusieurs asiles anglais et américains possèdent des imprimeries et publient des ouvrages. La publication de ce genre la plus remarquable est, à coup sûr, le « American Journal of Insanity » dont nous rendons compte ici, et qui, depuis trente-trois ans est édité, sans aucune interruption, à l'asile d'Utica, État de New-York, par les soins du personnel médical de cet établissement.

Dans quelques asiles, on a eu l'idée de faire paraître des recueils de journaux littéraires, écrits et édités, soit uniquement, soit, pour la plus grande partie, par les malades. Le présent article a pour but de faire connaître la nomenclature et l'historique de ces journaux. Il cite, en Amérique, par ordre chronologique :

1^o *La Gazette de la Retraite* ; deux numéros seulement, publiés en 1837, par un ancien imprimeur, devenu malade de l'asile de Connecticut.

2^o *The Asylum Journal*, publié par des malades de l'asile de Battlebourg, État de Vermont, de 1842 à 1847.

3^o *L'Opale*, publiée à l'asile d'Utica, de 1852 à 1857, qui a eu d'abord un grand succès, puis n'a pas tardé à décliner.

4^o *Le Meteor*, publié depuis le mois de juillet 1872, à l'asile de l'Alabama, et qui continue de paraître régulièrement chaque trimestre.

5^o *L'Ami*, publié de septembre 1872 à avril 1874, par une association de dames appartenant à l'asile d'Harrisbourg, Pennsylvania.

En Angleterre, il y a aussi une littérature spéciale aux asiles. Elle comprend :

1^o *La Nouvelle Lune*, recueil littéraire de l'asile Chrichton, à Dumfries, paraissant chaque mois depuis 1844; ce recueil est parvenu à son 29^e volume et à son 337^e numéro.

2^o *Le Miroir de Morningside*, imprimé à l'asile royal d'Édimbourg, paraissant chaque mois, depuis 1845; parvenu à son 28^e volume.

3° *Excelsior*, gazette de l'asile Murray, à Perth, commencé en 1857, paraissant au moins une fois par an.

4° *L'Étoile d'York*, journal de l'asile d'York, paraissant par trimestre depuis 1857; parvenu à son 14^e volume.

5° *Feuilles volantes*, publiées à Cherch-Stretton, Shropshire, par deux asiles privés, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes.

On voit que les recueils périodiques publiés dans les asiles anglais ont, en général, beaucoup plus de durée que ceux des asiles américains. L'auteur adresse à tous ces recueils le reproche général de ne faire aucune place aux manifestations de la folie, et de subir des corrections qui ne leur laissent pas trace suffisante de leur origine. Il attribue la chute rapide du plus grand nombre de ces feuilles à ce que l'intérêt ne s'y soutient pas, et à ce que les malades qui en avaient pris l'initiative ne tardent pas à disparaître des asiles, soit par la guérison, soit par la mort.

De la préparation des tissus pour les observations microscopiques, par Théodore Deecke.

Article relatif à la technique de l'art du micrographe peu susceptible d'analyse.

Notes sur les asiles américains, par le D^r Buchnill.

Première partie de la reproduction d'une série d'articles publiés par le D^r Buchnill dans la *Lancette*, à la suite d'un voyage aux États-Unis.

NUMÉRO D'OCTOBRE.

Notes sur les asiles américains, par le D^r Buchnill.

Suite du précédent article. L'auteur a visité une dizaine d'asiles, presque tous dans les États les plus anciens, ceux qui ont été le noyau de l'Union Américaine. Il trouve, dans le compte rendu qu'il fait de ces établissements, beaucoup à louer et pas mal à blâmer. Il adresse principalement le blâme aux administrations et les éloges aux membres du corps médical. Il regrette, cependant, d'avoir trouvé ses confrères américains moins partisans qu'il ne l'aurait désiré du système absolu du non-restraint, tel qu'on s'efforce, théoriquement au moins, de l'appliquer dans les asiles anglais, et il tâche de les convertir. De cette discussion, il paraît résulter que la plupart des médecins américains, tout en s'efforçant de réduire le plus possible

l'usage des moyens de contrainte, pensent que dans certains cas il y a plus d'inconvénients à s'en abstenir qu'à les employer avec modération. N'est-ce pas aussi l'opinion la plus accréditée parmi les aliénistes français?

Association des médecins des asiles américains. Trentième session tenue à Philadelphie le 13 juin 1876 et jours suivants.

Le siège de cette session a été tout naturellement fixé à Philadelphie, à cause de l'Exposition universelle qui y avait lieu au même moment. Elle a été particulièrement nombreuse et animée.

Elle a débuté, malheureusement, par la constatation de plusieurs faits qui prouvent, une fois de plus, à quels dangers sont exposés les médecins des asiles d'aliénés.

Le Dr Nicholls, qui devait présider la session, n'a pu être présent à la séance d'ouverture, parce qu'il était forcément retenu à l'asile du gouvernement de Wasinghton par une commission d'enquête nommée à la suite des accusations les plus injustes dirigées contre son administration; l'Association, pour protester contre ce déni de justice fait à son président, a émis un vote unanime en sa faveur.

Le Dr George Cook, de l'asile de Canandaigua (New-York), avait, la veille même de l'ouverture de la session, été frappé, par un de ses malades, d'un coup de couteau qui avait déterminé la mort immédiate.

Peu après, le Dr Voodbury, attaché à l'asile Mac-Lean (Massachusetts), a été renversé par un malade qui, avec un maillet, lui porta sur la tête plusieurs coups assez violents pour faire craindre une fracture mortelle du crâne. Il fut assez heureux cependant pour se rétablir.

Pendant le cours de la session, la discussion la plus importante fut celle relative aux fâcheuses conditions du principal établissement affecté au traitement des aliénés indigents de la ville de Philadelphie. Alors que les autres parties de l'État de Pensylvanie, et la plupart des États de l'Union, possèdent des asiles modernes, convenablement installés, les aliénés de Philadelphie sont entassés, au nombre de treize cents, dans une vieille maison de charité, insuffisante à tous égards. Depuis longtemps déjà, le corps médical proteste contre cette intolérable situation; différents projets ont été successivement présentés aux Chambres et rejetés. On espère que de nouvelles propositions, récemment faites, seront mieux accueillies; mais,

alors même qu'il en serait ainsi, le remède serait encore loin d'être à la hauteur du mal.

L'Association a entendu et discuté plusieurs communications scientifiques dont il sera question à l'occasion des numéros du *Journal* pour l'année 1877.

A. FOVILLE.

JOURNAUX ALLEMANDS

Irrenfreund (1875)

1. — *Des moyens d'empêcher les rechutes dues à l'ivrognerie ;* par le Dr Flemming.

L'auteur rappelle en commençant un article de M. le professeur Dr de Krafft-Ebing, paru dans l'*Irrenfreund* en 1874, et relatif aux troubles psychiques de nature alcoolique. Cet article se rapporte surtout au *delirium tremens* et est terminé par ces mots : « Le moyen de prévenir le retour de ces accidents reste encore à trouver, malgré toutes les bonnes résolutions que prennent les malades. »

L'auteur se propose d'indiquer quelques moyens qui pourraient aider à s'approcher de ce but si difficile à atteindre.

Le Dr Flemming divise les malades exposés à ces rechutes en trois catégories :

La première comprend les ivrognes proprement dits, c'est-à-dire ceux qui profitent de toutes les occasions pour boire.

La deuxième comprend les individus qui boivent chez eux, en cachette ; ce sont des gens aisés en général et sédentaires par goût et par profession. Ils absorbent de petites quantités de boissons alcooliques, mais à des intervalles très-courts. Ils ne sont presque jamais ivres, mais par contre sont continuellement plongés dans une sorte de torpeur alcoolique, qui aboutit au *delirium tremens* ou à un affaiblissement général.

La troisième catégorie comprend les buveurs périodiques (*Quartalsaufer*), c'est-à-dire des individus qui, pendant un temps plus ou moins long, peuvent s'abstenir de boire, mais recommencent un beau jour et font alors des excès continuels, ou bien qui, après s'être laissés aller au plus haut degré de l'ivrognerie, redeviennent raisonnables et peuvent de nouveau, pendant un certain temps, résister à leur penchant.

ANNAL. MÉD.-PSYCH. 6^e série, t. 1. Janvier 1879. 11. 11

Plusieurs médecins croient qu'il y a là un état maladif du système nerveux, une véritable névrose, à laquelle s'appliquerait spécialement la désignation de dipsomanie ou manie irrésistible de boire (Trinkwuth).

L'auteur connaît deux ou trois cas de ce genre, mais il ne croit pas qu'en les analysant bien on puisse dire que ces malades ont cédé à un besoin physique, mais bien plutôt à un penchant immoral auquel ils ne pouvaient résister.

Quoi qu'il en soit, les troubles psychiques aigus disparaissent en général vite, surtout par l'emploi des opiacés aidés d'une surveillance active; les accidents chroniques guérissent souvent seuls au moyen d'un bon régime et de l'éloignement des causes nuisibles; mais, comme le fait observer Roller, la guérison devient douteuse si l'on voit survenir certains symptômes de paralysie ou de faiblesse générale, qui font penser qu'il existe déjà des lésions organiques des centres nerveux.

Pour prévenir le retour de ces désordres, il faut s'attacher à combattre le penchant à l'ivrognerie. Roller et Salomon ont proposé comme premier moyen la privation absolue de boissons alcooliques. L'auteur, tout en appréciant les moyens auxquels l'Etat peut recourir, veut surtout s'occuper de ceux qui sont essentiellement du ressort du médecin. Il ne redoute pas pour le malade les effets de la privation subite de boissons alcooliques. Dans quelques cas, il est vrai, on a vu cette prohibition absolue amener une certaine tendance au collapsus, ce qui a nécessité l'emploi d'excitants. Mais cela n'est pas à craindre dans la manie chronique d'origine alcoolique (*mania a potu*).

Si les malades ne digèrent pas, il ne faut pas l'attribuer à la privation de boissons alcooliques, qui doit être absolue; mais on emploiera un amer quelconque pour rétablir les fonctions stomacales.

L'auteur rappelle que les Américains ont créé des asiles spéciaux destinés aux ivrognes, les considérant comme des aliénés, mais, dit-il, c'est aller un peu loin.

On a proposé aussi de chercher à dégoûter les malades des boissons alcooliques, soit en y mêlant des substances qui les faisaient vomir, soit en donnant des aliments auxquels on mêlait la boisson préférée de l'ivrogne. Ces deux moyens sont mauvais, peu pratiques et fort souvent inutiles; le premier peut être dangereux.

L'auteur recommande beaucoup, par contre, l'emploi de l'acide sulfurique dilué, déjà indiqué par d'autres auteurs. Pour

éviter que cet acide n'agisse d'une manière nuisible sur la digestion, on le donnera avec des amers, en particulier avec de la teinture composée d'oranges amères. Ce moyen doit être combiné avec la privation absolue de boissons alcooliques; il a l'avantage de rendre les nerfs de l'estomac pour toujours, ou tout au moins pour longtemps, insensibles à ce besoin d'excitation alcoolique.

Dans les asiles spéciaux d'Amérique, indiqués plus haut, l'auteur ne croit pas que l'on emploie d'autre moyen que la privation absolue d'alcool; mais Roller indique qu'à Binghampton Asyl (New-York), on emploie aussi l'hydrate de chloral et le bromure de potassium.

II. *De la régénération des tissus dans le décubitus des paralytiques;* par le Dr Fraenkel.

L'auteur combat l'idée généralement reçue, que l'apparition d'un décubitus chez les paralytiques présentant des symptômes médullaires, fasse présager nécessairement une mort prochaine. Il cite, au contraire, deux cas où des eschares étendues et profondes au sacrum se sont parfaitement guéries.

III. *De la préservation de la folie;* par le Dr Walter.

L'auteur estime qu'il est plus facile de prévenir la folie que de la guérir. Il faut chercher à étouffer le germe de la maladie dès son apparition. Pour atteindre ce but, il propose les moyens suivants :

1° Il faut éviter les mariages entre personnes prédisposées à la folie, par hérédité surtout, de même entre les consanguins.

2° Il faut, de très-bonne heure, habituer les enfants à ne pas avoir de besoins superflus; il faut, au contraire, s'occuper tout particulièrement de leur développement physique et intellectuel. Par une éducation bien dirigée, et avec une vraie religion, on rendra l'homme plus fort pour lutter contre les difficultés de la vie.

3° Il faut faire envisager au peuple, non-seulement les côtés fâcheux d'une mauvaise alimentation et de l'ivrognerie, mais il faut chercher, tout en augmentant son bien-être, à développer aussi chez lui le côté intellectuel.

C'est tout ce qu'on peut faire pour prévenir le développement des maladies mentales; mais si la maladie éclate, il faudra conduire au plus vite les malades dans un asile.

IV. *Sociétés de secours pour les aliénés* ; par le Dr Brosius.

Le but de ces sociétés est de protéger les aliénés dans leurs affaires de famille, de les secourir dès le début de leur maladie, et de les faire admettre au plus vite dans un asile ; puis de venir en aide aux malades guéris qui doivent reprendre leur place dans la société.

On espère par ce moyen arriver à diminuer la fréquence des rechutes et à restreindre le nombre des cas de maladie mentale.

Jusqu'ici, en dehors des asiles, on s'était peu occupé du sort des aliénés, mais on commence maintenant à former partout, en Allemagne et en Suisse, des sociétés qui poursuivent ce but philanthropique. La tâche de ces sociétés ne consiste pas seulement à se procurer les ressources nécessaires pour secourir les aliénés, mais aussi à éclairer le public sur la situation de ces derniers et sur le rôle des maisons de santé.

Dr Th. CHALLAND.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique médicale de l'hôpital de la Charité, de M. A. Vulpian, doyen de la faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, etc. — *Considérations cliniques et observations*; par le Dr F. Raymond, médecin des hôpitaux, revues par le professeur. 4 vol. in-8°. Paris, Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, 179.

Le but de ce volume a été indiqué, dans un avant-propos, par M. Vulpian : « Parmi les médecins qui se livrent à la pratique de certaines parties spéciales de la pathologie, dit le savant doyen de la Faculté de médecine, il en est qui ont pris l'habitude de faire connaître périodiquement les faits cliniques qu'ils ont observés dans le cours de chaque année. Ces comptes rendus offrent-ils constamment l'intérêt qu'ils pourraient présenter ? C'est là ce qui n'est point à examiner ici. L'idée est-elle bonne en soi ? Cela nous paraît incontestable.

» Pourquoi les médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices ne publient-ils pas aussi des comptes rendus annuels ? Tant de faits, plus ou moins importants, se présentent dans leurs services dans le cours de chaque année ! Si quelques-uns de ces faits sont utilisés par les chefs de service eux-mêmes ou par les internes pour des travaux particuliers, pour des thèses, etc. on peut dire que la plupart ne sont jamais mis à profit : tantôt aucune note n'a été écrite pendant le séjour des malades dans les salles ; tantôt des observations ont bien été prises, mais on ne trouve pas plus tard l'occasion qu'on attendait pour les publier.

» Il n'en serait pas de même si les médecins et chirurgiens des hôpitaux prenaient la résolution de faire paraître, soit chaque année, soit tous les deux ou trois ans un exposé des faits les plus intéressants qu'ils auraient vus pendant ce laps de temps. . . . J'aurais pu et j'aurais dû faire plus tôt ce que je fais aujourd'hui, puisque je tenais en main, à la fin de chaque année, les matériaux nécessaires à une telle publication :

» si je l'avais fait, bien des observations intéressantes ne seraient
 » pas enfouies dans des cartons d'où la plupart ne sortiront
 » jamais. L'idée ne m'en était pas encore venue dès les premières
 » années de ma pratique hospitalière, et plus tard j'aurais reculé
 » devant une tâche dont, faute de temps, je craignais de ne pas
 » pouvoir venir à bout. J'ai voulu cependant enfin faire une
 » tentative et c'est là l'origine du livre que M. le Dr Raymond
 » publie aujourd'hui. »

Les observations au nombre de cent cinquante-huit, que contient ce volume, sont rangées en groupes naturels, et M. Raymond a fait précéder chaque groupe de quelques remarques destinées à appeler l'attention du lecteur sur les particularités les plus intéressantes des différents faits ainsi réunis. Ces remarques sont la reproduction de ce que M. Vulpian avait eu l'occasion de dire, dans le service, à propos de chaque cas.

De toutes les maladies dont il est question dans ce volume, les seules qui entrent dans le domaine des *Annales médico-psychologiques* sont les maladies du système nerveux. Près de quatre cents pages et plus de soixante observations leur sont consacrées; on a là une pathologie en action, si je puis ainsi dire, plus intéressante à consulter, d'une lecture plus profitable qu'un traité à descriptions *ex professo*.

Sans parler des paragraphes consacrés à l'étude de l'alcoolisme chronique et du saturnisme, nous trouvons au chapitre des maladies du système nerveux des considérations du plus haut intérêt sur les maladies du cerveau et les paralysies et névralgies faciales, sur les maladies de la moelle épinière et des enveloppes (méningo-myélite sub-aiguë, méningite chronique, myélite aiguë, myélites chroniques, tabes spasmodique, paralysie atrophique de l'enfance, pachyméningite cervicale hypertrophique, ataxie locomotrice progressive). Dans le groupe des névroses, nous signalerons d'intéressantes observations d'hystérie et l'histoire d'une chorée dont la guérison a été obtenue à l'aide du traitement par le bromure de potassium. Les auteurs ont classé parmi les névroses la paralysie agitante ou maladie de Parkinson et la syncope locale des extrémités.

A la suite des névroses se trouve placée la paralysie générale; il y en a quatre observations. Les considérations qui précèdent celles-ci donnent de la maladie un aperçu rapide, où les points importants de son histoire sont indiqués. Il est regrettable que M. Raymond ait oublié de classer au nombre des auteurs qui

se sont occupés de cette affection, M. Baillarger, à qui sont cependant dues d'importantes découvertes sur la symptomatologie et l'anatomie pathologique de la paralysie générale.

L'ouvrage, que nous essayons de faire connaître, est, par sa nature même, peu susceptible d'analyse. Véritable réunion de documents, il sera utilement consulté par tous les travailleurs qui s'intéressent aux progrès de la science et qui désirent, sur les différentes branches de la pathologie, connaître les appréciations d'un professeur éminent, à la fois clinicien distingué et habile expérimentateur.

Dr ANT. RITTI.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Clinique médicale de l'hôpital de la Charité de M. A. Vulpian, doyen de la faculté de médecine, membre de l'Institut, etc.

— Considérations cliniques et observations, par le Dr F. Raymond, médecin des hôpitaux, revues par le professeur. 4 vol. in-8°. Paris, 1879, Oct. Doin, éditeur. Prix, 44 francs.

— Comparaison des effets de divers traitements dans l'hystérie, précédée d'une esquisse historique sur la métallothérapie, Thèse inaugurale de M. Oscar Jennings, membre du Collège royal des chirurgiens de Londres. Broch. in-8°. Paris, 1878. Parent, imprimeur.

— État mental des aphasiques. Considérations médico-légales. Thèse de doctorat de M. A. de Finance, ancien interne des hôpitaux de Lyon et de la maison nationale de Charenton. Broch. in-8°. Paris, 1878. A. Parent imprimeur.

— Etudes cliniques sur l'athétose, par le Dr Paul Oulmont, interne-lauréat des hôpitaux. Broch. in 8°. Paris, 1878. Aux bureaux du *Progrès médical* et Delahaye, éditeur.

— Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux, par le Dr H. Duret, aide d'anatomie à la Faculté de médecine. Tome I. in-8°. Paris, 1878. Aux bureaux du *Progrès médical* et Adrien Delahaye, éditeur.

— Science et miracle. Louise Lateau, ou la stigmatisée belge, par le Dr Bourneville, ancien interne des hôpitaux. 2^e édition, revue et augmentée. Broch. in 8°. Paris, 1878; Aux bureaux du *Progrès médical* et Adrien Delahaye, éditeur.

— Twentieth annual report of the general Board of commissioners in Lunacy for Scotland; Edimbourg 1878.

— Se lo Studio delle psicopatie possa venire in appoggio all'anuale teoria del centra motori psicomotori; par le Dr Silvio Venturi; Milan, 1878; br. in-8°.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes en date du 4^r août 1878, M. le Dr LUNIER, inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons de France, a été nommé officier de l'instruction publique.

— *Arrêtés du 16 novembre 1878.* — M. le Dr ICARD, directeur de l'asile de Cadillac (Gironde), a été admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le Dr GUILBERT, nommé directeur de l'asile de Cadillac, en remplacement de M. le Dr ICARD, a été admis dans la 4^e classe de son grade (4000 f.).

— *Arrêtés du 21 décembre 1878.* — M. MALEVERGUE, directeur de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), a été admis à faire valoir ses droits à la retraite. Les fonctions de directeur et de médecin ont été réunies.

M. le Dr DONNET, médecin en chef de l'asile de Naugeat, a été nommé directeur-médecin du même établissement et admis dans la 3^e classe de son grade (5000 f.).

M. le Dr AUZOUY, directeur-médecin de l'asile de Pau, a été nommé médecin en chef de l'asile de Bordeaux. — M. le Dr AUZOUY a été désigné par le ministre de l'instruction publique comme chargé du cours de clinique des maladies mentales à la faculté de médecine de Bordeaux.

M. le Dr LAFFITTE, directeur-médecin de l'asile de Rennes, a été nommé directeur-médecin de l'asile de Pau.

M. le Dr DELAPORTE, directeur-médecin de l'asile de Fains (Meuse), a été nommé directeur-médecin de l'asile de Rennes et promu à la 2^e classe de son grade (6000 f.).

M. le Dr GIRAUD fils, médecin en chef de l'asile de Bordeaux, a été nommé directeur-médecin de l'asile de Fains.

— *Arrêté du 30 décembre 1878.* — M. le Dr ROUSSELIN, médecin en chef de l'asile Saint-Yon, à Rouen, a été nommé directeur-médecin du nouveau Saint-Yon.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

BUREAU POUR 1879.

La Société médico-psychologique a procédé, le 30 décembre dernier, au renouvellement de son bureau pour l'année 1879. Ont été élus :

Président : M. PROSPER LUCAS ;
Vice-président : M. LEGRAND DU SAULLE ;
Secrétaire général : M. MOTET ;
Secrétaires annuels : MM. RITTI et PAUL MOREAU (de Tours) ;
Trésorier : M. AUG. VOISIN.

Dans la même séance, la Société médico-psychologique a nommé les commissions suivantes :

Commission du prix Aubanel : MM. Dally, Falret, Luys, Mesnet et Ritti, rapporteur.

Commission du prix Esquirol : MM. Baillarger, Mitivié, Lunier, Goujon, et Paul Moreau (de Tours), rapporteur.

Membres honoraires.

MM.
 Belhomme ✱.
 Carrière.
 Dechambre O. ✱.
 Durand (de Gros).
 Janet (l'aul) O. ✱.
 Bourdin.
 Maury (Alfred) O. ✱.

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

Membres titulaires.

MM.
 Baillarger, rue de l'Université, 8.
 Billod, asile de Vaucluse, à
 Epinay-sur-Orge (Seine-et-
 Oise).
 Blanche, 45, rue des Fontis, à
 Paris-Auteuil.
 Bouchereau, asile Sainte-Anne,
 rue Ferrus.
 Brière de Boismont, 108,
 Grande-Rue, à Saint-Mandé
 (Seine).
 Brochin, 7, boulevard Saint-
 Michel.
 Calmeil, à Fontenay-sous-Bois.
 Collineau, 487, rue du Temple.

MM.
 Constans, 44 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.
 Falret (Jules), 114, rue du
 Bac.
 Fournet, 44, rue du Cherche-
 Midi.
 Fournié (Edouard), rue Louis-
 le-Grand, 41.

MM.

Goujon, rue Picpus, 90.
 Lamaestre (Espiaur de), asile
 de Ville-Evrard; à Neuilly-
 sur-Marne (Seine-et-
 Marne).
 Lasègue, 4, rue Perrault.
 Legrand du Saulle, 9, boulevard
 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, 8, rue de l'Université.
 Magnan, asile Sainte-Anne.
 Mesnet, 464, rue de Charonne.
 Meuriot, 47, rue Berton.

MM.

Mitivié (Albert), 260, boule-
 vard Saint-Germain.
 Moreau (de Tours), 6, rue de
 Beaune.
 Moreau (de Tours), Paul, 6, rue
 de Beaune.
 Motet, 464, rue de Charonne.
 Peisse, Ecole des Beaux-Arts,
 rue Bonaparte.
 Pouzin, 5, rue de Poitiers.
 Ritti, 40, rue des Beaux-Arts.
 Rota, 90, rue Picpus.
 Rousselin, asile Saint-Yon, à
 Rouen.
 Sémelaigne, au château Saint-
 James, à Neuilly (Seine).
 Sémerie, rue Laffitte, 2.
 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 Bordeaux.
 Etoc-Demazy, au Mans.
 Baume, à Quimper.
 Lannurien, à Morlaix.
 Desmaisons, au Bouscat, près
 Bordeaux.
 Brunet, à Breutly (Charente).
 Bonnet, à Mayenne.
 Fusier, à Chambéry.
 Belloc, à Alençon.
 Labitte, à Clermont (Oise).
 Laurent, à Rouen.
 Combes, à Sainte-Gemmes-
 sur-Loire.
 Bonnefous, à Leyme (Lot).
 Dumont (de Montoux), à Ren-
 nes.
 Dunant, à Genève.
 Laffitte, à Pau.
 Arthaud, à Lyon.

MM.

Sarreau, à Bayonne.
 Renault du Motey, à Douai.
 Petit, à Nantes.
 Christian, à Maréville.
 Champagne, à Avignon.
 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.
 Hilienbrand, à La Charité.
 Dufour, asile Saint-Robert,
 près Grenoble.
 Favre, asile de Marseille.
 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.
 Lailler, à Quatre-Mares, près
 Rouen.

MM.

Mordret, au Mans.
Prosper Despine, à Marseille.
Sisteray, à Bordeaux.
Solaville, à Poitiers.
Gallopain, à Evreux.

MM.

Picard, à la Malgrange, près
Nancy.
Langlois, à l'asile de Vau-
cluse.

Membres associés étrangers.

MM.

Ramaer, à la Haye (Hollande).
Biffi, à Milan.
Bich, à Coste.
Pis y Molest, à Barcelone.
Pujadas, à Barcelone.
Bucknill, à Londres.
Tuke (Daniel), à Falmouth.
Munoz, à Paris, rue de Lon-
dres, 20.
Girolami, à Rome.
Frézé, à Kazan (Russie).
Herzog, à Saint-Pétersbourg.
Salomon, à Malmo (Suède).
Azzuri, à Rome.
Berti, à Venise.
Lokhart Robertson, à Londres.
Maudsley, à Londres.
Harrington Tuke, à Londres.
Mundy, à Vienne.
Flemming, à Schwerin (Meck-
lenbourg).
Mongeri, à Constantinople.
Tonino, à Turin.
Miraglia, à Naples.
De Kraft-Ebing, à Gratz.
Schlager, à Vienne.
Cramer, à la Rosegg (Soleure).
Fetscherin, à la Valdaü (Berne).
Lombroso, à Turin.
John Sibbald, à Lochgilphead
(comté d'Argyl).

MM.

Berliny, à Malmo (Suède).
Backel, à Venise.
MacIntosh, à Murtley (Ecosse).
Vermeulen, à Gand.
Ingels, à Gand.
Vanden Abeele, à Bruges.
Sannicola, à Aversa.
Perla, à Aversa.
Cardona, à Pesaro.
Monti, à Parme.
Semal, à Mons.
Lentz, à Froidmond.
Leidesdorf, à Vienne.
Lefebvre, à Louvain.
Bateman, à Norwich.
Obersteiner père, à Vienne.
Masoin, à Louvain.
Morselli, à Macerata.
Rothe, à Varsovie.
Bini, à Florence.
Stacchini (Carlo), à Florence.
Lubelski, à Varsovie.
Funaioli, à Sienne.
Palmerini, à Sienne.
Tamburini, à Pavie.
Giné y Partagas, à Barcelone.
Echeverria, à New-York.
Mierzejewski, à Saint-Peters-
bourg.
Giacchi, à Fermo (Italie).
Brosius, à Bendorf.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON.

— Par arrêté du 12 décembre, le ministre de l'intérieur a décidé qu'il serait procédé, par voie de concours sur titres, à la nomination de deux médecins dans la maison nationale de Charenton, l'un pour le quartier des hommes et l'autre pour le quartier des dames.

Une commission spéciale a été chargée d'examiner les titres des candidats et de classer ces derniers par ordre d'aptitude et de mérite.

Les candidats devront se faire inscrire au ministère de l'intérieur, direction du secrétariat, 4^e bureau, rue de Grenelle-

Saint-Germain, 404, jusqu'au 41 janvier à 5 heures du soir.

A l'appui de leur demande, ils déposeront contre récépissé, leur acte de naissance, leurs diplômes et leurs titres scientifiques, les certificats constatant leurs études spéciales et leurs antécédents professionnels, etc.

Tous les renseignements relatifs aux deux emplois vacants seront donnés aux candidats par la direction du secrétariat du ministère.

— Par arrêté en date du 25 décembre 1878, le ministre de l'intérieur a nommé membres de la commission chargée d'examiner les titres et de dresser le tableau de classement des candidats reconnus admissibles aux emplois de médecins de la Maison nationale de Charenton :

M. LE DOCTEUR ROBIN, sénateur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, et professeur d'histologie à la Faculté de Paris, *président*.

M. L'ÉTRAND, conseiller honoraire à la Cour d'appel de Paris, membre de la commission consultative de la maison nationale de Charenton ;

M. LE DOCTEUR LASÈGUE, membre de l'Académie de médecine et professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris ;

M. LE DOCTEUR LEGRAND DU SAULLE, médecin des aliénés à l'hospice de Bicêtre ;

M. BUCQUET, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur (section des établissements de bienfaisance) ;

M. DE HARAMBURE, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur (section des établissements pénitentiaires).

M. LE DOCTEUR LUNIER, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur (section des aliénés).

M. DE CARITAN, chef du bureau des établissements généraux de bienfaisance ;

M. DENIS, sous-chef de bureau à l'administration centrale, *secrétaire*.

CRÉATION D'UNE CHAIRE DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Dans son discours prononcé à l'inauguration de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, M. le professeur E. Chauffard, inspecteur général, a annoncé qu'un cours clinique des maladies mentales serait institué à l'asile des aliénés de la Miséricorde. Il a caractérisé l'importance de cet enseignement en quelques mots que nous croyons devoir reproduire :

« Ce dernier enseignement, a-t-il dit, est l'un de ceux que nous engageons les élèves à suivre régulièrement avant de quitter les bancs de la faculté ; il a une importance sociale reconnue de tous, et le médecin qui, dans les familles ou devant la justice, méconnaît les caractères d'une affection mentale et le pronostic qu'il doit porter, ou qui se prononce légèrement et est dupe d'une simulation ou de symptômes illusoire et fugitifs, compromet l'autorité de son nom et la dignité de la science. »

On a vu plus haut que M. le Dr Auzouy a été désigné par M. le ministre de l'instruction publique comme chargé de ce cours de clinique des maladies mentales.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Prix Guislain. Clôture du concours, 4^{er} mars 1882.

I. « Etablir par des faits cliniques les relations existant entre les lésions cadavériques trouvées chez les aliénés et les symptômes psychiques qu'ils ont présentés. Déterminer jusqu'à quel point les données acquises sous ce rapport peuvent être utilisées pour caractériser certaines formes de maladies mentales, et servir de base à une classification méthodique. »

II. *Concours bisannuel.* Clôture, 4^{er} décembre 1880.

« Discuter, en s'appuyant sur des observations et des expériences nouvelles, la question de la localisation des propriétés physiologiques dans les hémisphères cérébraux. »

Les mémoires envoyés en réponse à ces questions doivent être écrits lisiblement en français, en flamand ou en latin.

Il seront adressés, francs de port dans les formes académiques, avant les termes fixés, au docteur H. Leboucq, secrétaire de la Société, Coupure, 45, à Gand.

Il sera accordé à l'auteur du mémoire couronné :

- 1^o Un prix de 500 francs pour la question du prix Guislain et de 400 francs pour les autres questions ;
- 2^o Le titre de membre correspondant ;
- 3^o 50 exemplaires de son mémoire.

LOI SUR LES ALIÉNÉS EN TURQUIE.

Le 43 mars 1877 a paru une nouvelle loi sur les aliénés, qui n'est en grande partie que la reproduction presque littérale de la loi du 43 mars 1876, publiée dans les *Annales* (1877, t. XVII, p. 307). Cette loi n'a point passé par les Chambres. Elaborée par l'école de médecine de Constantinople et par le conseil d'Etat, elle a été directement soumise à la sanction impériale par le conseil des ministres.

Nous n'en signalerons que deux passages qui ne se trouvent pas dans la loi parue l'année passée. Aux termes de l'article 8, toute demande en interdiction devra être faite par le plus proche parent de la personne à interdire. Le conseil des anciens (ehtiar medjlissi) fait une enquête sur l'état mental de la personne à interdire, et fait interroger celle-ci par le médecin entretenu dans la localité par l'autorité. S'il n'y en a point, il l'interroge lui-même. Le dossier de l'affaire est envoyé au chef-lieu, où le gouverneur ratifie la décision qui a été prise, ou bien ordonne une nouvelle enquête. L'article 49, de son côté, dispose ce qui suit : « Les tribunaux sont prévenus par le gouverneur général de la province, à l'effet de veiller, s'il y a lieu, aux intérêts des aliénés enfermés. Dans ce cas, les parents de l'aliéné seront mis en demeure par l'autorité de l'endroit, de présenter un tuteur dans un délai déterminé. A défaut de parents, le tuteur sera présenté par le conseil des anciens. »

(*Annuaire de législation comparée*, 1878, p. 735). S. 1878

FAITS DIVERS

Idiotie et trépanation. — Le Dr FULLER, de Montréal, a eu l'idée d'enlever par le trépan, des morceaux du crâne chez un enfant idiot, âgé de deux ans, et cela, pour permettre l'expansion du cerveau, et par suite le développement des facultés intellectuelles. Cette opération a amélioré l'état mental, mais il s'est produit une paralysie au bras, avec refroidissement des extrémités : ces accidents disparaurent. Encouragé par ce premier résultat, le Dr Fuller a l'intention d'enlever une nouvelle rondelle osseuse pour voir ce qu'il adviendra. Que l'on dise ce que l'on veut, il n'y a encore que les chirurgiens pour avoir de ces audaces. (Presse médicale belge.)

Les possédées de Verzegnis. — Dans la bourgade de Verzegnis il y a, en ce moment, une trentaine de possédées. Le fait est malheureusement vrai, dit l'Italie :

« Le préfet, M. Cartelli, à la nouvelle de cet étrange phénomène, a envoyé un fonctionnaire à Verzegnis pour recueillir des renseignements plus précis. L'enquête a constaté que les femmes atteintes de la maladie sont au nombre de plus de vingt; que douze demeurent à Chiaisis et huit à Villa de Verzegnis. La plupart des malades sont âgées de 18 à 25 ans; trois seulement ont plus de 45 ans; une en a à peine 42. Il y a aussi à Villa un homme atteint de cette monomanie.

» Pendant quelques heures de la journée, les possédées se tiennent tranquilles; mais, à certains moments, elles se livrent aux actes les plus extravagants. Alors elles tiennent des propos incohérents et indécents et accompagnent leurs paroles de cris et de gestes obscènes qui font d'autant plus d'impression que toutes ces femmes avaient toujours tenu une conduite exemplaire.

» Le mal est donc assez grave. Il paraît qu'on ne peut pas l'attribuer à un simple phénomène d'hystérisme produit par la mauvaise alimentation ou par quelque autre cause naturelle. On continue à soupçonner que quelqu'un a échauffé ces imaginations faibles par des peintures effrayantes de l'enfer.

» Les docteurs Franzolini et Chiaja ont été envoyés sur les lieux pour étudier la maladie. »

(Union médicale, numéro du mardi 7 janvier 1879.)

Les buveurs d'éther. — Le correspondant de Londres de la Revue britannique signale une habitude étrange qui existe aujourd'hui en Irlande, et qui cause en ce moment une grande surprise. Cette habitude est l'abus de l'éther comme boisson enivrante.

Un médecin à qui on avait donné l'éveil de cette coutume étrange, est allé dans les pays où elle se pratique, et raconte ainsi l'histoire de sa visite :

Sur la route, il ne rencontre que des paysans bien mis, propres et soignés, qui ne manifestent aucun symptôme d'ivresse; mais en arrivant à la petite ville de Drapers-Town, l'odeur pénétrante de l'éther le saisit à la gorge aussi fortement que

s'il était entré dans une chambre de malade. Au marché de la ville, l'air était empoisonné par l'haleine des paysans rassemblés dans le carrefour.

La personne qui avait mis le docteur au courant de cet usage pernicieux ayant prétendu que, sous le vent, on pouvait sentir l'odeur de l'éther à un demi-mille, le docteur vérifia la véracité de ce fait qui lui avait paru une exagération absurde.

« C'en est que par suite d'une vigilance extrême, dit-il, que j'ai pu arriver à la preuve que je cherchais. La crainte du clergé catholique tend à faire garder le secret sur la consommation de cette drogue nuisible. » Le docteur a voulu absolument remonter à l'origine de l'usage qui s'en est introduit parmi les pauvres gens, qu'on aurait pu croire ignorer jusqu'au nom même de cet agent funeste.

C'est lors de la mission de tempérance du père Mathews, après la visite du révérend père à Drapers-Town, que le whisky, le gin et l'eau-de-vie ayant complètement disparu, le diable inspira au pharmacien de l'endroit l'idée de remplacer les alcools ordinaires par l'éther, que le père Mathews n'avait pas songé à proscrire.

La quantité d'éther que peut absorber un baveur renforcé peut s'élever jusqu'à une demi-once, quantité que, dans la pratique médicale journalière, il paraîtrait impossible de faire prendre sans danger à un individu.

Depuis ces révélations faites par le docteur sur Drapers-Town, les autorités médicales recherchent les traces du même vice en Angleterre, mais elles n'ont encore pu découvrir que des cas isolés.

Cependant cette dépravation augmente, et, chose étrange ! se répand parmi les dames de la haute classe de la société, à tel point, dit-on, que le gazon de Hyde-Park est parfois jonché de flacons d'éther vides, que les élégantes promeneuses ont jetés par les fenêtres de leurs voitures.

C'est le cas de rappeler l'axiome du prince de Talleyrand : « Vous croyez, disait-il, éteindre les vices par la police et les lois..., vous ne faites que les déplacer. »

(*Union médicale*, numéro du jeudi 9 janvier 1879.)

ASILE SAINTE-ANNE. — M. le Dr MAGNAN reprendra ses leçons cliniques le dimanche 26 janvier, à 9 heures et demie du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure, jusqu'au 9 avril inclusivement. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Dr Auguste VOISIN reprendra ses conférences le dimanche 49 janvier, à 9 heures et demie, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris. — Imprimerie de E. DONNAUD, rue Cassette, 1.

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 1880, à la rédaction des *Annales médico-psychologiques*, rue de l'Université, 6.



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

PATHOLOGIE
 DE
L'ÉPILEPSIE NOCTURNE

Mémoire lu à la Société médico-psychologique dans la séance
 du 30 décembre 1878,

Par M. le Dr ECHEVERRIA

Les traits cliniques les plus spéciaux, et les rapports de l'épilepsie nocturne avec le sommeil, demeurent encore vaguement décrits; pour préciser davantage ces données insuffisantes, je vais vous exposer, Messieurs, sans longs développements, le résultat de mes observations à ce sujet.

L'épilepsie nocturne procède, dans la majorité des cas, de sources étiologiques radicalement égales. Parmi 783 épileptiques, 444 avaient des crises nocturnes, et de ce chiffre 78, c'est-à-dire 75 pour cent, montrèrent en même temps des désordres intellectuels plus ou moins durables. Ils formaient en outre, par rapport à 267 fous épileptiques du grand

ANNAL. MÉD.-PSYCH., t. 1. 6^e série, Mars 1879.

1. 12

total, une fraction de presque le tiers, sujets à des attaques nocturnes, seules ou jointes à du haut mal pendant le jour.

Voici l'étiologie de ces 444 malades :

Prédisposition héréditaire, 25; traumatismes à la tête, 46; intempérance, 49; syphilis, 7; insolation, 3; troubles menstruels, 44; grossesse, 4; inquiétude mentale, 3; peur, 4; punition corporelle excessive, 4. Total : 80 cas. Causes inconnues, 34 cas.

Le sexe de ces malades fut : 42 hommes et 69 femmes, distribués ainsi par rapport à leurs âges respectifs : enfants, 49; adolescents, 36; adultes, 56. Il semblerait, d'après ce relevé, que les hommes sont moins prédisposés que les femmes aux attaques nocturnes.

Si nous déduisons quatre cas de troubles menstruels et un de grossesse, des quatre-vingts cas dont l'étiologie fut avérée, nous aurons soixante-quinze épileptiques par suite de causes telles que : la prédisposition héréditaire, les traumatismes à la tête, la syphilis, l'intempérance, l'inquiétude mentale, la peur, l'insolation, et la souffrance d'une punition excessive, qui, malgré leur diversité, se relie entre elles par l'analogie de leurs effets essentiellement encéphaliques. Maintenant, ces accès nocturnes ont-ils une nature différente de celle des autres ? Il n'en est rien, et c'est là le point important à noter. Quatre-vingt-douze des 444 épileptiques éprouvaient du petit mal, du vertige, des absences, des évanouissements, ou des sensations étranges instantanées dans la tête, pendant le jour; le reste des malades était dans un degré avancé de folie continue. Le rapprochement de ces faits indique que les attaques nocturnes ne sortent pas des lois essentielles à l'évolution de la névrose épileptique, puisqu'il a fallu pour les produire, chez tous mes malades, l'intervention de causes qui ont, à la fois et au même degré, opéré sur le développement des attaques d'ordre mental. Cette provenance encéphalique

rend compte des effets si pernicioeux exercés par les crises nocturnes en général sur les facultés intellectuelles ; d'autre part, leur étroite filiation avec les attaques mentales porte une signification clinique d'une telle force, que je regarde l'accès nocturne comme un des phénomènes pathognomoniques de la vraie épilepsie.

Le cas de grossesse comme cause déterminante d'épilepsie offre cette influence déjà signalée par les auteurs, à côté d'autres particularités fort curieuses. La femme X..., âgée de 35 ans, sans aucun antécédent héréditaire ni alcoolique, devint épileptique au début de sa première grossesse, et accoucha d'un enfant qui grandit toujours bien portant. Les attaques, invariablement nocturnes, se répétèrent à toutes les grossesses suivantes, mais jamais à d'autres époques, ni pendant l'accouchement, quoique des crises convulsives et maniaques éclatassent quelquefois après les couches. Cette femme avait eu six fils, tous — excepté le dernier — épileptiques dès leur naissance. Ses accès survenaient une ou deux fois par semaine, suivis d'obscurcissement des facultés intellectuelles, taciturnité et penchant au suicide. Elle quitta l'hôpital au septième mois de sa grossesse, pour aller à Philadelphie, où résidait sa famille, sans avoir obtenu aucune amélioration par le traitement bromuré. Pas de renseignement sur la santé de son mari, ni sur la suite du cas pour savoir si le septième fils naquit aussi épileptique. Quelle qu'eût été la cause immédiate des attaques dans ce cas singulier, nous ne pouvons pas saisir pourquoi dans la première grossesse et non pas dans les autres, le fœtus fut à couvert d'une influence qui resta toujours identique.

L'insomnie se rattache principalement à une haute surexcitation cérébrale, forcément contraire à ce que le sommeil ou repos du cerveau puisse créer une disposition à l'épilepsie, comme on le dit ordinairement. Il faut, pour que ce phénomène ait lieu, que les centres nerveux, fatigués et

avides de récupérer leur dépense, regagnent par la nutrition le degré de susceptibilité qui éclatera avec plus ou moins de promptitude, en phénomènes d'un caractère psycho-sensoriel ou convulsif. Par ceci, je ne veux pas établir que les attaques d'épilepsie nocturne ne s'observent pas sans que le malade soit préalablement éveillé. Ce que je tiens spécialement à signaler, c'est que, lorsque le cerveau s'endort par le besoin de se reposer et de renouveler les matériaux pour sa nutrition, l'imminence de l'attaque épileptique n'est pas immédiate. Et cela est si vrai, que l'épileptique en allant au lit le soir, s'endort bientôt profondément, phénomène qui n'existe pas, cependant, avec le fou épileptique, lequel se couche pour continuer dans la nuit le délire de sa surexcitation mentale.

Rien n'est plus exceptionnel que des attaques nocturnes éclatant dans le premier sommeil du malade ; le processus réparateur qui s'achève alors dans le cerveau en empêche l'explosion. D'autre part, tout malade qui ne s'endort pas à la fin du haut mal reste, d'habitude, avec les facultés intellectuelles assoupies et mal de tête, jusqu'à ce que le sommeil vienne rétablir l'équilibre intellectuel ; et si le haut mal se termine par le sommeil, jamais on ne voit de folie immédiatement après son passage. Le sommeil, en pareil cas, indique que la crise épileptique est finie, de la même manière que la folie épileptique se termine par le sommeil qui lui sert de transition à la santé. Jamais la terminaison qu'on dit brusque, de ces crises mentales, ne s'accomplit instantanément : la fin de leur évolution est le sommeil, bien des fois précédé par un paroxysme convulsif. Les simples accès de petit mal passent comme des éclairs, mais la tendance irrésistible au sommeil lorsqu'ils se répètent en séries de plusieurs accès consécutifs, sans que la folie s'y intercale, est un phénomène reconnu de tous. Quand les crises maniaques sont de courte durée, la période terminale de sommeil est apparente ; mais si le désordre physique persiste

plusieurs jours, et si le sommeil, comme il arrive souvent, survient dans la nuit, alors il passe sans importance, comme une occurrence naturelle, et l'épileptique se réveille le lendemain, maître de nouveau de son intégrité intellectuelle. Ce dernier fait, et la propension commune à considérer la crise mentale terminée par l'acte impulsif de violence qui en est souvent l'accident intercurrent, expliquent pourquoi M. Legrand du Saulle et d'autres auteurs regardent le sommeil en question comme un phénomène toujours dû à un état d'ivresse, enté sur l'attaque épileptique; opinion exagérée, contredite par les nombreux épileptiques dont les attaques proviennent d'autre souche étiologique que l'alcoolisme. Une observation bien faite de ce phénomène, est celle d'une dame prise tous les mois d'un impérieux besoin de tuer sa fille. Elle passe environ vingt-quatre ou trente-six heures dans un état d'indicible anxiété qui alarme son mari, sa mère et ses domestiques; puis elle s'endort, se déclare guérie à son réveil, et réclame son enfant. J'emprunte cet exemple, libre de tout alcoolisme, aux observations rapportées par M. Legrand du Saulle dans son étude médico-légale sur les épileptiques, de préférence aux cas décrits par d'autres auteurs, ou de ma propre clinique.

Il est aisé de noter le sommeil comme terminaison de la folie épileptique dans beaucoup d'observations éparses dans nos annales et livres classiques, mais sans faire ressortir toutefois l'intérêt qui s'y attache; et on peut le voir peint avec une frappante vérité dans un des plus anciens et fidèles portraits que nous ayons de la manie homicide épileptique. Le sujet du tableau est Hercule, dont le nom, comme nous savons, fut un des premiers donnés à la maladie épileptique. Voici cette laconique relation, copiée d'Euripide et de Sénèque par Josat, dans ses intéressantes recherches historiques sur l'épilepsie :

« Un jour qu'Hercule offrait un sacrifice à Jupiter, ils'arrête tout à coup; ses yeux roulent d'une manière affreuse

et se remplissent de sang, l'écume coule sur sa barbe, son sourire est convulsif et forcé; il se dépouille, il se bat en l'air. — On le croit revenu à lui même, quand tout à coup il prend ses armes, poursuit son père, ses enfants; il allait tuer son père lui-même, quand Pallas survient, l'arrête et le terrasse. Bientôt il est plongé dans un sommeil profond. A son réveil, voyant autour de soi tous ces cadavres, il est foudroyé en quelque sorte par cette vue, et plus encore en apprenant qu'il est l'unique auteur de ce carnage. C'est alors qu'il veut se donner la mort. Son repentir est affreux. Thésée, son ami, lui persuade que ce serait une lâcheté. Il consent à vivre et se retire à Athènes! » On essaierait en vain de peindre avec plus d'exactitude l'ensemble d'une crise de manie épileptique, ni de mieux y désigner, quoique d'un mode incident, le sommeil précurseur du rétablissement de la raison et de l'amnésie.

Il n'y a que la folie épileptique capable d'éclater au milieu de la nuit dans le sommeil, car toute autre classe de vésanie est à son début ordinairement précédée d'insomnie. Pour apprécier au juste les effets du sommeil sur l'épilepsie, il faut connaître préalablement si les diverses périodes du jour influent spécialement sur les attaques. L'examen des heures dans lesquelles mes malades ont été principalement saisis, montre que ce fut la matin. Chose curieuse et fort en contraste avec ce fait, à la tombée du jour et au commencement de la nuit, les épileptiques restent presque libres de leurs crises. Les attaques diurnes de 244 épileptiques, réunies pendant une période de quinze mois consécutifs, font un total de 44,982 attaques, survenues aux heures suivantes : de bonne heure, le matin en se levant, 5,430 ; entre six heures du matin et midi, 7,503 ; de midi à six heures du soir 2,453 ; et, de six heures du soir jusqu'au moment du coucher entre neuf et onze heures du soir, 296.

On remarque, dès qu'on a vécu quelque temps avec des épileptiques, leur calme comparatif et la rémission de

leurs accès pendant les dernières heures de la journée. Puis, comme je l'ai indiqué il y a un instant, les épileptiques nocturnes sont très-rarement saisis par leurs attaques au commencement de leur sommeil, et ils y sont, d'après mes observations, à peine exposés entre dix heures du soir et deux heures du matin. Ainsi, pendant vingt mois consécutifs, 78 épileptiques nocturnes ont eu 2,896 attaques entre deux heures et cinq heures du matin, et seulement 92 attaques entre dix heures du soir et deux heures du matin. Si nous groupons ensemble les heures des attaques diurnes et nocturnes, on voit, comme il est dit, que les premières heures du matin sont celles où les attaques se multiplient davantage, sans doute parce que, comme Spencer a si bien remarqué, « plus la réparation des centres nerveux dure sans obstacle, et davantage s'accroît leur instabilité, avec majeure tendance à ces réactions motrices aux impressions les plus légères. » La plupart des crimes commis par les épileptiques ont lieu le matin ou au milieu de la nuit, et, de toutes les manifestations de l'épilepsie, aucune n'est plus apte que les nocturnes à marquer leur passage par des impulsions violentes soudaines et la folie.

Avant de parler des phénomènes physiques liés aux attaques nocturnes, je signalerai, en peu de mots, les traces physiques de leur occurrence.

Trousseau insistait beaucoup sur l'incontinence d'urine comme un des principaux signes pathognomoniques de l'épilepsie nocturne. La valeur de cet accident est indubitable, quoique sa fréquence soit loin d'atteindre le degré supposé par Trousseau. Parmi les 444 épileptiques ici considérés, 77 seulement avaient de l'incontinence d'urine avec leurs attaques nocturnes ; le symptôme fut donc présent dans 69.27 pour cent des cas. Ces malades comprenaient 49 enfants (au dessous de 12 ans), 23 adolescents et 36 adultes. Par conséquent, tous les enfants épileptiques nocturnes que j'ai observés, ont souffert d'incontinence d'urine dans leurs

accès. L'accident coïncida toujours avec une attaque, en confirmation de la valeur pathognomonique que Trousseau lui a donnée.

Le nombre d'épileptiques nocturnes qui se mordirent la langue et en montrèrent des déchirures le lendemain de l'attaque, monte à 42, à savoir : 13 enfants, 10 adolescents et 19 adultes. Ce chiffre équivaut à 37.84 pour cent des cas, et tous, excepté deux adultes et un adolescent, avaient en outre de l'incontinence d'urine avec leurs accès, degré d'association symptomatique digne d'être relevé.

Les pétéchies sur la face et la poitrine, après l'attaque, furent chez mes malades plus fréquentes que les morsures de la langue. Les pétéchies sont notées dans 63 cas, comprenant : 13 enfants, 18 adolescents, et 32 adultes, ou soit : dans 56.75 pour cent des épileptiques nocturnes. L'aspect des pétéchies n'a pas été le même dans tous les cas. Quelquefois l'éruption formait une agglomération de très-petits points presque imperceptibles sur les paupières, le front, le cou, et la poitrine. Parfois, ce furent des petites plaques ecchymotiques sur la muqueuse buccale ; ces hémorrhagies capillaires existaient en outre sur la conjonctive : chez trois hommes et deux femmes adultes, la sclérotique était couverte par une extravasation sanguine qui existait aussi sur les paupières. Chez une femme, les accès nocturnes, répétés une ou deux fois par semaine, laissaient pendant deux ou trois jours une éruption confluyente sur le cou et les bras, qui devenait beaucoup plus intense et plus étendue, chaque fois que les accès de petit mal augmentaient le lendemain de la crise nocturne, suivie toujours de paroxysmes maniaques et d'éclats de rire.

Sur l'état de la rétine après les accès nocturnes, je réitérerai ce que j'ai déjà remarqué par rapport à ses changements post-épileptiques dans les cas ordinaires. L'hyperhémie rétinienne dans les cas simples n'est pas persistante, mais s'efface en quelques heures avec les effets de

l'attaque. Ceci s'applique à toute hyperhémie en degré suffisant à la distinguer de l'état habituel des vaisseaux rétiens, car les oscillations fugaces du sang qui y circule sont impossibles à distinguer. L'hyperhémie n'est pas une condition fixe mais relative de l'activité circulatoire; en outre, souvent on ne constate pas de changement dans la circulation du fond de l'œil pendant l'accès de folie épileptique, et, par toutes ces raisons, je regarde les variations dans l'aspect de la rétine comme sans valeur spécifique par elles-mêmes pour témoigner d'une crise nocturne le lendemain de son occurrence.

Le pouls éprouve des variations notables avant et après l'attaque nocturne. Habituellement, il se ralentit de dix à quinze pulsations le lendemain matin de l'attaque; tandis qu'il s'accroît la veille et devient irrégulier. Plusieurs tracés sphygmographiques m'ont montré que cette accélération du pouls s'accompagne d'un dicrotisme très-marqué dans l'onde, qui dure de quatre à six heures, après des attaques autant nocturnes que diurnes. Enfin, chez les fous épileptiques, j'ai constaté régulièrement, le soir avant l'accès, une élévation de la température centrale, de 1° à 2° de Fahrenheit, sur le chiffre du matin, qui m'a permis, dans quelques cas, d'éviter l'occurrence de l'attaque nocturne par l'administration du nitrite d'amyle.

Il est un dernier phénomène qui n'a pas, à ma connaissance, été relevé jusqu'ici. Beaucoup d'épileptiques, immédiatement après l'explosion de leurs attaques au milieu de la nuit, mais principalement le lendemain matin en se réveillant, éprouvent de l'engourdissement, ou une faiblesse douloureuse, qui parfois arrive à une vraie paralysie passagère, dans l'un ou les deux bras, ou moins souvent, aux jambes. Dans bien des cas, et ceux-ci sont les prédominants, les régions animées par les nerfs bulbaires sont le siège de la paralysie; alors on la découvre dans les muscles de l'œil sous forme, presque toujours, d'un léger

strabisme convergent; ou bien il y a ptosis; ou l'articulation de la parole est gênée, avec tremblement et difficulté apparente de retirer la langue de la bouche; et, joint à ces phénomènes, on ne manque pas de remarquer le mal de tête. Le point sur lequel je tiens à insister est que l'existence de ces symptômes paralytiques évite, autant que j'ai pu le contrôler, l'occurrence immédiate du désordre mental le lendemain de l'attaque, parce que, comme il va être montré à présent, son évolution s'est finie avec les symptômes nocturnes.

Les attaques nocturnes peuvent être classées dans trois groupes distincts :

1^o Attaques qui éclatent soudainement, en silence, ou initiées par un cri aigu, au milieu de la nuit, sans réveiller l'épileptique après ses convulsions, ordinairement accompagnées d'incontinence d'urine, morsures de la langue, avec pétéchies sur la face et sur le cou, mal de tête, et, parfois, les accidents paralytiques tout à l'heure décrits, le lendemain. Ces attaques, presque toujours uniques, ont une durée très-courte, et ne sont jamais le précurseur de folie le lendemain, parce que leur évolution rapide, instantanée, et d'ordinaire inaperçue, s'est finie dans la nuit.

2^o Attaques dans lesquelles les convulsions limitées surtout à la face, restent secondaires par la prédominance de l'élément hallucinatoire, qui pousse le sujet à des actes automatiques terminés par l'irruption de quelque fureur violente. L'évolution de ces accès s'accomplit avec vitesse, mais d'une manière moins instantanée que dans les cas antérieurs. Le dénouement frénétique de ces attaques les distingue de celles beaucoup plus longues de somnambulisme, dans lesquelles la divagation dans les actes et les réactions réflexes soudaines font, d'autre part, défaut. Le lendemain d'une telle attaque, l'épileptique se réveille dans une prostration de forces physiques et mentales, la tête lourde, sans mémoire de ce qu'il a fait, mais avec un sou-

venir plus ou moins clair de son mauvais rêve, un cauchemar affreux. Les morsures de la langue diminuent, mais l'incontinence d'urine ne varie pas de fréquence avec ces attaques, qui sont encore finies, et ordinairement uniques.

3^e Attaques tantôt isolées, tantôt enchevêtrées en séries de quatre, six, ou plus, d'accès consécutifs accompagnés d'hallucinations effrayantes, mais sans les actes automatiques observés avec les attaques du second groupe, et maintenant remplacés par l'agitation turbulente du malade devenu délirant. Parfois une stupeur profonde suit ces attaques, alors non turbulentes, et l'épileptique demeure dans la plus complète indifférence, perdant ses excréments et ses urines sur sa personne. Dans d'autres cas, c'est un délire religieux qui leur vient, ou sinon l'épileptique obéit aveuglément à des conceptions délirantes et des impulsions instinctives; ou bien encore, on le croit avoir repris ses habitudes et parler et agir d'une manière saine, lorsqu'en réalité il est inconscient et absolument incapable d'apprécier ni ses actes ni ses rapports avec ce qui l'entoure. Dans cet état, la moindre impression physique ou morale provoque une violente réaction instantanée, favorisée par les hallucinations et l'irritabilité de la sensibilité générale, source essentielle des impulsions irrésistibles de l'épilepsie. Dans ce troisième groupe d'attaques, l'accident nocturne est le début de la crise délirante qui se continue jusqu'au lendemain, ou plus longtemps. Ces attaques s'accompagnent moins souvent d'incontinence d'urine, et très-rarement de déchirures de la langue, mais on voit, autant que dans les autres cas, les pétéchiés marquer leur passage.

Cette distinction entre ces trois classes d'attaques nocturnes montre comment on peut confondre celles du second groupe avec des attaques de somnambulisme, lorsqu'on n'a pas de renseignements exacts sur l'individu. Il est digne de remarque que ce sont surtout les attaques du deuxième et troisième groupe, qui occasionnent les accidents impulsifs

et criminels ; cela tient à ce que, d'une part, elles sont par essence hallucinatoires ou délirantes, et par suite non convulsives ; d'autre part, à ce qu'elles constituent des crises mentales au lieu de présenter l'évolution convulsive momentanée des premières. Je dois ajouter, pour tenir compte de toutes les variétés psychiques, que parfois l'accès nocturne précède d'une manière occulte périodique, soit un état général de mélancolie avec dépression physique et morale si profonde qu'elle va jusqu'à la stupeur, soit, au contraire, une excessive exaltation maniaque délirante, ces deux vésanies constituant par leur alternance régulière une vraie folie circulaire dont l'origine épileptique reste souvent méconnue.

J'ai trouvé dans la folie épileptique en général des hallucinations de l'ouïe prédominantes ; elles ont existé dans 62 pour cent de mes cas, tandis que celles de la vue atteignaient 53 pour cent ; les deux ensemble furent constatées dans 43 pour cent des cas. Néanmoins, dans l'épilepsie nocturne, les hallucinations de la vue semblent occuper le premier rang, car elles furent constatées dans 60 pour cent des 111 cas ici analysés. — Les hallucinations de l'ouïe existent dans la proportion de 54 pour cent des cas, les hallucinations de l'ouïe et de la vue ensemble dans 36 pour cent des cas ; dans deux cas on note des hallucinations olfactives, et dans un autre des hallucinations du goût. Finalement, 27 pour cent des malades se plaignaient de troubles de la sensibilité générale, tels que : irritabilité, engourdissement, anesthésie, etc.

Les visions qui tourmentent l'épileptique nocturne ont habituellement un caractère terrifiant, et toujours d'une couleur rouge ou entourées de flammes ; mais, parfois changeant d'aspect, elles prennent la forme religieuse exagérée que nous trouvons aussi liée aux attaques diurnes, et qui apparaît très-manifeste dans la relation faite par Hecker des maniaques dansants du quatorzième siècle. Ces indi-

vidus, comme on sait, étaient des épileptiques, tombant à toute heure avec du haut mal, suivi de manie, pendant laquelle, insensibles à toute impression sensorielle externe, et en proie à des visions mystiques sans nombre, ils voyaient les cieux ouverts, le Sauveur et la sainte Vierge. Maudsley nous a montré que les inspirations de Swedenborg provenaient de ses attaques épileptiques nocturnes, tandis que les visions et rêves de Mahomet, épileptique beaucoup plus remarquable, alimentent encore le fanatisme religieux parmi plusieurs millions de notre race.

Pour apprécier toute l'influence de ces diverses hallucinations, il faut se rappeler que les impressions au lieu de s'éteindre, revivent avec force dans certaines conditions morbides du cerveau, et surtout dans l'épilepsie ; les traits physiques de la première attaque se reproduisant stéréotypés dans toutes les autres. J'ai vu, à New-York, une jeune dame dont le père et l'époux furent fusillés en sa présence pendant la dernière insurrection de Cuba. Ce spectacle inhumain la rendit folle et muette, avec des attaques d'épilepsie nocturne, suivies d'un état cataleptique, dans lequel, sans rompre son silence, elle devenait par moment pâle, portant ses mains à sa tête, dans une attitude de terreur inexprimable, qui reproduisait l'émotion de cette dame en devenant folle. A cette fixité des images dans le sensorium, ainsi qu'aux rapports de relation intime entre les sensations subjectives et les impressions externes qu'elles déterminent, on doit aussi l'intention avec laquelle les épileptiques accomplissent, inconscients pendant leurs attaques, les idées dont ils étaient saisis au moment de leur invasion. Je n'ai pas besoin d'insister sur ce phénomène automatique si manifeste, surtout dans les attaques de petit mal ou incomplètes.

J'ai déjà fait remarquer que l'épileptique nocturne montre une amnésie complète de ce qu'il a fait pendant ses attaques, tout en conservant un souvenir plus ou moins net de ses rêves affleux. La raison de cette amnésie est

l'épuisement du sensorium, par sa surexcitation extrême, qui cause une lacune par défaut d'enregistrement, laquelle rompt la continuité des impressions indispensable à l'existence de la mémoire. Il y a, cependant, des cas dans lesquels l'idée hallucinatoire et les actes qui s'y rattachent, accomplis involontairement sous la tyrannie de l'attaque, ne s'effacent pas de la mémoire du malade. Mais alors leur souvenir, d'ordinaire defectueux, apparaît joint aux phénomènes physiques de l'accès et aux idées absurdes engendrées par l'hallucination, qui témoigne clairement de l'insanité de l'acte, comme dans l'exemple si intéressant de l'assassin du curé de la Loupe. La réminiscence, dans pareils cas, est le résultat de l'idée continuellement fixe, d'une part, et d'autre part, des impressions externes corrélatives, reçues par les sens qui sont actifs, et au milieu desquelles s'intercale l'impulsion instantanée, sans oublier, en dernier lieu, la notion tirée du rapport de son méfait entendu par l'épileptique. La série d'impressions demeure ainsi non coupée, et nous avons donc la continuité des perceptions, essentielle à la souvenance des faits passés.

Je dois encore signaler par rapport à l'amnésie un phénomène qu'on laisse trop dans l'ombre, malgré toute son importance médico-légale. Plusieurs épileptiques, après l'acte malfaisant de violence issu de leur attaque, continuent, sous le trouble mental qui a motivé leur entraînement, quoique sans manifester d'indice de folie, et donnant, d'un air raisonnable, l'explication de la cause et des circonstances du méfait qu'on leur reproche ; mais, au bout de quelques heures, et invariablement après qu'ils ont été plongés dans un sommeil profond et souvent stertoreux, ces mêmes individus se réveillent sans le moindre souvenir de ce qu'ils ont fait et dit auparavant. C'est que la crise d'épilepsie mentale durait encore lorsqu'ils furent interrogés, avant que le sommeil terminât son évolution. Ceci nous explique les contradictions et le désaccord entre les ré-

penses que l'épileptique fait sur son crime au premier moment, lorsqu'il agit automatiquement, d'une manière inconsciente, et celles qu'il donne après avoir retrouvé le libre exercice de son intelligence.

L'état psychique, qui succède aux accès nocturnes, correspond à la forme de folie épileptique que j'ai nommée intermittente, et à laquelle se rattachent les attaques larvées. Ces crises présentent des symptômes qu'on serait porté à confondre avec le somnambulisme pathologique, et sont loin de dériver nécessairement d'attaques nocturnes, ou somatiques, d'autre nature. En vérité, quoique souvent associées aux attaques somatiques, celles-ci n'influent essentiellement ni sur la marche ni sur le mode des manifestations psychiques qui, bien des fois, constituent l'élément séméiotique primitif auquel viennent subordonnés les autres phénomènes de l'affection. L'objet de cet aperçu ne me permet pas de discuter cet intéressant sujet, que j'ai envisagé d'une manière étendue dans mes études sur la folie épileptique. Basé sur mes propres observations, comparées point par point avec celles des aliénistes les plus autorisés, j'ai soutenu que l'inconscience est l'élément psychique sans lequel tout paroxysme convulsif n'est qu'un simple accident épileptoïde, ou symptôme hyperkinétique à valeur variable d'après la maladie cérébrale dont il est une des manifestations extérieures, sans constituer d'espèce pathologique à part, comme il devient patent par le progrès et l'issue finale de telles convulsions, jamais accompagnées de désordre mental et instinctif pathognomonique de l'évolution de l'épilepsie.

J'ai, de même, tâché de présenter en tout son relief, la part que la cérébration inconsciente prend dans les divers phénomènes psychiques qui se déroulent, depuis la simple bizarrerie momentanée des attaques de petit mal, jusqu'à l'automatisme plus prolongé de la folie épileptique à laquelle l'inconscience imprime son cachet.

Nous sommes habitués à déduire de la prédominance des phénomènes psychiques et faute d'un examen attentif, que les manifestations mentales de l'épilepsie se produisent sans convulsions perceptibles à aucune période de leur évolution. Je n'ai pas rencontré de folie épileptique, éclatée soit au milieu, soit en dehors des accès somatiques, dans laquelle je n'aie pas constaté, à des moments divers, des convulsions manifestes dans les pupilles, seules, ou plus souvent avec nystagmus, du tressaillement des paupières et des lèvres, et, quelquefois, avec frémissement des bras. Toutes ces décharges motrices, délicates, limitées principalement à l'iris et aux régions animées par les nerfs bulbaires, sont observables avec plus de fréquence dans les formes extatiques de la folie épileptique. Ces convulsions se répètent, à des intervalles, pendant une minute au plus, après l'explosion instantanée des violences frénétiques, et je suis à me demander si la convulsion oculo-pupillaire qui survient à tant de reprises dans la folie épileptique, n'en est pas également, comme je le pense, le phénomène initial. Quoiqu'il en soit, si, à défaut des convulsions cloniques étendues jusqu'aux membres, ces autres partielles, toujours présentes dans la face, dérivent de l'origine que je leur accorde, il est clair que les facteurs essentiels de la névrose épileptique sont : l'inconscience, les convulsions et la mentalité désordonnée forcément issue des deux autres éléments.

Il y a un point sur lequel mes observations ne s'accordent pas avec celles de Hughlings Jackson, qui regarde l'inconscience, qu'il appelle *automatisme mental*, comme un phénomène post-épileptique. La prémisse implicite dans cette supposition serait que les phénomènes d'automatisme mental procèdent essentiellement de l'attaque convulsive ; or, il semble au contraire démontré que pareils phénomènes psychiques constituent, par eux-mêmes, sans enchaînement nécessaire aux autres symptômes, une des manifestations

de la névrose dont ils sont l'expression extérieure. Comment l'automatisme sera-t-il post-épileptique dans les nombreux cas où la crise mentale dure plusieurs jours avant l'attaque convulsive diurne ou nocturne, qui la termine brusquement? Et, comment peut-on non plus dire que les bizarreries ou la conduite automatique du malade qui co-existent avec la courte évolution du petit mal ou des attaques incomplètes, et qui en sont l'expression, sont des phénomènes post-épileptiques? En vérité, si nous regardons attentivement toute la série de phénomènes cérébraux pendant l'évolution des paroxysmes épileptiques, on n'y rencontre que le sommeil et la paralysie qui puissent être classés proprement comme des phénomènes post-épileptiques, puisque l'un et l'autre procèdent de l'épuisement ou fatigue causée par la surexcitation excessive des centres nerveux. J'ai déjà indiqué que les accès suivis de sommeil ne viennent jamais accompagnés de trouble mental immédiat, parce que ces accès sont finis. J'ajouterai, maintenant, que le haut-mal, pas l'accès épileptiforme suivi de paralysie, se termine toujours par un sommeil duquel le malade se réveille partiellement paralysé. C'est parce qu'on regarde le trouble mental comme effet nécessaire du somatique, auquel on donne une évolution distincte de l'ensemble symptomatique de l'affection, qu'on méconnaît la vraie nature de certaines manifestations épileptiques, et qu'on a même poussé l'incertitude jusqu'à nier l'existence d'une névrose épileptique.

Pour compléter cette ébauche, il me reste à signaler les symptômes précurseurs de l'attaque épileptique nocturne. Le dicrotisme et l'accélération du pouls, avec élévation de température centrale la veille de l'attaque, ont été déjà décrits. Les autres symptômes chez mes malades furent : des secousses fréquentes dans les membres, des pâmoisons, un sentiment d'irritation générale, ou de grande prostration physique; mal de tête, des sueurs sur la tête et les bras; un hoquet persistant chez une femme; chez une autre, une

très-mauvaise odeur de la transpiration ; une autre encore éprouvait un goût très-désagréable à la bouche, et une dernière, enfin, se plaignait d'une odeur insupportable de fumée le soir avant son attaque. D'autres phénomènes sensoriels ont été plus fréquents surtout lorsque l'attaque nocturne se liait à des troubles intellectuels. Des visions effrayantes, ou d'une forme mystique ou religieuse, des étincelles, des flammes, ou des objets toujours rouges ou sanglants, avec des tintements, des bruits intolérables et agaçants, ou des voix injurieuses et menaçantes, furent principalement vus ou entendus par les malades ici analysés. Un d'eux, à l'hôpital, voyait dans ses crises nocturnes un chien enragé qui l'attaquait ; une femme, qui avait été toujours sobre, sentait un serpent se tordre autour d'elle et l'étrangler ; une autre voyait un ange au milieu de flammes qui l'enlevait ; un jeune fermier, à Mahopac, dans ses accès, sortait de sa chambre pour aller à l'écurie, et dans une attaque il tua son cheval avec une faucille, s'imaginant qu'il luttait avec des voleurs. On l'avait cru jusqu'alors somnambule, mais veillé par sa famille, on découvrit ses attaques nocturnes, dans lesquelles il urinait au lit, et, peu de temps après, il fallut le placer dans un Asile. Chambers, jugé il y a quelques années à Brooklyn, et envoyé à l'Asile d'Auburn, tua dans un café un inconnu, se croyant poursuivi par des hommes qui lui faisaient des grimaces, lui crachant à la figure ; hallucinations si fixes qu'elles persistaient dans son sommeil. Le parricide Walswarth écoutait sans cesse un bruit soudain, comme d'un très-grand livre qui tombait à plat par terre. En sortant de la chambre où il tua son père de plusieurs coups de revolver, il vit un grand vieillard à barbe très-longue, qui lui demanda « si la capsule était partie ? » Un épileptique à l'hôpital écoutait la cloche et le sifflet d'une locomotive qui venait à grande vitesse ; une femme répétait d'un air très-effrayé : « Lippa, lippa, » le soir avant ses attaques ; et, enfin, une autre fille se cachait, sans rien dire, très-pâle,

avec une crainte et une angoisse extrêmes peintes sur sa figure.

La folie qui précède les accès nocturnes ne se différencie pas de celle qui les suit ; à part les troubles psychiques et les hallucinations dont j'ai parlé, quelques malades retrouvent soudainement une activité intellectuelle, avec lucidité extraordinaire, à l'approche de l'accès nocturne. Un jeune homme, dont le père et la mère appartenaient à des familles d'aliénés, était un imbécile, avec des attaques toujours nocturnes depuis l'enfance. La veille de l'attaque il déployait une lucidité très-remarquable, se rappelant les événements passés, et parlant avec une loquacité et une intelligence qui s'éteignaient avec l'attaque. Sa tête et son palais étaient asymétriques, et il était en outre monorchide.

Il ne me reste qu'un seul mot à dire sur la responsabilité qui se rattache aux actes criminels ou délictueux commis sous l'influence de l'épilepsie nocturne. Dans pareille circonstance, l'épileptique est assurément irresponsable. La notion de nos sentiments et actions constitue la conscience, sans laquelle il n'y a plus de responsabilité. Que les épileptiques, même dans les formes les plus légères de leurs attaques mentales, et lorsqu'ils apparaissent agir avec intégrité intellectuelle, sont néanmoins dépourvus d'une juste appréciation de leurs rapports externes autant que de leurs sentiments intimes, agissant, en somme, automatiquement, est une vérité trop palpable pour qu'il soit besoin d'en dire davantage.

Les phénomènes que je viens de passer en revue méritent un plus ample développement que celui que je leur ai donné dans cette esquisse à grands traits de l'épilepsie nocturne. Je crois, cependant, que les faits sur lesquels reposent les considérations qui vous ont été soumises, justifient les conclusions générales suivantes :

« Les attaques d'épilepsie nocturne sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, et se montrent associées

à du vertige, du petit mal, ou du haut mal diurnes, les deux premiers passant souvent inaperçus.

« L'étiologie de l'épilepsie nocturne est essentiellement encéphalique, et peut être référée principalement à la prédisposition héréditaire, les traumatismes à la tête, l'alcoolisme, la syphilis, l'insolation, et les émotions puissantes.

« L'incontinence nocturne d'urine, les déchirures de la langue, les pétéchies sur la face et le cou, ne sont pas des phénomènes invariablement constants ; mais, lorsqu'ils existent, ils possèdent, surtout le premier, une valeur pathognomonique indubitable.

« L'explosion soudaine d'une excitation frénétique instantanée dans le sommeil au milieu de la nuit, ou l'existence de la folie au réveil le matin, sont signes d'épilepsie nocturne. Si l'incontinence d'urine s'y ajoute, et que la prédisposition héréditaire à la folie, avec bizarrerie de caractère et tendances impulsives à la violence existent, en outre, chez l'individu, on peut sans crainte établir positivement le diagnostic de l'épilepsie.

« L'irruption immédiate de l'accès nocturne n'est pas favorisée par le sommeil, qui, en général, rétablit l'intégrité intellectuelle lorsqu'il termine les crises de haut mal et les crises mentales.

« Les accès de somnambulisme n'ont jamais la courte durée ni l'explosion de violence à leur fin, caractéristiques des attaques d'épilepsie nocturnes, dans lesquelles les malades parlent ou exécutent des actes automatiques. Jamais, non plus, les premières ne manifestent l'uniformité invariable des secondes.

« Les attaques nocturnes suivies de paralysie sont exemptes de troubles intellectuels consécutifs immédiats.

« L'épileptique nocturne montre une complète amnésie de ce qu'il a fait pendant l'attaque, quoique se souvenant plus ou moins distinctement de ses hallucinations, ou affreux cauchemar.

« Les hallucinations de la vue prédominent chez les épileptiques nocturnes, et leurs visions terrifiantes ont presque toujours une couleur rouge ou de feu.

« L'épileptique nocturne agissant dans ses accès d'une manière automatique inconsciente, n'est pas responsable des actes criminels issus de cet état; mais, dans pareils cas, il est un des aliénés les plus dangereux, que l'on doit pourtant surveiller dans un asile. »

DES EFFETS COMPARATIFS
DE
LA CHRONICITÉ ET DE L'HÉRÉDITÉ

DANS LA DÉTERMINATION DE CERTAINS TYPES DE FOLIE

Mémoire lu à la Société médico-psychologique
dans la séance du 24 février 1879

Par le Dr BILLOD.

Grâce aux travaux de Morel, il est permis aujourd'hui, en présence de certains cas de folie et en dehors de toute notion sur les antécédents des malades, de dire : « Il doit y avoir » ou il doit y avoir eu des aliénés dans la famille » et cette affirmation se vérifie presque toujours. Je dis presque toujours, car il est un certain nombre de cas, très-restreint, il est vrai, dans lesquels elle ne se vérifie pas et où la folie revêt tous les caractères de la folie héréditaire sans qu'il y ait d'hérédité, et c'est précisément ce que je me propose d'établir par un choix d'observations, et en faisant appel, sous ce rapport, à l'expérience de mes savants et honorés collègues, pour savoir si, dans le cours de leur pratique, ils n'en auraient pas recueilli de semblables.

Le nombre des faits que j'ai relevés jusqu'à ce jour et dans lesquels j'ai trouvé réunis les caractères d'une folie héréditaire sans que l'on ait découvert, que je le sache, soit chez les ascendants directs, soit chez les collatéraux, aucun cas d'aliénation mentale ou d'une affection nerveuse ou cérébrale quelconque, n'est pas considérable, puisque, pour

un nombre de plus de 45,000 aliénés qui m'ont passé sous les yeux, il ne dépasse pas le nombre 45.

Je me bornerai ici à citer les principaux, mais, avant de procéder à cette citation, je crois nécessaire d'entrer dans les considérations qui suivent :

Je pose avant tout une réserve, c'est qu'encore que tout me donne lieu de penser que, dans les faits recueillis par moi, il n'y ait pas d'antécédents héréditaires, je n'oserais l'affirmer d'une façon absolue. La recherche de l'hérédité chez certains aliénés est chose trop délicate et trop malaisée pour que l'on puisse se prononcer avec certitude sur l'absence de tels antécédents ; elle ne l'est pas moins que celle de la paternité à laquelle elle se rattache, d'ailleurs, assez intimement, dans un certain nombre de cas. Parmi les personnes auxquelles on s'adresse, les unes dissimulent la vérité dans un intérêt qui se conçoit de reste ; les autres sont d'une bonne foi parfaite, lorsqu'elles affirment qu'il n'y a pas eu d'aliéné dans la famille. Méconnaissant dans certains cas de folie partielle compatible avec une intégrité relative de l'intelligence, les caractères d'une folie véritable, alors surtout que cette folie permettait à ceux qui en étaient atteints de vivre au milieu des leurs et dans la société, et n'avait pas nécessité le placement dans un établissement spécial.

Il peut arriver aussi que le père légal d'un aliéné ne soit pas le père véritable et que l'antécédent héréditaire existe chez ce dernier, sans qu'on puisse le constater. Ce n'est donc qu'avec toute réserve, que je viens citer des faits qui tendent à prouver qu'on peut observer les caractères de la folie héréditaire, sans qu'il y ait eu d'hérédité. Sous cette réserve, j'estime, pour ce qui me concerne, que de tels faits existent et que rien ne s'oppose à ce qu'ils soient scientifiquement admis.

Je m'empresse de déclarer, tout d'abord, que l'explication que je vais essayer d'en fournir, loin d'infirmes les idées

de Morel sur la folie héréditaire, ne peut, au contraire, que les confirmer.

On sait comment ce regretté savant a été conduit à admettre ce type de folie. C'est, on se le rappelle, pour les besoins de sa classification étiologique des maladies mentales.

Après avoir étudié les caractères des folies qui procèdent de l'épilepsie, de l'hystérie, de la paralysie générale et de l'alcoolisme et admis, par suite, des types de folie *épileptique*, de folie *hystérique*, de folie *paralytique*, et de folie *alcoolique*, il s'est trouvé en présence d'une des causes principales de l'aliénation mentale, je veux parler de l'hérédité, et, encore que cette cause fût plutôt prédisposante qu'efficiente, il a dû, pour établir les caractères de la folie qui en procède et créer par suite le type de la folie héréditaire, étudier l'influence de l'hérédité sur le développement de la folie à un point de vue absolument nouveau, c'est-à-dire à celui des caractères que l'hérédité imprime à la folie qu'elle engendre.

Je n'ai point à juger ici la classification admise par Morel et qui a été très-discutée au sein même de cette société.

J'ignore, pour ce qui me concerne, l'avenir que les progrès de la science lui réservent et qui s'affirmeront peut-être un jour par son adoption définitive et à l'exclusion de tout autre classification.

Elle a, en tout état de cause, un mérite à mes yeux, c'est celui d'avoir ouvert à la pathologie mentale un nouvel horizon, en éclairant d'un jour nouveau l'étude de l'hérédité dans ses rapports avec la genèse de certains types de folie.

Pour arriver à l'explication scientifique de la donnée que je cherche en ce moment à établir, et qui a pour objet l'existence d'une folie revêtant tous les caractères de la folie héréditaire dans des cas où il n'y a pas d'hérédité constatée, il importe de partir d'un fait, c'est que le premier cas de

folie survenu dans une famille d'où elle s'est transmise héréditairement depuis, a dû être un cas de folie simple rentrant dans les divers groupes admis, c'est-à-dire qu'il n'a pas dû avoir d'emblée les caractères de la folie dite héréditaire et qu'il n'a acquis ces caractères que par suite de sa transmission.

Je ne crois pas qu'à cet égard il puisse y avoir le moindre doute dans l'esprit de personne. D'après cela, la folie héréditaire ne serait autre qu'un type de folie ordinaire qui se serait altéré dans la descendance ; en d'autres termes, elle ne serait que le résultat de la dégénérescence de ce type et les signes de cette dégénérescence correspondraient aux caractères convenus de la folie dite : héréditaire.

Or, je me demande pourquoi cette altération du type, au lieu de se produire dans la descendance du premier sujet atteint et considéré comme générateur de ce même type, ne se produirait pas dans ce premier sujet, dans ce générateur lui-même, à la faveur de la chronicité, c'est-à-dire de la durée.

Dans cette hypothèse, un sujet atteint d'une folie simple présenterait d'abord les caractères de cette folie et pourrait présenter ensuite ceux de la folie héréditaire considérés comme signes de la dégénérescence du type.

Bien qu'hypothétique, cette donnée me paraît très-admissible et je n'hésite pas, pour ce qui me concerne, à y voir l'explication du fait que j'ai cherché à établir, à savoir l'existence des caractères de la folie héréditaire en dehors de toute hérédité.

Je demande à ouvrir ici une parenthèse pour faire observer que l'hérédité de la folie présente cette particularité bizarre et contraire aux lois de l'hérédité, en général, que le premier sujet atteint et considéré comme le procréateur du type, transmet le plus ordinairement des caractères qu'il n'avait pas, sauf dans les cas qui nous occupent ici et dans lesquels le type s'est altéré dans sa personne et où

la folie s'est faite, si l'on peut dire, héréditaire avant la transmission.

« L'hérédité, en effet, a été définie la faculté de reproduire dans ses descendants, outre les caractères spécifiques, un grand nombre de particularités individuelles. » On a, par suite, appelé héréditaires les caractères qui sont reproduits identiquement dans deux ou plusieurs générations successives.

On semble affirmer par ces définitions que tous les caractères par lesquels l'enfant diffère de ses procréateurs, n'ont pas leur origine dans l'organisme de ces derniers et ne sont dans aucun cas hérités.

Il résulte encore de ces mêmes définitions, qu'on n'hériterait que les ressemblances.

L'hérédité de la folie fait donc, on le voit, exception à la règle, puisque le premier sujet, au lieu de transmettre à sa descendance les caractères de la folie simple dont il était atteint, c'est-à-dire des ressemblances, lui transmet les caractères d'une folie différente, c'est-à-dire, des dissemblances.

Les caractères de la folie héréditaire ne sont, en effet, que l'expression d'une différence avec le type primitif.

Pour compléter l'exposé de l'opinion que je viens de développer, je suppose le premier cas de folie survenu dans une lignée; ce cas de folie ne pouvait avoir les caractères de la folie héréditaire, puisqu'il n'avait pas encore été transmis. D'un autre côté, les caractères de la folie présentés par les descendants ne leur ont pas été transmis, puisque le premier sujet atteint, c'est-à-dire le générateur, ne les présentait pas; ils se sont donc produits dans la descendance même. Or, pourquoi, je le répète, ne se produiraient-ils pas dans certains cas chez le générateur lui-même, à la faveur de la chronicité ?

En émettant cette donnée, je ne demande pas qu'on me croie sur parole; je n'ai d'autre but que de provoquer des

recherches et d'appeler la lumière sur un point qui me semble offrir un certain intérêt.

L'ensemble du travail que j'ai l'honneur de vous communiquer n'est, à proprement parler, qu'un chapitre d'une étude qui me paraît assez importante, c'est celle de la chronicité au point de vue des modifications qu'elle imprime aux divers types de l'aliénation mentale.

En parlant de la chronicité, je fais abstraction d'une de ses formes principales ; je veux parler de la démence, cette phase de terminaison de l'aliénation mentale, phase dans laquelle l'affaiblissement ou, pour mieux dire, la diminution de l'intelligence s'ajoute ou succède à sa perversion, laquelle forme la caractéristique du délire et par suite de l'aliénation mentale proprement dite.

Pour compléter l'étude du point de science que je viens d'examiner, il me resterait à établir la proposition inverse, à savoir : qu'à l'encontre des cas dans lesquels on rencontre tous les caractères de la folie héréditaire, sans qu'il y ait d'hérédité, il en est dans lesquels il y a hérédité sans que l'on y trouve les caractères de la folie héréditaire.

J'espère plus tard, si la rapidité avec laquelle le temps s'écoule me le permet, envisager ce côté de la question et citer quelques exemples de folie simple et notamment d'excitation maniaque survenant chez des sujets entachés d'hérédité.

Je tiens seulement à faire ressortir dès à présent la différence fondamentale qui existe entre les deux ordres de faits.

Dans ceux où il y a hérédité sans que la folie héritée ait les caractères de la folie héréditaire, le premier sujet atteint et dont la folie ne peut être qu'une folie simple puisqu'elle n'a pas encore été transmise, transmet à sa descendance un type de folie autre que celui dont il est atteint lui-même et qui a dû s'altérer par le fait seul de sa transmission.

Dans ceux, au contraire, où il y a hérédité sans que la

folie héritée présente les caractères de la folie héréditaire, il est permis de prétendre que la folie, en se transmettant, n'a subi aucune altération.

Dans le premier cas, la folie transmise héréditairement représente un type altéré et, dans le deuxième, un type resté pur, si je puis m'exprimer ainsi, ou tout au moins exempt de toute altération. Mais, je m'empresse d'ajouter que si, dans ce dernier cas, le type de la folie ne s'est pas altéré dans la descendance, il offre plus de chance de s'y altérer par le fait de la chronicité, c'est-à-dire de la durée, que dans les cas où les sujets sont indemnes de tout antécédent héréditaire. C'est ce qui fait qu'étant donnés deux cas d'excitation maniaque simple, survenant l'un chez un individu comptant des aliénés dans son ascendance, et l'autre n'en comptant pas, on peut voir au bout d'un certain laps de temps chez le premier, l'affection passer à l'état chronique et présenter concurremment des caractères nouveaux dans lesquels il est permis de voir l'indice d'une altération du type, tandis que, chez l'autre, l'affection marche à une guérison ; mais, jusqu'au moment où l'un guérit et où l'autre devient chronique, les caractères de la folie de l'un et de l'autre sont absolument identiques.

Je me crois en mesure de citer des faits qui confirment ces diverses données et je ne pense pas trop m'avancer en disant que l'expérience de tous les aliénistes doit leur en fournir d'analogues.

Ceci posé, je passe à la relation de faits qui m'ont semblé propres à établir la première de ces deux propositions.

Le premier de ces faits a été mis sous les yeux de notre savant collègue Jules Falret, pendant une visite qu'il m'a faite à l'asile Sainte-Gemmes, il y a tantôt quinze ans. Il est relatif à un prêtre du diocèse d'Angers, affecté depuis plus de vingt ans d'un délire partiel systématisé, avec prédominance de l'idée que le comte de Chambord était depuis longtemps sur le trône de France.

Il opposait à tous les faits politiques contemporains et contraires à cette idée, les dénégations les plus formelles et ne voyait même dans les allégations qui en étaient faites devant lui, que les indices d'un parti pris de le mystifier à tout moment. Il avait, d'ailleurs, la conscience de son état maladif et présentait des alternatives fréquentes d'excitation légère et de dépression.

La phase de dépression coïncidait avec des préoccupations hypocondriaques telles, que le malade se croyait alors sur le point de mourir. Il lui arriva même une fois, sous l'empire de ces préoccupations, de sortir de sa chambre au milieu de la nuit, de se rendre chez l'aumônier et de frapper à coups redoublés à sa porte, pour le prier de lui administrer séance tenante l'extrême-onction.

Il présentait, en outre, dans cette même phase, une lésion de la volonté s'affirmant quelquefois par une impossibilité absolue de vouloir les actes les plus faciles à exécuter.

On observait, par contre, dans la phase d'excitation, de l'irrésistibilité dans les actes. La lucidité était, d'ailleurs, complète et, lorsque je quittai l'asile Sainte-Gemmes, je n'avais encore constaté chez le malade aucun affaiblissement de l'intelligence.

L'ensemble de l'état mental éveillait immédiatement l'idée d'une folie héréditaire et cette idée reposait essentiellement sur cette impression que l'on éprouve en présence de tout cas de cette espèce de folie et qui forme, pour ainsi dire, un criterium du diagnostic, à savoir : que l'état mental de l'aliéné héréditaire lui constitue une manière d'être tellement spéciale, tellement intime, tellement incarnée, si je puis ainsi dire, dans la personne, qu'on ne peut se la représenter comme ayant jamais été autre qu'on ne la voit.

Cette impression fut celle de M. Jules Falret qui me la communiqua et qui fut fort étonné d'apprendre qu'il n'y avait pas chez le malade ombre d'hérédité; je crois même me rappeler qu'il émit quelques doutes à cet égard.

Or, je me suis informé d'une manière spéciale auprès de l'évêché d'Angers et de personnes non parentes qui ont connu la famille de l'abbé X... et qui m'ont affirmé qu'aucun membre de cette famille n'avait été aliéné, épileptique ou apoplectique. Le seul fait qu'on ait relevé, mais il ne me paraît avoir, dans l'espèce, qu'une médiocre importance, c'est que le père s'enivrait parfois, sans que cela l'ait jamais conduit à un état d'aliénation mentale qui ait pu constituer le point de départ d'une filiation pathologique héréditaire.

Je note qu'au début, l'affection mentale du malade avait eu les caractères de l'excitation maniaque et qu'elle n'a pris ceux de la folie héréditaire qu'à la longue et après une période de deux années.

Un deuxième fait a été observé par moi dans le même établissement, mais bien que j'aie tout lieu de croire qu'il n'y a eu, chez le sujet de cette observation, aucun antécédent héréditaire, je crois devoir exprimer à cet égard une certaine réserve que je fonde sur la date du début de l'aliénation mentale, date tellement ancienne que le contrôle par les contemporains, des quelques renseignements obtenus, est à peu près impossible.

Toutefois, il résulte des renseignements recueillis auprès de quelques vieux magistrats qui ont connu le malade, qu'on n'avait jamais entendu dire qu'il y ait eu un seul aliéné dans sa famille.

Ceci posé, il me reste à présenter l'histoire de son affection, dans laquelle il me semble impossible de méconnaître les caractères d'une folie héréditaire ; mais cette observation ayant été déjà publiée par moi dans une note sur les lésions de l'association des idées, je me borne à en reproduire ici quelques extraits qui me semblent plus particulièrement caractéristiques.

M. D... (Pierre), de Saumur, ex-greffier de justice de paix, âgé de soixante-trois ans, entré à l'asile de Sainte-Gemmes, le 21 mai 1850, après une séquestration antérieure de plus

de vingt ans à l'hospice de la Providence de Saumur, est un homme d'un tempérament sanguin, d'une constitution vigoureuse malgré sa petite taille. Sa physionomie est ouverte; intelligente et empreinte d'une double expression de bonhomie et de finesse.

Son aliénation mentale date de plus de trente-trois ans et paraît avoir revêtu tout d'abord les caractères de la manie avec délire général et tendance à l'exaltation et à la fureur.

Après avoir persisté pendant un certain temps, l'exaltation a fini par cesser, et l'humeur du malade est restée décidément paisible, sauf de loin en loin et en général sous l'influence de malaises physiques, accidents d'ailleurs très-rare, une légère irritabilité.

Quant au délire, il s'est caractérisé finalement dans le sens d'une prédominance d'idées géographiques et historiques dont on ne peut se figurer l'incohérence.

Du reste, pour la description de l'état mental de M. D..., je ne saurais mieux faire que de lui laisser la parole et de sténographier, en quelque sorte, quelques unes de ses paroles. Je prends, par exemple, et au hasard, les suivantes par lesquelles le malade répond à cette question: Qu'y a-t-il de nouveau ?

« Aujourd'hui il n'y a rien, monsieur, il n'y a que la Saintonge et le pays des Tartares Nograis, pour l'assassinat du duc de Berry; ça vient de Novogorod, et de Varsovie et du Meurain et des murailles de la Chine, et du pays des Tartares Carlomans, et des divisions territoriales de la Grande Varsovie, qu'on appelle les destinées épiscopales; ça vient des parages de San-Salvador; c'est pour la réception du jeune Menuise à l'hôpital des quinze-vingts, pour la Saxe Bavière, la Souabe, la Pologne, les plaines du Caire. On appelle cela la réception de Carlori, Saxon-Bavarois, pour les épisodes de Nuremberg aux bocages du Puytrol, où s'est formée une seconde fois la sainte hermandad, pour la Moldavie; c'est là qu'est la source de la junte apostolique qui a été formée pour la Cracovie turque méridienne, qui enleva le condom arabesque en 1804

et 1802, pour les marchands du village arabe, où se fait aujourd'hui la fête du panégyre, hollandais pour la forteresse de Bréda, d'Utrecht, d'Amsterdam et de Robert.

A ces citations qui peignent le malade et que nous pourrions multiplier à l'infini, nous croyons devoir joindre l'échantillon qui suit de ses élucubrations poétiques :

Viens, viens, mon très-cher Eugène,
Viens, viens revoir la carène,
L'Indoste suit toujours Tamerlan ;
Tu prends le casque de l'éperlan,
Tu vas renaître sur le mont Acide,
On y place l'étendard d'Alcide,
Tu porteras chez nous la sainte dague,
Tu verras les clochers de Copenhague,

La belle Amidonne a ses beaux jours,
Il reste pour toi quelques amours ;
Elle est princesse de la rivière,
Elle a les présents de la tourière,
Près de la colonne de Trajan,
Tu vois aspirer la fin de l'an ;
Rèjouis-toi, les souvenirs d'Auxonne,
T'assurent une frêle couronne.

Voici l'étendard de Gengiskan,
Qui te porte vers le Ramadan ;
Il vient des plaines de la Salène,
Relever la martre qui nous mène ;
Reçois l'hommage de notre foi,
Va, reste au principe de la loi ;
Un jour tu verras la Victorine,
Ses armes, sa robe purpurine.

Je suis un bon tire-ligne,
Je vais aux mers du Japon ;
J'aime la pêche à l'esprigne,
Je suis le jeune Alcyon ;
Quand je brave la froidure,
De Neptune j'ai le trident,
La douce température
Me retient à l'Océan.

Après un bal tout champêtre
 En case le Casoard,
 Sortant de l'ombre d'un hêtre,
 Me nomme le Balthazar,
 Je pars pour la couleuvrine,
 Sondant le fond du torrent,
 Et quand le chagrin me mine,
 On vient m'arracher une dent.

Après avoir rendu des services
 A l'état si florissant,
 D'une belle j'ai les prémisses,
 Et je deviens le géant
 De la race Coquillière ;
 Je tourne aussi les fuseaux ;
 Je porte la genouillère,
 Avec l'enclume et le marteau.

Trois autres faits ont été observés par moi à l'asile de
 Vacluse.

Le premier se rapporte à un ancien clerc d'huissier dont
 l'état mental avait, tout d'abord, été caractérisé par un délire
 partiel avec prédominance d'idées de persécutions, hallu-
 cinations de l'ouïe et interprétations délirantes.

Cet état se modifia plusieurs mois après dans le sens des
 caractères de la folie héréditaire. Nous avons assisté à cette
 évolution qui ne nous a laissé aucun doute à l'endroit de
 ces caractères.

Le malade était impulsif. Les voix qu'il entendait lui
 disaient qu'il existait dans l'établissement, du côté de la
 chapelle, un observatoire de dames qui se mettaient en com-
 munication avec lui et agissaient même sur ses sens. Le dé-
 lire prit ensuite un caractère mystique, religieux. Le malade
 se mit alors à écrire, chaque jour, nombre de pages empreintes
 de ce délire, et où l'expression de ces conceptions délirantes
 prenait le plus ordinairement le caractère de sentences.
 Entre beaucoup d'autres, je choisis comme type de ce genre

d'élucubrations quelques fragments d'une longue épître adressée par le malade au père Félix.

RÉVÉREND PÈRE,

» Les siècles de l'Ere chrétienne dominant l'âge terrestre. La parole divine du Christ, rédempteur des hommes, passa sur l'âge du monde et unit les préceptes divins du paradis terrestre, du sacrifice d'Abel, de la prière visionnaire du sacrifice des patriarches et de la loi de Moïse à l'harmonie sainte, au saint sacrifice de la messe, à l'harmonie céleste sous l'aurore du catholicisme.

L'alliance céleste est l'héritage céleste, le don du Seigneur.

La manne de l'immortalité est l'esprit de vie qui élève la vie terrestre vers le degré de la beauté.

La profondeur sacrée est sainte, céleste et radieuse. Elle s'épanouit en suivant la profondeur de l'âme et s'étend dans la pensée qui s'appesantit sous les reflets de la beauté.

Elle passe unie à l'alliance céleste et donne aux hommes le rayon de la beauté, la lumière de la vie, la manne de l'immortalité.

L'âme contient l'infini. La pensée qui vient de l'âme possède l'alliance terrestre et ne peut dévoiler l'épanouissement radieux sous le voile terrestre.

L'homme s'arrête sur le champ humain qui recèle les ténèbres ; la pensée suit la profondeur sacrée dans la vallée lumineuse.

Le sacrifice offert à Dieu dans l'harmonie sainte, vivifiera la prière de l'âme, l'union de la vie terrestre à la vie céleste, et élèvera l'aurore de la pensée vers les cieux.

L'Eglise guidera les nations sur le chemin de la vie et dévoilera l'aurore radieuse.

L'aurore de la vérité se lève dans la cité sainte et étend ses rayons vers la lumière de l'âme qui meurt sous l'obscurité funèbre.

Le flambeau divin vivifie la lumière et ouvre à l'âme le chemin céleste qui conduit vers l'éternité.

Le Christ, au milieu des apôtres et du peuple juif, appelle les hommes sur la voie sacrée : la sanctification fait naître la sainteté.

Le Christ a réuni ses apôtres sous l'aurore de la prière. Le

jour solennel apparaît dans la lumière sainte, et la lumière céleste éclaire, guide et vivifie la loi de Moïse.

Le divin Maître consacre et bénit le pain de vie. L'harmonie céleste éclaire, guide et vivifie l'harmonie sainte.

La source de vie donne aux anges la manne de l'immortalité ; l'animation vivifie le rayon immortel de la vie céleste.

La vie de l'homme s'épanouit sur la terre fertile ; la parole divine, le pain de vie, la manne céleste nourrissent l'âme et déposent dans la vie de l'homme le rayon de l'immortalité qui conduit vers la gloire éternelle.

L'alliance sainte unit la vie terrestre à la vie céleste.

Il me semble difficile de méconnaître dans cet état mental les caractères de la folie héréditaire ; mais le malade ayant nié formellement qu'il y ait jamais eu des aliénés dans sa lignée, j'ai cru devoir me renseigner auprès du curé du village où il est né et où demeure sa famille, tout en lui fournissant le bulletin médical qu'il me demandait au nom de cette dernière. Je ne puis que reproduire ici la réponse de cet ecclésiastique :

1^{er} Avril 1874

MONSIEUR LE DOCTEUR,

» Veuillez nous excuser si nous avons attendu si longtemps avant de vous remercier de la bienveillante lettre que vous avez daigné nous adresser au sujet de M. Claude B.

Son frère Louis a pris des renseignements auprès de ses parents et de ses connaissances, comme vous le lui aviez conseillé, et a cherché à découvrir s'il existait ou s'il avait existé autrefois quelque membre de sa famille atteint d'aliénation mentale comme son malheureux frère.

Toutes ses recherches ont abouti à lui faire constater que jamais dans sa famille, ni ascendant, ni collatéral n'avait été atteint de cette cruelle infirmité.

Il me prie donc de vous transmettre ce renseignement afin que vous puissiez l'utiliser pour le traitement de son pauvre frère. Seulement, il tient à vous avertir que son frère avait une passion très-prononcée pour l'étude, qu'il y apportait une application quelquefois exagérée, et que cette application a peut-

être contribué pour une grande part à l'état déplorable où M. Claude B. se trouve.

Signé : X...

Les caractères de la folie héréditaire ne sont pas moins évidents chez un autre malade de mon service, entré le 24 novembre 1874 et transféré depuis à Froidemont (Belgique), pour cause de rapatriement,

Cet individu, qui a été traité déjà dans plusieurs asiles et notamment dans celui de Marseille et dont l'affection mentale est très-ancienne, réalise le type du valet de chambre de haute-maison. Il paraît être travaillé depuis longtemps d'un besoin irrésistible de changement. Il ne pouvait, me dit sa sœur, personne très-intelligente, rester nulle part. Il n'était pas plus tôt dans un lieu qu'il éprouvait le besoin d'en sortir ; mais cette disposition impulsive ne s'est révélée qu'à la suite d'un premier accès de folie simple.

Après avoir été attaché au service du Khédivé dans le cours du voyage que celui-ci a entrepris, il y a plusieurs années, en France, en Angleterre, en Italie ; il entra, après l'avoir quitté, au Cercle de la Méditerranée, à Nice. C'est là que l'aliénation mentale dut commencer à prendre les caractères de la folie héréditaire. Ils avaient d'abord consisté, paraît-il, dans un simple délire de persécutions avec hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale et interprétations délirantes.

Au bout d'un an environ, le délire se systématisa et le malade prétendit alors que les membres du cercle avaient organisé contre lui un système de persécutions par des fuites qui lui traversaient le corps, donnant passage à un fluide qui dans le trajet lui causait de vives souffrances. On agissait ainsi sur lui, sur ses nerfs, sur sa poitrine, quelle que fût la distance, et on le forçait souvent à agir malgré lui.

Or, il résulte des renseignements que j'ai recueillis, en les puisant à une source que je crois sûre, qu'il n'y a jamais eu d'aliénés dans la famille du malade.

Le père est mort à soixante-treize ans d'un catarrhe pulmonaire. Il était parfaitement sain d'esprit. La mère a soixante-deux ans et vit encore ; son intelligence est des plus normales.

Le malade a deux sœurs qui ne présentent absolument rien de particulier sous le rapport intellectuel, et dont une que j'ai vue, m'a paru remarquablement intelligente.

Le grand-père paternel est mort à quatre-vingt-treize ans.

Le grand-père maternel est mort également très-âgé.

La grand'mère maternelle est morte des suites d'un ulcère variqueux.

Ils étaient tous sains d'esprit.

Les oncles et tantes des deux branches n'étaient pas moins indemnes de toute altération de l'intelligence et de toute névrose.

Je puis citer encore un de nos sculpteurs les plus célèbres, dont les œuvres ornent quelques-uns de nos monuments publics, que j'ai eu pendant quelque temps comme pensionnaire à l'asile Sainte-Gemmes et qui n'en est sorti qu'après avoir surpris ma religion et en poussant la simulation jusqu'à renier ses conceptions délirantes, en les qualifiant de complètement absurdes.

L'aveu de la simulation et la preuve qu'il n'avait abandonné aucune de ses conceptions délirantes, résultent d'une lettre qu'il m'a écrite peu de jours après sa sortie et qui porte l'empreinte évidente du délire, ainsi qu'on peut en juger :

Paris, 14 septembre 1868.

MON CHER MONSIEUR,

Me voici libéré de mes ennuis et je viens vous en informer pour votre propre tranquillité.

Vous vous souvenez de mes ouvertures, lors des premiers instants de mon séjour dans la maison que vous dirigez . . .

.
.

..... Vous comprenez bien
ce que je veux vous dire, n'est-ce pas ???

Depuis mon départ de Ste-Gemmes (je n'ai plus à vous re-
mercier de la manière aimable et délicate et toute gratuite dont
vous m'avez traité.

..... Vous comprenez encore
n'est-il pas vrai ???) Depuis donc mon départ de votre maison,
je n'ai pas cessé de travailler à l'accomplissement de mon
œuvre. — Je l'ai accompli depuis le 4^{er} de ce mois-ci.

Je vous demande pardon de vous avoir menti dans la lettre
au crayon que je vous écrivis le lendemain ou le surlendemain
de mon escapade à Angers. — Je devais le faire pour avancer
ma sortie — j'avais terminé les observations et les études que
j'étais allé faire au milieu de vos pauvres malades. — C'est je
crois la première fois que j'ai menti — je me suis pardonné à
moi-même mon mensonge à cause du motif qui me le faisait
faire.

Cependant, en prenant les mots de ma lettre dans leur sens
réel—je n'ai point menti—puisque tout ce qu'alors les hommes
croyaient être un effet de l'illusion, est devenu pour eux et pour
vous-même une vérité — et notez bien, une vérité toute maté-
rielle.

Donc, bien cher Monsieur Billod — je viens vous donner
une preuve de ma sympathique affection ; faites-moi l'amitié de
l'accepter comme je vous la donne, et veuillez me garder, ainsi
que je le fais moi-même, bon souvenir de nos relations.

.....

Formule de guérison pour toutes les maladies mentales

Maladies mentales,
Maladies mentales.
Maladies mentales.
Maladies mentales.
Donc maladies mentales.
.....

Formule de guérison des maladies organiques

(Je viens de me tromper ; la formule précédente est celle des
maladies organiques. Voici sur l'autre page celle des maladies
mentales. . . Aca. .

.....

Formule des maladies mentales

Maladies mentales.
 Maladies mentales.

Formule de guérison de ces maladies mentales

Volonté.
 Électricité.
 Électricité.
 Volonté

 Vous comprenez-bien n'est-ce pas

 ?

Maintenant je vous prie de m'excuser si je vous laisse si promptement. J'ai encore fort à faire aujourd'hui, et je me dois à tous ceux qui m'attendent.

Faites moi l'amitié de me répondre, et recevez je vous prie l'assurance nouvelle de mes meilleurs et respectueux sentiments.

Votre obligé,

Les caractères de l'état mental de M.,... étant ceux de la folie héréditaire, j'avais bien conçu quelques doutes à l'endroit de la réalité de la guérison ; mais, en l'absence de toute conception délirante et à raison du jugement porté par le malade lui-même sur son état antérieur, je ne pouvais hésiter à provoquer sa sortie.

Pour faire apprécier les caractères de la folie dont M... était atteint, je crois devoir reproduire ici l'observation que j'ai libellée pendant le séjour du malade dans l'établissement.

X..., né à la Rochelle (Charente-Inférieure), le 22 août... domicilié à Paris (Seine), sculpteur déjà célèbre, est entré à l'asile de Sainte-Gemmes le 23 août 1867, en vertu d'un arrêté préfectoral rendu d'après une lettre en date du 16 mars dernier, par laquelle M. le ministre de l'intérieur venait

d'autoriser le rapatriement en France du dénommé frappé d'aliénation mentale à Lisbonne où il résidait momentanément.

X... est d'un tempérament nerveux imprimant son cachet à la physionomie qui est ouverte, expressive et empreinte de bienveillance; la constitution est vigoureuse.

Depuis le jour de son entrée, c'est-à-dire depuis le 23 août jusqu'au 31, ce malade n'avait manifesté aucun signe d'aliénation mentale; sa conversation avait paru porter le caractère de la plus parfaite lucidité, lorsque m'ayant témoigné le désir d'avoir un entretien particulier avec moi, il m'exprima un ensemble de conceptions délirantes constituant un type remarquable de folie systématisée et que je reproduis ci-après :

« Ce que je vais vous dire, dit-il, en commençant, va vous étonner beaucoup et vous êtes le seul à qui j'en fasse la confiance pleine et entière. Je commence par vous déclarer que je n'ai jamais menti. Si extraordinaire que soient les choses que je vais vous exposer, elles ne sont que l'expression de la plus rigoureuse vérité.

» Tout d'abord, monsieur, je vous ferai observer que je suis venu ici volontairement et dans un but que je vais vous faire connaître. Vous comprenez que, s'il n'était pas entré dans mes vues de venir dans cette maison, ce n'est pas ma sœur, c'est encore moins M. G... qui m'y aurait amené de force. Je suis artiste en sculpture, vous le savez peut-être, pensionné à l'École des Beaux-Arts par le département de

» Je me suis efforcé par mon travail de mériter ce témoignage de bienveillance et j'ai voué à ce département une reconnaissance qui sera éternelle.

» Cette reconnaissance m'impose le devoir de faire profiter ce pays, à l'exclusion de tout autre, du résultat des découvertes extraordinaires que j'ai faites dans le domaine de la science, de la médecine et de la philosophie. Je

vous prie de me pardonner, monsieur, mon immodestie (*sic*) mais je suis savant, très-savant, et vous allez en juger. Mais, avant de vous présenter l'exposé de mon système, je dois vous faire connaître, en quelques mots, les diverses particularités de mon organisation.

» Jusqu'à douze ans ma santé a été assez chétive ; j'ai eu à cet âge une maladie de poitrine d'une gravité extrême qui a mis mes jours en péril et qui a nécessité l'application sur mon corps de brûlures dont je conserve encore l'empreinte. A la suite de cette maladie, ma santé est devenue parfaite et mon intelligence a pris des développements que je crois pouvoir qualifier d'extraordinaires, en vous demandant encore pardon de parler ainsi de moi, mais je m'adresse à un médecin, à un confident intime.

» J'ai pris depuis cette époque l'habitude de réfléchir profondément ; et, pour ce qui est, par exemple, de la botanique, j'ai été frappé, tout d'abord, de tout ce qu'avaient de compliqué les systèmes de Linnée, de Jussieu... Je me suis dit alors : la nature a dû procéder avec plus de simplicité, et, en approfondissant cette donnée, j'ai été conduit à diviser les plantes en deux catégories, les unes à fleurs jaunes et les autres à fleurs de toute autre couleur. J'ai découvert que, lorsqu'on coupait les plantes à fleurs jaunes à une certaine hauteur au-dessus de leur sortie de terre, elles exprimaient un suc ; en faisant distiller ces plantes et ces sucs dans un système d'alambics et de cornues (dont le malade donne la description), on obtient une liqueur d'un jaune d'ambre qui a la propriété de guérir toutes les maladies. Par contre, les autres plantes contiennent un suc qui, distillé de la même façon que celui des plantes jaunes, constitue le poison le plus mortel pour les animaux comme pour les végétaux. Quand la liqueur des plantes jaunes a séjourné pendant quelque temps dans le vase, on trouve dans le fond un petit corps transparent que j'appelle cristallin.

» Or, voici ce qui m'est arrivé à propos de ce cristallin à

Lisbonne. Pendant mon séjour dans cette ville, voulant expérimenter la substance dont il s'agit, je m'arrangeai, bien que je ne fusse nullement aliéné, de manière à me faire conduire dans l'établissement de cette ville. J'y étais depuis un certain temps, lorsqu'un malade se plaignit à moi, après l'avulsion d'une dent, de souffrir atrocement dans l'alvéole de cette dent. Je lui dis : Voulez-vous que je vous guérisse ? « Volontiers », me dit-il, et alors je pris un peu du cristallin dont j'ai parlé plus haut et que j'avais préparé moi-même, grâce à l'obligeance du pharmacien de l'établissement, et je l'appliquai sur le siège du mal.

» Le lendemain je vis le patient accourir et me dire en portugais que mon remède lui avait fait un bien extraordinaire, qu'il ne souffrait plus. Examinant alors l'alvéole malade, je constatai que, non-seulement la plaie était cicatrisée, mais encore qu'il venait de paraître au fond de l'alvéole le noyau d'une dent nouvelle. Cette dent se développa de plus en plus et, lorsque je sortis de l'asile de Lisbonne, son développement était parfait. Je n'ai plus de dents et j'aurais pu m'en pourvoir à l'aide de ce moyen ; mais j'ai voulu attendre une occasion favorable, pour faire constater l'expérience. Je me suis dit alors : quand je serai rentré en France, je m'arrangerai de manière à rentrer à l'asile Sainte-Gemmes, je m'adresserai au directeur de l'établissement que je sais être médecin, et, confiant à sa loyauté, je lui exposerai mon système en lui proposant de s'associer à moi dans le but de l'appliquer à la guérison de toutes les maladies et d'abord de celles qui affligent les nombreux malades confiés à ses soins. N'ayez pas d'inquiétude, me dit-il à cette occasion, pour votre avenir. Lorsque vos malades seront guéris, vous serez largement indemnisé par une position splendide et par les bénéfices que vous réaliserez, de la perte de votre position actuelle. Je passe maintenant, me dit-il, à un autre système. Vous savez, monsieur, que les anciens admettaient quatre éléments : l'eau, la terre, l'air et le feu.

» J'ai reconnu que c'était une erreur, qu'il y en avait cinq. Le cinquième élément, c'est l'électricité. L'électricité résume toutes les forces de la nature. On a cru pendant longtemps que le mouvement existait, il n'existe pas ; ce qui existe, c'est l'attraction.

» Le feu, dit-il, est un dissolvant général. Par la combustion de tous les corps qui se trouvent au centre de la terre, il se produit une expansion de tous ces corps vers la circonférence du globe. On a cru pendant très-longtemps aussi que le feu purifiait : c'est une erreur. Le feu divise, mais il ne purifie pas, c'est l'eau qui purifie. L'eau distillée par mon procédé surtout, l'eau distillée que les anciens appelaient l'eau lustrale, a la propriété de guérir les plaies scrofuleuses et autres de la plus mauvaise nature, sans laisser aucune apparence de cicatrice. Son emploi doit être combiné avec celui du miel de la fleur jaune.

» L'électricité se résume dans l'attraction et on a ignoré longtemps que le nombre cabalistique était cinq.

» L'électricité étant le cinquième élément, c'est moi qui l'ai découvert.

» Toutes les sciences, me dit-il encore, n'ont un caractère absolu que depuis que je les explique.

» Je sais tout, j'ai une mémoire à nulle autre pareille ; j'ai aussi une volonté à nulle autre pareille et mon libre arbitre me le dit. J'ai également beaucoup de cœur, et je dois appliquer l'usage de ces facultés extraordinaires au soulagement et au bien de l'humanité.

» A mon retour de Lisbonne j'avais entrepris d'écrire l'exposé de toutes mes idées ; j'avais écrit environ la matière de trois volumes, lorsqu'un jour je réfléchis que c'était anticiper sur le moment où, ainsi que j'en avais pris l'engagement vis-à-vis de moi-même comme vis-à-vis de l'empereur, je devais venir en Anjou et à l'asile Sainte-Gemmes pour divulguer mon secret. »

Le malade me promit à cette occasion, tout en me priant

de le laisser libre de choisir le moment opportun, de produire les faits les plus propres à me convaincre de la réalité du magnétisme. Il rattache au magnétisme les pressentiments et leur réalisation et il me cite trois faits qui témoignent évidemment, selon lui, de l'exactitude de cette donnée.

» J'avais, dit-il d'abord, une sœur remarquable par sa beauté et son esprit.

» En voyageant dans les Antilles, et venant de faire le quart, au moment où je me disposais à me coucher, je vis l'image de ma sœur et je l'entendis m'adresser quelques paroles que j'en ai pas besoin de reproduire. Ayant pris note exactement du jour, de l'heure et même de la minute où je vis cette apparition, j'appris à mon retour, de ma mère, que la mort de ma sœur avait eu lieu au même moment : quelques instants auparavant une des dernières pensées de la mourante m'était adressée.

» Plus tard, à l'époque de la guerre de Crimée, un de mes frères, capitaine de zouaves plein de bravoure et ne sortant jamais d'une affaire sans y être blessé, le fut assez dangereusement à Traikir, pour mourir à l'hôpital de Constantinople. Or, à l'époque de sa mort, son frère, percepteur à fit connaître M. X... qu'il avait vu dans un moment qui coïncida avec la mort du capitaine, l'image de celui-ci avec les altérations produites par la maladie dont il est mort. »

Ramenant tout au magnétisme, le malade me dit encore que, quand une pensée naît dans l'esprit, elle y est amenée par l'attraction magnétique. Il me dit aussi : « Croyez-vous au magnétisme?—Non, lui dis-je.—Pourquoi? me dit-il.—« Parceque, lui répondis-je, parmi les faits dont on a voulu me rendre témoin pour me convaincre, aucun ne m'a paru avoir le caractère de la certitude scientifique. »

» Que faudrait-il pour vous convaincre? me dit-il. Je vais à l'instant même vous produire un effet de seconde vue qui ne vous laissera aucun doute à cet égard. Donnez-moi votre

main. » La lui ayant donnée, il la prit dans sa main droite, la serra modérément en fermant les yeux et en contractant son visage comme pour faire un effort intérieur de volonté. — « Que voyez-vous, dit-il ? » — « Rien, lui répondis-je. » — « C'est que, dit-il, vous êtes ému et votre émotion paralyse l'effet du fluide ; mais lorsque vous serez plus calme, je reprendrai l'expérience de façon à vous convaincre de la façon la plus péremptoire. Il se peut, il est probable même que, parmi les faits de magnétisme il y en ait beaucoup de controuvés et d'imaginés par le charlatanisme ; mais il est impossible de supposer que tous ceux qui croient au charlatanisme, soient des compères ou des imbéciles. Il doit y avoir nécessairement quelque chose de vrai. Il en est probablement du magnétisme comme de l'électricité. Par exemple, si l'on avait dit, il y a soixante ans, que par l'électricité on arriverait à transmettre la pensée instantanément, à travers les plus grandes distances, on eût certainement été traité de visionnaire. Eh bien ! il en sera probablement ainsi du magnétisme animal, lorsque tout ce qu'il y a d'obscur dans ses données, sera éclairci. Pour moi, la lumière est faite, je sais ce que c'est que le magnétisme. »

Que si les idées vaniteuses qui se font jour incessamment dans les paroles de M. X... faisaient naître l'idée d'une folie paralytique, je répondrais qu'à moi aussi cette pensée est venue ; mais, qu'en présence d'un délire aussi systématisé et en l'absence complète de tout symptôme physique de paralysie générale, j'ai dû la rejeter, et en apprenant aujourd'hui, après plus de douze ans, que M. X... est encore vivant et indemne de l'entité morbide dont il s'agit, je ne puis que me confirmer dans l'opinion que son affection mentale n'avait rien de paralytique.

J'ajoute que tous les renseignements recueillis par moi, en les puisant aux meilleures sources, s'accordent à présenter tous les membres de la famille de M. X... comme étant

nerveux et gens d'imagination, mais sans qu'aucun ait jamais été aliéné.

L'absence d'antécédent héréditaire s'est observée également chez une dame pensionnaire que j'ai traitée à l'asile de Sainte-Gemmes, après y avoir soigné son mari.

Cette dame, dont la folie ne reconnaissait pas d'autre cause que le chagrin que lui avaient causé la folie et la mort de ce dernier, présentait un délire partiel systématisé avec prédominance de l'idée que sa fortune avait été compromise par la mauvaise gestion de son notaire et que, complètement ruinée, sa fille allait être réduite à être laveuse de vaisselle chez une de ses amies.

Cette malade, après avoir demandé elle-même à entrer dans l'asile où son mari avait été traité, déclarant même qu'elle ne consentirait à être placée dans aucun autre établissement, réclama après un an, avec les plus vives instances, sa sortie.

Après avoir vainement tenté de l'obtenir tant qu'elle n'aurait pas renoncé à sa conception délirante, elle parut un jour avoir satisfait à cette condition et simula assez complètement la guérison pour, qu'après une épreuve de trois mois je ne dusse pas m'opposer à la sortie. Mais, le lendemain même de cette sortie, le docteur Millet, son médecin, m'écrivait que la malade était si peu guérie qu'en arrivant à Tours son premier soin avait été d'aller chez son notaire pour lui reprendre tous ses papiers d'affaires, en lui disant que c'était sans doute trop tard et en lui reprochant la ruine de sa fille.

Réintégrée à l'asile de Sainte-Gemmes, elle y tenta vainement une deuxième fois de simuler la guérison pour obtenir sa sortie.

J'ai cru enfin reconnaître les caractères d'une folie héréditaire, sans qu'il y ait eu d'hérédité, chez une pensionnaire de l'asile Sainte-Gemmes qui réalisait bien le type de l'alié-

née chronique, car elle comptait, lorsqu'elle est morte, quarante-trois années d'aliénation mentale.

Par un hasard singulier, M. Falret père, dans une visite qu'il a bien voulu me faire à Sainte-Gemmes, a reconnu dans cette malade l'aliénée avec laquelle il a ouvert la maison de santé fondée par lui avec Félix Voisin à Vanves en 1823, et dirigée aujourd'hui par son digne fils Jules Falret.

L'aliénée le reconnut elle-même et lui fit l'accueil le plus cordial. Il n'en fut pas de même de Voisin qui, m'ayant fait aussi l'honneur d'une visite, fut très-mal reçu par elle. La différence de l'accueil fait à ces deux médecins s'explique par ce fait que Voisin, ayant été appelé le premier à voir la malade et, par suite, à lui prescrire et à lui appliquer les mesures de coercition que les caractères de l'état mental rendaient dans le moment nécessaires, en a conservé tout l'odieux dans sa mémoire; tandis que Falret n'a eu à se montrer aux yeux de la malade que sous les dehors de la bienveillance et de la douceur. Il est remarquable, pour le dire en passant, que plus de quarante ans d'aliénation mentale n'aient pas effacé cette différence d'impression.

Des renseignements qui m'ont été transmis par Falret et par Voisin, il résulte que la folie de Mme X... a revêtu, tout d'abord, les caractères d'une agitation maniaque, avec délire général et penchant à la violence, c'est-à-dire d'une folie simple dans toute l'acception du mot.

Or, cette folie a fini par prendre, grâce à la chronicité, les caractères d'une folie partielle, avec perversion des sentiments affectifs, hallucinations de la vue et de l'ouïe et prédominance de plusieurs conceptions délirantes assez bizarres.

C'est ainsi que la malade disait être Louis XII, prétendait qu'elle n'avait jamais péché, et elle aimait à répéter, par exemple, que la dernière fois qu'elle avait voulu se confesser, son confesseur l'avait trouvée tellement pure qu'il l'a-

vait priée de prendre sa place au confessionnal et de recevoir sa confession.

Elle refusait de reconnaître son mari, excellent homme, de dehors très-modestes, en disant : « *Comment voulez-vous qu'une personne aussi distinguée puisse être la femme d'un pareil cuistre.* »

La folie avait reconnu pour cause la mort d'un fils unique que la malade adorait, et tous les renseignements que j'ai recueillis sur sa famille, en les puisant aux sources les plus sûres et les plus impartiales, s'accordent à faire repousser jusqu'au moindre soupçon d'une hérédité de folie ou d'une affection nerveuse dans l'ascendance ou chez les collatéraux.

NOTE SUR LA MARCHÉ

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

CHEZ LES HÉRÉDITAIRES

Par M. le Dr DOUTREBENTE.

Dans un travail publié dans le numéro de novembre dernier, le Dr Marandon de Montyel, contrairement à ce que nous avons dit, s'est efforcé, les chiffres en main, de démontrer que la paralysie générale chez les héréditaires ne présentait rien de bien anormal dans la marche et la durée.

Si nous croyons utile de revenir aujourd'hui sur ce sujet, cela tient à ce que quelques médecins aliénistes ont, à plusieurs reprises, exagéré ou dénaturé notre manière de voir.

Nous pensons depuis longtemps que la paralysie générale n'est pas une vésanie, et que, par suite, l'hérédité vésanique n'est pas susceptible à elle seule de produire la paralysie générale : devons-nous nous défendre « d'avoir négligé » de distinguer, parmi ces infortunés, ceux qui ont contracté leur terrible affection sous la seule influence de « l'hérédité vésanique et ceux qui, à cette influence, ont » ajouté celle non moins puissante des excès de toute nature ? »

ANAL. MÉD.-PSYCH., 6^e série, t. 1. Mars 1879.

4

15

M. Marandon de Montyel admet, au contraire, que la prédisposition à l'aliénation mentale, en dehors de toute cause, engendre la paralysie générale, tout comme une manie, une lypémanie ou une monomanie ; aussi, dans ses observations, rencontrons-nous souvent cette phrase : « La paralysie générale éclata sans cause connue autre que l'hérédité. » Devons-nous lui faire un crime de ne pas avoir trouvé une cause plus évidente ?

Notre honorable confrère prétend que la clinique se montre bien sévère pour nous, et cite à l'appui de son opinion des résultats statistiques que nous ne voulons pas et ne pouvons pas, d'ailleurs, discuter, puisqu'il affirme que, dans son travail, *toutes causes d'erreur ont été évitées, et que la valeur des diagnostics ne doit être contestée par personne*. Il n'y a qu'à s'incliner.

Mais, quant au reproche d'avoir parlé de l'influence heureuse du principe héréditaire sur la marche des vésanies, nous ne pouvons l'accepter, ayant fait, en 1868, un mémoire (1) pour démontrer le contraire. Pour la paralysie générale, en particulier, nous n'avons jamais rien dit de semblable.

Très-rarement, avons-nous dit, la paralysie générale se rencontre dans une famille entachée d'hérédité morbide progressive spéciale à la folie, et, dans ce cas particulier, exceptionnel, la paralysie générale revêt la forme chronique et rémittente (2).

Cette proposition à laquelle Morel avait donné son approbation est aujourd'hui adoptée par MM. Jules Falret et Lionnet. Nous avons trouvé dans le travail de notre savant confrère de Toulouse des faits curieux et intéressants, des faits cliniques de la plus haute importance, vu leur ra-

(1) *Étude généalogique sur les aliénés héréditaires.*

(2) Sur un terrain mal préparé pour la recevoir, la paralysie générale évolue d'une façon anormale.

reté. Depuis dix ans, à peine avons-nous pu en réunir une demi-douzaine. Qu'on juge de notre joie, en découvrant dans le travail de notre honorable contradicteur, de quoi compléter notre collection.

Dans le groupe comprenant les observations de 24 à 32, il y a en effet des paralytiques pourvus d'hérédité vésanique et vivants, alors que la maladie s'est déclaré chez l'un en 1857 et chez l'autre en 1862, etc.

Nous ne pouvons laisser passer ces faits sans faire remarquer que :

Le sujet de l'observation	{	24	pourvu d'hérédité vésanique, est paralytique depuis			22 ans
		25	—	—	—	47
		26	—	—	—	49
		27	—	—	—	44
		28	—	—	—	44
		29	—	—	—	44

Malgré la connaissance de ces faits, M. Marandon croit que nous avons émis une idée *théorique* et formulé une *explication ingénieuse*, incapable de résister aux arguments rigoureux de la clinique.

D'abord, nous affirmons avoir vu ce que nous avons écrit et n'avoir écrit qu'après avoir vu ; nous avons donc fait de la clinique, et c'est sur elle que nous nous appuyons pour signaler la marche insolite de la paralysie générale chez les héréditaires.

Nous n'avons jamais eu la prétention de formuler une loi applicable à tous les faits et, comme tout le monde, nous savons que les excès alcooliques et autres peuvent modifier le processus morbide et favoriser une évolution rapide.

Toutes les règles d'ailleurs ont des exceptions ; et de plus, dans les questions où l'hérédité est en jeu, il importe, avant d'incriminer son influence, d'en constater la présence, non pas seulement à l'aide de renseignements oraux plus ou moins justifiés, mais aussi et surtout par l'examen du sujet qui doit, le plus souvent, porter les stigmates de l'hérédité (Morel).

Ces signes ou tares de l'ordre moral, physique et intellectuel, entrevus par Esquirol, décrits par Morel et ses élèves, ont été de nouveaux étudiés par M. Legrand du Saulle. (*Leçons sur la folie héréditaire.*)

En résumé, pour nous convaincre, que M. Marandon cherche et trouve, parmi les malades soumis à son observation, des paralytiques absolument indemnes de tout vice vésanique héréditaire et malades depuis 15 ou 20 ans!

ARCHIVES CLINIQUES

7

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. RENDU.

Paralysie générale d'origine syphilitique.

SOMMAIRE. — Trente-six ans. — Perte de mémoire. — Impuissance. — Alternatives d'excitation et de dépression. — Inégalité des pupilles. — Tendance au délire ambitieux. — Embarras de la parole. — Accès de fureur maniaque. — Stupeur. — Refus d'aliments. — Le malade devient gâteux. — Traitement mercuriel. — Guérison.

M. Ch..., âgé de 36 ans, est fils d'un père qui, atteint autrefois de syphilis, a fini, à l'âge de soixante-dix-huit ou quatre-vingts ans, avec des accidents de ramollissement cérébral. Il n'avait jamais donné de signes d'aliénation, mais passait pour un esprit bizarre et un caractère quinquex.

Cette disposition d'esprit se retrouve du reste dans la famille. M. C... a un frère qui est un homme intelligent, archéologue distingué, littérateur de quelque mérite : à côté de ces qualités, il mène une existence intérieure fort irrégulière, et vit depuis longues années avec la femme d'un de ses voisins de campagne. En conversation, il est brillant, mais d'une exaltation extrême : ce n'est pas, en un mot, un esprit bien équilibré.

M. C... a quelques-unes des qualités et beaucoup des défauts de son frère. Il est intelligent, mais peu travailleur ; il a essayé de tous les métiers, et s'est lancé plusieurs fois dans des spéculations aventureuses, où il a compromis une partie

de sa fortune. En 1864 ou 1865 (si j'ai bonne mémoire), il contracte un chancre suivi des accidents habituels de la syphilis constitutionnelle; il a notamment des manifestations gutturales et buccales très-sérieuses; une angine tenace (exaspérée par l'abus du tabac et des liqueurs) et une stomatite qui aboutit à l'altération des dents, lesquelles, à partir de cette époque, deviennent fort mauvaises et forcent le malade à porter un dentier artificiel.

En mai 1875, la santé de M. C... commence à se déranger. Il éprouve d'abord de l'insomnie, et des rêves dans lesquels il voit des salles d'opéra dorées, avec des ballets fantastiques. Bientôt, il est poursuivi dans ses songes d'une sorte d'hallucination auditive, d'un perpétuel bourdonnement d'oreilles; il appelle ce bruit son *grelot familier*. Au bout de quelques semaines, il remarque que sa mémoire diminue; il perd la mémoire des noms propres; les mots lui viennent plus difficilement. Dans un autre ordre d'idées, il devient impuissant, et ne semble nullement s'en affecter, alors qu'auparavant il mettait un certain point d'honneur à donner des preuves répétées de sa vigueur virile (ces détails nous ont été donnés par la femme même qui vivait avec lui). Enfin son caractère s'altère sensiblement; il devient irascible et fantasque, passant par des alternatives d'excitation et de dépression. Il est alors d'une loquacité excessive, ou d'un mutisme absolu.

C'est dans ces circonstances qu'en septembre 1875, il vient consulter M. Potain, qui le considère comme atteint d'un début de paralysie générale. A cette époque, en effet, il se présente avec le regard terne et sans expression, une inégalité notable des pupilles, une parole traînante, embarrassée, un peu de tremblement des lèvres et de la langue, une perte de mémoire presque complète et l'impossibilité absolue de s'occuper d'une façon sérieuse. Il a de l'insomnie habituelle, des hallucinations de l'ouïe, ses bourdonnements d'oreilles (sous forme de grelot) ont continué; sans avoir

d'idée de grandeur; il vante cependant outre mesure la santé dont il jouissait, les marches infatigables auxquelles il se livrait, et les chasses qu'il faisait pendant les vacances.

Le traitement prescrit par M. Potain fut l'iodure de potassium; mais le malade ne put le supporter à cause du mauvais état de son estomac.

Deux semaines plus tard, je le vis à mon tour. L'excitation cérébrale avait diminué et fait place à un état d'hébetude accentué. La parole était de plus en plus embarrassée : la pupille gauche très-dilatée; l'insomnie était remplacée par de la somnolence, mais les bourdonnements d'oreilles persistaient. Le malade se plaignait d'avoir la tête lourde et de souffrir de la région frontale.

En l'examinant attentivement, je fus très-frappé d'une espèce de jetage nasal très-abondant, qui l'obligeait à se moucher presque à chaque instant. Les sécrétions nasales étaient épaisses, puriformes, assez fétides, striées de sang, comme s'il y avait une ulcération des fosses nasales. Je pensai qu'il pouvait y avoir un point de l'ethmoïde nécrosé, avec irradiations inflammatoires vers la base de l'encéphale. Il n'avait pourtant ni strabisme, ni ptosis palpébral, ni signes de paralysie des nerfs crâniens; mais l'avant-veille il avait eu des vomissements en se réveillant, et il se plaignait de besoins d'uriner très-fréquents.

M. Potain et moi, nous prescrivîmes le traitement suivant : pulvérisation dans les fosses nasales avec une solution de chloral au centième, et frictions trois fois par jour aux aisselles et aux aines avec de l'onguent mercuriel.

Malgré le traitement, les jours qui suivirent furent marqués par une aggravation dans les phénomènes généraux. La céphalée était peut-être moindre, mais le malade était devenu tout à fait aliéné. Il avait des accès de fureur maniaque sans motif; plus souvent il tombait dans une torpeur absolue, et ne reconnaissait plus ni ses amis, ni son entourage; il était obsédé par des rêves qui le faisaient se

réveiller en criant au milieu de la nuit; il avait des hallucinations complètes, causait avec des personnages imaginaires qu'il croyait entendre parler. Il était devenu gâteux et refusait obstinément toute nourriture. De temps à autre, il avait des nausées et du hoquet, pas de vomissements; sa pupille gauche était toujours dilatée, sa langue tremblotante. Il avait, en un mot, le facies des paralytiques généraux arrivés à une période avancée de leur maladie.

Le traitement, pendant toute cette période, consista en frictions mercurielles qui furent régulièrement continuées jusqu'à salivation; deux sangsues furent appliquées derrière chaque oreille et des lavements purgatifs donnés à plusieurs reprises: enfin on put faire prendre une petite dose de bromure de potassium, qui calma notablement les phénomènes d'excitation encéphalique.

Au bout d'une douzaine de jours, vers le commencement de novembre, un peu de détente survint dans l'état général: la sécrétion nasale avait disparu, la céphalée diminuait, le malade reconnaissait les personnes de son entourage. L'amélioration se caractérisa de plus en plus; et le malade entra graduellement en convalescence.

Je suis ce malade depuis quatre ans; j'ai assisté progressivement à la disparition de tous les accidents. La raison lui est revenue complètement au bout de deux mois, et on a fait lever l'interdit qui avait été prononcé contre lui par M. Potain. Puis, les forces sont revenues, la parole est devenue moins embarrassée, quoique encore traînante et lente. Le symptôme qui a persisté le plus a été la dilatation de la pupille gauche, et la soif extrême qu'avait le malade. Il buvait tous les jours de trois à cinq litres de boisson, le plus souvent de l'eau et de la limonade. Malgré toute espèce de traitement, cette polydipsie persista pendant près de deux ans; mais elle finit par disparaître à la longue.

Aujourd'hui M. G... est parfaitement guéri; il a eu depuis un enfant, et quoique un peu exalté par moments, il

jouit de la plénitude de sa raison. Il vit à la campagne d'une existence surtout physique, et n'a plus le moindre vestige des accidents si graves qu'il a éprouvés.

J'ai omis de dire qu'à partir du moment de sa convalescence, M. C... a été soumis pendant six mois (quinze jours par mois) à un traitement iodo-bromuré correspondant à 1 gramme d'iodure et 50 centigrammes de bromure par jour.

8

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. RENDU. *h. j.*

Paralysie générale d'origine syphilitique.

SOMMAIRE. — Hypochondrie. — Inégalité des pupilles. — Céphalée. — Titubation. — Impuissance. — Bégaiement. — Diminution de la mémoire. — Tristesse. — Abattement. — Stupeur. — Traitement mercuriel. — Guérison.

M. X..., Polonais d'origine, employé comme comptable dans une librairie, arrive à l'hôpital Beaujon en 1875, dans l'état suivant :

Caractère triste, hypochondrie, impossibilité de s'occuper d'aucun travail intellectuel, troubles de la vue caractérisés par une sorte de brouillard habituel, tremblement de la langue et des lèvres, inégalité des pupilles, céphalée habituelle persistante. Quand il marche, il titube et chancelle non pas à la façon d'un ataxique, mais d'un paraplégique paralysé. Anesthésie incomplète, mais diffuse; perte de la puissance génitale; pas d'incontinence d'urine, mais constipation habituelle.

Ce malade raconte que, depuis deux ans, il a été soigné en Allemagne, pour une affection mentale, qu'on lui a dit être une paralysie générale; il a pris les eaux de Kissingen et a été soumis à l'hydrothérapie, avec une amélioration passagère.

Depuis quelques mois, il est retombé dans un état pire ; son intelligence, sa mémoire ont baissé ; son découragement est excessif, il balbutie et bégaye comme les paralytiques généraux. Mais quelque soin que l'on mette à l'interroger, on ne trouve chez lui aucune trace de délire ambitieux ; au contraire, ce qui domine chez lui, c'est une dépression excessive, avec mélancolie, allant par moment presque à la stupeur.

En raison de la concomitance des phénomènes encéphaliques et médullaires, M. Gubler admet l'existence de lésions d'encéphalopathie et de sclérose médullaire diffuse, en un mot, une paralysie générale progressive à forme paralytique et cérébro-spinale. Mais cette affection différerait du type classique par l'absence des idées délirantes et d'excitation cérébrale. Elle différerait aussi par la cause. Le malade avait fait très-peu d'excès alcooliques, il n'était pas buveur d'absinthe, il avait été autrefois grand fumeur, mais depuis longtemps avait renoncé à cette habitude ; il n'avait éprouvé ni rêves de fortune, ni peines morales violentes. Seulement, quinze ou 16 ans auparavant, il avait eu la syphilis, et il portait sur le dos quelques cicatrices de syphilides ulcéreuses. — D'après cette donnée, le traitement antisypilitique mixte (sirop de Gibert) fut prescrit, conjointement à l'hydrothérapie, et les effets de cette médication furent surprenants. En moins d'un mois, la parésie disparut, les forces revinrent, la parole cessa d'être embarrassée, l'intelligence redevint nette, et l'on assista à une transformation véritable. Comme dans le cas précédent, l'inégalité des pupilles fut un des symptômes les plus tenaces, mais elle finit à la longue par disparaître à son tour.

ASILE DE CHALONS-SUR-MARNE. — M. A. FOVILLE.

Manie congestive.

*Influence des grandes suppurations sur la guérison
des manies congestives.*

SOMMAIRE. — Excès alcooliques anciens. — Accès de folie débutant au printemps de 1865. — Excitation maniaque très-intense. — Délire des grandeurs. — Divagations ambitieuses. — Pas de symptômes d'affaiblissement musculaire ni d'embarras de la parole. — Persistance de l'agitation pendant environ six mois. — Abscess du genou, anthrax du dos, vastes suppurations. — A la suite, retour du calme et de la lucidité. — Amélioration rapide. — Guérison apparente.

Le nommé B..., âgé de 38 ans, fendeur de lattes, est admis à l'asile de Châlons-sur-Marne, le 19 mai 1865. Il résulte des pièces d'admission que cet individu a, dans le courant du mois de mars 1865, appelé à plusieurs reprises sur lui l'attention de l'autorité publique.

Le Dr Collet, qui l'a examiné, a constaté chez lui une notable incohérence dans les idées, avec absence complète de mémoire et disposition très-grande à l'irascibilité. Il attribue cet état à des excès alcooliques datant de loin. Aucun autre renseignement médical ne nous est donné.

Le Maire de la commune constate en même temps que B... s'est porté à plusieurs actes de violence en escaladant un mur et en brisant une porte pour pénétrer dans une habitation. Il lui est arrivé à plusieurs reprises de se mettre nu devant des enfants des deux sexes.

20 mai. B... est un homme vigoureux, d'un embonpoint notable, d'une physionomie peu intelligente et qui paraît abruti par la boisson. Ses forces paraissent intactes, sa parole n'est pas sensiblement altérée. Interrogé sur ses antécédents, il répond d'une manière nette et parfaitement en rapport avec la question posée. Tout ce qui, dans ses

propos, a trait à une période relativement ancienne de sa vie, est rationnel et paraît vrai. Il donne notamment sur le temps de son service militaire, sur les faits de guerre qui se sont passés à cette époque, sur les villes où il a été en garnison, des renseignements que l'on sait être exacts. Lorsque l'on arrive à parler de faits récents, les réponses, sans cesser d'être calmes et d'être faites d'un ton naturel, perdent néanmoins tout caractère de vraisemblance. B... voit tout en beau : il gagne tous les jours sans difficulté et à fendre du bois, la somme de 5 fr.; il la dépense pour ses besoins, en sorte qu'il n'a pas d'économies, mais il n'est pas embarrassé pour se procurer, par son travail, tout l'argent dont il peut avoir besoin. Il va se marier dans huit jours; il est vrai que depuis longtemps il vit maritalement avec une femme, mère de deux enfants et séparée de son mari. Après son mariage il conservera cette femme près de lui et continuera de suffire aux besoins de tout ce monde, car sa future est sans fortune. Il va se faire construire le mois prochain une grande maison, et, quoique n'ayant pas de fonds pour payer les ouvriers, il ne doute pas qu'il ne puisse s'en procurer autant qu'il pourra en occuper. Une fois sur cette pente, B... se montre de plus en plus porté aux idées de richesses et de grandeurs. Dans la maison qu'il veut faire construire, il établira un café dont les salles, au nombre de quatre, seront tapissées de glaces, non-seulement sur les murs, mais encore sur le plafond et le plancher. Quoique établi dans un village, ce café lui procurera des recettes de 200 fr. par jour, et à la fin de l'année, un bénéfice de 40,000 fr. Il fera aussi le commerce de rouennerie, aura pour voyager, en vendant ses marchandises, de belles voitures et de beaux chevaux gris pommelés, et fera, de la sorte, encore 40,000 fr. de bénéfice annuel, en sorte qu'il ne tardera pas à devenir très-riche.

Toutes ces choses sont débitées avec le plus grand calme, comme si elles étaient parfaitement vraisemblables et sans

trace d'excitation. La parole est restée ferme et nette. Les pupilles sont égales et mobiles. Les fonctions organiques paraissent s'effectuer toutes d'une manière convenable.

Pendant cette conversation, B... a parlé plusieurs fois d'eau-de-vie, d'absinthe, de vin, d'une manière qui prouve assez son peu de sobriété. Du reste, il ne fait pas difficulté de dire qu'il lui arrive souvent de se griser, et c'est avec un souvenir de satisfaction sensuelle qu'il nous raconte qu'étant en garnison à Lyon, lui et ses camarades trouvaient à acheter à discrétion de l'eau-de-vie coûtant 0. 80 c. le litre ; il ajoute qu'ils n'étaient jamais, dans son corps, punis pour cause de *soulographie* (sic).

Il n'a, du reste, aucune conscience de l'endroit où il se trouve ; il se croit à Reims et se retourne de la manière la plus naturelle du monde, pour charger un des surveillants de l'asile de faire apporter par l'aubergiste du vin et des liqueurs.

Tant qu'on l'interroge, il répond avec calme et sans commettre d'actes déraisonnables ; mais quand il est abandonné à lui-même, il n'en est pas de même, et il paraît poussé d'une manière irrésistible à commettre des actes extravagants et dépravés ; il brise tout ce qu'il trouve sous sa main, il se déshabille et déchire ses vêtements ; dans le jardin il détruit les treillages, casse les arbustes, dévaste les gazons et se roule par terre dans la boue.

Les jours suivants, cet état de dépravation instinctive dans les actes se continue et va même en augmentant ; on est obligé de le mettre dans le quartier des agités et de le maintenir avec la camisole. Il passe ses nuits à chanter et ses journées à se promener dans le jardin avec une agitation permanente ; ses propos sont incohérents et indiquent une inconscience complète de l'endroit où il se trouve. Spontanément il ne manifeste que rarement des idées de grandeur ; quand il est interrogé, il répète celles qu'il a déjà fait connaître. Il continue à ne pas présenter d'altération

musculaire, ni d'embarras de parole, ni de contraction des pupilles.

Les mois de mai, juin et juillet se passent sans modification notable dans son état, malgré l'emploi presque journalier de bains prolongés.

Grâce à ses actes extravagants, il lui arrive plusieurs fois de se faire, en tombant, des écorchures ou des contusions; d'autres fois, son attitude agressive auprès d'autres malades lui attire de leur part des voies de fait. Ces différents traumatismes, tous légers, guérissent facilement.

Vers la fin de juillet, on remarque que, bien que poussé toujours par le même besoin incessant de mouvement, il marche mal, et l'on constate que le genou droit est le siège d'un vaste abcès avec érysipèle phlegmoneux, s'étendant à une partie de la jambe et de la cuisse.

Cette grave complication est traitée par des applications constantes de cataplasmes et de larges incisions qui donnent issue à des flots de pus; malgré les craintes qu'inspire cette vaste suppuration et malgré l'agitation persistante qui rend le traitement très-difficile, l'abcès du genou est entièrement guéri au bout de trois semaines, et le malade peut recommencer à marcher; mais alors apparaît, sur la ligne médiane, au milieu du dos, un anthrax assez volumineux; la mortification du tissu cellulaire est très-profonde et va jusqu'au sommet des apophyses épineuses, sans toutefois compromettre l'os; il en résulte une perte de substance considérable et une plaie dont la cicatrice n'est complète qu'au milieu de septembre.

Pendant toute la durée de ces accidents, B... n'a cessé d'être agité, mais il a toujours bien mangé et n'a perdu ni forces ni embonpoint.

A cette époque, il se manifeste chez B... une amélioration qui devient rapidement très-manifeste.

Non-seulement il sait où il est, et reconnaît qu'il a été malade, mais il raconte les phases de sa maladie, les faits

qui l'ont précédée, les principales conceptions délirantes qui l'ont accompagnée et dont il reconnaît toute la fausseté : il devient rangé, poli, propre sur lui, soigneux de ses vêtements, on l'envoie travailler au bûcher et aux jardins, et il s'acquitte bien de ce qu'on lui donne à faire.

Au 15 octobre, il paraît entièrement rétabli, travaille très-régulièrement, et attend sans impatience exagérée sa mise en liberté.

Voulant soumettre cette convalescence à l'épreuve d'une observation prolongée, et éviter à B... d'avoir à passer l'hiver chez lui avec peu de ressources, je le conserve jusqu'à la fin de janvier 1866 ; l'état reste toujours aussi satisfaisant. Ne connaissant pas B... avant sa maladie, je ne puis apprécier s'il lui en reste quelque trace d'affaiblissement intellectuel, mais en tout cas, ce ne peut être que fort peu de chose.

Il quitte l'asile avec toutes les apparences de la guérison.

M. Foville a eu des nouvelles de ce malade pendant plus de trois ans après sa sortie de l'asile. La guérison ne s'était pas démentie (1).

10

momentanée in complètes

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — M. LUNIER.

Paralyse générale.

SOMMAIRE. — Accès de paralyse générale se renouvelant pendant vingt-trois ans. — Rémissions plus ou moins complètes. — Mort au septième accès.

M. H... Théod. est entré pour la première fois à la maison de Charenton le 22 mai 1853.

(1) Ce fait est à ajouter à ceux que j'ai déjà cités, pour prou-

240 MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — M. LUNIER.

Certificat d'admission. M. H... Théod., âgé de 38 ans, est atteint depuis quelque temps d'aliénation mentale avec délire ambitieux qui nécessite son transport immédiat dans une maison de santé. (Paris, 21 mai 1853. Legendre.)

Certificat immédiat. H... est affecté de délire ambitieux avec commencement de paralysie générale. (23 mai 1853. Calmeil.)

Observations médicales. Excitation, incohérence dans les idées, projets déraisonnables, embarras de la langue, occupations futiles. H... s'évade le 23 mai 1853 ; il était alors moins irritable, dormait mieux, mais continuait à déraisonner. Après son évasion, la famille consulte M. Calmeil sur la conduite qu'elle doit tenir. M. Calmeil répond : « Je déclare que M. H... est atteint de délire avec commencement de gêne de la prononciation ; que le désordre de ses idées, sans être porté très-loin, est pourtant incontestable ; que ce malade néglige ses occupations et ses intérêts pour poursuivre des entreprises absurdes et déraisonnables ; qu'il n'exerce plus aucun contrôle sur les actes de sa volonté ; que son jugement est toujours à côté du vrai ; qu'il existe chez lui une tendance à la monomanie ambitieuse et à la paralysie générale ; que l'usage du vin, du café et des spiritueux contribuerait à hâter le développement de l'inflammation cérébrale dont il semble menacé. » (1^{er} août 1853. Calmeil.)

— Deuxième entrée, le 18 août 1859.

M. H... sort de l'hospice de Bicêtre. Il est conduit à la maison de Charenton en vertu d'un arrêté du préfet de police.

Certificat immédiat. M. H... paraît être atteint de démence avec paralysie générale. (19 août 1859. Rousselin.)

Observations médicales. Agitation, idées de grandeur, de

ver l'influence des grandes suppurations sur la guérison des folies congestives.

J. B.

richesses ; va entreprendre de grands travaux et sera bientôt décoré ; loquacité et difficulté dans la prononciation.

M. H... est sorti, le 15 septembre 1859, avec un certificat de M. Calmeil attestant qu'il ne présente plus aucun symptôme d'aliénation mentale.

— Troisième entrée, le 24 avril 1862.

Le certificat d'admission signale des conceptions délirantes, des hallucinations, des accès de fureur. (24 avril 1862. Verger.)

Le certificat immédiat constate que M. H... est atteint de délire général, provoqué par l'abus des alcooliques. (22 avril 1862. Calmeil.)

Observations médicales. Accès de manie avec pétulance dans le langage et dans les actions ; a perdu l'habitude de l'ordre, du travail, du sommeil ; embarras de la parole.

Sort le 11 septembre 1862, calme, raisonnable, mais conservant l'embarras de la parole.

— Quatrième entrée, le 28 septembre 1865.

Le certificat d'admission constate simplement l'aliénation mentale.

Certificat immédiat. H... est de nouveau affecté de folie ambitieuse compliquée de gêne dans la prononciation ; il est incapable de se diriger par lui-même ; ce nouvel accès réclame des soins prompts. (29 sept. 1865. Calmeil.)

Observations médicales. Délire ambitieux, exaltation, loquacité, embarras de la prononciation.

Sort le 28 janvier 1866, sans grande amélioration.

— Cinquième entrée, le 13 mai 1869.

Jusqu'à cette cinquième entrée, le dossier du malade ne contient aucune feuille de renseignements pris par l'interne de garde. A cette date, 13 mai 1869, on trouve les renseignements suivants :

M. H... n'aurait pas fait d'excès alcooliques *cette fois-ci* ; il aurait été vivement affecté par une contrariété commer-

242 MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — M. LUNIER.

ciale ; sur ces entrefaites survint une période électorale qui le passionna beaucoup. Il a des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; il croit que l'on se bat dans la rue ; il va être nommé député ; il sera comblé d'honneurs ; en attendant, il fait de fortes dépenses. Insomnie persistante.

Le certificat d'admission ne donne aucun renseignement.

Le certificat immédiat dit : M. H... est de nouveau atteint de délire général, est surexcité et décidé à faire des dépenses déraisonnables ; il n'apprécie pas les conséquences de ses actions. (14 mai 1869. Calmeil.)

Observations médicales. Exaltation habituelle ; parle beaucoup ; conversation déraisonnable ; inventions ridicules.

Sort le 17 octobre 1869, sans traces d'exaltation, mais conservant encore quelques idées ambitieuses.

— Sixième entrée, le 11 septembre 1870.

Certificat d'admission. Démence avec paralysie générale. (11 sept. 1870. Desportes.)

Certificat immédiat. M. H... est exalté et en dehors de ses habitudes de raison. (12 septembre. Calmeil.)

Observations médicales. Surexcitation habituelle ; idées de réformes sociales, inventions absurdes, perte du sommeil, loquacité, pétulance, menaces. Il est calme parfois au commencement d'une conversation, mais devient déraisonnable dès qu'elle se prolonge.

Sort le 27 avril 1874, à demi-raisonnable, sur l'insistance de sa femme et malgré l'avis contraire de M. Calmeil.

— Septième entrée, le 24 juin 1874.

Certificat d'admission. M. H... est atteint de dérangement intellectuel, caractérisé par des idées de création de grandes industries. (24 juin 1874. Josias.)

Certificat médical. M. H... est atteint de démence paralytique. (25 juin 1874. St-Yves.)

Observations médicales (1874). Idées ambitieuses ; prétentions aux talents d'agrément, surtout au dessin ; très-

turbulent, très-agressif ; s'empporte souvent contre sa femme et ses filles.

1875. Beaucoup moins agité ; passe la p'us grande partie de son temps à dessiner soit des portraits, soit des bâtiments industriels ; parle volontiers de ses inventions et de ses projets.

24 février 1875. Je constate chez M. H... tous les symptômes caractéristiques d'une démence paralytique à la première période.

On m'avait cité cette observation comme un cas de paralysie générale ayant succédé à une série d'accès de folie simple, ce que je considère tout au moins comme très-rare ; le relevé que j'ai fait faire des notes consignées sur les registres prouve que dès sa première admission, M. H... a été considéré par M. Calmeil comme atteint de paralysie générale.

1876, janvier. Peu de changement depuis un an ; très-difficile à diriger.

Février. On est forcé de le transporter à la division des malpropres.

M. H... succombe le 25 avril 1876 à une pneumonie.

L'autopsie n'a pu être faite.

D^r LUNIER.

12

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Manie congestive

Chez une femme de soixante-trois ans. — Guérison après six semaines. — Influence de l'hérédité.

SOMMAIRE. — Soixante-trois ans. — Plusieurs parents aliénés. — Manie. — Délire ambitieux. — Embarras de la parole. — Guérison après six semaines.

Le père de M^{me} M... s'est suicidé. Il avait laissé une

lettre dans laquelle il déclarait qu'il se donnait la mort pour sauver son fils de la conscription.

Son grand-père maternel est mort aliéné.

Son frère a été aliéné et renfermé à Bicêtre et à Charenton pendant trois ans, il est guéri depuis dix-sept ans.

Trois cousins du côté maternel ont été aliénés.

M^{me} T..., âgée aujourd'hui de 63 ans, est depuis longtemps atteinte de migraines; sa santé générale a toujours été assez mauvaise.

Il y a trois mois, on a commencé à remarquer chez elle une loquacité assez grande sans aucun délire. Elle se plaignait de coliques, de douleurs intercostales et de diarrhée.

C'est dans ces conditions que le délire éclata presque tout à coup, après une demi-journée de prostration et d'abattement. M^{me} T.... prononce des paroles incohérentes, s'agite, rejette les couvertures de son lit; elle crie qu'on *l'étouffe*, qu'elle est entourée d'une vapeur qui la tue; elle demande de l'air, se plaint d'être poursuivie par des odeurs infectes; elle ne reconnaît plus ses parents qui l'entourent, etc.

En même temps on constate un embarras de la parole, parfois si grand que la malade ne peut achever certains mots.

Après trois jours, l'agitation se calme et *l'embarras de la parole disparaît*.

Le calme dure sept jours, mais un délire furieux éclate de nouveau.

Cet accès ne dure que 24 heures, le calme reparait et se prolonge pendant un mois. La malade parlait toujours beaucoup, mais elle était moins incohérente.

Après un mois, retour de l'agitation, cris, actes de violence. La malade répète de nouveau qu'on *l'étouffe*; elle appelle la garde, dit qu'on l'assassine. Idées de grandeur. *Elle prétend avoir cent millions en or, cent millions de cachets, Louis-*

Philippe et Napoléon sont revenus sur la terre pour être ses amants. Très-grand embarras de la parole.

Tels sont les renseignements donnés par la famille.

La malade, à son entrée à la Salpêtrière, offre tous les symptômes d'un accès de manie avec embarras de parole et prédominance d'idées de grandeur; l'agitation est si grande qu'on est obligé de recourir à la camisole de force. Cet accès avait éclaté deux jours avant; il succédait, comme il a été dit, à un état de calme qui durait depuis un mois.

Dès le cinquième jour après l'entrée, cette agitation se calme et le délire diminue; les jours suivants le mieux augmente, et, le neuvième jour, on peut placer M^{me} T.... parmi les convalescentes. Après un mois de séjour à l'hospice, elle est rendue à sa famille.

Elle ne conservait de sa maladie qu'une hésitation légère de la parole. La raison était d'ailleurs parfaite. M^{me} T... avait conscience de son état et nous a donné des détails très-précis sur son délire.

Pendant son accès, elle ne pouvait se rendre compte de ce qui se passait autour d'elle, et ne savait pas où elle était. A ses idées de grandeur se mêlaient la crainte qu'on ne lui fit du mal. — Elle entendait des voix qui ont cessé dès que le calme est revenu. M^{me} T... n'offre, d'ailleurs, aucune trace d'affaiblissement intellectuel.

Cette observation nous paraît offrir quelques particularités qui méritent d'être notées.

Telles sont ici l'influence bien marquée de l'hérédité et la guérison si prompte chez une femme de 63 ans.

Il convient surtout de faire remarquer les phénomènes d'intermittence qui se sont produits, au moins pour l'agitation maniaque. Cette agitation portée chaque fois très-loin, est revenue par accès pendant lesquels l'embarras de la parole était souvent très-prononcé. Ces accès, comme on l'a vu, ont été au nombre de trois.

246 HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Le premier a duré trois jours.

Le second un jour seulement.

Le troisième et dernier s'est prolongé six ou sept jours.

J'ai vu plusieurs fois au début de la paralysie général des malades s'écrier, comme M^{me} T..., qu'ils étouffaient, qu'on les asphyxiait. Faut-il rattacher ce fait au délire hyponcondriaque ou bien les malades éprouvaient-ils un sentiment réel de suffocation?

Médecine légale

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL

DE L... (ÉMILE)

inculpé de parricide

Nous, soussignés, Jules Giraud, docteur en médecine, directeur de l'asile d'aliénés de Maréville, chevalier de la Légion d'honneur, et Jules Christian, docteur en médecine, médecin en chef de la division des hommes de l'asile de Maréville,

Commis par ordonnance de Monsieur le Président de la Cour d'assises des Vosges, à l'effet d'examiner l'état mental du nommé L..., Emile, accusé de parricide;

Après serment préalablement prêté entre les mains de ce magistrat, avons pris connaissance des pièces de la procédure, examiné le prévenu, et rédigé en notre âme et conscience le rapport suivant :

Fait.

Le 23 mars 1877, l'accusé rentre vers dix heures et demie du soir chez ses parents chez qui il habitait. Il revenait de Saint-Dié, et les personnes avec lesquelles il

s'était trouvé quelques instants auparavant, déclarèrent qu'il n'était pas pris de boisson. Il alla droit à la porte de la chambre de son père, elle était fermée intérieurement. Pour l'ouvrir, L..... en brisa le panneau inférieur d'un coup de pied, et fit par cette ouverture tourner la clef restée dans la serrure. Il s'avança alors, sans proférer une parole, jusqu'auprès du lit de son père, et frappa le vieillard de trois coups de couteau, l'un au-dessus du sein gauche, l'autre à l'aisselle gauche, et le troisième à la main droite.

L.... se précipita alors vers le lit de sa mère pour la frapper à son tour.

Elle venait de s'enfuir et était allée se cacher derrière la maison. Il fouilla en vain le lit, et, dans sa fureur, il enfonça à plusieurs reprises son couteau dans les couchages.

Les blessures de L..... père furent heureusement peu graves : elles guérissent au bout de huit jours. L..... a d'abord reconnu qu'il avait eu l'intention de tuer son père. Il est revenu depuis sur ses aveux. Il soutient aujourd'hui qu'il voulait seulement le frapper, parce qu'il était irrité contre lui.

L..... fut aussitôt arrêté, et, le 6 juin 1877, il comparait devant la Cour d'assises des Vosges. Mais son attitude singulière à l'audience, les déclarations faites par un grand nombre de témoins, enfin un ensemble de circonstances qui s'étaient révélées pendant l'information, firent concevoir des doutes sur l'intégrité de son état mental, et la Cour, avant de passer outre, ordonna le transfert de l'accusé à l'asile de Maréville, en nous commitant pour l'examiner.

Commémoratifs.

Les parents de L..... sont cultivateurs et habitent le petit village de Lasalle, dans le département des Vosges ;

ils vivent dans l'aisance et jouissent d'une excellente réputation. Ils ont eu quatre enfants, dont trois sont mariés et établis; l'accusé, libéré du service militaire au mois de juin 1875, est encore célibataire et vivait avec ses parents.

Nous n'avons rien pu apprendre sur les premières années de L.....; il est probable que son enfance et sa jeunesse n'ont rien présenté de particulier. Au dire de ses parents, il était gai, causeur, bon enfant. Il n'y avait rien à lui reprocher. Il n'a jamais fait aucune maladie grave.

A l'âge de vingt ans, L..... est devenu soldat, et il est resté six ans au quatre-vingt-dixième régiment de ligne: il a fait la campagne de 1870, a assisté sans être blessé aux batailles de Borny, Gravelotte et Saint-Privat, et a passé plusieurs mois en captivité à Cologne et à Dantzick. Dans ces six premières années, il était arrivé au grade de caporal.

Le 14 février 1872, il rentre au même régiment comme remplaçant, et il devient rapidement sous-officier; mais sa conduite laisse tellement à désirer, que dès le 31 juillet 1874, il dut être cassé de son grade, à cause de ses habitudes invétérées d'ivrognerie, et, circonstance plus grave, quand il fut renvoyé dans ses foyers, le 22 juin 1875, il n'eut pas de certificat de bonne conduite. Dans ces trois ans et demi, L..... avait eu 212 jours de punition, et le colonel du régiment, répondant au juge d'instruction qui lui demandait des renseignements, écrivait: « L..... a laissé au 90^e le souvenir d'un homme brutal, ivrogne et indiscipliné. »

Il est fort à regretter que nous ne sachions rien de la conduite de l'accusé au régiment pendant les six premières années. Ses réponses à ce sujet sont contradictoires: tantôt il prétend qu'il était puni moins souvent, tantôt au contraire il dit qu'il l'était beaucoup plus.

Quoi qu'il en soit, L....., libéré du service militaire le 30 juin 1875, revient au village et va demeurer chez ses parents. Mais au lieu de les aider de son travail, il mène

une vie de fainéant, s'enivrant chaque fois que l'occasion s'en présente.

Aussi la mauvaise intelligence ne tarde pas à éclater entre eux. Le père, âgé de 64 ans, reproche au fils ses habitudes de paresse et d'ivrognerie. Il lui refuse l'argent que celui-ci réclame à tout instant, et même il est obligé de prier les cabaretiers de ne plus lui donner à boire. De là chez l'inculpé une profonde irritation, qui se fait jour par des menaces proférées contre ses parents, et à deux reprises différentes, en pleine auberge, il s'oublie jusqu'à porter la main sur son père. (Déposition 1 : David.)

Au grief de ne pas obtenir l'argent qu'il demandait, s'en joignait un autre purement imaginaire : L..... avait prêté à son père une somme de deux cents francs. Il reconnaît lui-même que cette somme lui a été rendue et bien au delà, mais il prétend que son père ne lui a pas tenu compte des intérêts, et c'est là un sujet interminable de plaintes et de récriminations.

L'accusé croit aussi qu'il a été frustré dans l'héritage d'une tante, héritage qui devait, dit-il, lui revenir en grande partie.

Enfin, quelques jours avant le crime, L..... avait eu un motif d'irritation tout spécial. Il avait prêté à un homme nommé Tenette une somme de cinq cents francs, pour laquelle celui-ci lui avait souscrit une reconnaissance. L..... portait habituellement ce billet sur lui; quelquefois il le laissait traîner dans sa chambre ou même à la cuisine. Craignant que ce papier ne fût ainsi perdu ou déchiré, craignant aussi que, pour se procurer de l'argent, L..... ne l'escomptât à vil prix à un usurier, le père s'était emparé du billet et l'avait enfermé dans son armoire. A plusieurs reprises il avait refusé de le rendre à son fils, qui le réclamait. Il avait également refusé de lui avancer là-dessus une somme de 25 francs.

Tels étaient les griefs de L..... contre son père. Si

maintenant nous nous demandons quelle était la réputation de l'accusé dans son village, nous trouvons dans tous les témoignages une concordance frappante.

Le maire de Lasalle, dénonçant le crime au procureur de la République, écrit le 24 mars :

« Le nommé L.... (Émile), fils de Norbert, *atteint d'aliénation*, vient d'avoir mis la main sur son père, etc. (les mots « *atteint d'aliénation* » sont soulignés dans la lettre). Dans sa déposition devant le juge d'instruction (déposition 14), il dit encore :

« L'inculpé L..... passe dans la commune pour avoir la tête égarée, par suite de quoi ? je n'en sais rien. On dit qu'il se saoule, quand il a de l'argent. »

La mère dit, en parlant de son fils (déposition 13) : « Il est exalté et n'a pas de patience. » « Mon fils a la tête tournée. »

Le témoin Tenette, ami de l'accusé (déposition 15) : « J'ai remarqué que depuis qu'il est revenu du régiment, il a la tête un peu perdue. »

L..... (Joseph), cousin de l'accusé (déposition 17) : « J'ai remarqué que depuis la guerre il a la tête égarée. »

Le témoin Bannerose (déposition 26) : « Depuis quelque temps il n'est pas comme il faut : il passe à côté de vous sans rien dire, alors on le laisse. »

Quelques-uns de ces témoignages précisent davantage et relatent des actes de folie véritable.

« Il y a environ un an, dit le maire (déposition 14), l'inculpé a été employé au chemin de fer à Saint-Denis ; lorsqu'il a quitté ma commune, je lui ai donné un bon certificat. Quelque temps après, j'ai reçu une lettre du chef d'équipe qui me disait qu'il était *fou* et qu'il fallait le faire revenir au pays. »

« J'ai fait voir cette lettre à son père qui, de suite, a envoyé de l'argent à son fils ; ce dernier est revenu dans la commune, qu'il n'a plus quittée depuis. » C'est pendant

ce séjour à Paris que L..... a été condamné à un mois de prison pour rébellion envers les agents dans une auberge.

Le témoin Tenette (déposition 45) rapporte le fait suivant :

« Je me souviens que lorsqu'il était au régiment, il (l'accusé) est venu un jour en permission chez son père pour quelques mois ; mais il partit au bout de trois ou quatre jours sans rien dire. »

« L'inculpé, dit le témoin David (déposition 19), « fréquentait les auberges, il prenait une chope ou deux dans l'une, et allait après dans une autre ; quelquefois il oubliait de prendre la chope qu'on lui servait, et il partait agissant ainsi comme un homme égaré. »

« Mon fils a la tête égarée (déposition du père, n° 21). Quelquefois la nuit il sortait soit en sautant par la fenêtre, soit en passant par la porte, et il allait se promener soit dans le bois ou dans le village ; il rentrait le matin crotté et mouillé ; mon fils n'était pas méchant.

« Je me souviens qu'une nuit il est sorti et s'est mis à chanter pendant deux heures environ devant notre maison, puis il est rentré ; le temps était très-mauvais ; on n'aurait pas mis un chien à la porte. »

Enfin, nous citerons encore un fait que nous trouvons relaté dans la déposition déjà citée (n° 19) du sieur David : « Un jour, après une altercation qu'il avait eue à l'auberge avec son père, l'accusé qui « avait son air égaré » sort et rencontre un enfant qui portait un arrosoir ; il le lui a arraché des mains, se mit à le jeter en l'air et a fini par le briser sans faire le moindre mal à l'enfant. »

De l'ensemble de tous ces témoignages, il résulte de toute évidence que L..... passait dans le village pour un homme égaré, à peu près fou. C'est l'opinion unanime, à laquelle nul ne contredit. Même unanimité quand il s'agit d'apprécier son caractère.

« Je ne m'occupais pas de l'inculpé, qui était paisible et

ne faisait pas d'éclat dans le village.» (Déposition du Maire, n° 14.)

Tenette, l'ami de L....., après avoir déclaré « qu'il fuyait sa compagnie parce qu'il fallait boire avec lui, » s'empresse d'ajouter : « du reste il n'est pas méchant et n'a » jamais fait de mal à personne. »

Le père répète à plusieurs reprises « que son fils n'est pas » méchant. »

Deux faits cependant relatés dans la déposition du sieur David (10) et que nous avons déjà signalée plus haut, semblent indiquer chez l'inculpé une grande irritabilité, et même la tendance à se porter à des actes de violence.

« Je me souviens qu'il y a cinq mois à peu près, dit le » témoin, j'étais à la brasserie avec L..... père, lorsque » l'inculpé est entré ; il est venu vers nous et tapant sur » l'épaule de son père sans lui faire mal toutefois, il lui a » dit : « J'aurai ta peau. » Le père n'a pas répondu un mot. » Qu'est-ce qu'il voulait dire ? J'ai dit à l'inculpé : « Tu ne » frapperas pas ton père tant que je serai là. » A ce moment, » il avait toujours son air égaré. »

C'est après cette scène que L..... s'empara de l'arrosoir que portait un enfant et qu'il le mit en pièces.

« Il y a environ trois mois, je me trouvai à l'auberge » d'un sieur D., où je buvais une chope avec L..... père, lors- » que je vis entrer l'inculpé ; il demanda une chope, qu'on » ne voulut pas lui servir, parce que son père avait défendu » de lui donner à boire dans les auberges. L..... attendit » quelque temps, puis il alla dans la cuisine, où ne trouvant » personne, il revint dans la salle de débit, puis sortit dans » la rue, et revint presque aussitôt, se précipita sur son père » qu'il a empoigné par ses vêtements ; je suis intervenu de » suite avec le nommé O... : nous avons saisi l'inculpé et » nous l'avons mis à la porte. Il n'a pas porté de coup à son » père et n'a fait que le saisir par ses vêtements. » (Même dé- position.)

Il nous reste, pour compléter ce que nous savons de l'inculpé, une dernière pièce, celle-là de beaucoup la plus importante, puisqu'elle émane d'un médecin spécialement chargé par le juge d'instruction de Saint-Dié de faire un rapport sur l'état mental de L.....

Le docteur Vanlot, de Saint-Dié, dans un rapport daté du 24 avril 1877, s'exprime ainsi :

» D'après les renseignements donnés par les surveillants de la maison d'arrêt, la conduite de L...., depuis son arrestation, n'a rien présenté d'anormal ; il mange avec appétit et son sommeil n'est pas agité.

» Nous n'avons constaté chez L.... aucun des symptômes qui caractérisent le délirium tremens, la folie des ivrognes ; il paraît triste, inquiet, son regard est vague, comme égaré ; son attitude présente cet état d'hébétéude, d'abrutissement que donne l'abus des boissons alcooliques ; dans les divers entretiens que nous avons eus avec lui, nous n'avons remarqué aucun désordre, aucune lésion dans ses facultés sensitives, intellectuelles, affectives et morales. »

Aussi notre honorable confrère conclut-il :

1° Qu'au moment de l'acte incriminé, L..... se trouvait sous l'influence d'une ivresse complète, habituelle et non préméditée, c'est-à-dire qu'il ne jouissait pas de sa liberté morale, qu'il n'était pas en état d'apprécier la moralité et les conséquences de ses actions ;

2° Qu'actuellement L..... jouit entièrement de son libre arbitre.

Nous aurons à discuter ces conclusions ; mais auparavant nous devons relater ce que nous a appris l'examen direct de l'accusé.

Examen direct.

L..... est amené à l'asile le 16 juin 1877. Placé aussitôt au quartier de sûreté, il fut dès ce moment l'objet d'une surveillance toute spéciale. Nos conclusions sont le résultat

d'une longue et patiente étude, pour laquelle nous n'avons négligé aucun élément d'information.

L.... est un homme de taille moyenne, bien constitué; il a les cheveux et la barbe noirs; il paraît vigoureux et bien portant. La tête a une conformation particulière; le front est étroit, fuyant.

Depuis son entrée à l'asile, L.... a toujours joui d'une santé excellente.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'attitude d'absolue indifférence pour tout ce qui l'entoure. Dans le quartier où on l'a placé, L.... ne parle à personne; il ne demande jamais rien. Toute la journée il reste immobile dans un coin, ou bien se promène, les mains dans les poches, sans lever les yeux. Quand on l'interpelle, il répond aussi brièvement que possible, ou par simples monosyllabes, et, pour peu que l'entretien se prolonge, il paraît ennuyé.

Le regard est vague, incertain; la physionomie sans expression. L... ne regarde jamais son interlocuteur en face.

Il mange de fort bon appétit; le sommeil est paisible et régulier. Il se soumet passivement à toutes les exigences de la discipline intérieure.

Quelques extraits des interrogatoires que nous lui avons fait subir, permettent d'apprécier l'état de son intelligence.

25 juin 1877.

D. Vous avez été longtemps sous-officier ?

R. 18 mois.

D. Pourquoi avez-vous été cassé ?

R. Pour cause d'ivrognerie.

D. Alors vous buviez beaucoup ?

R. Oh ! non. Dans le temps je buvais beaucoup, mais je n'ai été ivre que deux ou trois fois.

D. Dans votre premier congé, avez-vous été puni aussi souvent ?

R. Non, pour le temps que j'y suis resté, j'ai eu beaucoup moins de punitions.

D. N'étiez-vous pas honteux de ces punitions ?

R. Que voulez-vous ? Quand cela arrive, il faut bien les subir, seulement cela ne fait pas toujours plaisir.

D. Qu'avez-vous fait en quittant le régiment ?

R. Je suis retourné chez mes parents.

D. Vous vous entendez bien avec eux ?

R. Médiocrement.

D. Alors pourquoi êtes-vous resté avec eux ?

R. Ah ! je ne sais pas comment. J'avais un intérêt à y rester et j'y suis resté. Je n'ai même pas pu obtenir la *définition*.

D. Qu'entendez-vous par là ?

R. J'avais une occupation d'intérêt avec mon père, parce que nous avions un bien en commun, un héritage d'une de nos tantes, qui est morte pendant que j'étais soldat, et dont je crois que je devais hériter. Elle m'avait promis de me laisser quelque chose, mais mon père m'a dit qu'il ne me devait rien.

D. Alors vous pensez que cette pièce de terre vous revenait plutôt qu'à votre père ?

R. Je croyais en avoir une partie.

D. N'y avait-il rien d'écrit, pas de testament ?

R. Je crois qu'il y a eu un testament, mais je n'ai pas vu les papiers ; je ne sais pas s'ils étaient en faveur de mon père ou en ma faveur.

D. Quelle était la valeur de ce bien ?

R. 3 à 4,000 francs.

D. Ne pensez-vous pas que vos frères et sœurs y avaient autant de droit que vous ?

R. Ma tante m'aimait bien, elle était ma marraine, je crois qu'elle voulait me léguer son bien.

D. Votre père, ne voulant pas vous céder, vous vous êtes disputé avec lui ?

R. J'ai eu deux ou trois querelles avec lui,

D. Pensez-vous que ce soit bien ?

R. Je ne dis pas que ce soit bien, au contraire.

D. Comment avez-vous eu l'idée de tuer votre père ?

R. J'étais animé contre lui, et puis ils avaient eu tort de fermer leur porte.

D. Mais c'est parce qu'ils avaient peur de vous.

R. Alors peut-être avaient-ils tort d'avoir peur de moi.

D. N'avez-vous pas de remords de ce que vous avez fait ?

R. Ma foi non ! pourquoi aurais-je du remords ? Quand une chose est faite, elle est faite : *Vous pleureriez bien pendant 20 ans que cela n'y changerait rien.*

D. Mais vous savez que vous risquez les galères ?

R. Pour quelle raison ? Je ne crois pas. Je crois que si j'avais dû avoir les galères ou une prison quelconque, j'y serais en ce moment.

D. Où êtes-vous, ici ?

R. Je n'en sais rien.

D. Vous ne vous êtes pas demandé où vous êtes ?

R. Oh ! si, bien des fois, mais c'est toujours la même chose.

D. Vous ne vous ennuyez pas ?

R. Ma foi, que voulez-vous ? Je m'ennuierais, je ne serais pas plus avancé pour cela.

D. Êtes-vous malade ?

R. Ici L..... s'anime, il rougit légèrement et me répond avec colère : Vous m'avez déjà demandé cela deux ou trois fois et je vous ai répondu. — Mais cette animation ne dure qu'un instant, et il retombe bientôt dans son indifférence habituelle.

Quelques jours avant le 28 juin, L....., impatienté du bruit qu'un malade agité faisait dans son voisinage, se jette sur lui, le terrasse, et allait lui faire un mauvais parti quand les gardiens intervinrent.

Quand je lui fais des reproches à ce sujet, il me répond d'un air courroucé : « Il n'avait qu'à ne pas me faire de raisons. »

30 juin. — Au moment de la visite, L.... m'aborde brusquement : « Je voudrais bien savoir, me dit-il avec colère, pourquoi on me garde ici ? »

« Mais, lui répondis-je, on a sans doute supposé que vous êtes malade, car ici il n'y a que des malades. »

« Eh bien ! je ne suis pas malade et je veux sortir. »

« Vous savez cependant, lui dis-je alors, que vous avez voulu tuer votre père, qu'on vous a mis en prison, et que vous risquiez d'être envoyé aux galères ou même d'être guillotiné, si on ne vous eût reconnu malade ? »

« Ah ! eh bien ! qu'on me coupe le cou si on veut, mais que ça finisse. Je veux écrire aujourd'hui aux assises à Épinal. »

Il écrivit alors la lettre suivante, que je copie textuellement, à son avocat :

Marenvillers, le 1^{er} juillet 1877.

« Monsieur Leroy,

» Je suis à Marenvillers comme vous m'avez dit que je ne res-
 » terai pas longtemps, mais je crois après le renseignement
 » de M. le Docteur que je resterais encore assez longtemps.
 » Mais comme mon intention serait de me placer dans une
 » maison, de manière à gagner quelques sous, ou du moins
 » si mon père vous avait donné des intentions dans le rap-
 » port de ces lettres de me recevoir avec mes droits. Je
 » serai content de recevoir mes fonds, ou du moins mainte-
 » nant si vous ne croyez pas que j'ai quelques droit et que
 » j'ai tout. Veuillez me dire et me renseigner dans ma po-
 » sition, car vous pouvez juger que je ne suis pas idiot,
 » comme on veut le dire.

» Maintenant veuillez, je vous prie, me faire savoir ma
 » position.

» Veuillez, Monsieur Leroy, recevoir mes sincères salu-
 » tations.

» Pour la date du deux juillet mil huit cent soixante-
 » dix-sept.

» (Signé) : E. L. »

Cette lettre n'est pas ponctuée ; elle est assez remarquable cependant au point de vue de l'orthographe ; elle prouve que L..... a reçu une instruction bien au-dessus de celle que l'on trouve habituellement dans les villages chez les gens de sa condition.

Elle montre aussi que sa principale, on pourrait dire son unique préoccupation, c'est de rentrer dans les fonds qu'il prétend lui être dus.

3 juillet. — Nous l'interrogeons de nouveau, longuement, en faisant porter nos questions sur les sujets que nous avions déjà abordés plusieurs fois.

D. Vous nous avez dit que vous deviez hériter d'une tante ?

R. Je croyais que je devais hériter parce qu'elle avait de l'attachement pour moi. Si elle n'avait pas eu d'attachement pour moi, je n'aurais pas cru devoir hériter.

D. Mais vos parents, vos frères et sœurs, ne devaient-ils pas hériter comme vous ?

R. Je croyais que j'hériterais, parce qu'elle avait de l'attachement pour moi.

D. Quand cette tante est morte, on ne vous a rien donné ?

R. Non.

D. Vous n'avez pas réclamé ?

R. J'ai réclamé deux ou trois fois, mais mon père m'a dit qu'il ne voulait rien me donner.

D. Pourquoi n'êtes-vous pas allé chez le juge de paix ?

R. J'y suis allé, mais il m'a répondu qu'il fallait aller chez un huissier. Alors j'y suis allé, mais il n'y était pas.

D. Vous avez prêté de l'argent à votre père ?

R. Deux cents francs.

D. Il vous les a rendus ?

R. Pas tout ; il ne reste pas grand'chose.

D. Combien vous doit-il encore ?

R. Le compte n'a pas été réglé.

D. Votre père vous payait-il les intérêts ?

R. Une fois. Ils n'ont jamais été réglés la deuxième et la troisième année.

D. Pourquoi le compte n'a-t-il pas été réglé ?

R. Il m'a donné de l'argent étant à Saint-Dié. Il ne doit rien rester.

D. Quand vous avez vu que votre père ne réglait pas votre compte, vous vous êtes fâché, et vous avez pris la résolution de le tuer ?

R. Je ne voulais pas le tuer, mais plusieurs fois il m'agaçait.

D. Comment vous agaçait-il ?

R. Par de mauvaises paroles, par de mauvais discours. Il est vrai que je ne travaillais pas beaucoup, mais l'ouvrage ne pressait pas.

D. Qu'auriez-vous dit si vous l'aviez tué ?

R. Il hausse les épaules et ne répond pas.

D. Cela vous aurait été égal ?

R. Ça ne m'aurait pas fait plaisir.

D. Mais vous auriez été condamné peut-être à mort ?

R. Je ne sais pas.

D. Vous avez aussi voulu frapper votre mère ?

R. Non, Monsieur.

D. Qu'avez-vous fait après le crime ?

R. Je suis allé dans ma chambre me reposer un peu.

D. Enfin, ne trouvez-vous pas que c'est mal de frapper son père ?

R. Oui, je comprends, ce n'est pas bien. Mais quand on est trop agacé sous certains rapports, il faut agir selon les circonstances.

Six jours après, il écrit encore une fois à M. Leroy.

Marenvillers, le 9 juillet 77.

« Monsieur Leroy, avocat,

» Je vous prie de vouloir bien changer ma position,

» car vous pouvez comprendre que je ne puis dans cette situation.

» Par conséquent je vous prie de vouloir bien agir selon la circonstance, me trouvant comme vous devez bien le savoir, C'est donc une raison ou vous ne devez pas insister à cette circonstance.

» E. L..... »

Cette seconde lettre est écrite à la hâte : des mots sont oubliés ; cependant c'est toujours sur la même idée qu'elle roule.

Il est inutile de multiplier les citations, nous ne ferions que nous répéter. Depuis que L..... est à Maréville, son attitude ne s'est pas modifiée. Tel il était le premier jour, tel il est encore aujourd'hui. Nous avons d'ailleurs des éléments d'appréciation suffisants.

Discussion.

Le premier fait qui nous ait frappés, c'est l'insensibilité morale absolue de L..... Nous avons eu beau lui représenter l'énormité de son crime, essayer de réveiller en lui un sentiment de remords ou seulement de regret, nous n'avons jamais rien obtenu. L..... ne comprend pas la gravité de son acte, il ne cherche pas à l'excuser ; quand on lui en parle trop longtemps, il s'impatiente et finit par dire qu'après tout son père l'agaçait. Jamais du reste L..... n'a demandé de nouvelles de sa famille ; son père et sa mère sont venus le voir le 17 juillet ; il les a reçus avec la plus parfaite indifférence, répondant à peine à leurs questions, et leur demandant seulement si les foins sont rentrés, à quand la moisson, et s'ils pensent qu'il sortira bientôt d'ici.

Cette insensibilité morale, tout anormale qu'elle soit, ne suffirait pas, à elle seule, pour nous faire admettre l'existence de la folie. Mais il existe chez L..... des idées déli-

rantes bien évidentes, et qui sont le point de départ de cette perversion morale : la persuasion qu'il doit hériter de sa tante, que son père l'a frustré de sa part, c'est là une idée délirante ; elle n'est justifiée par rien, et L..... lui-même ne cherche pas à la justifier. Il n'y a eu ni testament, ni écrit, ni même promesse formelle, cela est vrai, et L..... ne fait aucune difficulté de le reconnaître. Et pourtant il sait qu'il devait hériter, « car sa tante avait de l'attachement pour lui. »

C'est bien là le propre de l'aliéné, d'affirmer, même contre toute évidence, et de se cramponner obstinément à son affirmation, qu'aucune preuve contraire ne saurait ébranler.

Dans le même ordre d'idées délirantes, nous trouvons cette singulière assertion, que son père lui doit de l'argent. Il lui a prêté 200 francs ; il reconnaît sans peine que son père les lui a rendus, et bien au delà. Mais son père ne lui a pas fait le compte des intérêts de la deuxième et de la troisième année ; donc il lui doit encore ces intérêts. Et sur ce chapitre aucun raisonnement n'a prise sur lui. Il n'est pas possible de lui faire comprendre que les intérêts ont été largement payés, quoique d'une autre façon, et qu'en définitive il y a gagné.

Voilà des éléments de délire bien évidents, bien tranchés ; ils expliquent pourquoi L..... vivait dans un état d'irritation continuelle contre son père, alors qu'autrefois, avant sa maladie, il était fils soumis et obéissant. Ils permettent aussi de comprendre ces scènes de violence qu'à deux reprises L..... a faites à son père, en pleine auberge.

L'alcool à son tour est venu agir sur ce cerveau malade, et les habitudes d'ivrognerie contractées par L..... ont eu pour résultat d'obscurcir complètement l'intelligence, d'amener la dissociation des idées, de mettre L..... dans un état habituel d'hébétéude et d'engourdissement : « même à

jeun, disent les témoins, il ne savait ce qu'il faisait. »

Nous croyons cependant que l'alcool n'a joué qu'un rôle secondaire, que L..... n'a commencé à boire que parce qu'il était déjà malade. Tout le monde affirme que les premiers symptômes de la folie ont paru après la guerre. Quand il est revenu au village, à son retour de captivité, tous ont remarqué combien il était changé; et l'on peut certainement admettre que les émotions et les fatigues de la guerre ont été la cause efficiente du trouble mental.

Mais combien ce trouble a été aggravé par les excès alcooliques ?

Les circonstances du crime s'expliquent très-facilement. Il paraît constant que L..... n'était pas en état d'ivresse. Que le père et la mère, dans leurs dépositions, aient dit que leur fils était ivre, qu'autrement il n'aurait jamais osé porter la main sur eux, c'est là une allégation qui s'explique et par le trouble des parents et par leur désir bien naturel d'excuser le coupable. Tous les autres témoins affirment que L..... n'était pas ivre, qu'il avait *son air égaré habituel*. Aussi ne saurions-nous partager l'opinion de M. le Dr Vanlot, qui accepte l'hypothèse de l'ivresse.

Il n'y a pas eu préméditation, cela nous paraît de toute évidence. L..... n'est pas rentré chez lui avec l'intention de tuer son père. C'est une circonstance fortuite qui a armé son bras. Quand, vers dix heures et demie, il arrive à son domicile, ses parents sont couchés, leur porte est fermée en dedans. Ce simple fait, bien explicable cependant, le met en fureur. La sourde irritation, qui depuis des mois couve en lui, éclate.

Il enfonce la porte et se précipite sur son père avec la seule arme qu'il ait sous la main, et qui heureusement est un mauvais couteau de poche.

Eh bien ! nous croyons qu'ici tout a été instinctif, instantané : la colère subitement portée au paroxysme par le plus futile motif, L..... a frappé, et il a frappé presque

au hasard, puisque, quand son père et sa mère se sont échappés, au lieu de les poursuivre, il a plongé son arme à plusieurs reprises dans les couchages. C'est un exemple d'impulsion subite, irrésistible, tel qu'on les observe souvent chez les aliénés, et notamment chez les alcoolisés. Et ce qui complète l'analogie, c'est que, aussitôt le crime commis, L..... subit comme une détente; il va, comme si rien ne s'était passé, se reposer sur son lit, ne songeant ni à fuir, ni à se cacher. Nous savons d'ailleurs que L..... est sujet à ces impulsions soudaines, à ces paroxysmes de fureur. La preuve en est dans ce fait rapporté par le témoin David : Un jour, L..... menace son père dans une auberge : on le met à la porte. Il est furieux : comment va-t-il assouvir sa rage ? Il arrache à un enfant l'arrosoir qu'il porte et le met en pièces, tout comme maintenant il épuise sa fureur en criblant de coups de couteau le lit de sa mère.

Nous avons pu remarquer d'ailleurs à plusieurs reprises combien L..... est irritable ; combien, pour le plus futile motif, il est prompt à s'emporter. La moindre contradiction l'irrite : il se fâche quand on lui parle de son crime ; il se fâche quand on lui dit qu'il ne peut pas sortir de l'asile.

Cette irritabilité rappelle celle des épileptiques, et nous avons dû nous demander s'il n'existe pas chez L..... de symptômes pouvant être rapportés à l'épilepsie (attaques incomplètes, vertiges, absences, accès nocturnes). L'observation la plus attentive ne nous a rien révélé à cet égard. Il n'en reste pas moins établi que L....., en raison de son caractère irritable, pourrait devenir dangereux, surtout s'il était en liberté et s'il pouvait se livrer à de nouveaux excès de boisson.

Il nous reste un dernier point à examiner. M. le Dr Vanlot, qui a vu l'inculpé à la maison d'arrêt de Saint-Dié, pense que, depuis le crime, L..... n'a présenté aucun signe d'aliénation mentale, qu'il jouit entièrement de son libre arbitre.

Notre confrère se base sur ce fait qu'il n'a observé aucun des symptômes du délirium tremens, de la folie des ivrognes, et que, dans les entretiens qu'il a eus avec lui, il n'a jamais remarqué aucun désordre, aucune lésion des facultés sensitives, intellectuelles, affectives et morales.

Nous sommes d'un avis opposé à celui de notre honorable confrère. Pour nous, L..... est un aliéné dont la folie remonte au moment de la guerre et n'a jamais cessé depuis. Nous croyons l'avoir démontré suffisamment, et sans qu'il soit nécessaire de rentrer à cet égard dans une discussion nouvelle. Nous ne doutons pas que M. le Dr Vanlot ne fût arrivé aux mêmes conclusions, s'il avait pu, comme nous, étudier L..... de près et dans un milieu mieux approprié qu'une prison à l'observation médicale.

Conclusions.

Nos conclusions sont les suivantes :

- 1° L..... est aliéné.
- 2° Cette aliénation mentale, qui date de plusieurs années, lui ôte toute responsabilité dans la tentative de parricide qu'il a commise le 23 mars 1877.
- 3° Il importe à l'ordre public et à la sûreté des personnes que L..... soit séquestré dans un asile d'aliénés.

Maréville, le 15 novembre 1877.

Signé: J. GIRAUD.

J. CHRISTIAN, rapporteur.

Ces conclusions ont été adoptées, et L..... a été placé d'office à l'asile de Maréville, où je l'ai laissé (15 février 1879), sans qu'il y eût eu aucun changement dans son état mental.

J. G.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 25 novembre 1878. — Présidence de M. Prosper LUCAS.

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

Bolletino del privato manicomio Fleurent.

M. LUNIER offre au nom du Dr Oudard le *Onzième Rapport sur les aliénés en Belgique, pour l'année 1876.*

M. LEGRAND DU SAULLE. — J'ai l'honneur, au nom de M. le Dr Émile Chabrun, d'offrir à la Société un exemplaire d'une thèse très-récente sur *l'Etat mental des hystériques*. Le sujet traité par l'auteur est malheureusement toujours plein d'actualité. Sans vouloir me permettre une allusion trop transparente à l'événement prétendu mystérieux qui se serait passé dans la banlieue de Paris et dont s'entretiennent tous les journaux en ce moment, je peux bien dire que les hystériques créent de toutes pièces de véritables romans, qu'elles en imposent par leur attitude, qu'elles ont réponse à tout, qu'elles trompent certains médecins et qu'elles mystifient les journalistes, les magistrats et le public. Et cependant elles recourent invariablement à la même mise en scène, aux mêmes allégations dramatiques, aux mêmes mensonges et aux mêmes audaces. Les officiers de police judiciaire et les magistrats sont en général très-peu instruits et ils ne lisent jamais ce que nous publions; ils sont donc exposés à marcher dans les ténèbres. Ils sont soupçonneux, prudents et chercheurs, mais ils manquent de connaissances acquises.

En inspirant à M. Emile Chabrun ce sujet de thèse et en lui fournissant d'utiles matériaux, j'avais espéré qu'il pourrait tirer un certain parti de la question. Le temps a malheureusement fait défaut à l'auteur et mon attente a été déçue en partie. Néanmoins, son travail offre un réel intérêt et il est de nature à vulgariser certaines notions caractéristiques sur les dispositions intellectuelles si étranges et encore si peu connues des hystériques.

Mort de M^{me} veuve Aubanel.

M. LEGRAND DU SAULLE. — La Société médico-psychologique a perdu sa bienfaitrice. M^{me} Aubanel n'est plus ! Notre devoir à tous ici est de saluer de loin sa dépouille mortelle. Veuillez me permettre d'honorer sa mémoire et de vous rappeler, en quelques mots, ce que cette digne et généreuse femme a daigné faire en faveur des aliénistes, et d'inscrire à notre procès-verbal, au nom de la Société, le témoignage ému de notre reconnaissance et de notre affliction.

M^{me} Aubanel, dans la première période de sa vie, a pu goûter tous les bonheurs. Elle a vu s'installer à la fois à son foyer les satisfactions du succès, les joies de la famille et les privilèges de la fortune. Épouse, elle a assisté et moralement participé aux très-grands succès professionnels de notre cher et regretté collègue, le médecin en chef de l'asile de Marseille, dont le nom faisait autorité dans tout le midi de la France ; mère, elle a vu grandir et elle a pu longuement contempler deux vertueuses jeunes filles, parées de toutes les grâces, comblées de tous les dons et que chacun croyait dévolues au plus riant avenir. M^{me} Aubanel, honorée de tous et chérie des siens, en était arrivée à racheter tant de félicités par une large et discrète bienfaisance. Son seul souci consistait à faire sécher les larmes du pauvre.

Dans la seconde phase de son existence, M^{me} Aubanel a épuisé la coupe de l'adversité. On pourrait presque dire qu'elle a tari les sources du malheur. Les deux anges qui avaient tant embelli les jours heureux de M. et M^{me} Aubanel, s'envolèrent subitement l'un après l'autre ! L'aliéniste de Marseille fut dénoncé à tort, calomnié et accusé d'avoir prêté son concours à une séquestration arbitraire ; il se défendit, plaida et gagna devant le conseil d'Etat. La lutte fut longue. Le fou raisonnant qui poursuit son médecin est d'une persévérance que rien ne lasse et il trouve dans certaines finesses de la procédure le moyen facile de raviver ses attaques, de publier ses griefs et d'éterniser ses protestations. La ténacité pathologique est une arme terrible. Aubanel en triompha, mais, au lendemain de sa victoire, et ayant à peine vécu un demi-siècle, il fut frappé d'hémorrhagie cérébrale et expira.

Au milieu des papiers de son mari, M^{me} Aubanel trouva une petite note, pleine de ratures et de surcharges, non datée, non

signée, mais écrite de la main même de notre malheureux et affectionné collègue et révélant l'intention d'un legs de seize mille francs à l'Académie de médecine ou à la Société médico-psychologique, dans le cas où cette dernière compagnie serait en situation de pouvoir accepter. Le but de cette libéralité était la fondation d'un prix triennal de 2.400 francs, à décerner à l'auteur des meilleurs travaux sur l'aliénation mentale. Légalement, ce projet de rédaction était dépourvu de toute valeur ; mais au point de vue sentimental, il en avait une énorme.

La Société, par une délibération spéciale, me confia le soin de sa créance platonique, et me donna pleins pouvoirs. Je me mis en relation avec M^{me} Aubanel et j'entretins avec elle la correspondance la plus suivie pendant neuf ans. Je touchai d'abord les intérêts de la somme désignée et nous pûmes commencer à donner des prix. Lorsque la Société fut reconnue comme établissement d'utilité publique, je demandai, je reçus et je vous remis les seize mille francs.

Pendant ma longue négociation, au milieu de toutes les difficultés qui furent suscitées par des hommes d'affaires, par l'irrégularité de notre position légale ou par le fait possible d'une préférence pour l'Académie de médecine, j'ai toujours admiré la bonne foi de M^{me} Aubanel et son ardent désir de réaliser la libérale intention qu'avait eue notre éminent confrère. Je profitai de ses sympathiques dispositions pour nous et je lui démontrai tout ce que la spécialité des maladies mentales pouvait gagner dès maintenant à la fondation immédiate, sans programme défini et sans clauses restrictives, du prix qui devait perpétuer à jamais le nom célèbre d'un époux si regretté. Je gagnai la cause et une donation entre-vifs intervint.

Je suis obligé d'avouer que j'ai eu des illusions et que l'empressement des médecins aliénistes n'a pas répondu jusqu'à ce jour à nos vœux. Nous pourrions, mais nous ne voulons point tresser les couronnes pour nous-mêmes, et, au-delà des fortifications de Paris, les travailleurs sont bien rares. Les détails administratifs ont, paraît-il, d'irrésistibles attrait et l'on tend à délaisser la clinique.

Beaucoup de médecins d'asiles ne sont même pas membres correspondants de la Société ! La province renfermait, il y a vingt ans, de véritables illustrations scientifiques, qui ne sont pas encore remplacées. Ne le seront-elles donc point ? La Société, à coup sûr, ne marchandera à personne ni ses encouragements ni ses récompenses. Que les cliniciens laborieux

viennent à nous et nous les accueillerons de notre mieux.

M^{me} Aubanel a pu heureusement ignorer le succès incomplet de sa fondation. Pourquoi aurais-je ajouté une déception à ses peines, un chagrin à ses douleurs ? Vivant tout à fait dans la retraite, extrêmement souffrante depuis ses malheurs, à bout d'épreuves et à peine âgée de soixante ans, elle vient d'accueillir la mort avec sérénité. On eût dit qu'elle allait se mettre en voyage pour rejoindre les trois êtres si chers qu'elle avait tant pleurés !

Noble et généreuse femme, en quittant la vie, vous n'avez emporté avec vous que ce que vous aviez donné. Merci pour nous, merci pour la science. Nous décernerons des lauriers au nom d'Aubanel et nos heureux élus se joindront à nous pour bénir votre mémoire. A cette heure solennelle et douloureuse, la Société médico-psychologique s'incline devant sa bienfaitrice et elle fait déposer sur les bords de votre tombe l'hommage de ses regrets, de ses souvenirs et de sa gratitude.

M. le Secrétaire général est chargé, au nom de la Société, d'envoyer une lettre de condoléance à la famille de M^{me} veuve Aubanel.

De l'assistance et de l'hospitalisation des épileptiques.

M. DELASIAUVE. — Messieurs, M. Lacour a soulevé fort opportunément une question fort importante. Il y a longtemps qu'elle aurait dû, sérieusement abordée, recevoir une solution pratique. Ce n'est pas que le besoin n'ait été plus d'une fois signalé. Ferrus avait toujours désiré qu'à défaut d'asiles distincts, on consacraît du moins aux malheureux épileptiques des quartiers isolés dans les établissements d'aliénés. Lors du vote de la loi de juin 1838, ce vœu ayant été écarté, on sait les difficultés qui s'élevèrent, à propos de budget, de la part de plusieurs administrations locales et surtout des conseils généraux. Les admissions, ici généreusement acceptées, étaient ailleurs impitoyablement repoussées. Pour vaincre cette résistance, le gouvernement prit un biais que lui avait suggéré l'éminent inspecteur. Ajoutant une épithète, ou plutôt renversant les termes, il prescrivit aux préfets et directeurs d'asiles de recevoir les *aliénés épileptiques*.

Le mal fut atténué, mais non toutes les contestations prévenues. Comment distinguer des aliénés ceux qui n'étaient qu'épileptiques ? Actuellement encore, la question subsiste partout.

Même dans la capitale, elle se double d'une autre anomalie. Les-dits simples, entretenus par l'assistance, sont toujours à Bicêtre confondus avec les épileptiques aliénés, à la charge du département. Bien plus, à mon arrivée, en 1844, les deux ordres avaient, comme dans beaucoup de départements, des cours communes.

Résidant adjoint de la deuxième section, j'étais spécialement chargé, au quartier du Grand-Puits, d'une centaine de chroniques, dont une moitié d'incurables atteints de mal caduc. Je fus à la fois frappé et des inconvénients de cette immixtion et de la médiocrité, pour ces groupes d'infortunés, de nos moyens d'assistance. Je m'étonnais que notre grand Paris, qui avait pris l'initiative du traitement des aliénés, et à qui l'on devait la création récente de l'enseignement des idiots, n'eût point jusqu'alors songé à créer pour eux des établissements grandioses. Ferrus, du reste, avait si bien la même pensée qu'il poussait l'administration dans cette voie, qu'au moment de la révolution de 1848, il croyait au succès, et qu'un an après, à l'occasion d'une réclamation personnelle sur mon service, il se rendait l'intermédiaire du ministre de l'intérieur pour nous inviter à lui transmettre un précis et de l'état de nos divisions de Bicêtre (Sainte-Anne conjointe), et de nos vœux relatifs à de légitimes réformes.

Au nom de mes collègues, Félix Voisin et Moreau (de Tours), — Leuret étant malade, — j'adressai une note collective où, en ce qui concerne le sujet à notre ordre du jour, se trouvent les passages suivants :

« Les épileptiques, par exemple, mêlés avec les aliénés, » sont dispersés dans les différentes sections et sous des directions médicales diverses, au préjudice des uns et des autres »

« Pour les épileptiques, doués en majeure partie de leur raison, c'est une triste perspective que l'assujettissement au régime des aliénés. Pour ceux-ci, d'autre part, quel danger que le spectacle des attaques de leurs compagnons d'infortune ! » Il importe de séparer les services respectifs de ces deux ordres de malades ». Quartier et médecin à part, mesure transitoire urgente.

« Pourquoi, d'ailleurs, ne formerait-on pas de la ferme Sainte-Anne un asile spécial, commun aux épileptiques et aux idiots ? » Ceci était écrit le 4 juillet 1849.

Un an plus tard (13 juillet 1850), un projet de reconstitution semblant près d'aboutir, une lettre des mêmes au directeur gé-

néral contenait le passage suivant : « Attribuer à un seul médecin decin les épileptiques et les idiots ». Après la mort de Leuret, ce changement eut lieu, en effet. Je fus chargé de cette dernière section. Félix Voisin conserva la première, M. Moreau passa à la seconde.

Sans être l'équivalent d'un asile, un progrès réel se trouvait réalisé. Mais bientôt je dus élever des réclamations contre une inégalité de mesure à l'égard des épileptiques aliénés, privés de certaines faveurs par un arrêté ultérieur, notamment des sorties accordées aux épileptiques simples. Pourquoi cette distinction entre malades vivant ensemble, pathologiquement les mêmes, et n'offrant de différence que par le classement administratif, les uns provenant de la police, les autres de l'assistance ?

Telle fut la base d'une requête instante que j'adressai en octobre 1851 au directeur général. En principe comme en fait, la séparation des épileptiques en deux ordres n'avait aucune raison d'être. A moins de dégradation finale, la folie, produit des accès, est accidentelle, transitoire, et ne respecte point une classification arbitraire et fâcheuse. Les interversions, disais-je, sont nombreuses ; tels admis parmi les simples éprouvent un trouble mental plus fréquent et plus intense que beaucoup de leurs voisins réputés fous. La rigueur pour ceux-ci n'en était que plus irritante. De là les plaintes, les récriminations, les rixes jetant le désordre dans la division et nuisant à l'efficacité des traitements. J'ajoutais que jusque-là, exemptes d'abus, les sorties n'avaient jamais procuré que des distractions reconfortables.

Droit n'ayant point été fait, nous dûmes subir pendant des années ces fourches caudines. En 1865, je descendis à la Salpêtrière, succédant à M. Moreau dans la section correspondante à la mienne. Elle se composait, en sus de 86 idiots adultes, de 240 épileptiques aliénées et d'une centaine de simples. Là, cette maudite séparation devait, quelques années après, occasionner des faits plus graves.

Je glisserai sur certains détails. Mais comme cet historique se lie d'une manière étroite avec la solution pendante, j'en dirai ce qu'il faut pour un éclaircissement suffisant. L'étincelle part de la préfecture de la Seine. Sous l'empire de cette présomption que ma catégorie des aliénées contenait, question budgétaire, nombre de malades pouvant être déversées parmi les simples, le préfet fait procéder à une vérification. En vain remontrai-je que la division était fictive et que, si, dans quelques cas, les

notes étaient muettes sur le délire, un départ en sens inverse dans la classe des simples motiverait une élimination du triple supérieure. On persista. Huit malades furent ainsi désignées.

Mais ce que j'avais prévu arriva. Informé de ce qui s'était passé, M. Husson m'enjoignit de rechercher, dans la catégorie afférente à l'assistance, celles qui donnaient des signes d'aliénation mentale. Je m'excusai d'abord, ne croyant pas de mon devoir de me prêter à une aggravation éventuelle du sort de malheureuses confiées à ma protection. Ce légitime scrupule tomba devant l'assurance formelle que la statistique qui m'était demandée n'avait d'autre but que de faire échec à l'enquête préfectorale. Elle me fournit un chiffre d'environ cinquante aliénées. On le conçoit, la chose en resta là.

Néanmoins, étrange destinée ! Quelle fantaisie avait germé dans le cerveau du directeur général ? Ce même M. Husson, qui, *ipso facto*, venait d'acquiescer la preuve de la fréquence de la folie chez les prétendues simples, ne s'avise-t-il pas de vouloir s'en emparer et de les enlever à ma direction médicale pour les attribuer à un médecin de l'administration ? Des révélations m'ont appris depuis que ce plan se concertait dans l'ombre.

Un jour, au sortir d'une distribution de prix à la Salpêtrière, mon collègue M. Auguste Voisin présent, M. Husson me demande mon avis sur la translation des épileptiques simples dans un des quartiers de la section de M. Baillarger. Mes bâtiments mauvais étaient menacés de démolition. Il fallait se préparer à un changement. J'y vois d'autant moins d'obstacle, lui répondis-je, que, non motivée en elle-même, la séparation nous épargnera les conflits occasionnés par la diversité du régime (ceux signalés plus haut).

Là se borna l'entretien. Il s'agissait si peu d'un médecin étranger à la médecine mentale que M. A. Voisin, vu la contiguïté de sa section, me demanda de lui céder cette portion de malades, éloignée du groupe principal. Oh ! non, fis-je ; mais l'administration y consentant, je ne me refuserais pas à vous laisser provisoirement la suppléance.

M. Husson l'entendait autrement. A peine un mois s'était écoulé que le directeur de l'hospice m'invite à passer dans son cabinet pour me prévenir qu'on s'apprête à organiser le service des simples et que M. Charcot doit en prendre la direction. M. Charcot ! m'écriai-je. — Oui ; n'en êtes-vous pas convenu avec M. le directeur général ? — Mais pas le moins du monde. Il y a là un malentendu inexplicable. Je me désintéresserais pour moi-

même que le moindre sentiment de dignité envers mes fonctions et mes collègues m'interdirait de laisser enlever au domaine de la pathologie mentale une catégorie de maladies qui par nature, en relève et de tout temps lui a appartenu. — Voyez M. le directeur général... — C'est ma première pensée ; mais évitez-moi cette démarche ; il y a du louche ; je me sens vif, et je craindrais dans les explications de sortir des bornes que je ne veux pas franchir. La statistique que j'ai dressée par ses ordres est toute récente. Vous comprenez, et il comprendra avec vous, ayant donné un chiffre si considérable d'aliénés parmi les simples, ce qu'elle a de contradictoire avec la substitution qu'il prétend opérer.

Quelques semaines s'écoulaient. Après une hésitation sensible, le projet paraissait abandonné. Un matin, arrivant à ma visite, je trouve ma section en plein déménagement. Les deux tiers de mes simples étaient déjà transférées. Il en restait une trentaine avec leurs hardes et leurs malles, affairées, pleurant à chaudes larmes ; quelques-unes en proie à d'affreuses convulsions. Nouvelle preuve que, quand on a chaussé une idée, elle a chance de revenir et de s'imposer !

Devant ce coup d'État accompli, quelle conduite tenir ? Ecrire à M. le Préfet. Je m'y disposais, lorsque le hasard me fait rencontrer un confrère, membre du conseil de surveillance. Je lui conte ma déconvenue. Écrivez à notre président, me dit-il, je me charge de votre réclamation et de ses suites. Dès le lendemain, il remet ma lettre et en confère avec ses collègues.

Je m'attendais à une enquête que je provoquai. Pas du tout ; on s'adresse à M. Husson lui-même ; on consulte les bureaux, on va à la Préfecture, on met même en avant des spécialités compétentes. Bref, le résultat fut une lettre du premier conseiller m'invitant à renoncer à toute revendication. J'avais tort sur toute la ligne. La réunion des simples avec les aliénées était un scandale qui aurait dû cesser depuis longtemps, et auquel le directeur général, dans son droit, avait eu raison de couper court... En exprimant ma surprise d'une pareille manière de procéder, j'eus beau, dans un document assez étendu, montrer l'inanité de la thèse soutenue, le siège était fait. On était à la veille du désastre de 1870. L'énormité persiste.

Du reste, sans insister sur les conséquences fâcheuses de l'anomalie, je ne veux au préalable que saisir l'occasion qu'elle me fournit de discuter brièvement la question si grave soulevée par M. Legrand du Saulle, relativement à la distinc-

tion des épilepsies. compliquées ou non d'aliénation mentale. Dans la circonstance préindiquée, je l'ai minutieusement traitée. Le travail est en ma possession, et, en quelques mots, j'en résumerai la substance.

Notre savant collègue, si je ne me trompe, m'a reproché de confondre indûment les espèces. Pour lui, il admet trois catégories : les épileptiques non aliénés, ceux qui, à la suite de crises, ont des perturbations mentales transitoires, les aliénés permanents. Je connaissais cette division ; il l'a développée, l'an passé, dans une série d'articles (*Gazette des hôpitaux*) que j'ai lus avec attention. Déjà il en avait déduit, au point de vue de la responsabilité, des conclusions qu'il a renouvelées ici au point de vue de la séquestration.

Me disculper sera, je crois, facile. J'avoue, d'autre part, ne pouvoir adhérer sans réserve soit à la délimitation rigoureuse de notre collègue, soit aux règles médico-légales qu'il en a tirées. D'abord, il est inexact que j'aie méconnu la non-aliénation de certains épileptiques : autant nier la lumière en plein midi. Tout au contraire, en maintes occasions, j'ai toujours soutenu qu'en principe un épileptique n'était pas du tout un insensé ; que les désordres psychiques auxquels l'exposait momentanément sa maladie n'autorisaient point à dénaturer son caractère ; et j'en inférais que, pour lui, il fallait fonder des asiles spéciaux avec des compartiments et un régime appropriés, savoir : des salles communes aux sains d'esprit, des endroits de passage pour le séjour temporaire des individus atteints accidentellement de folie, un quartier enfin pour les dégradés définitifs, auxquels il reste encore, pour la plupart, des lueurs qui les distinguent des autres aliénés.

Particulièrement, c'est en vertu de ces données que je condamnais la mesure prise à l'égard de mes épileptiques simples. Point de distinction entre elles et celles dites aliénées, ni celles-ci ni celles-là n'étant ou constamment folles ou constamment saines. Il m'a suffi d'en dresser le bilan pour faire ressortir leur identité. La vérification est toujours ouverte, et toujours sont fondées les réclamations que j'avais formulées en 1849, en 1854, et ensuite, aux diverses administrations. La séparation, opérée par M. Husson, était donc inopportune, anti-scientifique et bénévolement froissante. Aujourd'hui comme alors, le problème est pendant : Organiser pour les *épileptiques* des moyens décents d'assistance.

Ces remarques, il me semble, sont de nature à satisfaire M.

Legrand du Saulle. Nulle part je n'ai contesté qu'il y eût des épileptiques exempts de trouble mental, au moins grave. Quant aux conclusions, sa thèse est notoirement exagérée, sinon parfois contestable. *Responsabilité, semi-responsabilité, irresponsabilité*, tels sont, juridiquement, les trois termes qui répondraient à ses catégories. Pour moi, ce n'est point ainsi que j'ai envisagé, délictueusement parlant, les applications légales. Dans mon livre, comme dans mon mémoire sur la *monomanie au point de vue psychologique et légal* (1854), j'ai catégoriquement professé que l'irresponsabilité résultait du lien de l'acte avec le psychisme morbide, si faible que fût ce dernier, et que, par contre, on ne pouvait décréter de *plano* cette irresponsabilité quand même, pour les méfaits commis sous l'empire des passions ordinaires, et en dehors des manifestations extravagantes; non que je m'illusionnasse sur la délicatesse des positions; seulement, motivant un ensemble de réserves et de précautions, j'abandonnais à l'expertise son appréciation libre des cas particuliers.

Eu égard à l'isolement, en exclure les non-aliénés, le réserver à la seconde catégorie et parquer les dégradés dans les asiles de fous, telle serait la pratique que, conséquent avec lui-même, préconise notre collègue. On voit en quoi elle diffère de la nôtre. A quelle fin reléguer dans des maisons de fous les incurables, quand il est si facile de leur consacrer un quartier à part? Quels signes, d'un autre côté, permettent d'affirmer que tels malades n'ont jamais eu ou n'auront pas bientôt du trouble d'esprit, à la suite de leurs crises? Puis le terrain prend des proportions plus vastes. Nous n'exerçons point de *compelle intrare* dans nos hospices. Le mal caduc n'est pas seulement une affection terrible par la nature des attaques. Intolérable pour les infortunés qui en sont atteints, il a pour eux et pour la société des inconvénients incompatibles avec le séjour dans la vie libre. A charge à leur famille, pour eux point de plaisir ni au dedans ni au dehors. Ils peuvent se brûler et allumer automatiquement des incendies. Le spectacle de leurs convulsions agit souvent par imitation; et combien de meurtres enregistrés dans nos propres recueils sont dus à des épileptiques chez lesquels on n'avait point jusque-là soupçonné d'aliénation mentale.

Ces malheureux nous viennent d'eux-mêmes. Ils sollicitent leur admission dans nos services; nous n'allons point les chercher. Bien plus, quand, par ennui ou fausses espérances, ils sollicitent de nous quitter, par respect pour leur liberté indivi-

duelle, nous nous bornons, à moins de circonstances exceptionnelles, à des conseils pour les retenir. Nous ne saurions donc approuver la première proposition établie par M. Legrand du Saulle.

Ceci nous amène directement au beau travail de M. A. Lacour, au but de ce travail : assister de la manière la plus convenable et la plus efficace les malheureux épileptiques. Joignant à une vieille expérience de consciencieuses recherches, après lui, que reste-t-il à faire ? A mon avis, complet et net, il a laissé peu de choses à glaner. Pour mon compte, espérant et convaincu que sa publication si remarquable deviendra le point de départ d'une forme importante, je ne prétends, énonçant sommairement mes vues successives sur le sujet, qu'en montrer la concordance avec celles de notre collègue lyonnais.

Je le répète, l'idée d'asiles spéciaux pour les épileptiques a été un objet constant de mes préoccupations. Plus d'une fois, j'ai conçu la pensée d'intéresser à cette fondation l'administration hospitalière. J'aurais voulu aussi procurer aux classes aisées le secours de petits nosocomes. Avec plusieurs confrères, divers projets ont été ébauchés. J'ai toujours été arrêté par l'idée réfractaire d'une communauté entre convulsifs capables d'une influence réciproque aggravante et répulsive pour les familles. Il y a 20 ans surtout, une combinaison, dans des conditions sortables, était à peu près convenue. Mon plan consistait en ceci : Dans un vaste établissement, petit annexe de douze places seulement, six pour chaque sexe. Cet annexe était, dans ma pensée, un centre de traitement qui eût attiré du dehors et en nombre indéfini, des malades répartis aux environs dans des maisons particulières, lesquels, selon l'opportunité, auraient pu recevoir le traitement ou à l'asile ou à domicile.

L'asile dont, plus tard, M. Brown-Sequard a pris la direction à Londres semble établi sur ce pied. Il ne contiendrait que 22 patients (épileptiques et paralytiques), mais on estime à 700 le nombre des consultants qui viennent y solliciter le bienfait du traitement. Quelque chose d'approchant aurait été créé vers 1855 à Gœslitz (Prusse). Il n'y a, dans ce petit établissement privé, que douze lits pour les deux sexes. Existe-t-il encore ? Admet-il les consultants du dehors ? Les renseignements manquent. En tout cas, si la Teppe, comme l'assure M. Lacour, laisse peu à désirer, la question du nombre serait résolue. Nous demanderions seulement qu'elle fût examinée en ce sens.

Pour la première fois, M. Lasègue nous a révélé le nom de

la Teppe; mais je l'identifiais avec Tain : *unum et idem*. Il ne m'était pas étranger sous sa première forme. J'ai été invité par l'Académie de médecine, il y a plus de vingt-cinq ans, à expérimenter le fameux *Galium luteum*. Mon élève en pharmacie, M. Joulie, aujourd'hui pharmacien en chef de Beaujon, suivait ces essais qui se poursuivirent 7 mois sur 8 malades choisis. Les changements furent médiocres, malgré les soins qu'y apporta M. Joulie, compatriote de M. de Larnage.

Aux derniers temps de l'empire, M. de Larnage sollicita et obtint d'ouvrir une souscription de 300,000 francs, somme qui aurait suffi, d'ailleurs, pour inaugurer l'entreprise dont M. Lacour nous a signalé le développement. Annuellement, l'été, on recevait à Tain des centaines d'épileptiques nomades. Selon toute vraisemblance, la coutume se concilie avec l'asile. Ceci a droit à notre attention.

Affaiblis par l'exemple, mes scrupules, toutefois, subsistent. En somme, j'imagine que le contact des épileptiques entre eux, n'est pas absolument inoffensif; et il m'est souvent advenu de rêver pour eux un autre idéal. En 1843, dans un traité sur l'organisation de la médecine et de l'assistance, constatant l'absence fâcheuse d'instituts hospitaliers dans les campagnes, je proposais là, dans des espaces où le terrain abonde, et par circonscriptions communales de 3 à 4,000 habitants en moyenne, l'aménagement de 40,000 modestes fermettes, susceptibles d'abriter et de reconforter toutes les infortunes. La folie, l'idiotie, l'épilepsie y auraient eu leur place. Ce vœu, je l'ai renouvelé, au milieu de vous, pour nos pupilles mêmes, en 1865. Non-seulement, calculant la dépense d'installation à 500 millions représentés par une valeur territoriale, je ne trouvais pas le sacrifice au-dessus des ressources de la nation; mais plus je vais, plus je me persuade que, intelligemment dirigée, chacune de ces petites communautés, indépendamment des dons et legs, finirait bientôt pour se suffire à elle-même.

Evidemment, là est l'avenir, la solution humanitaire. Pour tous ces assistés, les soins touchants, le confortable absolu; pour les familles, le soulagement et l'aisance; pour les populations, le spectacle moralisant des bienfaits sentis et d'une entente fraternelle. Je ne rentrerai pas dans les détails explicites de mon allocution de 1865. Je veux, en terminant, reproduire une dernière remarque, commune aux aliénés et aux épileptiques. Ils sont six, je suppose, dans leur charmant domaine, à proximité des parents et amis, qui peuvent, avec le personnel

de la maison, concourir par leurs soins et la surveillance aux bons effets du traitement et de l'action morale. Qui doute des guérisons ou des améliorations obtenues dans de si favorables conditions ?

Objecterait-on les périls d'une quasi-liberté laissée à certains malades ? M. Lacour, qui a vu la Teppe, et qui précisément a insisté sur ce point, nous rassure pleinement. Les pensionnaires y atteignent le chiffre de 230, et, jusqu'ici, aucun événement sérieux ne s'est produit dans cette colonie, où la contrainte est pour ainsi dire inconnue. Beaucoup de rixes ou de sinistres déterminations ne sont dues qu'à l'agacement occasionné par l'encombrement dans des espaces resserrés. Point de cause, point d'effet.

A la longue, d'ailleurs, on connaît les tendances individuelles et il est souvent possible d'en prévenir les manifestations. En tout cas, congût-on exceptionnellement de légitimes appréhensions, on aurait toujours la ressource prudente d'évacuer sur un asile central les violents ou concentrés qui les auraient fait naître (4).

M. LUNIER fait observer, à propos de l'asile de Tain, que tout ce qui a été dit dans les journaux n'est pas complètement exact. Mais comme il devait prendre la parole sur cette question, il y reviendra ultérieurement.

Quant à la distinction établie par M. Delasiauve, il admet qu'il vaudrait mieux en effet distinguer les épileptiques, en épileptiques aliénés, épileptiques qui ne le sont qu'après leurs accès, épileptiques indemnes. Mais pour arriver à ce résultat, au point de vue administratif, il faudrait modifier la loi de 1838.

Il faut bien se pénétrer de cette idée que, parmi les épileptiques, les uns sont enfermés en vertu de la loi de 1838 et les autres par mesure hospitalière.

Il faut se reporter à l'état de choses qui a nécessité la séparation des épileptiques en aliénés et non aliénés. A cette époque, tous les malades étaient confondus.

Ces services étaient de véritables capharnaïms.

(4) Parmi les indications et tentatives, mentionnons un projet de colonie dans les communaux de Bussière-Galand (Haute-Vienne). Cet établissement destiné aux aliénés avait aussi pour but les épileptiques. L'idée émane du Dr Brun-Sechaud, de Limoges, en 1862, qui avait imaginé d'en inaugurer la fondation dans les Landes de Courbefy, sur une petite échelle. Nous ne savons quelles suites ont été données à cette entreprise.

La division établie est théorique ; si la pratique laisse à désirer, cela tient à ce que la distinction est fort difficile à établir.

D'après lui, la demande de M. Delasiauve d'une maison particulière consacrée aux épileptiques de toutes catégories, même avec des sections distinctes, n'est guère pratique.

M. DELASIAUVE.—Effectivement, M. Lunier ne m'a pas compris. Il n'y a aucune contradiction dans mes paroles. Loin d'assimiler les épileptiques aux fous, ma thèse, conforme à la nature des choses, repose sur ce principe que ces malades sont des *épileptiques avant tout* ; que les désordres d'esprit auxquels leurs accès les exposent sont accidentels, transitoires ; que, rares ou peu prononcés chez quelques-uns, ils sont, chez d'autres, diversement violents, prolongés et distants ; que même tels patients, sujets par périodes à de fréquents délires, restent indemnes pendant des années, et que, dès lors, il serait irrationnel, pour des individus en réalité identiques, de former des catégories différentes, qu'il faudrait modifier sans cesse. Admettons cent malades dans votre classe des simples. Dans le mois, dix au moins présenteront des symptômes de délire plus ou moins accentués. Où les placerez vous ? Dans un asile d'aliénés ? Et après ? Rentreront-ils dans leur refuge normal pour en repartir bientôt peut-être ? Ce serait une navette intolérable.

Combien plus logique et plus pratique une combinaison imposée par la force des choses ! Aucune distinction entre les malades, tant qu'ils demeurent sains d'esprit ou à peu près. Un dérangement mental surgit. Mais il y a un compartiment *ad hoc*. Sur l'ordre du médecin, on y transfère l'agité, qu'on ramène parmi les calmes, sa crise passée. Pour les misérables dégradés, gâteux, ils ont aussi leur quartier commun et cela, sans inconvénient, car, lourds et stupides pour la plupart, leur folie est inoffensive. Du reste, à Bicêtre et à la Salpêtrière, où ces divisions existent, nous n'avons point recours aux sections d'aliénés. On voit en même temps par là l'inutilité de rapprocher les asiles spéciaux épileptiques de ceux consacrés à l'aliénation mentale.

M. Lunier, à ce propos, et à l'occasion encore de nos certificats d'admission et de quinzaine, qui souvent constatent une infirmité mentale qui n'existe pas, blâme cette infraction à la loi. Ignore-t-il qu'elle est forcée et un hommage indirect à cette loi même ? L'assistance publique, ce qu'il convient de savoir, est limitée dans ses choix. Par suite d'un vieil arrangement avec le département, à l'origine de la reconnaissance des deux catégories d'épileptiques, l'assistance aurait pris

à sa charge un nombre déterminé de ces malades : soit 80 pour chacun des deux hospices. Pour ce recrutement une enquête a lieu, un rapport est soumis au conseil de surveillance, qui décide l'admissibilité ou le rejet. Quant à l'entrée, elle est subordonnée aux vacances. La procédure dure quelquefois six mois. On comprend, d'ailleurs, toutes les irrégularités qui se glissent dans ces réceptions, l'arbitraire et les faveurs dont ils sont l'objet. Jadis nous en avions quotidiennement la preuve.

A cela se rattachent d'autres inconvénients, bons à signaler en passant. D'abord, les épileptiques de l'assistance échappent à ces convois sur la province qui pèsent si lourdement sur les épileptiques aliénés. Entretenus à titre d'indigents, ils sont exonérés pour les frais du séjour, quelque aisance que possède la famille, de la pension imposée aux parents des autres, alors même qu'ils seraient moins en état de la payer. De plus enfin, ils peuvent appartenir à des départements étrangers, et, s'ils sont jeunes, on n'exige point d'eux, que je sache, le domicile de secours.

Ces inégalités appellent une étude et des réformes. Est-il étonnant, en de pareilles conditions, que pour satisfaire aux besoins des nombreux infortunés que l'assistance refuse ou ajourne, les médecins de la préfecture de police et ceux des sections d'épileptiques, à Bicêtre et à la Salpêtrière, aient incessamment la main forcée. On nous oppose des infractions légales. Mais quelles sont nos plaintes et que réclamons-nous? Précisément, nous regrettons que la loi de 1838, en négligeant les épileptiques, n'ait rien stipulé pour cette catégorie intéressante de malades. D'une part, il y aurait barbarie à les confondre avec les aliénés, de l'autre on ne saurait les traiter absolument comme et avec les malades ordinaires. Donc, ce qu'on doit désirer, c'est que des mesures soient prises et qu'une loi spéciale intervienne, pour leur assurer une assistance médicale efficace et, tout en les sauvegardant, offrir en même temps à la société elle-même les garanties nécessaires. La loi sur les aliénés a été violemment attaquée par ses côtés les moins vulnérables. Si elle a des lacunes, elles sont surtout relatives aux épileptiques, au domicile de secours et aux intérêts, mal protégés, des aliénés appartenant aux classes riches!

M. FALRET. — (Cette communication sera publiée ultérieurement).

M. LUNIER. — Ce que demande M. Falret existe, mais partiel-

lement dans quelques départements. — On arrivera progressivement à augmenter le nombre des quartiers annexés.

La séance est levée à 6 heures.

D^r P. Moreau (de Tours).

Séance du 30 décembre 1878. — Présidence de M. BAILLARGER.

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

M. Echeverria, membre associé étranger, assiste à la séance.

Correspondance manuscrite et imprimée.

La correspondance manuscrite comprend des lettres de remerciements de MM. Echeverria de New-York, Brosius de Bendorf et Giacchi de Fermo, nommés membres associés étrangers à la dernière séance.

La correspondance imprimée comprend :

- 1^o *Bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris*;
- 2^o *L'Année médicale de Caen*;
- 3^o *La Tribune médicale*;
- 4^o *L'Art dentaire*;
- 5^o *Bericht über die Verwaltung der Irrenanstalt Allenberg (1877-1878)*;
- 6^o *Hospice de Marsens*, Rapport de M. Girard de Cailleux pour l'année 1877;
- 7^o *Gazetta del manicomio di Macerata*.

M. Bourdin offre à la Société le plan de l'asile des aliénés de Dijon.

Nomination de commissions.

Prix Aubanel — Trois mémoires ont été envoyés ; ils ont pour titres :

N^o 1. Etude scientifique sur le somnambulisme, sur les phénomènes réels qu'il présente, et sur son action thérapeutique dans certaines maladies nerveuses. — Du rôle important qu'il joue dans l'épilepsie, dans l'hystérie et dans les névroses dites extraordinaires.

N^o 2. Troubles du système nerveux central consécutifs aux affections diverses de l'appareil utéro-ovarien.

N^o 3. Le pouls et la circulation des aliénés étudiés à l'aide du sphymographe.

La Commission est composée de MM. Dally, Falret, Luys, Mesnet et Ritti, rapporteur.

Prix Esquirol. — Quatre mémoires ont été envoyés, qui traitent :

N° 1. De la pneumonie chez les aliénés.

N° 2. De la diarrhée chez les aliénés.

N° 3. De la dynamie ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale.

N° 4. Du cancer chez les aliénés.

La Commission est composée de MM. Baillarger, Métivier, Luquier, Goujon et Paul Moreau (de Tours), rapporteur.

La Commission des finances est composée de MM. Legrand du Saulle, Collineau et Brochin.

La Commission du renouvellement du traité de la société médico-psychologique avec les *Annales médico-psychologiques* est composée, outre le bureau de l'année 1879, de MM. Lasègue, Delasiauve, Brochin et Ch. Loiseau.

Elections du bureau de 1879.

Vice-président : sur 30 votants :

MM. LEGRAND DU SAULLE.	21 voix.
— LUYS.	7 voix.
— DAGONET.	4 voix.
— DALLY.	4 voix.

M. LEGRAND DU SAULLE est proclamé vice-président pour l'année 1879.

Secrétaire général : M. MOTET est renommé secrétaire général par acclamation.

Secrétaires annuels : MM. RITTI ET PAUL MOREAU (DE TOURS) sont nommés par acclamation.

Trésorier : M. AUGUSTE VOISIN est renommé par acclamation.

Conseil d'administration : MM. BAILLARGER et BILLOD sont adjoints au bureau pour former le conseil d'administration.

Comité de publication : Le comité de publication sera composé de MM. Dagonet, Falret et Peisse.

Des sorties provisoires.

M. BAILLARGER désire consulter la Société sur une question intéressante de pratique. Il s'agit d'un malade placé dans une maison de santé et que, dans l'intérêt de son traitement, des médecins appelés en consultation veulent faire voyager. Mais

l'administrateur provisoire ne consent à la sortie de l'aliéné de l'établissement, où il est actuellement placé, qu'après qu'il aura été interdit. Est-il possible d'admettre qu'on recoure à une mesure aussi grave que l'interdiction, quand il s'agit de continuer, pour ainsi dire, le traitement à l'extérieur de la maison de santé, et sous la direction d'un médecin et d'un personnel détaché de l'établissement? N'existe-t-il aucun moyen juridique ou administratif permettant une solution autre que celle proposée par l'administrateur provisoire?

M. LASÈGUE. — Il faut qu'une porte soit ouverte ou fermée; c'est-à-dire que, lorsqu'un malade est dans une maison de santé, il est pourvu d'un administrateur provisoire; lorsqu'au contraire il en sort, il n'y a plus rien, il recouvre tous ses droits. Il n'existe pas de moyen terme possible; aussi les sorties provisoires et même les promenades au dehors doivent-elles être regardées comme illégales.

M. LUNIER dit que le malade peut sortir de l'établissement, mais il devra être accompagné d'un agent de cet établissement. Cette question d'ailleurs est prévue par les lois et règlements de 1838.

M. BLANCHE. — Un cas semblable s'est déjà présenté; il y a un précédent. La Cour de Paris, en effet, a rendu un arrêt dont je ne suis pas en mesure de faire connaître la lettre et l'esprit, mais dont je puis assurer l'existence.

M. LEGRAND DU SAULLE croit, dans son opinion, que cette question est de la plus grande simplicité. Voici quelle est, d'après lui, la solution à proposer. Le malade peut, par le ministère d'un avoué, présenter une requête au président du tribunal. S'il le juge convenable, le président saisit la chambre du conseil. Le malade y est mandé et interrogé; le tribunal alors peut considérer le voyage à l'étranger comme la continuation du traitement dans la maison de santé et ordonner que l'administration provisoire continuera pendant toute la durée du voyage. Seulement le malade ne quitte pas la maison de santé; la sortie n'est pas ordonnée par le préfet de police et il y a là comme une sorte de congé accordé au malade, car il compte toujours sur les registres de la maison.

M. POUZIN. — Dans la maison de M^{me} Reboul, avant la promulgation de la loi de 1838, un cas identique s'est présenté. On s'est adressé au président du tribunal qui, sur une simple ordonnance, a autorisé le voyage et fixé la somme à dépenser pendant la durée de ce voyage. Mais c'était, je le répète, avant la loi de 1838.

Sur la demande de plusieurs membres, l'importante question des *sorties provisoires* est mise à l'ordre du jour.

De l'épilepsie nocturne.

M. ECHEVERRIA lit, sous ce titre, un mémoire. (*Voir plus haut p. 477.*)

La séance est levée à six heures.

D^r ANT. RITTI.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS.

Le Mental Science

Analyse par MM. les D^{rs} DUMESNIL et PONS

(3^e trimestre 1875)

T. Laycock. — *Un chapitre sur quelques lois organiques de la mémoire personnelle et ancestrale.*

D. Skae. — *Leçons sur la folie pour 1873.*

Hughlings Jackson. — *Sur les affections syphilitiques du système nerveux.*

D. Nicholson. — *La psychologie morbide des criminels.*

Messenger Bradley. — *Responsabilité morale.*

J. Browne. — *Deux cas d'apoplexie du pont de Varole, avec remarques sur la maladie syphilitique des artères du cerveau.*

Notes et cas cliniques. Revue. Notes et nouvelles.

Le *Mental science* de ce trimestre contient un article très-savant du D^r Laycock, et qui a pour titre « *Un chapitre sur quelques lois organiques de la mémoire personnelle et ancestrale.* » Ce travail est la substance d'un chapitre composé en 1872 pour un ouvrage qui n'a pas été publié. Il est écrit avec une remarquable profondeur de vues et sa lecture est des plus attachantes.

Bien que le mémoire du célèbre professeur d'Edimbourg ne se prête pas à une analyse sommaire, nous ne le laisserons pas passer, sans résumer ici les principes philosophiques qui servent de base à son ingénieuse théorie.

« La mémoire organique, dit M. Laycock, consiste dans un » travail cérébral, réglé par les lois de l'évolution et de la ré- » version, et comparable aux phénomènes vitaux observés chez » les plantes et les animaux... La manifestation chez un indi- » vidu, d'habitudes, d'instincts, de capacités transmises par ses » aïeux selon les lois de l'hérédité, est une réversion vers les » phénomènes vitaux de ses parents et doit être classée avec la » mémoire.

» Le développement simultané du cerveau et de la connais-

» sance est une manifestation de la grande loi de l'évolution.

» La perte de mémoire, qui est le caractère de la vieillesse, est associée au retour aux idées et aux habitudes du premier âge. Ce retour est analogue à la réversion ancestrale.

» La mémoire organique comprend deux faits : l'un résultant d'une impression physique au moment de l'attention, modification du tissu cérébral et constituant l'enregistrement des états mentaux. L'autre est une réversion vers le premier et n'est pas possible si le premier n'a pas été complet.

» Ce qu'on appelle *hérédité*, est une réversion évolutionnelle vers les anciens modes d'activité manifestés chez les aïeux, et ce qu'on appelle *réminiscence* est une réversion évolutionnelle vers les anciens modes d'activité manifestés chez l'individu même. »

La première condition de la mémoire organique est l'enregistrement (record) de l'impression matérielle. M. Laycock lui a donné le nom de *synèse*. La synèse est donc « le travail organique par lequel la connaissance est conservée et retenue de telle sorte que l'évolution du tissu cérébral suivra une réversion correspondante. »

» Enfin, la synèse comme évolution et la réminiscence et la reproduction comme réversion, dépendent de la réaction établie entre les énergies motrices nommées impressions et les énergies moléculaires propres à chaque substratum... Le substratum est la base organique sur laquelle s'exercent les énergies physiques ».

2° La sixième et dernière leçon de Morisonian-Collège paraît dans ce numéro. Elle est tout entière du Dr Clouston.

La folie anémique est rapidement décrite. Les attaques débilitantes, l'hémorrhagie, l'inanition la produisent. L'anémie imprime son cachet à toutes les maladies et particulièrement à la folie. La folie anémique est aiguë ou chronique. La forme chronique a déjà été décrite dans un paragraphe précédent (folie d'allaitement). La forme aiguë suit l'hémorrhagie ou l'inanition. Dans ce dernier cas, elle est surtout saisissante. Les symptômes en sont, par ordre de succession : la prostration mentale avec un éclat particulier du regard, la douleur épigastrique avec une soif ardente. Après la période d'affaissement se manifeste un délire spécial. Le malade voit « des champs verdoyants, des sources délicieusement fraîches ». Les convulsions et le coma terminent la scène. Quand l'alimentation peut être don-

née, la convalescence est très-longue. Le malade reste longtemps prostré et les hallucinations ne disparaissent que lentement.

Le professeur a donné à l'étude de la paralysie générale le développement que comporte un sujet aussi important.

La découverte de la paralysie générale par les médecins français, au commencement de ce siècle, est un événement dans l'histoire de l'aliénation mentale. Pour nous servir d'une belle expression du Dr Clouston, cette découverte a sonné le glas des théories métaphysiques de la folie. Elle doit imprimer une nouvelle direction aux études, et rend indispensable une nouvelle nosologie sur d'autres bases qu'un symptôme ou un groupe de symptômes. Il n'existe pas de maladie plus variée dans son aspect et dans ses manifestations que la paralysie générale qui conserve néanmoins son individualité aux yeux des cliniciens.

M. Clouston est partisan convaincu de l'unité de la paralysie générale. Elle est à la fois mentale et physique. Pour lui, les troubles mentaux existent chez tous les paralytiques. Ils peuvent n'être manifestes qu'à une époque avancée de la maladie; mais un observateur attentif peut les mettre en évidence, alors même que les symptômes paralytiques paraissent exister seuls.

Passons rapidement sur la paralysie générale à forme type qui est familière à tous nos lecteurs. Le Dr Skae l'a parfaitement décrite, depuis le délire ambitieux du début jusqu'à la ruine physique du malade, au milieu de laquelle l'optimisme persiste. Notons le caractère de ce délire qui est essentiellement doux. Le malade se laisse conduire et supporte aisément la contradiction, ce qui le distingue des maniaques et des monomaniaques.

Les troubles du système moteur varient en intensité et en étendue. Quelques malades présentent cette particularité que l'articulation des mots, facile au commencement d'une phrase, s'embarrasse à la fin; leur démarche, d'abord assurée, devient chancelante. Il y a un affaiblissement manifeste de la puissance nerveuse.

Les attaques congestives épileptiques font partie des troubles de la motilité. Elles présentent tous les degrés d'intensité et de fréquence.

La sensibilité générale est considérablement atteinte; les malades ne paraissent pas sentir les coups qu'ils reçoivent. Le professeur insiste sur les douleurs névralgiques, la gastralgie, la dyspnée qui s'observent quelquefois et qui peuvent, dès le

début, faire diagnostiquer une paralysie générale progressive.

L'altération de la fonction réflexe cérébrale est démontrée par la gêne de la déglutition, par le retard que mettent les yeux à se fermer quand on en approche un objet quelconque. La fonction réflexe de la moelle n'est lésée que plus tard.

Les différents sens peuvent être perdus. On a observé chez les paralytiques l'amaurose, la surdité et la perte des sensations gustatives.

Les troubles de la nutrition ne sont pas moins intéressants à constater. La première période est marquée par un certain degré d'émaciation et de marasme. Dans la deuxième, au contraire, il y a une tendance à la production de tissus graisseux; l'action du cœur est augmentée, la circulation est plus active, et les plaies guérissent rapidement. Le contraire a lieu à la dernière période, celle des escharres. Enfin, la température subit des variations remarquables, ainsi que l'ont démontré de nombreux travaux publiés sur cette matière.

Le délire ambitieux des paralytiques est caractéristique; il repose sur un fond de faiblesse d'esprit. Le malade l'étale devant des imbéciles qu'il ignore être incapables de le comprendre; ses idées sont souvent d'une absurdité manifeste. On peut en dire autant de ses actes. Ainsi, il demandera à un camarade du feu pour allumer sa pipe qu'il vient de lui voler.

La forme dépressive du délire manque de fixité; elle n'exprime pas des souffrances actives, mais un état mélancolique vague.

Étudiant les causes de la paralysie générale, M. Clouston affirme que les deux tiers des cas sont imputables à l'intempérance et aux excès sexuels. L'une de ces causes produit l'irritation, l'autre la fatigue cérébrale, deux effets qui conduisent parallèlement au même résultat. Les travaux intellectuels, les émotions sont dans la proportion de 32 cas sur 408. Les traumatismes sont dans une proportion très-faible. Le rôle étiologique de l'hérédité est à peu près nul.

Les recherches anatomo-pathologiques ont établi d'une manière indéniable que la maladie mérite bien le nom de paralysie générale que lui a donné Calmeil. Le tissu cérébral, la moelle (Westphall), le grand sympathique (Poincarré et Bonnet), tous les départements du système nerveux sont plus ou moins atteints, et l'appareil symptomatique varie suivant l'élément qui est le plus affecté par le processus morbide.

M. Clouston termine par une description sommaire des alié-

nations : 1^o résultant d'une maladie ; 2^o héréditaire de l'adolescence, 3^o idiopathique.

Sur la première, il entend la folie qui complique le ramollissement et la tumeur du cerveau. Le trouble mental symptomatique du ramollissement est à forme calme. Le malade tombe en enfance ; il devient oublieux et irritable. Il y a aussi parfois de l'agitation dépressive et la tendance au suicide. La folie qui résulte d'une tumeur cérébrale est caractérisée au début par la perte du contrôle intime, le changement de caractère et la dépression, surtout si la tumeur est voisine du pont de Varole.

Le développement de la tumeur fait naître d'autres symptômes. Les facultés s'éteignent, le malade est extrêmement irritable et accuse une céphalalgie intense dans la région occipitale ; puis on observe des troubles musculaires, de la paralysie, des attaques épileptiformes, la cécité, et enfin la paralysie complète et le coma.

La folie héréditaire de l'adolescence se manifeste chez des jeunes gens de vingt à vingt-cinq ans, appartenant à des familles où le nervosisme est héréditaire. Son début est spontané, et elle frappe de préférence, contre toute attente, les sujets les mieux doués. C'est la forme maniaque qui se montre toujours. Le pronostic de cette affection mentale est fatal. Cette catégorie de malades forme la majorité des déments de nos asiles.

Sous le nom de folie idiopathique, le Dr Skae a réuni tous les cas d'aliénation mentale produits par des causes mentales ou morales, et ne pouvant pas être classés avec les espèces précédemment décrites. La cause déterminante de la folie idiopathique est le manque de sommeil. On l'observe assez rarement. Elle présente une forme sthénique et une autre asthénique. L'état congestif caractérise la première, l'état anémique la seconde.

M. Hughlins Jackson a condensé, dans un mémoire d'une certaine étendue, ses idées sur les affections syphilitiques du système nerveux. Il fait d'abord une critique très-juste des appellations usitées de : maladie syphilitique, hémiplegie syphilitique, etc., qui peuvent répondre à un besoin de la clinique, mais ne sont ni exactes, ni scientifiques, et ne sauraient être que provisoires. Ces affections ne sont pas syphilitiques de leur nature, quoique procédant de la syphilis. Tout autre produit morbide que le néoplasme syphilitique, ayant pour résultat de comprimer et d'irriter par voisinage les centres nerveux, peut produire des

symptômes identiques. Cette remarque faite une fois pour toutes, passons successivement en revue, avec l'auteur, les différentes affections que son expérience lui a fait connaître.

Paralysie des nerfs crâniens. — Elle dépend de la compression des fibres nerveuses par la prolifération du tissu connectif du tronc du nerf. A propos des anomalies des sens spéciaux, l'auteur remarque que certaines sensations anormales de l'odorat sont réelles et imputables à une affection syphilitique des os du nez. Contrairement à ce que l'on pense, l'amaurose est exceptionnellement due à la choroïdo-rétinite par altération du fond de l'œil. La lésion qui la produit est presque toujours une névrite optique dépendant d'une tumeur cérébrale ou cérébelleuse.

La paralysie des moteurs oculaires est une cause de vertige. Ce symptôme peut se manifester avant qu'il y ait diplopie ou strabisme appréciable. Il coïncide alors avec la simple parésie musculaire qui est le premier degré de la paralysie confirmée. Lorsque la quatrième paire est affectée, la paralysie peut être méconnue, et le vertige est regardé à tort comme un trouble cérébral. C'est une erreur qu'il faut éviter avec soin.

Le nerf auditif peut aussi être affecté indirectement, par la lésion de la caisse du tympan. La compression de la portion dure du nerf dans l'aqueduc de Fallope peut être une cause de paralysie faciale. Le mal de Ménière, dont l'ensemble symptomatique est constitué, comme on sait, par le vertige, les titubations et le vomissement, est l'expression d'une lésion locale de l'oreille, et nullement d'un trouble des centres nerveux.

Enfin la lésion de la huitième paire a paru avoir pour résultat la parésie du voile du palais et la paralysie des cordes vocales. C'est la portion bulbaire du spinal, quelquefois la portion intracrânienne de la huitième paire qui produit ces symptômes.

L'aphonie en est la conséquence. L'examen laryngoscopique démontre la paralysie des muscles du larynx, et en même temps l'intégrité des tissus de cet organe.

Maladie cérébrale aiguë résultant de la syphilis. — M. Jackson n'a jamais vu sur le cadavre de méningite syphilitique, à part celle qui est liée à une ostéite du crâne. L'affection cérébrale des syphilitisés, impossible quelquefois à distinguer de la méningite, est due à une véritable tumeur intracrânienne qui a irrité le cerveau et déterminé le ramollissement. Elle est marquée par les symptômes suivants : céphalalgie, vomissement, irrégularité du pouls, constipation, rétraction du ventre, éma-

ciation, abaissement de la température, et dans quelques cas les convulsions, l'hémiplégie, etc.

La méningite syphilitique n'existe pas. Lorsqu'un malade a été guéri par l'iodure de potassium, on n'est pas autorisé à admettre qu'il a eu une méningite. L'expérience de notre confrère lui a révélé, au contraire, que certaines tumeurs cérébrales pouvaient être suivies de guérison.

Les symptômes mentaux de l'affection cérébrale aiguë sont surtout négatifs. On observe cette hébétude, cette apathie qui indique l'existence d'une tumeur cérébrale. Il n'y a ni délire ni actes extravagants.

En somme, l'affection cérébrale aiguë ne se distingue par aucun signe qui dénote sa spécificité.

Convulsions (attaques épileptiques et épileptiformes). — Elles sont généralement précédées d'une *aura* affectant la main ou un côté de la face. Elles peuvent en imposer pour l'épilepsie vraie. On connaît les idées de M. Jackson sur l'épilepsie. Une tumeur formée à la surface du cerveau détermine dans la substance grise des modifications fonctionnelles, et la rend instable. Toute autre tumeur qu'une gomme peut produire les mêmes accidents.

Ramollissement cérébral. — Le ramollissement de toute la masse cérébrale est nié par l'auteur, qui n'admet que le ramollissement local qui se fait autour d'un produit morbide. L'oblitération des vaisseaux par le néoplasme syphilitique est aussi une cause locale de ramollissement.

Hémiplégie. — Il y a trois variétés d'hémiplégie dites syphilitiques. La première est produite par la compression graduelle exercée par une gomme sur les faisceaux moteurs. Sa marche est très-lente. La deuxième reconnaît pour cause le ramollissement local du cerveau, qui est généralement le résultat de l'oblitération de l'artère cérébrale moyenne ou de l'une de ses branches. La troisième variété d'hémiplégie est celle qui suit les convulsions. Elle est causée, d'après M. Jackson, par l'épuisement de l'action nerveuse dans les fibres du corps strié. Le peu de durée de cette hémiplégie, sa limitation aux muscles convulsés, en montrent la vraie nature et ne permettent pas de l'attribuer à une congestion ou à une extravasation sanguine.

Aphasie. — Les tumeurs, syphilitiques ou non, causent rarement la perte complète du langage. Quand elle existe, elle est imputable au ramollissement qui suit la thrombose de

l'artère cérébrale moyenne gauche. L'aphasie épileptique n'est pas rare.

Troubles mentaux (folie syphilitique). — Indépendamment des symptômes négatifs dont il a été question, les malades présentent quelquefois des troubles positifs : hallucinations, actes délirants, etc.

Les symptômes négatifs reconnaissant pour cause directe une lésion cérébrale, qu'elle soit ou non syphilitique, les seconds sont le résultat d'une cause indirecte qui est la perte du contrôle exercé par les centres élevés du cerveau, qui sont le siège de la lésion, sur les centres inférieurs voisins. Alors se manifeste ce que l'auteur appelle l'action automatique du cerveau.

Manie épileptique. — La théorie de l'aliénation mentale, qu'on vient de lire, explique très-heureusement la manie épileptique. L'accès maniaque est le résultat de l'activité anormale des centres inférieurs privés temporairement du contrôle des centres élevés, épuisés par l'attaque.

L'intéressant travail du Dr Nicholson sur la psychologie morbide des criminels se termine par l'étude des états d'exaltation mentale.

L'exaltation mentale est la troisième forme de la faiblesse d'esprit. Elle est le résultat de la prépondérance de certaines facultés inférieures, qui détermine une exagération plus ou moins marquée du mouvement dans toutes les parties de l'individu. Griesinger appelle ce singulier phénomène, qui marque tous les états maniaques, « le côté moteur de la vie de l'âme. » Ce besoin du mouvement peut être général ou limité. Il est limité lorsqu'il a un but défini, comme par exemple une agression contre un gardien ; mais il peut se faire que le prisonnier, doué d'une certaine dose de prudence, arrive à se contenir : alors l'impulsion devant se faire jour se manifeste par des gesticulations générales.

L'exaltation mentale peut être émotionnelle ou délirante. Dans le premier cas, elle naît d'une cause réelle. Les facultés de l'idéation ne sont pas impliquées dans le phénomène. Dans le second, elle résulte d'une conception délirante, et le trouble mental entre comme partie active dans sa production. Dans l'exaltation émotionnelle, l'accident a son origine dans le milieu extérieur ; dans l'exaltation délirante, l'idée fausse qui la produit peut n'être pas liée à ce milieu.

L'exaltation mentale est le phénomène qui exige le plus souvent le traitement des prisonniers pour faiblesse d'esprit.

Les actes extravagants, l'instinct destructif se présentent fréquemment sous la forme de véritables accès. Le prisonnier est parfois entièrement privé de son contrôle et irresponsable. Toutefois il n'en est pas toujours ainsi, et M. Nicholson ne croit pas qu'on doive toujours mettre la conduite violente des prisonniers sur le compte de la faiblesse d'esprit. Tout en paraissant dépourvus de motifs, leurs actes peuvent souvent être attribués à des causes naturelles. Soumis à une discipline de fer, ils sont dans une situation qui justifie leurs écarts dans une certaine mesure. Les maisons de détention contiennent un chiffre énorme d'individus de l'un et de l'autre sexe, et notre confrère s'étonne de voir les actes d'insubordination aussi rares. Il constate que la plupart des prisonniers disposent d'une certaine force morale qui leur permet de se contrôler. Ils auront assez de prudence pour s'abstenir d'une agression, et la compenseront par des actes destructifs moins graves dans leurs conséquences.

Il y a au fond de la conduite perverse de certains criminels une idée de satisfaction. C'est l'enfant gâté qui, pour se venger des obstacles qu'il rencontre, prend plaisir à détruire. Jusqu'à quel point leurs actes seront-ils qualifiés de maladifs ? Si parfois ils donnent un libre cours à leurs excès, dans d'autres circonstances, ils déploient une énergie étonnante pour réprimer leurs passions haineuses. Ils ont leur but : esquiver une corvée ou entrer à l'hôpital. Le but est bien arrêté, et pour l'atteindre ils n'hésitent pas à commettre des actes insensés, comme d'engager leur main sous la roue d'un wagon. De pareils actes, tout en reconnaissant un motif, n'en indiquent pas moins une nature défectueuse, et il s'agit de déterminer le degré d'infériorité qui permettra de classer cette nature parmi les faibles d'esprit.

La dépravation morale qui caractérise certains criminels est à la fois héréditaire et acquise.

Le criminel apporte en général sa dépravation à la prison ; il ne s'y corrompt pas. M. Nicholson se montre un peu sceptique à l'endroit du danger que fait courir aux individus sains d'esprit le contact des autres.

Après avoir établi que les excès commis sont souvent punissables, que si les auteurs ont agi selon leur organisation évidemment inférieure, ils n'ont pas moins agi avec connaissance

de cause, notre savant confrère conclut qu'il importe de reconnaître de bonne heure les conditions morbides susceptibles de provoquer ces écarts de conduite. Il prouve que la folie morale n'existe pas dans la prison, par la raison que le criminel d'habitude n'a jamais joui d'une intégrité morale parfaite, et que d'ailleurs le milieu de la prison ne favorise pas le développement de cette forme d'aliénation mentale.

D'après lui, les prisonniers sont affectés d'une manie de forme spéciale. C'est la folie d'action de Brierre de Boismont, dans laquelle les actes ne dénotent pas, pris en eux-mêmes, une folie vraie. « C'est une chorée émotionnelle dans laquelle » le mouvement, s'étant développé sous l'influence d'une » impulsion particulière, se produit jusqu'à ce que l'énergie » nerveuse se soit graduellement éteinte. »

On devra rechercher la nature morbide de l'exaltation mentale 1° dans les antécédents. L'histoire du prisonnier renseignera sur son hérédité, sa vie antérieure, la nature de son crime; cette histoire apprendra si le prisonnier est un criminel ancien ou accidentel;

2° Dans l'état général de l'intelligence. La constatation d'un état intellectuel inférieur peut, jusqu'à un certain point, permettre de classer le prisonnier parmi les faibles d'esprit. Lorsque l'intelligence est intacte et que le manque de contrôle est dû à une prédominance de l'élément passionnel, le problème est plus difficile;

3° Dans la nature et les signes de l'exaltation. Chez le faible d'esprit, l'insubordination ne s'étend pas à tous ses actes. A part certains écarts systématiques, il se conduit bien. Il refusera, par exemple, de travailler sous les ordres d'un surveillant. Au reste, sa conduite est capricieuse et varie avec les causes d'agitation. Il faut se rappeler qu'il a quelquefois un but et peut être considéré comme partiellement responsable;

4° Dans la cause de l'exaltation. On peut affirmer en thèse générale que, plus la cause est futile, plus on a raison de croire à la faiblesse d'esprit. Si les circonstances qui déterminent immédiatement l'accès sont toujours les mêmes, on est en droit de conclure au trouble mental, car on a affaire à une conception délirante;

5° Dans la fréquence et la persistance de ses accès. Lorsqu'ils se reproduisent en dépit d'un système varié de punitions, il est évident que le délinquant est réfractaire à la discipline; on en a raison en le traitant avec bienveillance;

6° Dans les signes physiques. Lorsqu'ils existent, ils expriment la dépression et la fatigue résultant d'un travail forcé ou d'une punition trop lourde. Il y a de la fièvre, la langue est blanche et visqueuse, les yeux injectés, le pouls dépressible...

L'âge du prisonnier peut contribuer à fixer le médecin. Les faibles d'esprit ont généralement dépassé 35 ans. Lorsque le dérangement mental se manifeste à la fin de l'emprisonnement, on doit croire à sa sincérité.

Ce travail considérable se termine par un grand nombre d'observations d'exaltation mentale recueillies par l'auteur, tant dans son service que dans celui de plusieurs de ses confrères. Il a eu en outre l'heureuse pensée de l'enrichir de photographies curieuses, représentant les principaux types décrits dans son ouvrage.

M. Messenger Bradley étudie la responsabilité morale avec les données fournies par la physiologie moderne. Sans admettre avec Carl Vogt que la pensée est sécrétée par le cerveau, l'auteur de ce mémoire lui donne une origine purement matérielle et la fait résulter de l'impression exercée sur les sens par les objets extérieurs. C'est l'aphorisme de Zénon rajeuni. L'imagination emprunte à la mémoire les éléments de son activité. Dans les questions morales mêmes, l'originalité absolue n'existe pas. Les sages illustres, Confucius, Platon, Sénèque, etc., ont puisé leurs idées à des sources plus anciennes. Enfin l'adage « *ex nihilo nihil fit* » doit être rigoureusement admis au nom de la science. La fonction intellectuelle dépend de la manière d'être des cellules de la substance grise, dont la vitalité est influencée par la race, l'hérédité, l'éducation, la position sociale, le climat, l'âge...

Chaque homme a ses aptitudes correspondant à sa propre organisation. L'esprit est incapable de produire la pensée sans le secours des sens. Un individu dont le cerveau est bien conformé, mais qui est sourd ou aveugle, ne peut recevoir qu'une éducation restreinte. Il sera toujours privé des idées abstraites, comme celles de Dieu, de l'éternité, etc. La matière cérébrale ne crée pas, mais répond seulement au stimulant externe.

Les différences morales entre les individus se sont pas moins saisissantes dans leurs rapports avec les qualités matérielles. Les races humaines ont leurs attributs moraux comme leurs attributs physiques. L'hérédité transmet du père au fils les difformités aussi bien que les vertus et les vices. Cette trans-

mission du bien et du mal des ancêtres à la postérité peut franchir une génération, ainsi que le prouve la loi de l'atavisme, cette conception hardie de l'anthropologie moderne. Les aptitudes communiquées par une génération à une autre finissent par devenir une propriété inhérente au cerveau de l'individu, chez lequel elles acquièrent une grande puissance. Ainsi s'explique la précocité de certains artistes célèbres.

Le caractère d'un homme est subordonné à son tempérament, et celui-ci est étroitement lié à ses fonctions physiques.

L'état pathologique exerce aussi une grande influence sur la valeur morale d'un homme.

Il est inutile d'insister sur l'action des diverses maladies. L'auteur insiste surtout sur l'influence exercée par l'aliénation mentale et les intoxications sur nos facultés morales.

L'homme n'est donc pas ce qu'il veut être, mais il est jeté dans un moule qui le façonne à son insu, et son avenir dépend de l'action multiple de l'hérédité, du jeu de ses fonctions, de la maladie. Il est encore soumis dans la vie à d'autres influences qui sont le climat, le milieu et l'éducation. Ces conditions diverses donnent aux individus des qualités propres. Chaque nation a ses caractères tranchés, qu'elle doit à l'air qu'elle respire, à son genre de vie, à son degré de civilisation. Ces caractères nationaux se modifient d'ailleurs par la transplantation des races. Telles sont, résumées rapidement, les idées que l'auteur a présentées sous une forme élégante, dans un long chapitre auquel on pourrait reprocher toutefois de n'être que la reproduction d'une thèse soutenue déjà par nombre de savants illustres.

Deux observations intéressantes d'apoplexie du pont de Varole, avec altération syphilitique des artères du cerveau sont lues par le Dr J. Browne à la réunion trimestrielle de l'association médico-psychologique tenue à Glasgow le 13 mai 1875.

Le premier malade est âgé de 26 ans. Sa mère était ivrogne, son frère est mort aliéné. L'affection a débuté par une céphalalgie intense localisée au vertex. Puis s'est produite, six semaines avant son admission, une paralysie graduelle de tout le côté gauche, par des attaques successives. Il devient alors maniaque et entre à l'asile. On constate une paralysie du mouvement et de la sensibilité de tout le côté gauche. Il meurt dans un état comateux le septième jour. Il avait perdu le sentiment depuis la veille.

A l'ouverture du crâne s'échappe une quantité considérable de sérosité sanguinolente, évaluée à quatre ou cinq onces. Les circonvolutions sont atrophiées, mais le point le plus intéressant de l'autopsie est l'examen à l'œil nu et au microscope du pont de Varole. A l'extrémité supérieure de la protubérance, vers la partie antérieure, occupant le côté gauche et s'étendant un peu à droite, est un caillot du volume d'une fève. Ce caillot est formé par du sang coagulé et entouré de substance cérébrale ramollie. Au microscope, les vaisseaux de la pie mère paraissent gorgés de sang. Dans le champ de l'instrument se voient des espaces, les uns circulaires, les autres à contours brisés. Vus à un fort grossissement, ces espaces renferment pour la plupart la section transverse d'un vaisseau revêtu extérieurement d'un dépôt finement granuleux. Les petites artères sont plus ou moins tortueuses, elles présentent des renflements fusiformes dans le sens de la longueur. La tunique musculaire est épaissie, la fibreuse est presque partout hypertrophiée. Elle est entourée d'un dépôt moléculaire granuleux en certains endroits. Les noyaux des cellules des tuniques vasculaires sont très-apparents, ceux de la névroglie sont distincts et nombreux. Des altérations semblables ont été vues dans les circonvolutions.

La 2^e observation est celle d'un homme entré à l'asile à l'âge de 30 ans, en 1849, et mort 26 ans plus tard, en 1875. A l'âge de 47 ans, cet homme a eu la syphilis et a pris du mercure. Puis il devint irritable et colère. A la suite d'actes violents, il a eu une attaque d'hémiplégie et d'aphasie incomplète. Il a été soigné dix ans dans une maison privée et enfin transféré à l'asile. On constate à son entrée un délire de persécution, le malade entend des voix qui l'injurient et voit des personnes qui le menacent. Son état ne présente rien de bien saillant jusqu'en 1866, époque où il commence à ressentir des troubles gastriques et où la coordination des mouvements est affectée aux bras et aux jambes. La marche est surtout atteinte et le malade paraît avoir une ataxie locomotrice. Les symptômes s'aggravent jusqu'en janvier 1875. Il est emporté alors par une diarrhée.

A l'autopsie, on trouve sous la pie-mère, à la région postérieure et latérale du lobe frontal gauche et s'étendant en arrière sur le lobe pariétal, un mince feuillet de sang extravasé. Les circonvolutions frontales et pariétales des deux hémisphères sont atrophiées. La section du pont de Varole fait décou-

vrir à l'extrémité supérieure de la moitié gauche de cet organe, un kyste de la grosseur d'une noisette, à enveloppe fibreuse, résistante, contenant un liquide de couleur foncée, et un petit caillot du volume d'un demi-pois.

Au microscope, on constate les altérations vasculaires caractéristiques de la syphilis, mais beaucoup plus accusées que dans l'observation précédente. Ainsi, les vaisseaux situés dans le voisinage de l'hémorragie présentent la forme annulaire signalée par M. Batty Tuke. Les vaisseaux de la moelle présentent une altération semblable. Les cellules des cornes antérieures et postérieures de la moelle sont dégénérées. Mais la dégénérescence atteint surtout ces dernières. A la partie postérieure et postéro-latérale de la région dorsale on trouve de microscopiques foyers apoplectiques.

Il appert de ces deux observations : 1° que les symptômes de l'hémorragie du pont de Varole sont loin d'être connus; 2° qu'elle n'a pas la gravité que lui ont attribuée les auteurs, puisqu'elle n'a déterminé directement la mort chez aucun de ces deux malades.

L'examen microscopique révèle parfois des foyers anormaux des tissus qui peuvent en imposer pour des lésions pathologiques. C'est pour prévenir une de ces erreurs que M. Herbert Major vient signaler, aux *notes et cas cliniques*, un état particulier des cellules cérébrales, chez un homme sain d'esprit, ayant succombé aux suites d'une fracture. Il a constaté l'accumulation de granulations jaunes dans les cellules pyramidales des feuillets profonds de la substance grise. Cet aspect anormal n'existait pas à l'extrémité postérieure du lobe occipital.

Le Dr Macleod publie l'observation d'un homme qui, sous l'influence d'un délire alcoolique, s'est coupé la gorge et ouvert du même coup le pharynx et le larynx. L'alimentation, impossible par les voies supérieures, a dû être faite par le rectum. Le malade a été nourri pendant vingt-un jours de lavements composés de thé, de bœuf, d'œufs et de whiskey. Il a guéri.

Une observation de manie aiguë ayant déterminé la mort en une semaine, avec autopsie, est rapportée par le Dr Ringrose Atkins; l'autopsie montre un état congestif intense du cerveau, mis en évidence par l'hypérémie, les foyers hémorragiques multiples, l'extravasation de sang entre la pie-mère et la

substance cérébrale, et l'épaississement des tuniques vasculaires. Les poumons étaient farcis de tubercules. Le gauche était très-engorgé et contenait à son sommet une vomique du volume d'une noix. M. Atkins suppose que la gêne circulatoire déterminée par la stase sanguine dans le poumon gauche a été la cause de la congestion cérébrale.

M. Rorie publie l'observation curieuse d'une femme qui avait avalé, dans une intention de suicide, un bouton en acajou. On ne s'est avisé que plusieurs jours après de l'accident. Le corps étranger n'a pu être retiré. L'œsophagotomie a dû être pratiquée, mais la malade a succombé à une gangrène du pharynx.

L'article *Revue* mentionne l'apparition de deux ouvrages nouveaux : 1° le traité d'anatomie pathologique des centres nerveux du Dr Long Foy; 2° un recueil de leçons sur la paralysie par affection cérébrale, dans ses formes communes, par le Dr Charleton Bastian.

On annonce aux *notes et nouvelles*, la mort du Dr Robert Stewart, directeur de l'asile de district de Belfast.

(4^e trimestre 1875).

SOMMAIRE.

James Duncan. — *Adresse présidentielle à la réunion annuelle de l'Association médico-psychologique.*

Crichton Browne. — *Classification du Dr Skae. Article critique.*

W. Ireland. — *La cérébration inconsciente peut-elle être prouvée ?*

Frederic Mac Cabe. — *Sur la suractivité mentale et l'exténuation.*

J.-A. Campbell. — *Relation de trois accès très-courts d'aliénation mentale, avec remarques sur la mise en liberté des aliénés guéris.*

Davidson. — *Visite à un asile turc.*

Automatisme (1).

Notes et cas cliniques. — *Revue.* — *Notes et nouvelles.*

1° La séance annuelle de l'Association médico-psychologique s'est tenue, à Dublin, le 14 août 1875. Le discours prononcé à

(1) Cet article est la relation pure et simple de l'observation du blessé du Dr Mesnet, d'après l'*Union médicale* des 24 et 23 juillet 1876. C'est pourquoi nous avons jugé inutile de le reproduire.

cette occasion par le président, le Dr James Duncan, donne des détails intéressants sur l'aliénation mentale en Irlande.

L'orateur se félicite de la situation nouvelle faite aux personnes qui soignent les aliénés, et du choix meilleur de ces personnes. Il n'y a pas bien longtemps encore, les aliénés étaient confiés à des hommes d'une condition sociale inférieure, ne jouissant d'aucune considération. Le soin des aliénés n'était pour eux qu'un moyen de lucre. Aujourd'hui les choses ont changé, grâce à l'affiliation de la médecine mentale aux autres branches de guérir. Ceux qui se livrent à la spécialité, sont presque tous des membres du corps médical; on admet partout que l'aliénation mentale est une maladie qui relève, comme une autre, de la thérapeutique ordinaire. Aussi, l'honorable président attache-t-il une grande importance au maintien de la bonne harmonie entre l'Association médico-psychologique et les diverses corporations médicales du pays.

L'élément irlandais de l'association a peu contribué, jusqu'à ce jour, au progrès de la science mentale. Mais les médecins ne sont pas coupables; l'organisation actuelle des asiles les met dans l'impossibilité de s'adonner à des travaux sérieux. Ils n'en ont pas le loisir. Sur 22 asiles de district, 12 seulement ont un médecin adjoint; dans tous les autres, le médecin-directeur a trop de besogne et de responsabilité pour pouvoir s'occuper de littérature médicale. Les asiles privés sont moins populeux que les asiles de district. Leurs médecins pourraient, à la rigueur, travailler pour la science, mais ils trouvent dans la position sociale de leurs malades un obstacle sérieux à la publication de leurs travaux.

Ce n'est pas seulement l'intérêt de la science qui réclame pour les asiles l'adjonction d'un second médecin spécialiste. Les malades aussi ont besoin de cette amélioration, car ils doivent recevoir des soins continus qu'un seul médecin est incapable de leur prodiguer. La nomination d'un médecin suppléant, dont les fonctions sont temporaires, est une mesure insuffisante, ce médecin n'ayant pas l'habitude des malades, et par conséquent l'aptitude voulue. Il est indispensable d'élargir le champ des études médicales et d'y joindre celle des sciences mentales. Une circulaire émanée de différents spécialistes insiste, avec raison, sur la lacune qui existe dans l'enseignement médical. L'étude de l'aliénation mentale ne saurait être facultative. La circulaire demande que les étudiants soient obligés de faire un stage de trois mois dans les asiles. C'est bien court

pour acquérir les connaissances nécessaires. L'orateur a plus de confiance dans la création de postes d'interne dans les établissements d'aliénés.

Il s'occupe ensuite de la législation des asiles, et se réjouit de la prochaine promulgation d'une loi nouvelle moins hostile que l'ancienne aux médecins et aux directeurs. Ils étaient traités, jusqu'à ce jour, avec une rigueur imméritée. L'ancienne loi était d'autant plus injuste qu'elle exposait à une pénalité sévère non-seulement les administrateurs des asiles, mais encore les médecins, pour la séquestration d'un malade n'ayant pas commis d'actes « qui permissent de le classer parmi les aliénés dangereux. » L'Angleterre a d'abord donné l'exemple de la justice, en révisant sa législation, et l'Irlande va adopter à son tour des mesures légales plus compatibles avec les intérêts et la dignité des membres de notre profession.

Le passage le plus intéressant de ce discours est celui où l'orateur s'occupe de la question de l'accroissement du nombre des aliénés.

Tout en reconnaissant la valeur des allégations des optimistes (accroissement de la population générale du pays, séquestration des malades inoffensifs, etc.), il croit pouvoir affirmer que cet accroissement est réel, et étudie les moyens de neutraliser les causes nombreuses qui produisent l'aliénation mentale.

Il établit tout d'abord que la seule intervention possible au médecin consiste à répandre dans le public des notions exactes sur la nature de la maladie, ses causes et sa prophylaxie. Il appartient aux gouvernements d'agir. Leur impuissance est souvent manifeste pour l'application de mesures sanitaires que réclame l'hygiène des populations; ils peuvent moins encore, quand il faut prévenir des maladies dont l'origine est dans l'esprit et les sentiments, qui sont pour la plupart le produit naturel des vicissitudes auxquelles chaque homme est plus ou moins exposé pendant la vie.

La loi sera toujours impuissante si elle n'a pas le concours de l'individu lui-même.

La prophylaxie la plus sûre des maladies mentales réside dans l'éducation intellectuelle et morale de la jeunesse. Bien conduite, l'éducation peut combattre seule les effets de la contamination héréditaire. Malheureusement, les familles se refusent trop souvent à reconnaître le danger et à en prévenir les conséquences.

Les changements considérables que ce siècle a vus s'opérer dans l'état de notre société, contribuent à expliquer aussi l'accroissement de l'aliénation mentale. La découverte de la vapeur et de ses applications a été le point de départ de progrès industriels immenses, et l'homme a connu dès lors une existence nouvelle. Mais, « remarque notre excellent confrère », l'âge d'or n'est pas encore revenu sur la terre, une ombre s'attache à chaque pas de cette civilisation brillante. Les hommes s'entassent dans de grandes cités, la vitalité s'affaiblit, les influences morbides exercent une action plus puissante, les affections du système nerveux sont celles dont le développement est le plus facile. La cause la plus directe de l'accroissement de la folie est l'augmentation de l'activité mentale qui a marqué le dix-neuvième siècle et qui a porté surtout sur les classes inférieures, autrefois ignorantes, paisibles et sans ambition. Chacun veut augmenter son avoir, et l'existence est une lutte dans laquelle les facultés subissent une tension permanente.

L'orateur incrimine avec énergie la substitution du travail des machines au travail manuel, la création d'usines gigantesques, où sont entassés une foule d'enfants de l'un et de l'autre sexe. Au lieu de travailler aux champs, comme autrefois, les enfants s'étiolent dans un établissement insalubre. La vie en commun des garçons et des filles tend à altérer leur nature émotionnelle et affective et à favoriser en eux le développement de passions précoces. En outre, ces enfants se détachent peu à peu de leurs familles, cessent de respecter leurs parents avec lesquels ils ont rompu toutes relations. De là une altération profonde des sentiments, qui prépare la voie aux troubles des intelligences.

Notre confrère constate ensuite le mal produit par les doctrines socialistes modernes, les compagnies coopératives qui ont fait tant de dupes, le déplacement des capitaux, l'enrichissement rapide d'individus qui ont trouvé dans les richesses acquises un instrument de démoralisation et de vice, et enfin la rémunération excessive de l'ouvrier qu'elle a rendu paresseux, intempérant et prodigue. Il fait un tableau saisissant des aspects moraux et mentaux de notre société, et termine en affirmant que de toutes les causes qui contribuent à l'accroissement de la folie, l'intempérance est la plus désastreuse; il demande l'action énergique du gouvernement pour obtenir la destruction de cette hydre redoutable.

Les moyens qu'il propose sont : la réduction du nombre des

débats de boissons alcooliques, la limitation du temps pendant lequel ils seront ouverts et leur fermeture le dimanche.

2° L'œuvre du Dr Skae, dont nous avons récemment terminé l'analyse, comprend deux éléments distincts : 1° les études cliniques, fruit de l'expérience d'un aliéniste distingué ; 2° l'essai de classification. Nous avons suivi avec un véritable intérêt les attachantes leçons du Morisonian collège, mais nous avons moins goûté la seconde partie de l'œuvre. Elle devait soulever une vive opposition dans un autre camp que celui des élèves du célèbre professeur. Voilà qu'aujourd'hui paraît un article critique du Dr Crichton Browne, qui ne se propose rien moins que de démolir la nosologie nouvelle.

On doit convenir que les objections présentées par le directeur du *West-Riding* asylum portent un rude coup à l'œuvre capitale du Dr Skae.

L'auteur défend d'abord la classification d'Esquirol contre les attaques dont elle est l'objet. On l'a surtout accusée de s'appuyer seulement sur les symptômes. Mais les symptômes sont la seule base possible d'une classification, tant que la lésion véritable qui produit l'affection mentale n'aura pas été mise en évidence. Or, il est douteux que la science arrive jamais à cette découverte. Après la mort, nous constatons des altérations de dégénérescence, et non la lésion primitive qui correspondait aux troubles psychiques.

La classification d'Esquirol a encore été l'objet, de la part de l'école du Dr Skae, d'autres accusations moins graves. L'auteur du mémoire en mentionne trois principales :

1° Les diverses formes ou prétendues formes de maladies mentales se fondent les unes dans les autres. Il est impossible, par exemple, de distinguer la manie chronique de la démence avec agitation.

2° Ces formes changent très-rapidement. Ainsi, un malade sera successivement maniaque, monomaniac et dément.

3° Elles participent tôt ou tard les unes des autres. Pour ne citer qu'un fait, toutes les vésanies incurables tendent vers la démence, et finissent par en présenter les signes.

M. Browne répond : que la nature procède toujours par degrés insensibles. L'été passe graduellement à l'hiver, le jour à la nuit. En histoire naturelle, les espèces voisines ont des caractères communs. En pathologie même, la pneumonie et la

bronchite ne se rapprochent-elles pas par des symptômes identiques? Cela n'empêche pas de les classer.

Toutes les maladies sont sujettes à changer, et les maladies nerveuses n'échappent pas à cette loi. D'ailleurs, les affections mentales à changement brusque sont rares. M. Skae a dû bien chercher pour découvrir la folie circulaire, et l'auteur remarque, avec une pointe de malice, que la nouvelle nosologie est impuissante à la classer, et qu'il a fallu pour cette espèce morbide faire usage de l'ancienne.

Enfin, la dernière objection de M. Skae s'adresse à la forme imparfaitement tranchée des espèces admises par Esquirol. Cette objection n'est pas plus sérieuse que les autres. M. Browne constate que la confusion des symptômes existe aussi dans la pathologie ordinaire, et il n'en veut pour preuve que l'incertitude et la variété des diagnostics que fait naître l'examen d'un malade par plusieurs médecins.

Après avoir réhabilité l'ancienne classification qui, nous l'espérons bien, n'est pas près de disparaître, l'auteur prend à partie la nouvelle.

La nosologie du Dr Skae a le grave tort de ne pas s'appuyer sur un principe unique. Elle est à la fois naturelle, pathologique et étiologique. Elle serait étrange si, comme le veut le Dr Clouston, elle classait les maladies mentales par leurs symptômes physiques à l'exclusion des troubles mentaux.

On concevrait aussi difficilement une classification zoologique qui exclurait tout ce qui a rapport à l'animal. Heureusement, M. Skae n'a jamais eu pareille pensée; il ne renonce pas aux vieux mots; les expressions de « manie, monomanie, etc. », lui sont indispensables dans sa pratique.

Cependant, la méthode du Dr Skae repose surtout sur l'étiologie. Est-elle vraiment pratique? Notre confrère n'hésite pas à répondre négativement, et il justifie son assertion par les difficultés qu'on trouve dans la recherche des causes. Dans un grand nombre de cas, l'étiologie est si complexe qu'il est impossible de mettre en évidence l'origine vraie de la maladie, et, par suite, sa nature. En outre, le médecin est fort mal secondé dans son enquête par les familles des malades, dont l'histoire est presque toujours impossible à connaître. En supposant que le médecin puisse arriver à ce résultat, il n'en trouve pas moins pour appliquer le système du Dr Skae, des embarras très-sérieux, la maladie qu'il observe étant toujours imputable à plusieurs causes diverses.

M. Browne estime que l'emploi de la nouvelle classification est impossible pour la moitié des malades; elle a encore l'inconvénient grave de rassembler dans un même groupe des types morbides entièrement disparates. Exemple : cinq hommes reçoivent un coup. Le premier devient maniaque, le deuxième a des accès récurrents de mélancolie, le troisième contracte une paralysie générale, le quatrième aura une démence sénile, le cinquième une démence épileptique. Pour le Dr Skae, ils seraient tous atteints de folie traumatique.

Le système étiologique auquel on peut reprocher aussi de causer l'abandon des études cliniques doit donc être rejeté comme base d'une classification. Mais le système proposé n'est pas seulement étiologique. Qu'est-il donc? Il est impossible de le dire. Telles espèces morbides sont prises dans la nosologie ordinaire; d'autres, comme la nymphomanie, la folie hypochondriaque, s'appuient sur les symptômes mentaux; d'autres enfin, la folie anémique, pellagreuse, empruntent leur nom à des troubles physiques, etc.

Cette classification n'est même pas complète. Elle ne l'est pas au point de vue étiologique. Pour ne parler que des folies toxiques, leur énumération manque, et l'on n'y voit pas figurer la folie saturnine, hydrargyrique, etc., suivant le poison qui a donné naissance à la maladie.

Enfin cette même classification manque de divisions qui facilitent l'étude en indiquant les classes, les familles, les genres, les tribus, les groupes et les espèces. Les trente-deux espèces morbides du Dr Skae sont indiquées sans ordre, contrairement à ce qu'on observe dans toute classification scientifique.

M. Crichton-Browne ajoute à cette critique, qui ne manque pas d'une certaine vivacité, trois objections de détail que nous nous bornons à mentionner.

La première a trait à l'espèce « folie idiopathique » que le Dr Maudsley et bien d'autres ont accusée de n'être qu'un lieu de refuge commode pour les affections mentales non classées; la deuxième se rapporte aux folies climatérique et héréditaire dont la cause est bien vague, les troubles psychiques dépendant d'une période de plusieurs années. Réunir en une seule forme pathologique les affections mentales de l'âge critique est aussi illogique que d'appeler maladies *dentitionnelles* les différentes affections dont la dentition paraît être la source. Enfin, dans quelques cas, ce qui est une conséquence de la maladie mentale est considéré comme sa cause et sert à

désigner l'espèce nosologique (folie de l'aménorrhée, des phthisiques); quelquefois même il n'y a aucune relation démontrée entre la maladie et sa prétendue cause. L'allaitement, par exemple, ne produit pas directement la folie. C'est l'anémie, avec les désordres fonctionnels qu'elle occasionne, qui est le véritable générateur de l'affection mentale.

3° La cérébration inconsciente peut-elle être démontrée. Tel est le titre d'un article fort savant dans lequel M. William Ireland combat les idées du professeur Carpenter. M. Ireland conteste l'action automatique sur laquelle le célèbre physiologiste fait reposer sa théorie, et soutient que la conscience assiste à tous nos actes. Les actes intelligents considérés comme de nature réflexe, comme la marche, ne peuvent pas se passer entièrement de l'intervention de la conscience. Un homme absorbé ne se dirige plus. Dans l'absence d'esprit l'attention est concentrée sur un objet. Le degré de concentration détermine le degré de complication des actes physiques qui pourront s'accomplir. Socrate, plongé dans ses méditations devant la ville de Potidée, demeure immobile un jour et une nuit à la même place.

Les partisans de la cérébration inconsciente invoquent, comme principal argument, que l'esprit ne peut porter son attention que sur un sujet unique. Cette observation est inexacte, et le Dr Ireland démontre, d'après des auteurs très-recommandables, tel que sir William Hamilton, que l'esprit est capable d'embrasser six sujets à la fois.

Certaines conditions facilitent le fonctionnement intellectuel multiple. Il est plus aisé de mener de front une opération physique et une opération mentale que deux opérations mentales. Une opération physique est d'autant plus facile qu'on en a contracté l'habitude; mais il ne s'ensuit pas que si elle s'accomplit aisément, elle ne nécessite aucune attention.

Lorsqu'un certain nombre d'actes sont exécutés rapidement, ils n'échappent pas à la conscience, mais le résultat de leur succession rapide est de les faire oublier. La conscience n'a pas manqué à leur accomplissement, mais la mémoire n'a pas gardé le souvenir de l'effort déployé pour les produire.

Les opérations mentales qui aboutissent à des actes sont plus facilement oubliées que celles qui aboutissent à des paroles. On a même affirmé que la parole était nécessaire au fonctionnement intellectuel normal. Un fait certain, c'est que

le langage ajoute singulièrement à la clarté de nos conceptions.

L'auteur étudie ensuite dans ses détails la théorie de la pensée latente de sir Hamilton. Ce philosophe a tiré un argument sérieux, pour la mettre en évidence, de la violation apparente des lois de l'association. Une idée en suggère une autre, la seconde une troisième. Or il arrive quelquefois que la première idée suggère directement la troisième sans passer par la seconde. Notre confrère fait remarquer que l'oblitération d'une idée intermédiaire dans une association est très-fréquente. Les lois de cette association sont peu connues et présentent des anomalies nombreuses. On peut expliquer celle qui vient d'être signalée en admettant que l'idée intermédiaire a été momentanément présente à l'esprit, puis oubliée aussitôt. Un grand nombre de faits d'ordre mental et physique dont nous avons été un jour conscients, ont complètement disparu de notre esprit. Ce sont ces faits qui donnent sa véritable force à la cérébration inconsciente.

La mémoire est donc séparable de la conscience. C'est la pensée capitale du travail que nous avons sous les yeux. L'auteur insiste avec raison sur cette vérité importante qu'il démontre encore par le somnambulisme. Sir Hamilton affirme lui-même que l'état somnambulique a pour caractéristique la conscience sans la mémoire. A propos du somnambulisme pathologique, M. Ireland mentionne l'observation du blessé du Dr Mesnet, d'après le *Chicago Journal*. Tout le monde connaît ce cas curieux qui a fort occupé le monde savant. Cet homme était conscient ; le sens du toucher à l'exclusion des autres, conservait toute sa délicatesse, « la sensation cutanée est une phase de la conscience. »

L'état somnambulique est intéressant à considérer parce qu'il donne lieu au singulier phénomène dit de la double conscience. Lorsqu'un homme se réveille du sommeil somnambulique, il a perdu le souvenir de ce qu'il a pensé pendant ce sommeil.

Deux séries d'idées peuvent à l'état normal naître dans notre esprit. Nous sommes conscients de l'une et paraissions inconscients de l'autre. Un homme fait un poème ; il y travaille le jour, le continue la nuit pendant son sommeil et le trouve terminé en se réveillant. Est-ce à dire que ce travail se soit accompli en dehors de la conscience ? Non, répond M. Ireland, mais la conscience s'est manifestée sous ses

deux formes. Il n'est pas besoin d'admettre avec le Dr Carpenter, pour expliquer le travail du sommeil, des modifications inconnues de la substance cérébrale.

L'inspiration n'existe pas dans son acception rigoureuse. Il est vrai que certaines idées que nous avons recherchées en vain nous viennent tout à coup sans effort. Le cerveau était fatigué, sa nutrition s'est modifiée, et il a recouvré son fonctionnement. Un mathématicien trouve en se réveillant la solution d'un problème qu'il cherchait avant de s'endormir. Son cerveau s'est réparé pendant qu'il dormait. D'ailleurs la solution du problème ne lui est venue qu'en examinant le problème à nouveau, jamais spontanément, c'est-à-dire par inspiration.

On a cru voir la cérébration inconsciente dans ce fait qu'un comptable peut additionner d'un coup d'œil une colonne de chiffres. La conscience a été présente à l'opération. Chaque chiffre a passé rapidement sous les yeux du calculateur et lui a donné une impression suffisante pour que l'addition ait été possible. S'il en était autrement, le total ne serait pas obtenu.

Tels sont les faits principaux sur lesquels Carpenter et ses disciples appuient la doctrine de la cérébration inconsciente. M. Ireland repousse cette doctrine comme étant en contradiction avec la physiologie, comme un écho de la métaphysique ancienne.

L'activité mentale qui est la caractéristique de notre siècle, n'est pas sans danger pour la santé des populations. C'est une vérité qui préoccupe actuellement un grand nombre de philosophes. Ils constatent que le changement apporté dans l'existence des individus par les grandes découvertes de notre époque, la vulgarisation des sciences et les progrès de l'industrie est l'origine pour eux d'une augmentation de travail intellectuel et moral, d'un affaiblissement de la santé physique qui compromet l'avenir de la race. En attendant que les gouvernements cherchent à prévenir dans la mesure du possible les effets désastreux de la suractivité mentale, il n'est pas sans intérêt d'étudier chez l'homme les signes qui la distinguent. C'est ce qu'a fait M. Mac Cabe, dans un remarquable travail qu'il a lu à l'Association médico-psychologique dans la séance du 44 août 1875.

La suractivité mentale (mental strain) se reconnaît à des ca-

ractères bien évidents pour les différentes classes. Le mal n'est pas sans remède lorsqu'on s'en aperçoit de bonne heure. Mais si l'intervention n'est pas prompte, et si le malade persiste à ne pas changer de genre de vie, il ne tarde pas à avoir ses facultés gravement atteintes. Ce nouvel état mental, dont il importe de conjurer l'avènement, a été désigné par un mot spécial « *overwork* ». Nous le traduirons à peu près par le mot *exténuation*.

Les troubles déterminés par la suractivité mentale sont étudiés successivement chez les jeunes gens, les fonctionnaires, les personnes qui exercent une profession libérale, les commerçants et les littérateurs..

L'éducation de la jeunesse a déjà été critiquée bien des fois par des plumes autorisées. Nous n'avons pas à y insister, et nous signalerons seulement, d'après M. Mac Cabe, les symptômes indiquant la suractivité. Ce sont : la congestion cérébrale chronique, indiquée par la coloration des joues et la céphalalgie vespérale, la dilatation des pupilles avec tendance à la myopie, le tintement d'oreilles augmentant la nuit, et dans la position inclinée, la congestion hémorroïdale avec irritation sympathique des organes génitaux. Dans les moments d'étude forcée et de grave anxiété, il y a aussi une tendance spéciale à la diaphorèse axillaire. Le sommeil est troublé par des rêves désagréables. Le jeune homme parle en rêvant ; au lieu de voir en songe des tableaux riants qui le reposent, son esprit continue à s'appliquer aux études qu'il a laissées pendant la veille. Le dernier symptôme, celui dont on doit s'alarmer, parce qu'il marque la séparation entre la suractivité mentale et l'exténuation, est l'insomnie.

Les fonctionnaires d'un rang inférieur ne sont pas exposés à la suractivité mentale ; mais elle fait de nombreuses victimes parmi les hauts fonctionnaires qui souffrent en même temps d'un travail mental excessif et de l'anxiété morale qu'entraîne une grande responsabilité. On la reconnaît aux symptômes suivants : le caractère devient irritable, le malade se laisse affecter par des riens. La moindre vexation prend possession de son moral et augmente encore son irritabilité. Il est conscient du changement opéré en lui et du besoin de se reposer pour un temps. Ici aussi la ligne de démarcation est l'insomnie.

La profession libérale qui est la plus exposée aux dangers de la surexcitation mentale est celle du barreau. Il ne peut être question, bien entendu, que des avocats jouissant d'une cer-

taine célébrité, chez lesquels les dossiers abondent, auxquels leurs occupations ne laissent aucune trêve. Tout leur temps se passe dans leur cabinet ou dans l'atmosphère viciée d'une salle de tribunal. La nécessité de connaître rapidement un dossier, d'improviser une réponse, de trouver une période, les oblige à faire des efforts d'intelligence répétés, efforts d'autant plus pénibles que la maladie les paralyse parfois, et que le soin de la réputation ne leur permet pas de s'arrêter. Mais un jour ils s'aperçoivent qu'ils improvisent plus difficilement. Ils ressentent une fatigue cérébrale qui les arrête, ils trouvent enfin qu'ils sont au-dessous de leur tâche. A cette défaillance intellectuelle et morale, s'ajoutent des vertiges et un état mental caractérisé par la dépression, des craintes inexplicables et des tendances suicides. Enfin, arrive l'insomnie pathognomonique de l'exténuation.

L'anxiété morale causée par la crainte de ne pas faire honneur à ses affaires, le *res angusta domi* uni à un travail intellectuel soutenu, déterminent chez certaines professions libérales, notamment chez les médecins, les symptômes de la suractivité mentale. Par contre, les instituteurs y sont peu sujets.

Le commerçant chez lequel elle se manifeste, présente des symptômes bien tranchés. C'est d'abord l'indécision de caractère. Le négociant a perdu sa hardiesse de spéculateur. La moindre opération le rend perplexe et il demande conseil à tous ses amis qui ne reconnaissent plus en lui l'homme d'autrefois. Ses inquiétudes augmentent, la crainte d'une banqueroute le harcèle, et il devient impressionnable à l'excès. Il est, en un mot, dans cet état de susceptibilité émotive qui suit les attaques de paralysie.

Enfin, l'auteur affirme que la profession qui fournit le plus de cas de suractivité mentale est celle de journaliste. Le premier signe qui l'indique est une difficulté croissante à fixer l'attention. Plus tard, quelques-uns présentent un état pathologique qui ressemble à la paralysie des écrivains : un affaiblissement des muscles de l'éminence thénar et de l'index. Puis apparaît, lié à la congestion rétinienne, un nouveau symptôme. Le malade qui travaille la nuit voit sur le papier l'image spectrale cramoisie des lettres qu'il trace. Enfin, la santé s'affaiblit et le diabète se montre fréquemment.

Trois observations de manie d'une durée très-courte et suivie de guérison sont publiées par le Dr Campbell. Elles n'ont rien

de bien remarquable, mais fournissent à ce médecin l'occasion de faire quelques réflexions utiles sur la sortie prématurée des aliénés guéris. Il se demande : 1^o combien de temps un aliéné guéri doit être gardé en observation dans l'asile ; 2^o quels sont les risques d'une rechute, et à quelle époque peut-elle être prévue ; 3^o quelle est l'influence exercée sur un malade par le retour à son domicile.

Le temps pendant lequel un malade doit être gardé en observation varie selon l'histoire et la nature de la maladie. M. Campbell pense qu'on peut le réduire aux plus courtes limites pour les formes mentales suivantes : la folie puerpérale, la folie alcoolique, le trouble mental que compliquent l'allaitement et l'inanition, la manie hystérique, la manie récurrente dont la marche est bien connue.

Les conditions dans lesquelles le malade se trouvera chez lui, le caractère de ses parents, la facilité plus ou moins grande qu'il aura à gagner sa vie, doivent être pris en considération par le médecin qui ordonne une mise en liberté.

Les affections mentales pour lesquelles l'observation doit être prolongée sont celles où domine la forme mélancolique marquée par des actes impulsifs, les affections maniaques à forme récurrente dont les accès sont fréquents et irréguliers dans leur explosion. Cette seconde catégorie de malades est souvent pour le médecin, assiégé par les sollicitations des familles et des malades eux-mêmes, un sujet d'embarras extrême.

M. Campbell n'est pas partisan du système qui consiste à éprouver l'état mental d'un malade en le laissant libre dans l'asile ou même *extra muros* ; il estime qu'il est préférable de le soumettre à un travail régulier.

En revanche, il préconise les sorties à titre d'essai. Elles rendent facile le retour du malade à l'asile s'il ne peut rester chez lui, et ont l'avantage de lui permettre au dehors l'exercice de son contrôle intime. Il sait qu'il ne jouit de la liberté qu'à titre d'épreuve, et cette pensée le rend plus traitable avec son entourage. Le plus grand inconvénient des sorties à titre d'essai est d'augmenter les préoccupations du médecin de l'asile.

L'asile de Constantinople a reçu la visite du Dr Davidson, directeur de l'asile de Cheshire, qui publie à son retour une note détaillée et pleine d'intérêt.

L'asile des aliénés de Constantinople est situé sur le côté

asiatique du Bosphore. C'est un bâtiment quadrangulaire à deux étages, donnant sur une cour au centre de laquelle est une fontaine affectée aux ablutions fréquentes des malades musulmans. Au rez-de-chaussée sont les salles de jour et les cellules. Toutes ces pièces ouvrent sur une galerie d'arcades qui fait le tour du bâtiment. Au premier étage sont les dortoirs ouvrant sur un corridor. Les fenêtres sont protégées par un treillis métallique.

Le personnel de l'asile se compose du médecin en chef, de deux médecins adjoints, un aide chirurgien, un économiste, un inspecteur, un iman, un secrétaire et un dépensier. Le domestique comprend un cuisinier, une lessiveuse, et trente-deux gardiens, dont huit femmes, placés sous la direction de l'inspecteur.

L'asile contient trois cents malades hommes et seulement soixante-quatorze femmes. Le petit nombre des femmes s'explique par les scrupules religieux qui détournent les Turcs de placer leurs femmes dans une maison d'aliénés.

Il n'existe pas en Turquie de loi spéciale qui régit les admissions. Elles n'exigent que quelques formalités fort courtes. Les Turcs ne séquestrent que les aliénés dangereux, et pensent que la médecine n'est pas compétente pour traiter l'aliénation mentale.

Aussitôt qu'un malade est entré à l'asile, il est conduit au bain, où on lui donne les vêtements de la maison. Le costume se compose, l'été, d'une coiffure en feutre blanc, d'un vêtement de toile blanche, couvert d'une robe de couleur bigarrée, serrée à la taille par une ceinture de laine. L'hiver, le vêtement est d'étoffe plus lourde et la robe est doublée d'ouate. De plus la chaussure ordinaire est augmentée de chaussons de laine.

Le traitement des malades ne diffère pas sensiblement de celui des aliénés d'Europe.

Il faut noter seulement l'emploi systématique de la douche pour les entrants, dans le but de les mettre en garde contre les infractions futures à la discipline, et l'usage de la ceinture de force pour les masturbateurs et quelques mélancoliques. L'asile est construit dans un terrain limité, et le manque d'espace s'oppose à ce que les malades puissent être occupés fructueusement.

Presque tous se livrent aux douceurs du narghilé et du *far niente*, à la mode orientale.

On admet généralement que le nombre des aliénés augmente dans l'empire ottoman. Les causes de cet accroissement seraient

les abus vénériens et alcooliques, l'opium et surtout la syphilis et la tuberculose. L'exaltation religieuse est aussi quelquefois une cause d'aliénation mentale, principalement chez les derviches danseurs et hurleurs.

La paralysie générale se complique parfois de troubles graves des centres nerveux, tels que l'amaurose, la paralysie glosso-pharyngienne, l'épilepsie, etc. On est porté à considérer ces troubles comme une affection indépendante tandis qu'ils sont simplement des symptômes de la paralysie progressive. M. Clouston publie dans les *notes et cas cliniques* trois observations résumées pour démontrer ce fait intéressant.

La première est celle d'un paralysé qui a été deux fois aphasique, la première fois au début de la maladie, alors que les troubles moteurs étaient encore peu marqués, et que le malade n'avait encore eu aucune congestion. L'aphasie était survenue pour la deuxième fois quinze jours après que le malade eut recouvré la parole. Cette deuxième attaque fut courte et suivie d'un accès d'agitation avec loquacité extraordinaire; le malade fut plus tard hémiplégique.

La deuxième observation est un cas d'aphasie survenue chez un homme atteint de paralysie générale après une attaque épileptiforme. Elle disparut rapidement.

Le troisième malade, ayant eu une attaque congestive compliquée de convulsions et de paralysie de courte durée, fut ensuite affecté de chorée unilatérale. La maladie occupait le côté gauche et avait atteint surtout les muscles de la face et en particulier les muscles innervés par la 3^e, 6^e, 7^e, 8^e et 9^e paires nerveuses. M. Clouston croit que cette affection chronique, qu'il ne faut pas confondre avec le tremblement paralytique, avait son siège dans un point spécial des circonvolutions présidant aux mouvements de la face.

Le même médecin signale un fait curieux d'élévation considérable de la température chez un homme atteint de paralysie générale, pendant une attaque congestive avec convulsions; la température s'éleva graduellement de 38°,3 à 40°,9. Cet homme mourut dans le coma; à l'autopsie on trouva, outre les lésions ordinaires de la paralysie générale, des caillots apoplectiques occupant l'hémisphère droit. Ils étaient de dimensions variables depuis une tête d'épingle jusqu'au volume d'un œuf.

Dans le corps strié droit, faisant saillie dans les ventricules, était un petit gliome ressemblant à une perle.

Mentionnons encore une observation intéressante de manie transitoire ayant succédé à un érysipèle de la face.

M. Clouston rapporte enfin deux observations d'épilepsie avec lésions des circonvolutions. Elles méritent qu'on les reproduise avec quelques détails.

Le premier malade présente d'abord cette particularité que, atteint d'un cancer du pénis, il subit l'amputation de cet organe. L'opération n'eut aucune action sur la marche de l'épilepsie. Il mourut de marasme, l'altération cancéreuse s'étant étendue aux ganglions de l'aîne gauche.

A l'autopsie du cerveau, on trouve la table interne du crâne érodée et raboteuse, sur un espace circulaire de trois pouces de circonférence en dedans et au-dessus de l'oreille interne. En cet endroit la dure-mère avait des prolongements osseux et présentait un épaississement d'un quart de pouce. Sectionnée en ce point, on vit qu'elle se divisait en trois feuillets. Entre le feuillet extérieur et le feuillet moyen était un espace contenant un liquide clair. Du côté des circonvolutions, la dure-mère était rude au toucher. Elle présentait par places des tâches couleur de rouille, reste probable d'une extravasation sanguine ancienne.

Le deuxième épileptique avait des attaques depuis douze ans quand il est mort. Il succomba à une série d'accès convulsifs. L'examen nécropsique fit découvrir, au niveau de la portion écaillée du temporal, une excroissance irrégulière de l'os, dirigée en haut et adhérente aux méninges et au cerveau lui-même. L'adhérence était établie par du tissu fibreux très-dense formé tout autour dans une étendue de trois quarts de pouce.

La dure-mère adhérente au crâne était très-épaissie, principalement au point d'attache de la faux du cerveau et sous le pavillon gauche au centre de cet épaississement; était une production osseuse logée dans l'arachnoïde, d'un diamètre d'un quart de pouce environ; au-dessus d'elle était un énorme caillot de sang de trois quarts de pouce d'étendue.

L'article *Revue* contient une analyse détaillée de l'ouvrage de notre savant compatriote M. le D^r Despine : *De la folie au point de vue philosophique ou plus spécialement psychologique étudiée chez le malade et chez l'homme en santé* ».

On y mentionne également la publication d'un volume qui a

pour titre : *Limite de la folie* et autres articles connexes par M. André Winter. C'est un recueil de mémoires qui ont déjà paru dans la *Revue trimestrielle* et la *Revue d'Édimbourg*.

Dans sa séance du 11 août, la Société médico-psychologique s'est occupée surtout du renouvellement du bureau et des intérêts de l'association.

Les sujets ont abondé pour la discussion. On a insisté surtout sur l'enseignement de l'aliénation mentale et la position des directeurs-médecins dans les asiles d'Irlande.

Les notes et nouvelles donnent aussi, sous la signature du Dr Hack-Tuke, des renseignements pleins d'intérêt sur les écoles de l'asile de district de Richemond. M. Hack-Tuke se montre très-partisan du traitement pédagogique qui a donné à Dublin des résultats très-remarquables.

Mention du superbe monument en granit élevé dans le grand cimetière d'Édimbourg, à la mémoire du Dr Skace par ses anciens élèves reconnaissants.

JOURNAUX ALLEMANDS.

Correspondenz-Blatt, 1875.

I. De la transfusion du sang chez les aliénés, par le Dr Erlenmeyer.

L'auteur passe en revue toutes les observations de transfusion du sang chez les aliénés. Il en tire les conclusions suivantes :

1° Cette opération n'est pas plus difficile à exécuter sur des aliénés que sur des individus atteints de maladies quelconques.

2° Lors même que, parmi les opérés de ce genre, on trouve plusieurs aliénés ayant de la tendance au suicide, il n'en est rien résulté de fâcheux ; ces malades n'ont jamais fait de tentative pour enrayer la cicatrisation de la plaie des vaisseaux ou pour essayer de la rouvrir.

3° On n'a que très-exceptionnellement obtenu par ce procédé la guérison complète d'une affection mentale, mais des symptômes graves ont été souvent améliorés, et quelquefois même ont disparu. Pendant l'opération, ou peu après, on a constaté un certain degré d'amélioration de l'état mental (intervalle lucide). Ce fait peut avoir de l'importance dans des cas de simulation ou dans certains cas juridiques.

II. *De la constance des symptômes dans l'épilepsie*, par le
Dr Erlenmeyer.

Il existe peu de maladies dans lesquelles la régularité de la succession des symptômes, dès le début de la maladie, soit aussi constante que dans l'épilepsie, soit au point de vue physique, soit au point de vue mental. Cela s'entend, cela va sans dire, seulement pour les symptômes que présente un seul et même individu épileptique, car, au point de vue général, il y a autant de variétés dans les symptômes que présentent divers individus, qu'il y en a dans d'autres maladies.

C'est ainsi que chez le même individu, la période prodromique de l'attaque sera toujours identique; que l'attaque soit complète ou incomplète, l'accès partira toujours du même point; si l'attaque est annoncée par des sensations particulières, ces mêmes sensations se reproduiront avant chaque attaque; par exemple, un épileptique qui croit sentir l'odeur des amandes amères avant l'accès, sentira chaque fois cette même odeur, ou bien il entendra toujours le même bruit, il ressentira les mêmes fourmillements, etc.

L'accès lui-même commence toujours de la même manière, les mêmes phénomènes se reproduisent dans le même ordre, les blessures de la langue se retrouvent toujours à la même place, le malade se réveille toujours de la même façon, répète les mêmes mots, etc. (1).

Les épileptiques chez lesquels on a constaté de l'albumine dans l'urine après l'accès, présentent ce symptôme après chaque nouvelle attaque. On retrouvera également toujours dans l'urine des cristaux d'acide urique; il y aura chaque fois des émissions de sperme, lorsqu'on les aura constatées dans les accès antérieurs.

Au point de vue psychique, les divers symptômes présentés par les malades (irritabilité, perte de mémoire, stupeur, etc.), se montrent avec une régularité non moins constante.

Même en dehors des périodes d'accès, les épileptiques ont une manière d'agir et de parler qui est toujours la même. On retrouve les mêmes expressions stéréotypées chez les mêmes malades.

(1) Nous avons observé à Cery un malade épileptique qui, avant chaque période d'agitation, commençait par avaler ses bagues ou d'autres petits objets (Dr Ch.).

Les épileptiques présentent des phénomènes analogues lorsqu'ils commettent des crimes. L'épileptique, qui une fois a eu l'idée de mettre le feu quelque part, aura toujours cette même tendance; un autre commettra toujours des délits se rattachant à la sphère sexuelle, etc. Même après un intervalle de plusieurs années, on les voit commettre les mêmes crimes dans des circonstances presque identiques.

L'auteur termine par la réflexion suivante que si, d'une part, ces faits ont permis de déclarer irresponsables certains criminels, d'autre part, on peut se demander si certains grands hommes d'État, qui se sont distingués par une énergie rare et une constance remarquable dans l'accomplissement des actes les plus frappants de leur vie, n'ont pas agi sous l'influence d'un certain état épileptoïde!!

Virchow's Archiv.

I. De l'effet hypnotique du lactate de soude, par le Dr Lothar Meyer.

Suivant l'idée émise par le professeur Preyer de provoquer le sommeil par le moyen de substances produisant la fatigue (Ermüdungsstoff), le Dr Lothar Meyer a essayé d'employer le lactate de soude dans le même but. Il l'employa d'abord en injections hypodermiques. Il a injecté à une vingtaine de malades (aliénées incurables) ce médicament en solution concentrée. Il injecta 0.6 grammes à une, trois fois par jour. Les résultats obtenus ont été négatifs. L'injection sous-cutanée provoquait une irritation locale douloureuse.

Après cet insuccès, l'auteur a essayé d'administrer ce médicament à l'intérieur à la dose de 40 à 15 grammes, donnés environ deux heures après le repas du soir. L'effet fut un peu meilleur. Il augmenta progressivement les doses jusqu'à 30 et même 60 grammes.

En résumé, les résultats obtenus ont été les suivants :

1° Le lactate de soude a agi comme calmant sur le système nerveux dans un certain nombre de cas; dans d'autres, il a exercé une influence fâcheuse sur les organes digestifs.

2° Ce médicament ne peut pas remplacer la morphine; peut-être peut-il en restreindre l'emploi dans quelques cas exceptionnels. (La plupart des autres auteurs qui ont fait des essais avec le lactate de soude et l'acide lactique, au point de vue de

leur action hypnotique, n'ont pas obtenu de résultats satisfaisants. — Réf.)

D^r CHALLAND.

Archiv für Psychiatrie.

Vol. VI. 1875-1876.

40 *Altérations anévrysmatiques de la carotide interne chez les aliénés*, par le D^r L. Meyer.

Ce sont principalement les altérations des vaisseaux intracrâniens qui ont attiré jusqu'ici l'attention des médecins aliénistes. M. le professeur Meyer est allé plus loin en étudiant l'état de la carotide interne chez les aliénés. Si les petits vaisseaux intracrâniens, c'est-à-dire les branches de la carotide interne sont atteintes et modifiées pendant longtemps d'une manière intense, on peut présumer qu'un tel état pathologique ne tardera pas à exercer une certaine action sur leur tronc d'origine. L'auteur rapporte 31 observations où il a trouvé des altérations considérables de la carotide interne. Dans tous ces cas il constate des lésions remarquables par la constance de leur siège et de leur délimitation locale. L'altération commence à l'origine de la carotide interne et finit 8 à 40 millimètres plus haut. La lésion de la paroi artérielle descend quelquefois un peu plus bas jusque dans la carotide primitive, mais, au-dessus de la limite indiquée, l'artère est toujours normale. On constate dans les parties malades, les degrés les plus différents de l'endartérite chronique. A côté de quelques zones sclérosées on trouve des amincissements circonscrits de la paroi artérielle. C'est surtout au niveau de la limite inférieure du foyer morbide et sur la face opposée à la carotide externe qu'on constate ces parties amincies. Outre ces dilatations partielles, on voit souvent la région atteinte de la carotide dilatée dans toute son étendue. Dans huit cas, il a vu de véritables anévrysmes. Après avoir passé en revue et réfuté les causes qu'on pourrait invoquer comme pouvant amener la production de cet état pathologique (âge, alcoolisme, sclérose artérielle généralisée, affections du cœur), l'auteur n'admet qu'une cause purement mécanique. La dilatation de l'artère à son origine, l'amincissement partiel de la paroi s'expliquent par l'augmentation de la pression latérale, et pour l'endartérite chronique on peut de même, dans beaucoup de cas, mettre en avant des causes mécaniques. — Les modifications de la carotide interne à son origine, surtout les dilatations anévrys-

males peuvent être envisagées comme une sorte de mesure manométrique des troubles circulatoires subis durant la vie (congestions répétées). Quelques essais faits pour constater sur le vivant ces altérations, surtout les anévrysmes de la carotide interne, n'ont pas abouti jusqu'ici à des résultats suffisants.

2° *Relation d'un cas spécial se rapportant à l'étude des fibres cérébrales*, par le Dr A. Frey.

Un homme, offrant des symptômes d'une parésie d'origine cérébrale bien localisée, succombe bientôt, après l'apparition de cette affection, à une maladie intercurrente. A l'autopsie on trouve comme seule lésion cérébrale un foyer nettement circonscrit au milieu de la substance blanche de l'un des hémisphères. Des cas semblables peuvent être considérés comme équivalents aux expériences faites sur les animaux et ont une certaine importance pour l'étude encore peu avancée des fibres cérébrales. Voici le cas :

Joseph H., âgé de 42 ans, tonnelier, entre à l'hôpital le 8 janvier. Quatre semaines auparavant, le malade en voulant se coucher, ressent une vive céphalalgie frontale. Il a beaucoup de peine à s'endormir. Le lendemain, les maux de tête ont disparu et le malade constate que son bras gauche est devenu plus faible pendant la nuit. Cette faiblesse disparaît quelques jours après et le malade se porte bien jusqu'au 8 janvier, où il est atteint subitement de maux de tête dans la région frontale droite. Bientôt après il est pris d'un léger vertige, sans perte de connaissance. Dès ce moment, faiblesse énorme du bras gauche, qui l'oblige à se faire soigner à l'hôpital de l'Université. A son entrée, on ne constate rien d'anormal dans l'innervation de la face, seulement la commissure labiale gauche est un peu plus basse que la droite et la parole légèrement gênée. Le bras droit et les deux jambes n'offrent point de troubles; le bras gauche présente une parésie dans toute son étendue. Le malade ne peut remuer cette extrémité qu'avec beaucoup de peine. L'examen fait avec le dynamomètre de Duchenne indique 47 du côté gauche et 37 du côté droit. Pas de différence du côté de la sensibilité et entre la température des deux bras.

19 janvier. — Amélioration sensible de tous les symptômes.

22 janvier. — Le malade, dont la parésie du bras gauche a presque complètement disparu, est atteint d'un érysipèle de la face auquel il succombe deux jours après. Durant cette dernière

maladie, malgré une forte fièvre, on ne constate pas de symptômes cérébraux.

Autopsie. Une coupe horizontale faite dans la région de la face inférieure du corps calleux à travers les hémisphères nous montre, dans la substance blanche de l'hémisphère droit, un foyer de ramollissement long de 42 millimètres, large de 8 millimètres et profond de 3 à 4 millimètres. A la coupe horizontale, le foyer se trouve complètement dans la substance blanche du lobe frontal et n'atteint nulle part ni la substance grise de l'écorce ni celle des ganglions centraux. Une coupe frontale, pratiquée au niveau du point où la branche transversale de l'artère sylvienne se divise en rameau horizontal et en rameau vertical, fait voir d'une manière très-nette dans quel rapport le foyer se trouve avec la substance grise des ganglions centraux.

Au microscope on constate que ce foyer a l'aspect ordinaire d'un ramollissement rouge. — Le reste de l'autopsie n'offre rien de particulier. — L'auteur conclut qu'à l'endroit de ce foyer doivent se trouver des fibres innervant tout le bras gauche, l'angle gauche de la bouche et peut-être la langue.

3° *Du traitement de l'insomnie chez les aliénés agités (hommes),* par le Dr Wittich.

Au nombre des remèdes hypnotiques connus et employés jusqu'ici, le Dr Wittich en ajoute encore deux qui lui ont rendu de bons services. Ce sont le bromure de potassium d'une part et la bière de l'autre. Pour combattre l'insomnie des hommes agités, il recommande le bromure de potassium à dose relativement élevée. Il donne, en moyenne, 6 à 9 grammes par jour ; 5 à 6 grammes le soir ou 3 trois fois par jour 3 grammes. Parmi les malades traités avec succès il en cite plusieurs chez lesquels la morphine et le chloral étaient restés sans effet. Le bromure de potassium doit être employé dans les cas où l'on a affaire à une grande agitation motrice avec accélération du pouls et des mouvements du cœur (hyperémie cérébrale?). Après le bromure de potassium c'est la bière que M. Wittich prescrit comme agent somnifère. Il ordonne 4 à 2 litres de bière (contenant 4 0/10 d'alcool environ) que les malades prennent pendant l'espace d'une heure et demie. Le sommeil survient bientôt et dure de 6 à 10 heures. On n'a pas à craindre de conséquences fâcheuses. Une seule fois M. Wittich a vu se produire le début d'un état d'ivresse nécessitant la suppression de ce traitement. L'auteur, en redoutant la possibilité

d'une excitation, exclut de cette médication les cas de manie aiguë, par contre les paralytiques agités à une période de démence avancée ont été traités avec succès.

La bière est indiquée surtout chez les malades chroniques dont la nutrition est mauvaise, le pouls faible et chez lesquels l'agitation et l'insomnie sont basées sur une anémie cérébrale.

4° *De l'existence de l'albumine dans l'urine des aliénés paralytiques*, par le Dr Richter.

Contrairement aux découvertes de Huppert et de Rabenau, l'auteur n'a jamais constaté de l'albumine dans l'urine des aliénés paralytiques. Il ne nie pas que cette substance ne se trouve quelquefois dans le cours de la paralysie générale, cependant dans ces cas on n'a pas lieu d'en chercher la cause dans l'affection cérébrale, mais dans une altération des organes uro-poiétiques.

5° *De l'albuminurie chez les alcooliques*, par le Dr Fuertsner.

Le phénomène de l'albuminurie transitoire chez les alcooliques n'a pas attiré jusqu'à présent l'attention des observateurs. Le Dr F. a constaté ce symptôme chez 40 pour cent des individus atteints de delirium tremens. Il a souvent constaté une coïncidence exacte entre la durée du délire et celle de l'albuminurie. Il a aussi quelquefois remarqué une relation proportionnelle entre la quantité de l'albumine et l'intensité du délire. La violence de l'action musculaire ne peut pas être considérée comme cause de ce phénomène, car l'albuminurie peut faire défaut chez les délirants les plus agités et se trouver parfois en grande abondance chez des alcooliques atteints de délire calme. Dans les cas d'alcoolisme chronique, l'albuminurie est plus rare et moins intense. L'urine des hommes profondément ivres lui a décelé parfois des traces d'albumine. La durée trop courte de ce symptôme, l'examen microscopique de l'urine et quelques autopsies permettent à l'auteur d'exclure une altération réelle de la substance rénale comme cause de l'albuminurie. Il faut l'attribuer à des troubles circulatoires, ou bien à une influence cérébrale.

Le Dr Weinberg, de Hambourg, a constaté le symptôme de l'albuminurie chez 54 individus sur 156 atteints de delirium tremens, c'est-à-dire le 33 pour cent, (*Berliner Klinische Wochenschrift* 1876, n° 32).

Dr RABOW

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

ANNÉE 1875. (Suite et fin.) (1).

41. Sur la statistique des aliénés en Autriche. — Dr Gauster.

Il paraît qu'en Autriche, faute de renseignements officiels, la statistique est difficile à établir. Bouchet, dit M. Gauster, a trouvé, à Nantes, en 1840, 1 aliéné sur 343 habitants; Sick, pour la Saxe, en 1855, 1 aliéné sur 384 hab.; pour le Wurtemberg, 1 aliéné sur 320 hab.; Thomson, pour l'Écosse, en 1861, 1 aliéné pour 390 hab. Aussi, ce n'est qu'en hésitant que M. Gauster donne, pour la basse Autriche, la proportion de 1 aliéné sur 4,532 hab. Il demande que des mesures soient officiellement prises pour permettre au moins le dénombrement des aliénés en Autriche, et il appuie sur les avantages qui résulteraient d'une bonne organisation de ce côté. Ce travail n'a aucun autre intérêt pour nous.

42. Sur le développement continu de la colonie agricole, Zschadras, annexe de l'asile de Colditz. — Dr Voppel.

Nous avons déjà parlé de la colonie agricole de l'asile de Colditz (*Ann. méd. psychol.*, nov. 1874). Nous avons vu M. le Dr Voppel, homme pacifique et sans prétentions, tout entier à son œuvre de colonisation, nous initier à ce qu'il était en train de réaliser; pour nous convaincre et nous faire partager ses espérances, il nous conviait gracieusement à déposer toute prévention et à venir à Zschadras même étudier la colonisation des aliénés.

Quelle bourrasque a passé par là? Nous retrouvons un homme irrité, acerbe et agressif. Qu'a-t-on fait à M. Voppel? On a dit qu'il est des gens qui ne comprennent pas la question, que la boussole de l'asile de Colditz est mal orientée, que sais-je? De là la colère de M. Voppel.

Les médecins d'asile, dont l'opinion ne serait pas faite sur la colonisation des aliénés, pourraient consulter cet ouvrage avec fruit.

43. Critique de la théorie de Filehne sur la respiration scheynéstokésienne. — Dr Claus, à Sachsenberg.

Nous avons vu (*Ann. méd. psych.*, mars 1876) en quoi con-

(1) Voy. le numéro de juillet 1878, p. 428.

siste la respiration scheyné-stokésienne. Nous avons également donné la théorie de Traubé, suivant laquelle ce phénomène serait dû à la diminution de l'excitabilité du centre respiratoire et à la nécessité, pour produire la respiration, de l'accumulation d'une plus grande quantité d'acide carbonique dans le sang. De là l'explication de la pause respiratoire.

Cette théorie a eu cours jusqu'au moment où Filehné fit connaître le résultat de ses expérimentations sur des chiens qu'il soumit à l'injection de morphine et à l'inhalation de chloroforme, et chez lesquels il produisit la respiration scheyné-stokésienne artificielle.

La nouvelle théorie de Filehné est tellement étendue, en y comprenant les considérations sur lesquelles elle s'appuie, qu'il ne peut être question de la reproduire ici. Disons seulement que, pour Filehné, ce phénomène n'est pas lié à l'état du nerf vague; il est dû à une différence d'irritabilité entre le centre respiratoire et le centre vaso-moteur.

Du reste, cette théorie ne serait point née viable, puisque Claus, par une observation étayée de 22 tracés sphygmographiques, conteste les principales données physiologiques sur lesquelles elle s'appuie.

En l'état, il est sans doute prudent d'attendre que ces messieurs aient pu se mettre d'accord sur la meilleure interprétation de ce phénomène dont la cause paraît devoir être recherchée dans un obstacle à la circulation du cerveau et l'anémie consécutive de cet organe.

44. *Sur le pronostic de la folie.* — Dr Fresé, à Kasan.

Travail didactique remarquable qui figurerait très-honorablement, comme chapitre du pronostic, dans un traité des maladies mentales.

Le plus souvent, dans la pratique, le pronostic est affaire de tact; pour juger un cas de folie, le médecin agit plutôt d'inspiration qu'en s'appuyant sur des faits raisonnés. D'un autre côté, si la physionomie de la folie est souvent très-mobilité chez le même sujet, elle présente, même dans les formes analogues, presque autant de variétés que d'individus; il en résulte que, en s'en rapportant aux seules données comparatives de la statistique ou de l'expérience, sur telle ou telle forme phrénopathique, il sera difficile d'établir un pronostic certain. On procéderait plus scientifiquement, et l'on arriverait à des résultats plus précis, en soupesant en quelque sorte un à un, dans un cas donné, chacun

des éléments constitutifs qui, d'après l'expérience, peuvent être aptes à influencer le pronostic.

C'est ainsi que l'auteur passe en revue, en autant de chapitres, tous les faits, toutes les circonstances qui peuvent éclairer le pronostic : le diagnostic anatomique, les complications, les causes, l'âge, le sexe du malade, la durée antérieure, la forme, la marche de la maladie, l'état de nutrition du corps, certaines circonstances spéciales, les conditions de milieu, les méthodes thérapeutiques employées, et il en précise avec le plus grand soin la valeur pathogénique.

Souvent, ce n'est que de l'étude de l'ensemble de ces éléments qu'il sera possible de tirer des indications pour le pronostic, car plus nombreuses seront les conditions favorables, plus vraisemblable sera la curabilité, et inversement. D'autres fois, un de ces éléments domine tous les autres en importance, les efface, et suffit à la certitude du pronostic.

Pour les médecins non spécialistes, deux de ces éléments ont une importance exceptionnelle : la forme primitive ou secondaire de la folie et sa durée antérieure.

15. *Apport à la connaissance de la paralysie générale.* — D^r Schülé.

Quatre observations de paralysie générale, avec planches, qui soulèvent plusieurs problèmes importants. La paralysie générale est-elle, dès le début, une entité morbide bien déterminée, ou peut-elle être un épiphénomène d'une phrénopathie préexistante? C'est cette dernière conclusion qu'adopte l'auteur.

Est-elle curable? C'est ce que semble prouver la quatrième observation : un individu qui présentait tous les symptômes classiques de la folie paralytique a parfaitement guéri, et la guérison ne s'est pas démentie depuis huit ans.

ANNÉE 1876.

4. *Sur l'abaissement de la température chez les aliénés.* — D^r Zenker, à Leubus.

L'abaissement de la température du corps ne résulte que d'un défaut d'équilibre entre la recette et la dépense. Ou bien, la dépense restant normale, c'est l'organisme épuisé qui ne peut suffire à la recette; ou bien c'est la dépense qui est augmentée. Loewenhardt a déjà traité cette question d'une manière remarquable.

C'est la physiologie de ce phénomène que M. Zenker met ici

en lumière, et il donne neuf observations à l'appui de ses propositions.

2. *Sur des états épileptoïdes hypnagogiques.* — Dr Krafft-Ebing, à Graz.

La science moderne a découvert, comme équivalents de l'attaque convulsive classique de l'épilepsie, une série de phénomènes qui masquent la maladie. Nous devons à Falret, Morel, et autres Français, une connaissance assez précise de l'épilepsie larvée. En 1868, Griesinger a montré que les attaques peuvent être remplacées par des vertiges, des phénomènes hypnagogiques, des accès d'angoisse, etc.

Dans ces derniers temps, la Société médico-psychologique de Paris a éclairé et étendu le domaine de l'épilepsie larvée.

Dans trois observations de l'auteur, les troubles psychiques transitoires ne se rapportent nullement au grand ou au petit mal, mais se présentent, comme phénomènes hypnagogiques, sous la forme de phrénoplexie, d'actes impulsifs, ou de rêvaserie.

3. *Sur l'idiotie et les asiles d'idiots.* — Dr Kohler, à Hubertusburg.

Lorsque l'on considère à quel degré de misère organique conduit l'idiotie, lorsqu'on se reporte aux complications névro- et phrénopathiques de cet arrêt de développement de l'encéphale, aux infirmités, aux prédispositions morbides particulières que présentent les enfants idiots, lorsqu'on se rappelle enfin que le jeune idiot est susceptible d'une certaine éducation, on admettra sans conteste l'utilité et même la nécessité de l'hospitalisation spéciale de ces êtres déshérités.

Un asile spécial ne sera pas seulement un refuge pour ces malheureux, mais son organisation permettra de réaliser d'une manière plus efficace le traitement palliatif de l'idiotie. M. Kohler décrit minutieusement toutes les parties d'un asile d'idiots qui doit donner satisfaction à des besoins extrêmement nombreux.

Cet appel de M. Kohler, en faveur des enfants idiots en Allemagne, un esprit généreux vient de le faire, en France, en faveur des épileptiques (Dr A. Lacour, *De l'état actuel de l'assistance des épileptiques et de la nécessité de les hospitaliser*. Lyon, librairie médicale de J.-P. Mégret, 1878).

4. *Sur les injections hypodermiques de morphine.* — Dr Hergt, à Illenau.

Une nouvelle méthode s'intronisant dans la thérapeutique, on se laisse facilement aller à l'exagération. Les opiacés, les injections hypodermiques de morphine ne constituent pas un spécifique de la folie. Le traitement de la folie se tire d'indications multiples dérivant des causes, de la nature même de l'affection, des éléments divers dont elle est formée, et l'on peut dire que chaque cas de folie se présente avec une physionomie propre qui exige l'adaptation d'un traitement spécial.

L'injection de morphine ne s'adresse qu'à un élément, l'élément nerveux, et, dans bien des cas, la soustraction de cet élément favorise la guérison ou peut être suffisante à résoudre l'affection dans son ensemble, mais elle n'exclut point d'autres indications thérapeutiques.

C'est de ces principes que nous nous inspirons dans l'application de cette méthode, dit M. Hergt. A vrai dire, nous obtenons par les injections, en tant que méthode principale, un très-grand nombre de guérisons. En France, on doit à M. le Dr Voisin un travail remarquable sur la matière. Conformément au désir de ce médecin, nous lui avons trié 58 cas graves d'aliénation mentale dont la guérison a été particulièrement due à l'emploi des injections. M. Voisin a publié ces observations dans la 9^e livraison du *Bulletin général de thérapeutique* de 1874. On peut y voir que ce n'est pas la forme de la folie qui sert d'indication à la méthode, mais bien l'excitation nervoso-psychique qu'on rencontre comme élément dominant, non seulement de la manie, mais aussi de la mélancolie, de la phréno-plexie.

5. *Contribution à la thérapeutique anti-épileptique du bromure de potassium.* — Dr Wendt, à Sachsenberg.

Voilà encore un médicament qui aspire à l'honneur de spécifique de la plus cruelle des affections. En est-il dont la fortune ait été plus rapide? Quel praticien n'y a pas recours aujourd'hui dès que les nerfs sont en jeu? Mérite-t-il du moins sa réputation? Après Stark, à Stephansfeld, après Otto, Lübber, Koppe et tant d'autres, voici venir M. Wendt, à Sachsenberg.

M. Wendt donne la relation de six cas d'épilepsie traités par le bromure. Quels sont les merveilleux résultats obtenus? Ceux que nous connaissons tous.

M. Wendt insiste particulièrement sur la diminution du poids

du corps après un usage plus ou moins prolongé de ce médicament. Dès que cette diminution est constatée, il faut diminuer la dose, comme pour l'intoxication. Dès que le poids du corps est revenu à son point, dès que les symptômes d'intoxication ont cessé, le traitement peut être repris, et c'est ainsi que l'on pourra administrer le bromure pendant des années pour le plus grand soulagement du malade.

M. Wendt se demande si le bromure n'est qu'un palliatif, ou s'il guérit réellement l'épilepsie. Otto, Sponholz, Schröter, affirment qu'il guérit. Stark et Wendt n'ont pas observé de guérison. *Ergo adhuc sub iudice.*

Wendt, Stark et Köppe croient à l'accoutumance aux attaques. Le bromure rompt cette accoutumance, de là la possibilité de guérison. C'est là une idée neuve que l'on peut exploiter.

6. *Sur la morphologie des lobes postérieurs.* — D^r Stark, à Stephansfeld.

En ces temps de positivisme, l'on ne peut parler du cerveau de l'homme et de son analogie avec celui du singe sans qu' aussitôt des préoccupations compromettantes pour la dignité humaine ne viennent obséder votre esprit. N'y aurait-il donc pas moyen de mettre fin, une fois pour toutes, à ce qui ne saurait être qu'un malentendu ?

« Une loi sans exception, dans l'histoire naturelle, c'est que le semblable se développe d'une manière semblable. Toute exception à cette règle constitue une anomalie sans exemple, un véritable prodige ; or, ce prodige est réalisé par l'homme. Ainsi, les plis dans le cerveau des singes apparaissent d'abord sur les lobes inférieurs, et, en dernier lieu, sur les lobes frontaux. Dans l'homme, l'inverse a lieu ; les plis frontaux apparaissent les premiers, les plis inférieurs sont les derniers. Il en résulte des différences perpétuelles pendant la vie fœtale, et l'homme, à cet égard, se présente comme une irrésoluble exception. » (*Gratiolet, Revue des cours scientifiques, t. I, p. 191.*) Nous voilà donc, dès l'œuf, dissemblables du singe.

Répétons maintenant, avec M. Stark, si cela peut lui être agréable, que le lobe postérieur du cerveau de l'homme présente beaucoup d'analogie avec celui de cet animal, chez lequel se retrouvent toutes les circonvolutions types. Depuis longtemps, on a attribué à la partie postérieure des hémisphères une importance capitale en ce qui concerne la sensibilité psychique et la vie morale, et cette manière de voir repose tant sur des consi-

dérations anatomiques générales (*Huschke*), que sur des déductions pathologiques (*Schræder van der Kolk*). M. Campagne dit avoir trouvé le lobe inférieur moins développé chez les aliénés raisonnants, moins développé encore (*Benedict*), chez des criminels. Un cerveau plus riche en circonvolutions présente une surface plus grande de couche corticale ; mais il faut remarquer que, au fond de chaque pli, se trouvent des filaments qui, sous forme d'arcades, relient une circonvolution à une autre ; et comme le degré d'intelligence dépend du développement de la faculté d'association, on devra rechercher la raison de la capacité intellectuelle, non pas autant dans le nombre des circonvolutions et l'étendue de la surface corticale que dans la richesse des fibres d'association.

7. *La doctrine des centres fonctionnels du cerveau et ses rapports avec la psychologie et la psychiatrie.* — Dr Burghardt, à Waldau.

Histoire de ce point spécial d'anatomie physiologique, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, depuis Hippocrate, Aristote, Platon, jusqu'à Flourens, Claude Bernard, Schiff, Ludwig, Nothnagel, Broca, Dax, Hitzig et autres, en passant par Vésale, Varole, Willis, Haller, Burdach, Vieussens, Sommering...

Quel vaste champ ouvert à la psychiatrie, depuis que la doctrine des centres fonctionnels du cerveau a pris droit de cité dans la science ! On ne peut plus aujourd'hui se borner à localiser la volonté, la sensibilité morale, l'intelligence ; on prétend à une analyse plus fine, on veut suivre pas à pas, de centre en centre, chacun des éléments morbides qui se présentent à notre observation. A vrai dire, les méthodes d'analyse, poussées à un perfectionnement inconnu jusqu'ici, autorisent cette prétention. Mais enfin, dit l'auteur en terminant, de découverte en découverte, arriverons-nous à percer le mystère de la vie ? Non, dût l'anatomie physiologique nous livrer tous ses secrets. Ce n'est point là ce qui doit nous inquiéter. Ce qui nous inquiéterait assurément, ce serait de vivre à une époque qui pourrait considérer tous les problèmes comme résolus.

8. *Sur la nécessité des certificats attestant le recouvrement de la capacité psychique.* — Dr Schlager, à Vienne.

Travail prolix que nous condensons ainsi qu'il suit. Des

malades guéris peuvent cependant ne pas présenter les mêmes aptitudes qu'auparavant. De ces malades guéris, les uns ont conscience de leur impuissance à reprendre des occupations qui engagent des intérêts publics ou privés considérables ; les autres ont une confiance exagérée en eux-mêmes. Dans bien des cas, il y aurait nécessité pour les administrations de solliciter du médecin un certificat, qui, s'inspirant des difficultés de la profession, des causes qui ont déterminé la maladie, de la situation psychique du malade guéri, etc., etc., statuerait sur le degré de confiance que ce dernier peut inspirer au point de vue de la reprise de ses fonctions. Ce qui se fait pour des fonctionnaires salariés par l'État, pour les militaires de haut grade, devrait se faire pour d'autres professions qui ont aussi leur importance, les médecins, pharmaciens, matrones, avocats, avoués, architectes, etc. Il y a là une lacune que la législation devrait combler.

9. *Épidémie hystérique*. — Dr Seeligmüller, à Halle.

Histoire de neuf jeunes filles de 15 à 27 ans, fraîches, robustes, occupées au travail des champs, devenues hystériques par contagion.

Causes prédisposantes : travail en plein air par une grande chaleur, ingurgitation fréquente d'eau calcaire glacée, attitude courbée, d'où hyperémie du cerveau ; grande sympathie entre toutes ces jeunes filles qui, éloignées de leur pays, formaient comme une seule famille, d'où réaction facile de l'une sur l'autre.

Cause déterminante : l'une d'elles apprend qu'un incendie a ruiné ses parents, elle est prise de convulsions hystériques, les autres successivement.

Toute la bande riait ou pleurait en même temps ; les unes dansaient, les autres se roulaient, etc.

Traitement : irrigations froides sur tout le corps et compresses froides sur la tête. C'est, bien entendu, après avoir essayé les injections de morphine, le chloral et le bromure de potassium, le traitement qui a paru le plus efficace.

C'est aussi le seul que nous mettions en usage en pareil cas.

10. *Sur les injections de morphine et d'atropine combinées*. — Dr Claus, à Sachsenberg.

On connaît les accidents qui suivent les injections hypodermiques de morphine. Frickenhaus prétend que l'association de

la morphine et de l'atropine prévient ces accidents. Vingt observations de M. Claus corroborent cette manière de voir. Ainsi, à la faveur de cette association que Frickenhaus considère même comme un remède contre le vomissement en général, le vomissement post-morphinique ne se produit plus.

Mais, dira-t-on, si l'atropine est réellement l'antagoniste de la morphine, vous allez annihiler l'action thérapeutique de cette dernière! Pas le moins du monde. Sans compter que d'aucuns nient cet antagonisme, les observations de M. Claus prouvent que l'action de la morphine demeure.

Ainsi donc, le vomissement consécutif à l'action irritante de la morphine est empêché par l'action paralysante de l'atropine qui ne neutralise en rien les heureux effets de la morphine.

44. *Comment pourrait-on arriver à combattre, en Allemagne, les suites fâcheuses des excès alcooliques?* — D^r Nassé, à Andernach.

L'auteur entre dans des détails statistiques assez étendus sur les asiles spéciaux ouverts par les Américains aux individus adonnés à l'ivrognerie, et il résume l'opinion des médecins allemands, français et anglais sur l'opportunité de créer de pareils établissements dans leurs pays respectifs. Des établissements de cette nature répondraient-ils à un véritable besoin en Allemagne? C'est là la question qu'examine M. Nassé. Avant tout, il faudrait que la loi pût préciser le moment où commence la cessation de l'empire de l'homme sur lui-même, car ce n'est qu'alors qu'on pourrait être autorisé à priver un ivrogne de sa liberté. Mais enfin, étant donné un ivrogne incorrigible, puisque l'on sait que l'abstinence absolue de l'alcool peut seule le guérir, la contrainte devient nécessaire, et celle-ci ne peut s'imposer que dans un établissement spécial, car les asiles d'aliénés ne reçoivent que les dipsomanes ou les maniaques alcooliques pendant leur excitation.

En Allemagne, les ivrognes incapables de subvenir à leurs besoins ou à ceux de leur famille sont condamnés au travail dans une maison de correction. Que la loi adopte une disposition permettant facultativement l'admission de cette classe d'individus dans un établissement spécial. Que de malheureux ramenés au travail, quel allègement pour le budget des communes!

42. *Quelques observations sur la question du personnel de surveillance.* — Dr Hassé, à Königsutter.

L'auteur poursuit de ses vœux l'amélioration de la situation du personnel de surveillance des asiles. Il voudrait que les gages des gardiens fussent en général plus élevés que ceux des domestiques ordinaires du pays et échelonnés suivant des classes se rapportant elles-mêmes à un temps déterminé de bons services rendus.

Si l'on veut des gardiens éprouvés, intelligents, il faut leur faire une position acceptable; il faut encore que cette position aboutisse à une retraite.

M. Hassé propose la création d'une caisse générale pour les gardiens d'asiles de l'Allemagne. On n'accepterait comme gardien que celui qui s'obligerait à verser annuellement 5 marks dans la caisse générale; au bout de cinq ans de versements réguliers, le sociétaire acquerrait le droit au secours. La caisse générale bénéficierait des dons en argent faits par les familles reconnaissantes.

Il demande que, en l'honneur de M. Roller qui va fêter son cinquantième anniversaire de médecin aliéniste, la caisse reçoive le nom de *fondation Roller*, et s'inscrive, tant en son nom qu'en celui du personnel de surveillance de Königsutter, pour une somme de 400 marks, à titre de premier versement.

43. *Observation médico-légale concernant Rosa Wüst, de Neudorf, accusée d'incendie.* — Dr C. Willié, à Bâle.

44. *Sur la question de l'action narcotique de l'acide lactique.* — Dr Fischer, à Pforzheim.

Preyer se dit un jour: après une fatigue corporelle ou intellectuelle, il se forme, dans l'économie, certains déchets dont l'accumulation dans le sang est la véritable cause du sommeil. Pendant le sommeil, ces déchets s'oxydent, et, après leur complète oxydation, le réveil survient. Ne serait-il donc pas possible, pour provoquer le sommeil artificiel, d'introduire dans l'économie certaines substances jouant le rôle de déchets? Preyer administra donc le lactate de soude, et son expérience, dit-on, donna des résultats sérieux.

M. Fischer donne la relation de 41 cas traités par le lactate de soude en lavements, à la dose de 40 à 35 grammes.

Jamais un de ces lavements n'a déterminé le sommeil chez les aliénés agrypniques.

45. *L'asile de Pforzheim jusqu'en l'année 1804; contribution à l'histoire de la psychiatrie allemande dans les premiers siècles.* — Dr Fischer.
46. *Malade ou méchant et colère? Étude médico-légale.* — Dr Gauster, à Vienne.
47. *Le serrurier M. était-il un simulateur? Rapport médico-légal.* — Dr Kelp, à Wehnen.
48. *L'élément collatéral chez les idiots.* — Dr Kind, à Langenhagen.

Conclusions: parmi les idiots se trouvent beaucoup d'enfants illégitimes (9,5 pour cent); beaucoup d'entre les idiots sont premiers-nés (29, 07 pour cent); l'influence pour l'idiotie se fait de moins en moins sentir chez les puînés; les familles affligées d'idiots comptent en général beaucoup d'enfants (5,45 pour cent par famille); près d'un tiers (32,64 pour cent) des enfants de ces familles souffrent de troubles cérébraux et nerveux graves.

49. *Rapport sur l'état mental d'un malade qui blessa son médecin en lui tirant un coup de fusil.* — Dr Lorent, à Brème.

Dr HILDENBRAND.

BIBLIOGRAPHIE

Handbuch der Geisteskrankheiten (Manuel des maladies mentales), par le Dr Schüle, médecin à l'asile d'Illenau, grand-duché de Bade. Leipzig, Vogel, 1878. Volume de 732 pages.

Le livre du Dr Schüle est plus qu'un simple manuel, c'est un traité très-complet qui, outre la somme considérable d'études et d'observations propres à l'auteur, résume, sans en oublier aucune, toutes les acquisitions de la science psychiatrique moderne, et, à ce seul titre déjà, l'ouvrage mériterait un bon accueil. Il est divisé en trois parties : 1^o Introduction à la psychologie normale ; 2^o pathologie générale, soit les altérations des fonctions psychiques élémentaires ; et 3^o pathologie spéciale. — Dans la première partie, le Dr Schüle fait une étude très-intéressante des fonctions de l'intelligence à l'état normal ; il les étudie en premier lieu chez le nouveau-né pour en suivre de là, pas à pas, le développement successif, tant dans le domaine du sentiment que dans celui du mouvement pris dans son sens psychologique général, et qui, dans cette acception, se manifeste essentiellement par la volonté. — La seconde partie nous donne une symptomatologie générale très-détaillée de l'ensemble des troubles intellectuels ; on y trouve même décrits un certain nombre d'états psychopathiques qui, jusqu'à présent, étaient généralement classés dans la pathologie spéciale ; ainsi, par exemple, la folie chez les enfants, les troubles intellectuels de la sénilité et du puerperium, les diverses formes d'intoxication alcoolique, les psychoses choréiques, que le Dr Schüle sépare ainsi des grandes névroses, hystérie et épilepsie, traitées dans la pathologie spéciale. Dans cette partie générale, sont également étudiées les causes des maladies mentales, et cela sous trois groupes principaux : la prédisposition individuelle, l'hérédité, et les causes spéciales ou déterminantes. La prédisposition individuelle est une résultante de causes générales, civilisation, convulsions sociales, éducation,

sexe, etc., et de circonstances spéciales à l'individu, âge, climaterium, emprisonnement, etc. Le chapitre de l'hérédité est traité avec un soin tout particulier, comme de juste, car c'est de beaucoup le plus important, le facteur hérédité dominant tous les autres de sa fatale puissance. Dans les causes spéciales, l'auteur, comme la plupart de ses devanciers, distingue des causes morales et des causes physiques; les premières sont toujours très-difficiles à apprécier, car elles existent rarement seules, et sont presque constamment liées si intimement à des causes physiques, qu'il n'est point facile de faire la juste part de chacune; souvent aussi, la cause morale n'agit que par voie détournée, c'est-à-dire en exerçant d'abord une influence fâcheuse sur le physique. — Les causes physiques sont essentiellement des affections aiguës ou chroniques, constitutionnelles ou acquises, des intoxications, des coups et blessures à la tête, des lésions de nerfs périphériques, l'insolation et les états physiologiques de la grossesse et du puerperium.

Dans cette seconde partie de son traité, le Dr Schüle, qui est à la fois psychologue et anatomiste distingué, fait une étude très-intéressante des rapports intimes qui unissent les manifestations de l'intelligence et la substance cérébrale, et à chaque chapitre spécial montre la déviation ou la transformation des actes et des conceptions de l'état normal en actes et en conceptions morbides. Cette étude, peut-être un peu difficile à comprendre pour des commençants, sera lue avec un véritable intérêt par tout médecin déjà versé dans ces questions, et, d'ailleurs, les conclusions pratiques ne se font pas attendre. Pour mieux donner, d'ailleurs, une idée de la méthode du Dr Schüle, nous reproduisons à grands traits le chapitre sixième qui traite des troubles de la motilité prise dans son sens le plus étendu, c'est-à-dire envisagée comme motilité psychologique — volonté — aussi bien que comme motilité physique proprement dite — mouvement. — Ces troubles se divisent en trois grands groupes :

1° Anomalies de la motilité proprement dite, de ce que l'auteur appelle la motilité de dignité inférieure. Ce sont : A. Altérations du sens musculaire, illusions et hallucinations musculaires, altérations de la mimique, de la langue parlée ou écrite; dysphagie; marche du paralytique; état des pupilles; convulsions apoplectiques et épileptiformes; résultats de l'examen électrique. B. Altérations du pouls et de la température. C. Troubles de nutrition; urine, salive, peau; altérations trophiques des os

et cartilages, othématomes, fractures de côtes; anémie pernecieuse.

2° Anomalies de la sphère psycho-motrice proprement dite.

A. La « forme psychique » — le caractère propre — du mouvement reste intacte avec :

a. Exagération morbide comme dans la manie aiguë,

b. Diminution morbide, comme chez le mélancolique, auquel tout acte est douloureux et pénible; la volonté fait défaut.

B. La « forme psychique » du mouvement n'est plus intacte; il y a transformation de son caractère logique et normal; catalepsie, stupeur, tétanie, — katatonie de Kahlbaum.

C. Convulsibilité psycho-motrice. L'état que Schüle désigne ainsi résulte de la combinaison de A et de B; c'est cette excitabilité anormalement exagérée qui, sous l'influence d'excitations externes ou internes — exemple, intention — pousse l'individu à répéter une manifestation motrice qui a fait impression sur lui; c'est, en un mot, l'imitation.

3° Anomalies dans le domaine du mouvement proprement dit — sous le rapport psychique. — Actes morbides, καὶ ἑξοχλόν, à savoir :

a. Actes résultant d'un accès d'angoisse suraiguë ou de fureur pathologique.

b. Actes résultant de l'exagération morbide d'un besoin organique ou d'une impulsion auxquels le contre-poids du jugement et du libre arbitre fait défaut, dyspsomanie, kleptomanie, pyromanie, monomanies suicide et homicide.

c. Actes de la folie morale.

d. Actes résultant de conceptions délirantes proprement dites,

Telle est la méthode du Dr Schüle; on peut se demander si tout cela n'est pas un peu subtil, et si l'on pourra toujours, dans un cas donné, ranger tel acte ou tel mouvement dans l'une de ces catégories. Mais comme de semblables essais de classification ne peuvent en définitive que contribuer à amener plus de précision dans la distinction des manifestations si variées de la folie, nous ne lui chercherons pas chicane sur ce point.

Nous ne quitterons pas cette seconde partie du Traité des maladies mentales, sans reproduire la définition que le Dr Schüle donne de la folie qui est pour lui « un état dans lequel le libre arbitre est aboli ou empêché (α gebunden »), proprement dit « lié » par des facteurs d'empêchement résultant d'une maladie cérébrale, » et, dans un sens plus restreint, elle est une affection diffuse de la couche corticale du cerveau exis-

tant soit seule et idiopathiquement, soit conjointement à une affection d'une autre portion du système nerveux central — moelle épinière — ou à une affection du système nerveux périphérique.

La troisième partie du livre, qui traite de la pathologie spéciale, commence par un nouvel essai de classification des maladies mentales, que le Dr Schüle divise en deux groupes principaux, suivant 1° que la maladie est congénitale ou repose sur une base de dégénérescence, ou bien, 2° qu'elle est acquise et apparaît chez un individu à développement physique et mental complet et normal. Ce second groupe se divise lui-même en trois sous-groupes principaux basés sur l'état anatomique de l'encéphale, soit sur l'intensité et le plus ou moins de réparabilité de l'altération organique.

Dans le premier, le mal est très-léger et toujours réparable *a priori*; il s'agit essentiellement de troubles peu graves de la circulation et de l'innervation des vaso-moteurs; le mécanisme psychique est encore intact, quoique son mouvement soit précipité ou ralenti: ce sont les psychoneuroses.

Dans le second sous-groupe, le mécanisme psychique n'est plus intact; l'altération est plus profonde et tend déjà à une dégénérescence irrémédiable de la substance cérébrale avec troubles de la motilité: ce sont les cérébro-psychoses.

Enfin, dans le troisième, notre savant confrère range tous ces états, dans lesquels les troubles de la motilité prennent une importance majeure, et qu'on a jusqu'à présent rangés sous les rubriques de démence paralytique et de folie organique: ce sont les cérébro-pathies.

Ce court exposé de la classification du Dr Schüle ne serait pas compréhensible, si nous ne la reproduisions pas en entier, au risque de nous allonger trop, mais la base de laquelle elle part est assez nouvelle et assez intéressante pour nous servir d'excuse; la voici donc au complet.

Classification :

1. États de défectuosité congénitale et de dégénérescence.

1° États de défectuosité proprement dite.

a. Microcéphalie.

b. Idiotisme.

2° États de dégénérescence terminant :

a. La folie héréditaire : folie impulsive, folie morale.

b. Les grandes névroses : hystérie, épilepsie, hypochondrie.

c. Folies périodique et circulaire.

II. Troubles intellectuels chez l'individu à développement organo-psychique complet.

A. Les psychoneuroses.

1° Psychoneuroses typiques, aiguës ou subaiguës, se développant sur une base nerveuse saine et avec troubles vaso-moteurs.

a. Formes primaires.

- | | |
|-------------------------|--|
| 1. Mélancolie | { avec la forme intermédiaire de la mélancolie agitée. |
| 2. Manie (Tobsucht) (1) | |

b. Formes secondaires.

1. Délire systématisé du premier degré (Wahnsinn).
2. Démence (Blödsinn).

2° Psychoneuroses chroniques se développant sur une base de dégénérescence, délire systématisé du second degré (Verrücktheit).

a. Délire des persécutions primaires.

1. Dépressif.
2. Avec idées de grandeurs.

b. Délire systématisé du second degré *sensu stricto* (Verrücktheit).

1. Forme psycho-convulsive. Maladie du doute.
2. Forme psycho-cataleptique. Délire systématisé sensoriel.

B. Cérébropsychoses.

1° Avec phénomènes d'excitation motrice, les manies (Manieen).

- a. Mania furiosa (avec la manie transitoire).
- b. Mania gravis.
- c. Delirium acutum.

2° Avec tension motrice. États d'atonie.

- a. Mélancolie atonique.
- b. Délire systématisé katatonique.
- c. Démence primaire — stupor — aiguë et subaiguë.

3° Avec parésie progressive — forme typique de la démence paralytique.

(1) Nous éprouvons une extrême difficulté à bien rendre en français les termes dont se sert le Dr Schüle, qui fait une différence entre Manie (en allemand) et Tobsucht, tandis que nous n'avons en français que le mot manie pour rendre l'un et l'autre. De même, les mots Wahnsinn et Verrücktheit n'ont pas de termes correspondants dans notre langue; c'est le délire systématisé avec une différence dans le degré d'intensité. Pour mettre notre responsabilité à couvert, nous donnons le terme allemand partout où il peut y avoir doute.

- C. Cérébropathies. — Paralysies modifiées, image clinique de la démence avec paralysie.**
- a. Méningo-encéphalites chronique et subaiguë.
 - b. Pachyméningite et hématome.
 - c. Scléro-encéphalite diffuse, avec ou sans symptômes d'irritation.
 - d. Encéphalite diffuse, avec altérations en foyers; points de ramollissement, apoplexie, éktasies capillaires avec foyers miliaires, scléroses multiples.
 - e. Encéphalite diffuse, suite de néoplasmes.
 - f. Périencéphalite chronique avec tabes préexistant des cordons postérieurs ; paralysie tabétique.
 - g. Atrophie cérébrale primaire avec tabes spinal; démence tabétique.
 - h. Encéphalite syphilitique avec troubles psychiques.

Telle est la classification du Dr Schüle, classification très-ingénieuse et très-savante, à coup sûr, mais est-elle bien applicable à tous les cas dans la pratique? Nous ne comprenons pas très-bien, entre autres, pourquoi il range la démence paralytique dans le groupe des cérébropsychoses; il nous semble que sa place serait plutôt dans les cérébropathies. En revanche, l'auteur a fait chose fort louable, en essayant de classer systématiquement dans ce dernier groupe tous les états dits de démence organique; c'est un chapitre qui a bien besoin de lumière, et certainement que l'essai du médecin allemand contribuera à en produire.

Les différents chapitres de la pathologie spéciale sont traités avec beaucoup de soin; nous voudrions pouvoir y suivre l'auteur pas à pas, et discuter avec lui quelques points de détail sur lesquels nous ne serions peut-être pas tout à fait d'accord, mais cela n'ôte naturellement rien à l'intérêt et à l'utilité de cette partie du livre qui, comme les précédentes, sort d'une plume guidée par l'expérience et une méthode judicieuse d'observation. Les altérations anatomiques de chaque forme spéciale d'aliénation sont chaque fois notées avec soin; nous avons lu également avec un grand plaisir le chapitre du diagnostic en général; enfin, celui du traitement est aussi très-complet, et, outre la thérapeutique proprement dite, étudie la question des asiles sous leurs différentes formes, les indications de la séquestration, etc.

En résumé, le traité des maladies mentales du Dr Schüle est un ouvrage complet et consciencieux, marqué au coin d'une saine et savante originalité, ce qui est un mérite de plus.

Quoiqu'il soit peut-être par moments un peu au-dessus de la portée du médecin qui n'a pas fait une étude spéciale de la pathologie mentale, quoiqu'on puisse ne pas partager toutes les opinions de l'auteur, on ne le consultera néanmoins jamais sans fruit dans la pratique, et nos confrères en psychiatrie y trouveront de riches thèmes d'études et d'observations nouvelles; c'est à ce titre que nous leur en recommandons vivement la lecture.

D^r CHATELAIN.

De l'épilepsie d'origine syphilitique, par le D^r J. S. Viard, Paris, grand in-8° de 125 pages, chez O. Berthier, successeur de Louis Leclerc.

L'étude des manifestations de la syphilis est à l'ordre du jour, grâce aux leçons et travaux récents des professeurs Ball, Charcot et Fournier. L'épilepsie d'origine syphilitique semble avoir préoccupé un assez grand nombre d'observateurs; dès le XVI^e siècle on trouve dans Thiery de Hery un cas de guérison d'épilepsie chez un homme *étant traité avec les remèdes propres à la vérole*. M. Viard a traité son sujet d'une façon aussi complète que possible; les recherches historiques et bibliographiques fort bien choisies et menées à bonne fin permettront au lecteur de se rendre rapidement compte de l'état actuel de nos connaissances en pareille matière. Les formes cliniques de l'épilepsie syphilitique, l'anatomie pathologique, le diagnostic et le traitement sont décrits dans des chapitres distincts dont la rédaction ne laisse rien à désirer. Nous ajouterons que ce travail contient des observations de MM. Charcot, Fournier et des observations personnelles à l'auteur recueillies avec le plus grand soin.

Les conclusions suivantes résument assez bien les différentes propositions émises et discutées dans ce consciencieux travail.

- « 1^o L'épilepsie est un des symptômes nerveux les plus fréquents de la syphilis cérébrale.
- » 2^o Cette épilepsie reproduit exactement tous les symptômes de l'épilepsie vulgaire (grand mal, petit mal, etc.)
- » 3^o Elle se distingue de cette dernière pour plusieurs raisons; d'abord pour les deux suivantes : 1^o parce qu'elle affecte la modalité partielle et consciente de ses attaques plus fréquem-

» ment que l'épilepsie vraie; 2^o parce qu'elle se complique de
» troubles divers très-précoces.

» 4^o Cette épilepsie syphilitique se différencie surtout de
» l'épilepsie commune : 1^o parce qu'elle fait sa première appa-
» rition dans l'âge adulte; 2^o parce qu'elle est facilement cura-
» ble par les antisypilitiques.

» 5^o Enfin, pour cette dernière raison, elle se distingue
» aussi des variétés d'épilepsie qui reconnaissent une tout autre
» cause (cancer, cysticerques, absinthisme, etc.) »

D^r DOUTREBENTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— British Guiana. — Report of the medical superintendent of the lunatic asylum for the year 1877.

— Observation d'un cas d'agoraphobie ou peur des espaces traité avec succès par l'hydrothérapie et une direction morale appropriée; par le D^r Gillebert-Dhercourt; Paris, 1878; br. in-8°.

— Conférences cliniques sur les maladies mentales, professées à l'asile d'aliénés de Marseille; Paris; vol. in-8°.

— La syphilis du cerveau; par M. le D^r Alfred Fournier; Paris, 1879; vol. in-8°.

— Asile public d'aliénés de Saint-Robert; compte moral et administratif de l'exercice 1877; par M. J. Pinot; Grenoble, 1878; br. in-8°.

— Twenty-third annual report of the trustees of the state lunatic hospital at Northampton; Boston, 1879; br. in-8°.

— Sulla sintomatologia e sulla diagnosi delle lesioni corticali della zona motrice; par M. le D^r Dario Maragliano; Reggio-Emilia; 1878; br. in-8°.

— De la trépanation dans l'épilepsie par traumatisme du crâne, par M. le D^r M. G. Echeverria; Paris, 1878; br. in-8°.

— On nocturnal epilepsy and its relations to somnambulism; par M. le D^r M. G. Echeverria; Lewes, 1879, br. in-8°.

— Las neurosis de los hombres celebres en la historia argentin, primera parte; Rosas y su epoca; par M. le D^r Jose Maria Ramos Mejia; Buenos-Ayres; 1878; vol. in-8°.

— Zur Statistik der Geisteskrankheiten in Vürtemberg und der Geisteskrankheiten überhaupt; par M. le D^r J. L. A. Koch; Stuttgart, 1878; vol. in-8°.

— Asyl Schweiberhof, Privat-Heilanstalt für Psychisch-Kranke weiblichen Geschlechtes, Berlin, 1878, vol. in-8°.

— Physiologie de l'esprit; par M. le D^r Henry Maudsley, trad. de l'anglais par M. Al. Herzen. Paris, 1879; vol. in-8°.

— De l'épilepsie d'origine syphilitique; par M. le D^r Viard; Paris, 1878; vol. in-8°.

- La riforma penitenziaria in Italia; studie proposte di M. Beltrani Scalia. Rome, 1879.
- Sull' uso ipodermico dell' atropina contro il ptialismo degli alienati; par le Dr Angelo Lachi. Padoue, 1878; br. in-8°.
- Interno alle virtu' terapeutiche del monobromuro di canfora; par M. le Dr P. Fanaioli. Milan, 1878; br. in-8°.
- In causa d'omicidio improvviso imputato a Luigi L..., periglia medico-legale; par M. le prof. Ugo Palmerini. Reggio-Emilia, 1878; br. in-8°.
- De quelques phénomènes accessoires dans la paralysie générale; par M. le Dr Fabre de Pazzal. Paris, 1879; br. in-8°.
- Della mancaza della febbre nelle malathie accidentali degli aliénati, brevi osservazioni, par M. le Dr L. Monti; Milan, 1879; br. in-8°.
- Contribution à l'histoire des névrites; par M. le Dr J. Gros; thèse de doctorat. Lyon, 1879; in-4°.
- Sur un fait de double conscience; déduction thérapeutique qu'on peut en tirer; par M. le Dr Azam. Bordeaux, 1878; br.-8°.
- Sopra in caso di suicidio per annegamento, parera méci-co-legale; par M. le Dr Ugo Palmerini, Siena. 1879; br. in-8°.
- Contribution à l'étude des principales modifications fonctionnelles et organiques observées dans la lypémanie avec stupeur; par M. le Dr A. J. Ravaiiler; thèse de Nancy; in-4°.
- Transactions of the international medical congress; année 1876; Philadelphia, 1877; ce volume renferme les travaux suivants :
 - 1° Address on mental hygiene; par le Dr John P. Gray;
 - 2° The responsibility of the insane for their criminal act; par le Dr Isaac Ray;
 - 3° The simulation of insanity by the insane; par le Dr C. H. Hughes;
 - 4° On the best mode of providing for the subjects of chronic insanity; par le Dr Charles H. Michots.
- OEuvres philosophiques de Sophie Germain, suivies de pensées et de lettres inédites et précédées d'une notice sur sa vie et ses œuvres, par H^{te} Stupuy. 4 vol. in-42. Paris, 1879; Paul Ritti, éditeur. Prix : 4 fr.
- Etude médico-légale sur les conditions de l'état mental nécessaire pour tester, par Ernest Broquet, interne de la maison nationale de Charenton. Thèse de Paris, 1879.
- Traité de la paralysie générale des aliénés, par le Dr Auguste Voisin, médecin de l'hospice de la Salpêtrière. 4 vol. in 8° avec xv planches dessinées d'après nature, etc. Paris, 1879, J.-B. Baillière, éditeur. Prix : 20 fr.
- La psychologie allemande contemporaine (école expérimentale), par Th. Ribot, agrégé de philosophie, docteur ès lettres. 4 vol. in-8°. Paris, 1879. Germer Baillière, éditeur. Prix : 7 fr. 50.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Par arrêté ministériel, en date du 30 janvier 1879, ont été nommés médecins en chef de la Maison nationale de Charenton :

Pour la division des hommes, M. le Dr J. CHRISTIAN, médecin en chef de l'asile des aliénés de Maréville (Meurthe);

Pour la division des dames, M. le Dr ANT. RITTI, médecin-inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés de la Seine.

NÉCROLOGIE.

ULYSSE TRÉLAT, médecin honoraire de la Salpêtrière, ancien commissaire général du gouvernement provisoire en 1848, ancien représentant du peuple à l'Assemblée constituante de 1848, ancien ministre des travaux publics, etc., vient de s'éteindre à Menton, dans sa quatre-vingt-quatrième année.

Trélat, né le 13 novembre 1795, était le fils d'un notaire de Montargis (Loiret). Il étudiait la médecine à Paris, quand il partit pour faire la campagne de 1813 en qualité de chirurgien militaire. De retour à Paris, il suivit les leçons des maîtres en aliénation mentale et se fit recevoir docteur, en 1821, avec une thèse intitulée : *Du régime*. De 1831 à 1835, il alla rédiger à Clermont le *Patriote du Puy-de-Dôme*; puis, revenu à Paris, il reprit ses études sur l'aliénation mentale et se présenta au concours qui fut ouvert en 1839 pour quatre places de résidents créées à Bicêtre et à la Salpêtrière. Arrivant premier *ex æquo* avec M. Baillarger, tous deux choisirent la Salpêtrière; on sait que les deux autres élus furent MM. Archambault et Moreau (de Tours). Trélat quitta la Salpêtrière, il y a quelques années seulement; l'âge et la maladie purent seuls le forcer à abandonner ses malades et à s'éloigner d'un service qu'il avait occupé pendant près de quarante ans.

Ces quarante années, d'ailleurs, ont été, malgré les préoccupations politiques de Trélat, utilement employées pour la science. Ainsi, dès 1839, il publiait d'importantes *Recherches historiques sur la folie*; il collabora, dès leur fondation, aux *Annales médico-psychologiques* et y publia successivement : en 1844, un travail sur le *Transfert des aliénés de la Salpêtrière et de Bicêtre dans les asiles de province*; en 1855, un autre sur la *Paralysie générale*; enfin, en 1856, un important mémoire sur l'*Étiologie de la folie*. Mais l'œuvre à laquelle le nom de Trélat

restera attachée est le volume publié en 1861 et qui a pour titre : *La folie lucide étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société*.

Nous venons de raconter très-brièvement la vie de l'éminent aliéniste que la science vient de perdre, nous devrions maintenant faire une large place à l'éloge de l'homme et du savant. Cette dernière tâche a déjà été remplie et nous ne saurions mieux faire ; nous reproduisons donc le discours ému prononcé, sur la tombe de Trélat, par M. Motel, au nom de la Société médico-psychologique :

MESSIEURS,

La Société médico-psychologique de Paris m'envoie, pour saluer une dernière fois l'homme de bien, le collègue éminent que nous venons de perdre : elle n'a pas voulu que cette tombe se fermât sans que sa voix attristée se fit entendre, sans qu'un hommage public fût rendu par elle à l'un de ses fondateurs qui l'ont le plus honorée, le plus fidèlement servie.

Trélat appartenait à cette race d'hommes généreux et vaillants, dont l'énergie s'est trempée de bonne heure aux premières difficultés de la vie. Né à une époque particulièrement tourmentée, il semble qu'il ait voulu parler de lui-même quand il écrivait ces mots : « Les grandes et longues souffrances donnent une supériorité marquée à ceux qui les ont endurées. Le malheur et le combat qu'on leur livre fortifient les organisations normales au lieu de les détériorer. »

C'est ainsi qu'il devint un caractère, et qu'avec une dignité, une honnêteté sans égales, il resta supérieur même aux situations les plus hautes auxquelles l'appela l'estime de ses concitoyens. Il les occupa noblement, il les quitta simplement, en homme qui, son devoir accompli, demande à sa conscience seule s'il a été utile, s'il a bien servi son pays. Ses convictions sincères, énergiquement affirmées, ne varièrent jamais, et ce fut la satisfaction suprême de sa vieillesse, de les voir après une longue attente triompher enfin, et faire naître du sein même de nos malheurs le relèvement de la patrie.

Ce n'est pas à moi de parler de sa vie politique ; ce qu'il m'appartient de dire, au nom de ses collègues, c'est que sa vie scientifique ne fut ni moins pure, ni moins belle. De quelque côté qu'on l'envisage, qu'il s'agisse du médecin de la Salpêtrière ou du savant écrivain, il n'y a place que pour le respect et pour l'admiration.

Je me souviens, et ma reconnaissance personnelle trouve son compte à évoquer ces souvenirs de ma jeunesse, je me souviens de l'homme qui m'accueillit avec une paternelle bienveillance. C'était dans son service de la Salpêtrière, où, maître vénéré, il marchait, entouré de l'affection de tous. Il aimait ses malades ; il s'était attaché à elles pour tout le bien qu'il leur avait fait. C'était lui qui avait organisé le travail, lui qui, par son énergie patiente, avait rendu productives ces forces indisciplinées jusqu'alors, et contre lesquelles on n'avait longtemps lutté qu'avec d'inutiles rigueurs. Et telle était sa

modestie, qu'il nous avait fallu apprendre, dans une note publiée par lui dix ans auparavant, et ses efforts, et les difficultés qu'il avait rencontrées. Il ne se décourageait jamais ; on eût dit qu'il avait pour devise ces mots que nous retrouvons dans l'un de ses écrits : « Celui-là ne fait que peu de bien qui, s'il n'obtient pas ce qu'il a rêvé, croit n'avoir rien obtenu. Il faut savoir, en ce champ de labeur, ne rejeter aucune récolte, et se tenir pour satisfait de toute conquête imprévue aussi bien que prévue. Dieu seul fait tout d'une pièce ce qu'il fait, l'homme cherche : c'est la recherche continue qui est digne d'éloge. »

Et ce n'est pas dans sa bouche une formule vaine ; Trélat a cherché toute sa vie. La curiosité dans l'esprit et le courage dans le caractère étaient, à son avis, les deux conditions essentielles pour celui qui veut arriver à la vérité. Il l'a trouvée sur son chemin, il l'a mise en lumière dans ce livre qui reste comme son testament scientifique, et qui a pour titre : « *La folie lucide*. » Il fallait à la fois l'autorité de Trélat, son expérience consommée, son honnêteté indiscutable, son talent supérieur, pour oser venir dire qu'il y a, dans le monde, des êtres que l'hérédité a marqués de sa fatale empreinte, capables des actes les plus odieux et de la dissimulation la plus habile, réservant pour la famille, dont ils sont le désespoir, parfois la honte, leurs cruautés et leurs perfidies, capables enfin de tromper par des dehors brillants, par des apparences, ceux qui n'ont avec eux que des relations éphémères. Jamais plus sombres aventures n'ont trouvé de description plus fidèle : chaque type ressort avec un relief puissant, et la touche énergique du maître fait de ces drames intimes un tableau saisissant.

C'était, sous une forme scientifique doublée des considérations morales les plus hautes, le résumé d'une vie consacrée à la pire des infortunes ; et l'honneur de Trélat fut de dire ce que nous savions tous, peut-être, mais ce que n'acceptaient pas volontiers les esprits étrangers à notre science, et disposés à nous accuser d'un parti pris trop absolu. Le livre a fait son chemin, brillamment, et nous avons le droit d'être fiers de celui qui l'écrivit pour nous, au milieu de nous.

L'heure viendra de reprendre l'œuvre scientifique de Trélat, et d'en marquer l'importance. Il nous suffit aujourd'hui, à nous, ses collègues, ses amis, ses élèves, de dire hautement en quelle profonde estime nous le tenions, de lui apporter ici le juste tribut de nos regrets.

L'âge était venu ; il l'avait éloigné d'une société qui deux fois l'avait appelé à la présider ; mais il ne s'était jamais séparé d'elle : il aimait à suivre des travaux qui avaient fait le charme et l'occupation de sa vie. S'il ne pouvait plus y prendre une part active, il les jugeait avec une impartialité sereine, et son inaltérable bienveillance donnait à ses jugements un caractère si élevé que nous nous inclinions devant eux avec respect.

Trélat, votre vieillesse fut douce, comme votre vie avait été honnête et honorée. Vous avez ici-bas, déjà, trouvé votre récompense. Vous avez vu grandir vos fils, et votre nom noble-

ment porté par eux. Dormez en paix, l'héritage d'honneur que vous leur laissez est dans des mains fidèles et sûres !

Pour nous, qui vous avons connu, qui vous avons aimé, nous garderons votre mémoire vénérée. Que l'adieu de vos collègues, pieux hommage rendu par eux à vos vertus, à votre mérite, porte à ces fils, à la femme qui vous pleurent, une consolation suprême, digne à la fois et d'eux et de vous !

Adieu, Trélat, adieu !

AMBROISE TARDIEU. — Le savant professeur de médecine légale, que vient de perdre la Faculté de médecine de Paris, s'intéressait d'une façon spéciale à toutes les questions relatives à l'aliénation mentale. C'est à ce titre que nous devons, en ce recueil, consacrer quelques mots à sa mémoire, rappeler les services par lui rendus aux progrès de l'étude de la médecine légale des aliénés, les luttes qu'il eut à soutenir en bien des occasions pour faire prévaloir la vérité scientifique, enfin les injustices auxquelles il a été en butte de la part de l'incompétence, comme dans l'affaire Sandon. Tardieu a consigné les résultats de sa vaste expérience dans un ouvrage qui possède toutes les qualités de ses meilleurs travaux de médecine légale : la clarté, l'élégance, la valeur et la richesse des documents, etc. *L'Étude médico-légale sur la folie*, à tous ces titres, mérite d'être consultée ; elle a servi et servira encore à faire l'éducation des médecins sur ces difficiles questions, en leur donnant et sur l'aliénation mentale et sur la responsabilité légale des aliénés des vues nettes et précises.

A. R.

BENEDICT STILLING. — On annonce aussi la mort d'un savant allemand éminent, bien connu par ses travaux sur l'anatomie du système nerveux, le docteur Benedict Stilling, qui est décédé à Cassel, où il avait présidé avec éclat, il y a quelques mois, la réunion générale des médecins et naturalistes allemands. Praticien éminent, travailleur infatigable, des recherches anatomiques et physiologiques persévérantes et minutieuses lui avaient valu une solide réputation qui a franchi les frontières de son pays. Claude Bernard faisait le plus grand cas de ses travaux ; l'Académie des sciences en a couronné plusieurs. En 1857, il obtint le prix Montyon de 4,200 fr. pour des publications importantes sur la structure de la moelle allongée, du pont de Varole, etc. ; en 1864, le prix Montyon de physiologie expérimentale pour son ouvrage sur la moelle épinière, etc. Stilling venait de terminer un fort volume sur l'anatomie du cervelet lorsque la mort l'a frappé.

— Nous avons encore le regret d'annoncer la mort de M. JEAN MEYNIAL, directeur-médecin de l'asile des aliénés d'Aurillac (Cantal), âgé de quatre-vingt-quatre ans, et qui, depuis de bien longues années, dirigeait avec zèle et dévouement l'établissement à la tête duquel il avait été placé ; enfin, celle de M. le Dr BENOIST DE LA GRANDIÈRE, ancien chirurgien de la marine, médecin consultant de la maison de santé de Sceaux, qui, en

1873, obtint une récompense de l'Académie de médecine pour un travail intitulé : *De la nostalgie ou mal de pays*. Ce regretté confrère n'était âgé que de quarante-cinq ans,

CONCOURS DES MÉDECINS DE BICÊTRE ET DE LA SALPÊTRIÈRE.

Dans la séance du 4 mars du conseil municipal de Paris, M. Hérold, préfet de la Seine, a donné communication d'un arrêté qu'il vient de prendre et qui a été approuvé par M. le ministre de l'intérieur. Cet arrêté a pour but : 1° de décider que les médecins, chargés du service des aliénés dans les quartiers des hospices de Bicêtre et la Salpêtrière, seront nommés désormais par la voie du concours ; 2° d'arrêter les conditions et le programme de ce concours ; 3° enfin de régler la situation des médecins aliénistes par rapport au rang qu'ils doivent occuper dans le corps médical des hôpitaux.

M. le préfet ajoute que les prescriptions de cet arrêté donnent une solution conforme aux principes libéraux et aux intérêts de la science. Elles font cesser un état de choses fâcheux en établissant une règle qui désormais sera constamment suivie : le concours.

ORGANISATION DE LA CLINIQUE DES MALADIES MENTALES DE LA FACULTÉ DE LYON.

Sous ce titre, *Lyon Médical* publie, dans son numéro du 19 janvier 1879, un intéressant article que nous croyons devoir reproduire presque intégralement :

« Dernièrement, dans une réunion présidée par M. Berger, préfet du Rhône, et à laquelle assistaient les membres du Conseil de surveillance, le directeur et les médecins de l'asile de Bron, ainsi que plusieurs membres de la Faculté de médecine, il a été décidé que deux divisions comprenant ensemble environ cent malades des deux sexes seraient affectées à cet important service. Les travaux d'aménagement des locaux en vue de leur nouvelle destination sont actuellement en voie d'exécution ; ils sont du reste de peu d'importance et sont poussés avec assez d'activité pour qu'au mois prochain M. le professeur Arthaud puisse commencer ses leçons.

» Mais cette organisation n'est que provisoire ; pour l'installation définitive de cette clinique, à laquelle M. le ministre de l'instruction publique accorde une subvention de 240,000 fr., on est convenu de construire un nouvel asile pouvant contenir 450 malades au maximum et qui serait une dépendance du grand asile départemental.

» Ainsi se trouve donc à peu près résolue à Lyon cette question d'organisation de l'enseignement des maladies mentales qui rencontre à Paris depuis plus de deux ans de si nombreux obstacles qu'elle y attend encore une solution.

» On ne saurait trop louer l'esprit qui a présidé à ces décisions ; elles complètent l'enseignement de notre nouvelle Faculté qui la première en France aura une organisation aussi parfaite. On

ne devait pas faire moins pour une branche de l'enseignement médical dont l'importance est de premier ordre et qui jusqu'à présent a été trop négligée. Il est regrettable, en effet, de voir combien l'éducation des médecins en général est incomplète à cet égard ; dans la patrie des Pinel, des Esquirol, des Calmeil, dont les travaux sont si justement célèbres, c'est à peine si, en dehors des aliénistes proprement dits, quelques médecins érudits les connaissent. Et cependant il n'est peut-être pas de questions qui dans la pratique se présentent plus embarrassantes, plus grosses de difficultés. Chaque jour le médecin appelé à rédiger un rapport, à établir un diagnostic, se trouve en face de problèmes redoutables où sont en jeu l'honneur, la sécurité d'une famille, les intérêts les plus immédiats de la société.

» Lorsqu'il fut question de créer de nouvelles Facultés de médecine, on comprit qu'un enseignement aussi important ne pouvait être plus longtemps négligé ; dans l'organisation de la Faculté de Lyon, il obtint une des premières places, et la faveur ministérielle dont il vient d'être l'objet témoigne de l'intérêt qu'il mérite.

» Pour répondre le mieux à ce qu'on est en droit d'attendre de cette nouvelle organisation, il faut évidemment que l'asile de clinique projeté présente des dispositions en rapport avec les progrès qui se sont accomplis jusqu'à ce jour dans la pathologie mentale. Mais une question se présente qui nous paraît capitale, et mérite, à notre avis, le plus sérieux examen : c'est celle de l'emplacement de cet asile. Sera-t-il un annexe de l'asile de Bron, et par conséquent situé dans son voisinage immédiat ? Ou bien, tout en restant une dépendance de l'asile départemental, sera-t-il construit en dehors de lui, dans un endroit plus rapproché de la ville ?

» L'installation à Bron de la clinique peut être avantageuse au point de vue administratif et financier, le département construirait là sur son terrain, et ce nouveau service serait pour l'asile un agrandissement dont il a besoin ; mais au point de vue de l'intérêt de l'enseignement qui, croyons-nous, doit passer en première ligne, ce projet nous semble tout à fait défectueux.

» L'asile de Bron est situé à plus de quatre kilomètres de la ville ; on aura, dit-on, une ligne de tramways pour le desservir, mais même avec le secours de ce moyen de transport, tout élève, désireux d'assister à une leçon, devra sacrifier au minimum trois heures. Or, trois heures c'est beaucoup si l'on songe que les élèves ont d'autres cours à suivre, et en général leur ardeur pour apprendre n'est pas ordinairement telle qu'on puisse facilement obtenir d'eux un aussi grand dérangement. La plupart du temps, la chose n'est pas douteuse, ils ne s'y rendront pas. Mais il y a plus ; un enseignement clinique ne doit pas se borner seulement à donner aux élèves une ou deux leçons par semaine, il doit encore leur donner l'instruction à laquelle ils ont droit par la visite de chaque jour. Il faut que les élèves puissent suivre cette visite, examiner les malades, s'exercer eux-mêmes au diagnostic et observer les résultats du traitement. C'est-à-dire que dans

un service de clinique d'aliénés, comme dans tout autre service de clinique, si les élèves veulent apprendre sérieusement, ce n'est pas seulement en écoutant les leçons du maître, mais encore en observant eux-mêmes les malades sous sa direction qu'ils parviendront à ce résultat. Or, le trop grand éloignement de cette clinique leur rend cette tâche non-seulement difficile, mais impossible.

» D'un autre côté, personne n'ignore que la psychiatrie a fait d'incontestables progrès, surtout dans l'analyse des différentes formes de délire, on est bien obligé d'avouer que la symptomatologie des maladies mentales est encore confuse et leur anatomie pathologique presque nulle. Il y a là toute une mine riche à explorer et qui doit tenter les efforts des travailleurs; par la tendance même de l'esprit scientifique de notre époque ils sont portés vers ces sortes de recherches. Dans l'état actuel de la pathologie mentale n'appartient-il pas au professeur chargé de cet enseignement de chercher à créer autour de lui un véritable mouvement scientifique et d'engager par ses travaux les élèves à faire eux-mêmes des recherches nouvelles? A Bron ce professeur, quels que soient son zèle et son talent, se trouvera nécessairement isolé et par conséquent dans l'impossibilité d'accomplir cette partie de sa mission.

» Pour satisfaire tous ces *desiderata*, la première condition à remplir dans l'organisation que l'on projette serait donc de rapprocher autant que possible l'asile de clinique du centre de la ville. Il se trouverait ainsi à la portée des élèves, des médecins mêmes qui souvent peuvent être désireux d'examiner des aliénés et de compléter ainsi leur instruction, enfin des travailleurs qui trouveraient là de quoi satisfaire largement leur activité et leur amour pour la science. Dans cette hypothèse, l'asile de clinique servirait de dépôt aux aliénés que l'on arrête sur la voie publique et qui trop souvent confondus avec des vagabonds sont conduits en prison; il constituerait ainsi une sorte de bureau d'admission analogue à celui qui existe à Paris et qui rend de si grands services.

» Un local situé entre le local et l'asile de Bron, sur le cours de Brosse, par exemple, serait celui qui à notre avis réaliserait les meilleures conditions. Les relations constantes du service clinique avec l'asile départemental se trouveraient ainsi facilitées. Il est vrai que les dépenses d'installation et d'administration seraient peut-être plus considérables; mais, d'après nos suppositions, elles le seraient à un faible degré. Dans tous les cas cette considération ne saurait l'emporter sur l'intérêt de l'enseignement, et nous n'hésiterons pas à dire qu'il serait complètement sacrifié si on donnait suite au projet de construction à Bron.

» La bienveillance éclairée, dont nos corps élus ont toujours fait preuve, toutes les fois qu'il s'est agi de favoriser l'instruction publique, nous fait espérer qu'ils sauront encore résoudre cette question au mieux des intérêts de la science. » A. C.

LES ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Nous reproduisons, comme nous en avons l'habitude, le relevé statistique des aliénés placés dans les asiles départementaux de la Seine et d'office, pendant l'année qui vient de finir (1878).

2,664 malades ont été soumis à l'examen des médecins de l'infirmerie spéciale : 1,582 hommes et 1,082 femmes. Sur ce nombre 516, savoir 360 hommes et 156 femmes ont été remis en liberté, n'ayant pas été reconnus dans un état d'aliénation qui justifiait leur internement ; 28 atteints d'affections aiguës ou chroniques compliquées de délire ont été dirigés sur les hôpitaux. Parmi les malades placés à Sainte-Anne (2120), 429 hommes et 223 femmes, soit 652, ont été arrêtés sur la voie publique causant du scandale ou ayant commis des actes criminels ou délictueux ; 692 avaient déjà été traduits en justice.

Les cas d'alcoolisme confirmé montent au chiffre de 706, dont 538 hommes et 168 femmes.

Nous donnerons dorénavant le chiffre, d'ailleurs très-considérable, des récidives. (*Archives générales de médecine*, février 1879).

LES ALIÉNÉS CRIMINELS AU CANADA.

Acte du 28 avril 1877, concernant la cession de l'asile de Rockwood à la province d'Ontario, et pour amender l'acte des pénitenciers de 1875.

L'asile de Rockwood est un établissement d'aliénés situé dans la province d'Ontario, près du pénitencier de Kingston, et qui, aux termes de l'acte de 1875, avait été affecté en partie aux détenus aliénés de ce pénitencier.

Suivant une convention passée le 7 février 1877 entre le ministre des travaux publics du Canada et le commissaire des travaux publics de la province d'Ontario, il a été cédé à la province d'Ontario.

L'acte du 28 avril 1877, que nous allons analyser, approuve cette convention (art 1^{er}). Il prescrit ensuite de nouvelles mesures pour l'incarcération et le traitement des criminels aliénés du pénitencier de Kingston, et enfin il apporte quelques modifications à l'acte de 1875.

Art. 2. — (Une partie du pénitencier de Kingston, que l'on désignera sous le nom de quartier des aliénés du Pénitencier, sera réservée pour la réception, l'incarcération et le traitement des détenus aliénés.)

Art. 3. — (Le transfèrement du pénitencier de Kingston des criminels aliénés, actuellement internés dans l'asile de Rockwood, sera ordonné par le gouverneur.)

Art. 4. — (Lorsqu'un détenu du Pénitencier de Kingston sera atteint d'aliénation mentale, le préfet, sur le rapport du chirurgien du pénitencier, ordonnera le transfèrement au quartier des aliénés.)

Art. 5. — (Si ce détenu recouvre sa raison avant l'expiration de sa peine, le préfet le fera réintégrer dans le pénitencier.)

Art. 6. à 9. — (S'il est encore au quartier des aliénés à l'expiration de sa peine, le chirurgien certifiera au préfet s'il est sain d'esprit ou non. Dans le premier cas, il sera mis en liberté; mais s'il n'a pas recouvré la raison, il sera gardé et le préfet en fera rapport à l'inspecteur.)

Art. 10. — (Le lieutenant-gouverneur, sur le vu du rapport, fera transférer cet aliéné dans un lieu sûr de la province; il pourra aussi le faire remettre à sa famille.)

Art. 11 et 12. — (Dispositions spéciales sans intérêt.)

Art. 13. — (S'il s'élève quelque doute au sujet de l'état mental d'un détenu, le ministre de la justice pourra ordonner une enquête et un rapport par un ou plusieurs médecins de concert avec le chirurgien et, sur ce rapport, ordonnera telles mesures qui pourront être nécessaires.)

Art. 14 et 15. — (Dispositions spéciales à l'asile de Rockwood.)

Art. 16 à 21. — (Ces articles abrogent toutes les dispositions de l'acte des pénitenciers, de 1875, relatives à l'asile de Rockwood, et apportent à cet acte quelques modifications sans importance.)

Art. 22. — (Le titre abrégé du présent acte sera: « Acte d'amendement des Pénitenciers, 1875. »)

La convention du 7 février 1877, aux termes de laquelle l'asile de Rockwood et ses dépendances ont été cédés à la province d'Ontario, est rapportée à la suite de cet acte.

(*Annuaire de législation comparée*, 1878, p. 812.)

FAITS DIVERS.

Le travail agricole des aliénés en Saxe. — On sait que c'est un médecin français, le docteur Pinel, qui eut le mérite et l'honneur de substituer aux violences qu'on avait jusqu'alors pratiquées à l'égard des aliénés un régime plus doux et plus humain. Un savant élève de Pinel, le docteur Esquirol, marcha sur ces traces généreuses et continua l'œuvre si bien commencée.

A l'étranger on s'empessa d'imiter l'exemple donné par la France. Partout une réforme s'opéra dans le traitement des malheureux atteints de maladies mentales. Le système de liberté relative laissée aux aliénés provoqua des essais, parmi lesquels celui qu'on inaugura à Gheel, dans la Campine belge, est le plus remarquable. Gheel est un village entièrement habité par des aliénés qui s'y livrent, sous une surveillance intelligente, à des travaux agricoles.

La Saxe, qui avait été un des premiers États à appliquer le système du docteur Pinel, voulut aussi introduire chez elle ce qui donnait en Belgique de si heureux résultats. Un essai de ce genre avait déjà été tenté en Hanovre, à Einum, près l'établissement d'aliénés d'Hildesheim, mais sur une très-petite échelle. En Saxe, le procédé de ferme agricole, à l'usage des aliénés, a été essayé dans de plus vastes proportions. C'est dans

le village de Zadrass, éloigné de vingt minutes seulement d'un grand établissement d'aliénés, que l'expérience a été faite en 1868, il y a dix ans de cela ; en sorte qu'on peut juger parfaitement aujourd'hui si la tentative a réussi.

Ce qui prouve le succès de l'entreprise, c'est que le nombre d'aliénés admis à la ferme, lequel, à la fin de la première année, n'était que de 68, s'élevait à la fin de l'année 1877 à 282 individus. Il a fallu ajouter à l'exploitation cinq nouveaux bâtiments. Le bétail de la ferme consiste en 30 vaches laitières, 30 à 50 porcs, 6 à 8 bœufs et 5 chevaux.

Tandis que dans l'établissement fermé les frais doivent être calculés à 2,400 marks par tête (le mark allemand vaut 4 fr. 25), ici, dans la colonie, la dépense ne se monte par aliéné qu'à 700 marks.

On calcule que, pour un total de 300 aliénés, c'est une économie pour l'État de 500,000 marks.

Dans l'établissement fermé, on compte un gardien par 8 aliénés ; dans la colonie, il n'en faut qu'un sur 17, c'est-à-dire que la colonie exige 15 gardiens de moins en moyenne, résultat qui se traduit par une nouvelle économie annuelle de 12,000 marks.

La ferme des aliénés occupe une superficie de 64 hectares 75. Il faut porter encore en ligne de compte que cette étendue de terrain ne demande pas d'autres bras pour être cultivée ; et même les travailleurs qui sont de trop peuvent être employés, moyennant salaire, dans les fermes et exploitations voisines, ou bien à la réparation de chemins, chaussées, etc.

Le village de Zadrass, ou Zschadrass, semble mériter d'être cité, à côté du Gheel belge, comme une heureuse tentative du traitement nouveau appliqué aux aliénés.

(*Union médicale*, n° du mardi 4 mars 1879)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

— On lit dans l'*Express* de Mulhouse : « Mardi dernier, à Wurzburg, la femme Burger a été soudainement prise d'aliénation mentale et a commis un quadruple meurtre.

» Sa furie se porta d'abord sur ses trois enfants, une petite fille de dix ans et deux de neuf et deux ans. Elle les tua tous trois à l'aide d'une hache. Ensuite, elle frappa un autre enfant de huit ans à la tête. Le pauvre petit fut littéralement décapité. Cette terrible scène se passait pendant l'absence du mari et de son fils. Désespérée de son action lorsqu'elle revint à la raison, l'infortunée se porta un profond coup à la gorge avec un tranchet de cordonnier.

» Les cinq victimes ont été transportées encore vivantes à l'hôpital, mais elles n'ont pas survécu longtemps.

(*Le Temps*, n° du samedi 11 janvier 1879.)

— On lit dans l'*Écho du Nord* :

Un horrible drame s'est passé mercredi, à Monaville (Long-champs).

Un jeune homme, atteint, dit-on, d'épilepsie, est devenu fou

furieux, a tué sa mère, laissé son père râlant et blessé grièvement d'autres personnes.

L'épileptique ayant été saisi d'un accès d'une folie furieuse, a tué sa mère à coups de pied. Il s'est alors jeté sur son père, qui n'a échappé qu'en contrefaisant le mort. Après avoir accompli ces terribles exploits, le meurtrier a couru chez le voisin, où il a tenté d'assassiner l'homme et la femme, qui en ont reçu de nombreuses blessures, peu graves heureusement.

Les gendarmes, le juge de paix et deux docteurs se sont rendus jeudi sur le théâtre du crime. Les deux médecins ont fait l'autopsie de la mère de l'épileptique. Ce sont les blessures de la tête qui ont occasionné la mort.

Quant au mari de cette infortunée, il a été fortement foulé, mais il n'est pas en danger.

Le meurtrier paraît avoir eu des hallucinations. Il soutient qu'il entendait des voix qui lui disaient de tuer les personnes sur lesquelles il s'est précipité. Il croit en avoir tué quatre.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

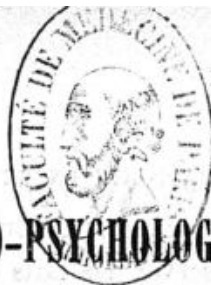
Prix Aubanel.

La Société médico-psychologique décernera un nouveau prix Aubanel, de la valeur de 2,400 fr., à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur la pathologie mentale ou sur la médecine légale des aliénés.

Les mémoires devront être adressés avant le 31 décembre 1880, à M. Motet, secrétaire général de la Société, rue de Charonne, 164, à Paris.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris. — Imprimerie de E. DONNARD, rue Cassette, 1.



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

PATHOLOGIE
 CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
 DES
RAPPORTS ENTRE LA SYPHILIS
 ET LA
PARALYSIE GÉNÉRALE

DIFFICULTÉ DE DISTINGUER LA PARALYSIE GÉNÉRALE
 DE CERTAINES ALTÉRATIONS SYPHILITIQUES DU CERVEAU

Par le Dr A. FOVILLE

Dans l'article relatif à la paralysie générale du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (tome XVI, p. 89, 1878), j'ai cru devoir terminer ce qui a trait au diagnostic différentiel de l'affection, en disant :

« Les tumeurs multiples du cerveau, celles surtout de » nature syphilitique, peuvent s'accompagner de symptômes » musculaires et intellectuels absolument identiques à ceux

» de la paralysie générale. Plus d'une fois, nous avons eu
 » occasion d'observer des faits de ce genre, et nous croyons
 » qu'il y en a où le diagnostic différentiel n'est pas possible,
 » sinon, peut-être, à l'aide de la connaissance des antécé-
 » dents. L'autopsie seule révèle l'erreur qui a persisté pen-
 » dant toute la durée de l'affection. »

Cette assertion est peut-être de nature à rencontrer l'in-
 crédulité, ou à soulever des objections ; en tout cas, elle a
 besoin de s'appuyer sur des faits. Le plus important de
 ceux qui ont frappé mon esprit est le cas d'un officier que
 j'ai eu occasion d'observer à la maison de Charenton, du
 mois de juillet au mois de novembre 1870. Dans les six mois
 qui avaient précédé son admission à l'Asile, il avait été
 soigné au Gros-Caillou et au Val-de-Grâce.

Au Gros-Caillou, il fut considéré comme aliéné, mais
 j'ignore si le diagnostic de paralysie générale fut formulé.

Au Val-de-Grâce et à Charenton, le malade fut considéré
 comme aliéné paralytique et les symptômes présentés par
 lui étaient tels qu'il ne paraissait pas possible de douter de
 l'exactitude de ce diagnostic.

Dans aucun de ces trois établissements on n'eut l'idée de
 faire subir au malade un traitement antisypilitique.

La mort survint à la fin d'une période très-accentuée de
 démence et de paralysie.

L'autopsie démontra que les lésions caractéristiques de la
 paralysie générale faisaient complètement défaut ; par
 contre, on trouva, dans l'intérieur des hémisphères, des
 tumeurs multiples qui parurent de nature syphilitique ; je
 fis des recherches pour obtenir, s'il était possible, un surcroît
 de renseignements sur les antécédents du malade ; j'appris
 alors qu'il avait été affecté de syphilis, et que peu avant
 sa maladie mentale il avait présenté des accidents tertiaires
 incontestables, mais dont, malheureusement, personne
 n'avait parlé aux différents médecins qui avaient eu à le
 soigner.

Frappé de l'importance exceptionnelle de ce fait, j'avais eu soin de le rédiger, de suite, d'une manière très-détaillée, et de faire, dans les ouvrages qui étaient à ma disposition, des recherches qui avaient eu pour résultat d'en confirmer à mes yeux la rareté et l'intérêt.

J'avais conservé, jusqu'à présent, ce travail sans le publier ; mais une observation de M. Fournier reproduite dans l'avant dernier numéro des *Annales médico-psychologiques* (janvier 1879, p. 98) et qualifiée par ce savant syphiliographe du nom de « Pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique » appelle l'attention sur cette question. M. Baillarger pense qu'il est nécessaire d'attendre la publication de nouveaux cas, avant qu'il soit possible de discuter la doctrine de M. Fournier, et je sais qu'il considère l'étude des rapports entre la paralysie générale et la syphilis comme devenant particulièrement intéressante.

Le moment me paraît donc venu de faire connaître l'observation que j'ai recueillie à Charenton ; je la donne ci-dessous avec tous ses détails, et pour ne rien modifier aux impressions qu'elle m'a inspirées sur le moment, je reproduis textuellement les notes prises, au jour le jour, près du malade et lors de l'autopsie. Ces longueurs elles-mêmes pourront ne pas être sans quelque intérêt, dans une question encore trop nouvelle pour être complètement élucidée, et pour ne pas prêter à la controverse.

**Tumeurs syphilitiques du cerveau ayant fait croire
à une paralysie générale.**

M. L..., âgé de trente-sept ans, lieutenant d'infanterie, fut amené du Val-de-Grâce à Charenton le 10 juillet 1870. Le certificat délivré par M. le Dr Colin le déclare atteint de paralysie générale.

En voyant M. L... le lendemain de son admission, je fus surtout frappé de ce qu'il était atteint d'hémiplégie gauche.

La réunion de la folie paralytique et d'une hémiplegie, à une époque encore assez peu avancée de la maladie, constituait une circonstance à coup sûr exceptionnelle et digne d'appeler un sérieux examen.

Je procédai à cet examen le 13 au matin. En voici le résultat :

Etat actuel. — M. L... est atteint d'une hémiplegie incomplète de la moitié gauche du corps ; à la face la paralysie n'est presque pas apparente lorsque les traits sont au repos. C'est à peine si ce côté du visage paraît un peu flasque et aplati ; mais lorsque le malade parle, et surtout lorsqu'il rit et s'anime, on s'aperçoit que les muscles se contractent à droite avec beaucoup plus d'énergie qu'à gauche.

Le membre supérieur gauche est presque complètement immobilisé, le bras pendant, l'avant-bras fléchi sur le bras ; la main un peu fléchie sur l'avant-bras, les doigts rétractés. Tout le membre a l'aspect qui lui est propre chez les anciens hémiplegiques ; la main gauche est ramenée sur la poitrine, et le malade la prend avec sa main droite quand il a besoin de lui imprimer quelque mouvement.

Le membre inférieur est beaucoup moins mal partagé ; ses mouvements sont difficiles, mais non impossibles ; le malade le tire après lui en fauchant, mais il peut se tenir debout, et même marche assez vite, en boitant.

La pupille gauche est contractée, très-étroite et presque immobile. La droite au contraire est mobile et paraît normale ; néanmoins le malade dit que depuis plusieurs mois il ne voit presque plus de l'œil droit, tandis qu'il ne se plaint pas de la vision à gauche.

La sensibilité générale ne paraît pas sensiblement modifiée : en quelque endroit qu'on touche ou qu'on pince le malade, il s'en aperçoit et le manifeste par ses paroles et ses mouvements.

Le visage de M. L... est d'une teinte rouge générale,

causée par une injection très-vive des capillaires dilatés; les deux oreilles sont rouges, chaudes et turgescents, les yeux brillants et injectés, la salive abondante.

Le malade est très-remuant : depuis trois jours qu'il est dans la maison, il a peine à tenir en place, et en dépit de la difficulté qu'il éprouve à marcher, il se promène presque constamment dans l'infirmerie ou sur la terrasse.

Il parle également beaucoup et presque exclusivement de lui-même. La plupart des mots qu'il prononce sont assez nettement articulés; mais ils ne se suivent pas vite et paraissent éprouver de la peine à sortir. Par moments, il hésite à prononcer un mot, mais cela paraît tenir à la difficulté de trouver le mot, bien plus qu'à une lésion musculaire des lèvres, des joues ou de la langue.

La conversation n'est pas très-suivie; cependant on peut en saisir le sens. M. L... raconte qu'il est malade depuis le jour de Noël de l'année précédente. A ce moment il s'occupait activement de vastes entreprises dans l'extrême Orient, qui allaient être pour lui une occasion de grands profits. Le 25 décembre, après avoir dîné chez son frère, sans faire d'excès, il aurait éprouvé, pendant la nuit, un grave accident sans en avoir ni conscience, ni souvenir; d'après sa maîtresse, qui était alors avec lui, il aurait perdu connaissance. Le lendemain, cependant, il allait comme d'ordinaire et avait repris son service, sans aucune difficulté; au bout de quinze jours environ, il eut, étant à la revue avec son régiment, une nouvelle attaque analogue, suivie d'une paralysie de la moitié gauche du corps. Il entra à l'hôpital militaire du Gros-Caillou où il resta près de trois mois; puis il alla en convalescence dans sa famille en province. C'est delà qu'il a été tout récemment ramené au Val-de-Grâce, puis transféré à Charenton, ce qui lui paraît le résultat d'une erreur.

Il ajoute qu'il ne peut y rester; qu'il a besoin d'aller de suite à Paris pour reprendre ses affaires en souffrance depuis

six mois ; que d'ailleurs une voiture l'attend à la porte de la maison.

Tout cela avait été raconté lentement, sans spontanéité ; M. L... ne faisait guère que répondre à des questions pressantes.

Le résultat de ce premier examen n'était pas décisif : il y avait évidemment hémiplegie gauche. Quant au reste, il n'était pas douteux que les facultés ne fussent en voie d'affaiblissement ; mais on pouvait se demander s'il y avait un véritable délire. Les prétentions du malade sur ses projets d'avenir, quoique suspectes, étaient à la rigueur possibles ; la prononciation des mots n'avait rien de significatif. Les troubles de la vision et l'altération d'une pupille ne l'étaient pas davantage.

Le diagnostic restait indécis, pour moi, entre une démence simple, symptomatique d'une lésion organique du cerveau, et une démence paralytique avec hémiplegie. Je dois dire que si je n'avais eu à tenir compte que de mon propre examen, j'aurais incliné pour la première hypothèse. Le diagnostic du médecin du Val-de-Grâce m'imposait cependant de la réserve, et je restais en suspens, comptant sur la marche ultérieure de l'affection, et les renseignements que j'obtiendrais sans doute bientôt sur les antécédents du malade, pour résoudre cet intéressant problème.

Quelques jours après, en effet, je pus interroger avec soin le frère de M. L..., et j'obtins de lui des détails complets dont voici le résumé : dans sa carrière militaire, qui s'est presque entièrement passée dans nos expéditions lointaines du Mexique, de Chine et de Cochinchine, M. L... s'est toujours distingué par son activité, son énergie, son initiative ; mais en même temps, il s'est montré souvent querelleur, a fait pas mal de dettes, a vécu d'une façon peu régulière, et a dû à plusieurs reprises changer de régiment. Il a séjourné longtemps en Cochinchine, a été plusieurs années secrétaire du bureau Annamite, a appris la langue de ce pays et

fait une étude complète de sa topographie. Il a dû à ces circonstances d'être récemment choisi, comme agent principal, par une compagnie qui se proposait d'établir de grandes entreprises industrielles et commerciales dans l'extrême Orient. Les conditions de traitement fixe et d'intérêt proportionnel étaient très-belles, et ne dépassaient pas ce qu'il nous avait raconté lui-même. Il s'occupait avec beaucoup d'activité de ce projet, lorsqu'à la fin de novembre 1869, une dénonciation anonyme, le représentant comme un dissipateur endetté, vint compromettre sa nomination. L... fut très-fortement impressionné de cette dénonciation, et fit d'actives démarches pour en conjurer l'influence. C'est dans ces dispositions d'esprit qu'il se trouvait lorsque éclata l'attaque épileptiforme de la nuit de Noël.

Le frère de M. L... m'a affirmé que, dès le lendemain de cet accident, le malade ne paraissait nullement s'en ressentir, et que pendant les quinze jours qui s'écoulèrent entre cette attaque et la seconde, son état ne fut pas différent de ce qu'il était en temps ordinaire.

Pendant le premier séjour de M. L... à l'hôpital (janvier à mars 1870), son état mental commença à attirer l'attention, et comme on le voyait devenir extravagant et déraisonnable, on songeait à le faire transférer dans un asile d'aliénés. Ce fut alors que la famille prévenue demanda à se charger de lui et l'emmena en province, espérant que cela suffirait pour le guérir. Il n'en fut rien : on s'aperçut bientôt que, malgré des apparences assez paisibles, M. L... était très-malade, et que son état de délire se manifestait dans ses actes aussi bien que dans ses propos. Il avait, par moments, la parole fort embarrassée ; il ne prenait aucun soin de sa personne ; ses vêtements étaient en désordre ; il mangeait gloutonnement aux repas ; dans l'intervalle des repas, il cherchait à faire main basse sur les bouteilles de vin et de liqueurs, et bientôt on fut obligé d'ôter les clefs de toutes les armoires. Puis il devint inconvenant avec les femmes ;

il faisait des propositions aux bonnes et parlait d'une manière indécente devant les dames qui venaient en visite ; celles de sa propre famille étaient en butte à ses instincts érotiques. On le trouva une fois à genoux devant une petite fille de deux ans et demi dont il avait retroussé les jupes, et dont il embrassait les parties génitales.

Par un contraste frappant, lui qui avait toujours été très-indifférent en matières religieuses, s'en occupait maintenant beaucoup, mais d'une manière complètement délirante. Il voulait faire bâtir une église ; il entendait les anges qui lui parlaient de ce projet, et il les chargeait de la construction. Il se croyait très-riche et voulait donner des sommes considérables pour cette œuvre et pour d'autres.

Il accusait en outre de singulières altérations de la sensibilité générale, et se plaignait d'avoir une torpille dans le pied et la jambe gauches, c'est-à-dire du côté paralysé. Il était très-excité, voulait toujours sortir, ne savait où il allait et échappait souvent à la surveillance.

Il n'était plus possible à sa famille de le garder chez elle, et ce fut alors que l'on se décida à le ramener au Val-de-Grâce, d'où il nous fut envoyé au bout de quelques jours avec le diagnostic de paralysie générale, qui nous parut beaucoup plus justifié lorsque nous eûmes été mis au courant de toutes ces circonstances, que lorsque nous ne les connaissions pas encore.

L'examen ultérieur du malade confirma encore cette appréciation ; pendant les jours qui suivirent, M. L.... se montra très-excité ; il voulait toujours marcher, sans entendre aucun raisonnement ; il parlait de ses vues grandioses, de son projet de construire une église avec l'assistance des anges ; il était très-riche, une voiture l'attendait constamment et lui coûtait 200 francs par jour ; il avait 300 chevaux ; il comptait bientôt partir pour la Chine. Sa parole n'avait plus la netteté relative des premiers jours ; l'articulation des mots était manifestement embarrassée ; toute la tête tou-

jours fortement congestionnée ; l'état des pupilles et de la vision restait le même.

Le certificat de 24 h. porte que M. L... est atteint de paralysie générale avec prédominance des troubles musculaires à gauche. Le certificat de quinzaine mentionne une hémiplegie consécutive à une hémorrhagie cérébrale.

Devant cet ensemble de symptômes, tant ceux que j'observais que ceux qui m'avaient été racontés par le frère du malade, qui tous avaient le caractère propre à ceux que l'on observe chez un si grand nombre de déments paralytiques, mes doutes devaient tomber, et dans une note que j'écrivais à la date du 4^{er} août et que je copie textuellement, je m'exprimais ainsi :

« Malgré la rareté du fait, il paraît bien y avoir ici coïncidence d'une hémiplegie et d'une paralysie générale.

L'hémiplegie existe certainement ; elle frappe les yeux. Sa cause est moins évidente ; elle semble être survenue, d'une manière lente, après deux attaques épileptiformes chez un individu très-fortement surexcité au physique comme au moral.

La paralysie générale, dont le début se reliait, comme cela est si fréquent, aux mêmes attaques épileptiformes, paraît indiquée par la démence avec embarras de la parole, la modification générale du caractère, la gloutonnerie, la tendance à boire avec excès, le besoin de locomotion, le développement des instincts érotiques sans aucune retenue, et surtout les idées de grandeurs, mobiles, absurdes et incohérentes. »

Il était évident que ce diagnostic, qui réunissait ainsi deux affections ordinairement distinctes, me coûtait à faire, et cependant je ne voyais aucun moyen de m'y soustraire.

L'état de M. L... s'aggrava rapidement. Au 15 août, je notais un affaiblissement général ; l'intelligence était tout à fait hébétée ; le malade ne manifestait presque aucune idée spontanément ; il répondait à peine aux questions ; sa parole

était de plus en plus pâteuse et embarrassée. Il se gâtait souvent, il était faible et ne pouvait néanmoins rester dans un fauteuil sans vouloir encore se lever et marcher sans but. Enfin, un nouveau symptôme avait paru: qu'il fût sur son oreiller ou dans son fauteuil, M. L... portait toujours la tête de côté, renversée sur l'épaule gauche, la face tournée à droite et un peu en haut.

Vers cette époque, une circonstance nouvelle vint redoubler l'intérêt que cette observation m'inspirait. M. Colin, médecin du Val-de-Grâce, publia dans la *Gazette hebdomadaire* (19 août 1870) un article intitulé (1): « De la paralysie générale des aliénés, consécutive à des lésions locales du cerveau, spécialement à l'hémorragie cérébrale. » Dans cet article, l'auteur, après avoir signalé, avec grande raison, à mon avis, la rareté de la coïncidence de la paralysie générale et des paralysies localisées, dit avoir été surpris d'avoir vu se succéder dans son service, en deux mois, trois cas dans lesquels la paralysie générale s'était développée à la suite d'une hémiplégie. Sur ces trois cas, il n'en rapporte malheureusement qu'un, et ce cas était précisément celui de M. L... qui fait l'objet de l'observation actuelle.

Dans le récit qu'il fait de l'histoire de M. L..., M. Colin signale les deux attaques épileptiformes qu'il appelle attaques de congestion, et indique très-bien, d'une part l'hémiplégie gauche, d'autre part les phénomènes caractéristiques de la démence paralytique. « Au Val-de-Grâce, dit-il, le malade veut orner le jardin de quelques monuments: chapelle, salle de bal, restaurant. Il a un sentiment exagéré de sa force physique. » Je n'avais qu'une objection à faire à M. Colin, c'était de n'avoir pas suffisamment établi le diagnostic d'hémorragie cérébrale, qui cependant devait se rapporter à cette observation, puisqu'elle était la seule rap-

(1) Voyez l'analyse de cet article dans *Annales médico-psych.*, 1872, t. XIV, p. 286

portée en détail, et que le titre de l'article en faisait formellement mention.

Dans les semaines qui suivirent, l'état de M. L... ne cessa de s'aggraver rapidement. Il ne pouvait plus marcher, même au bras d'un infirmier, sans tomber ; il glissait sur son fauteuil ; on dut le laisser au lit. Il eut alors, aux fesses et à la partie postérieure des cuisses, un érythème assez étendu, accompagné de phlyctènes dont quelques-unes s'ulcérèrent. Malgré la gravité de cette complication, dans un pareil ensemble de circonstances, cet érythème guérit bien et les ulcérations se cicatrisèrent.

Au point de vue moral et mental, son état de démence devint complet, absolu. Toute manifestation intellectuelle fut abolie, et cet état d'abrutissement ne se démentit plus jusqu'à la fin. M. L... ne parlait presque plus, jamais de lui-même, à peine quand on le pressait de questions. Sa parole ne cessa jamais d'être très-mal articulée.

La tête, toujours congestionnée, était constamment renversée sur l'épaule gauche, la face dirigée en haut et à droite, ce qui lui donnait un aspect tout particulier que n'ont, d'ordinaire, ni les hémiplegiques, ni les déments paralytiques. Il avait parfois, dans les muscles de la face, quelques petits mouvements convulsifs, mais peu intenses et sans continuité. La paupière supérieure gauche était seulement baissée, mais non d'une manière constante.

Un autre symptôme, très-accusé chez M. L..., et tout à fait spécial, fut la difficulté prédominante de la déglutition. Dès la fin de septembre, il ne put plus avaler aucun aliment solide. Son pharynx ne se prêtait qu'au passage des liquides et des matières semi-liquides ayant très-peu de consistance. Sans doute, on observe dans les cas très-avancés de démence paralytique une sorte de dysphagie ; mais dans ce cas ce symptôme était plus accusé et hors de proportion avec l'ensemble des autres accidents.

M. L... végéta ainsi tout le mois d'octobre, sans manifes-

tation intellectuelle, ne pouvant ni se soutenir, ni agir, dépérissant lentement, ne se nourrissant que très-incomplètement, et il mourut épuisé, sans aucun accident nouveau, le 4^{or} novembre au matin.

Autopsie. — En procédant à l'autopsie du cerveau de M. L... je m'attendais à trouver : d'une part, les lésions de la folie paralytique; d'autre part, une altération unilatérale qui expliquerait l'hémiplégie, et qui serait située vers la base du crâne, ou vers le bulbe, de manière à intéresser les origines du spinal, du pneumogastrique et du glosso-pharyngien, et à expliquer par là le torticolis et la dysphagie.

Ces deux présomptions furent trompées, ainsi que celle de M. Colin qui avait cru à une hémorrhagie cérébrale. Le cerveau examiné avec soin ne présentait aucune trace des altérations de la folie paralytique, et les lésions locales très-importantes, dont il était le siège, n'étaient pas celles qui succèdent à une hémorrhagie; leur siège n'était pas rapproché du bulbe.

Voici le détail.

La dure-mère ne présente rien de particulier.

Les méninges sont claires et minces; il n'y a ni opacité, ni épaissement; pas d'injection marquée, ni d'ecchymoses. Partout elles s'enlèvent facilement, se séparant sans aucune résistance de la substance corticale à laquelle elles ne tiennent par aucune adhérence, sauf sur un point limité dont nous allons parler. La surface des circonvolutions est saine, plutôt pâle que rouge, d'une consistance uniformément normale; aucune trace d'ulcération superficielle; en raclant avec un scalpel on ne détache pas de pellicule, aucun ramollissement granuleux de la couche moyenne de la substance grise.

Seulement, à la face externe de l'hémisphère gauche, vers la réunion du tiers postérieur et du tiers moyen, il existe une altération locale ayant environ la largeur d'une pièce de 2 francs. Là, les méninges adhéraient un peu;

elles ont pu néanmoins être enlevées; la substance grise de deux ou trois circonvolutions est altérée dans sa texture, sa consistance, sa couleur et son aspect extérieur. Elle est indurée, par noyaux séparés, jaunâtre par places, plus rouge et plus injectée au contraire à d'autres endroits; ratatinée sans uniformité. La substance cérébrale est, par places, infiltrée d'une substance caséuse non ramollie, de consistance dure, et autour il y a augmentation de vascularité. Une coupe verticale permet de voir que cet aspect n'est pas nettement limité en profondeur, qu'il dépasse la couche corticale pour gagner la substance blanche, et que son épaisseur est de 5 mill. à 1 centimètre.

Les deux hémisphères sont alors séparés par la section verticale du corps calleux sur la ligne médiane, et l'on aperçoit leur face interne sur toute la hauteur. On voit immédiatement que les deux couches optiques sont le siège d'altérations profondes de leur tissu.

L'altération n'occupe pas le même siège des deux côtés.

A droite, elle embrasse toute la moitié postérieure de la couche optique, sans en modifier sensiblement la forme. La consistance est ferme, plus considérable que d'ordinaire; la forme bosselée par places. La couleur indique un excès de vascularisation diffus. La substance cérébrale semble faire toujours le fond du tissu, mais elle est infiltrée par places et hyperémiée tout autour. Une incision profonde partage la partie altérée en deux : on voit que l'intérieur ressemble à l'extérieur, sans délimitation nette d'un corps hétérogène.

A gauche, c'est toute la moitié antérieure de la couche qui est altérée; dans la plus grande partie de son étendue, l'altération ressemble à ce qui a déjà été indiqué par l'autre couche optique et la plaque superficielle des circonvolutions. Mais en outre, il existe en bas et en avant de la partie altérée, juste en dehors du chiasma optique, deux noyaux indurés plus résistants que les parties voisines, et faisant une

certaine saillie, l'un plus petit situé en avant de la bandelette optique, l'autre plus considérable en arrière. Une coupe étant pratiquée, on voit d'abord une couche de substance cérébrale hyperémiee, puis un double noyau très-résistant, de couleur jaune, d'aspect fibro-graisseux très-bien limité du côté qui correspond à la surface de la couche optique, mal limité au contraire par son côté profond, et se perdant dans la masse de la substance cérébrale qui est indurée en certains endroits, tandis qu'en d'autres elle a un aspect gélatineux. Ces noyaux sont gros environ comme une noisette.

Le reste de l'encéphale ne présente rien de particulier ; le cervelet, le bulbe notamment, paraissent absolument normaux ; il en est de même de la moelle, depuis le bulbe jusqu'à la queue de cheval.

Réflexions. I. — En observant ces altérations si profondes de trois localités limitées de l'encéphale, je pensai de suite qu'elles devaient être de la nature des gommés syphilitiques, la substance fibro-caséeuse qui les compose étant infiltrée d'une manière diffuse dans la couche optique droite et à la surface de l'hémisphère gauche, étant au contraire accumulée sous forme de deux gros noyaux dans la couche optique gauche.

Cette opinion, formée à priori sur la simple vue des lésions, se confirma après quelques recherches que je fis dans les livres de Zambaco, de Gros et Lancereaux, sur les affections nerveuses syphilitiques. J'y vis notamment que les tumeurs spécifiques du cerveau peuvent se présenter « sous la forme d'une tumeur arrondie, variable quant au volume, d'une consistance épaisse et d'une coloration jaune-verdâtre, ce qui peut la faire comparer à du pus concret. » « Elle est souvent entourée par de la substance cérébrale injectée, ramollie ou en suppuration. » (Zambaco, p. 64.) « D'autres fois, le dépôt plastique peut, au lieu de se réunir

sous forme de tumeur, constituer parfois un véritable épanchement, ou bien pénétrer la substance cérébrale, moléculairement pour ainsi dire. » (Id., p. 66.)

Chez notre malade, ces deux formes différentes existaient toutes les deux, et leur description se rapportait parfaitement à ces deux passages (1).

Cependant ces présomptions ne pouvaient suffire, et il y avait un grand intérêt à savoir si, antérieurement à la maladie aux progrès de laquelle il avait succombé, M. L... avait eu des affections vénériennes. Je savais déjà qu'il avait eu l'existence d'un viveur assez dissipé, ce qui venait encore à l'appui de mes présomptions ; je parvins à apprendre, de la manière la plus positive, que pendant son séjour en Cochinchine il avait contracté une syphilis très-grave, suivie bientôt d'accidents constitutionnels qui avaient exigé un traitement spécifique prolongé ; qu'à la suite il avait éprouvé plusieurs rechutes et était entré à plusieurs reprises à l'hôpital du Gros-Caillou avec des accidents tertiaires, et qu'enfin, dans ces dernières années, il avait été traité pour une tumeur gommeuse développée dans l'épaisseur de la base de la langue, tumeur qui déterminait chez lui une aphonie presque complète.

Si j'avais connu ces détails au moment de l'autopsie, je n'aurais pas manqué de rechercher les traces de cette tumeur, et de voir si elle n'aurait pas récidivé et été la cause de la dysphagie des derniers temps de la vie. Peut-être aussi, l'existence de cette tumeur avait-elle une part, sinon la plus grande, dans l'attitude spéciale de la tête du malade sur son oreiller. Quoi qu'il en fût, tous mes doutes étaient levés, et j'avais un ensemble de raisons suffisant pour considérer les lésions cérébrales constatées

(1) Cette description répond aussi, très-exactement, à celle que M. Fournier vient de donner des gommes cérébrales sous leur double forme d'*infiltration diffuse* et de *tumeur circonscrite* (*La syphilis du cerveau*, p. 54 ; Paris, 1879).

chez M. L... comme syphilitiques. Je ferai remarquer que la nature des accidents observés pendant la vie n'avait pas mis sur la voie, et que ni au Gros-Caillou, la dernière fois qu'il y est entré à la suite de ses attaques épileptiformes, ni à Nevers, ni au Val-de-Grâce, ni enfin à Charenton, on n'a eu l'idée de soumettre M. L... à un traitement antisypilitique qui, s'il avait été employé à temps et d'une manière énergique et prolongée, aurait peut-être conjuré la marche rapide de l'affection cérébrale dont je n'ai eu à observer que la période ultime (1).

(1) Quelques semaines après avoir rédigé cette observation, je trouvais dans l'article « tumeurs de l'encéphale » de Jaccoud et Hallopeau, contenu dans le XIII^e volume du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* qui venait de paraître, les indications suivantes sur la constitution des tumeurs syphilitiques de l'encéphale (p. 465) :

« Elles représentent la forme des parties dans lesquelles elles se sont développées ; elles ne sont pas nettement limitées et se continuent insensiblement avec les parties saines ; elles ne deviennent caséuses que dans une petite partie de leur étendue.... Elles sont d'apparence homogène, d'un gris rougeâtre ; sur une coupe on aperçoit des taches jaunâtres qui représentent les parties caséuses ; dans le cerveau elles sont souvent entourées d'une matière semi-transparente d'aspect colloïde. »

Que l'on se reporte à la description des tumeurs de M. L... que j'ai rédigée de visu, et l'on verra qu'elle répond d'une manière tellement exacte aux indications du passage que je viens de citer, qu'il ne peut rester, pour ainsi dire, aucun doute sur la nature syphilitique de ces altérations.

J'aurais voulu donner une confirmation de plus de cette appréciation, en soumettant ces tumeurs à l'examen d'un micrographe compétent ; j'avais pris certaines mesures dans ce but. Malheureusement, les complications résultant du siège de Paris, qui était à ce moment la principale occupation, ont mis obstacle à la réalisation de ce projet. Je l'ai moins regretté en lisant à la suite de la description qui précède les lignes suivantes : « A l'examen microscopique elles apparaissent essentiellement composées de noyaux et cellules que sépare tantôt une substance homogène, tantôt un tissu connectif fibrillaire. Les cellules ressemblent aux leucocytes ; leur origine est controversée. D'après Wagner elles se formeraient par multiplication des noyaux des capillaires ; plus généralement on pense qu'elles résultent de la prolifération des éléments de la névroglie ; mais, depuis les expériences de Cohnheim, toutes les

II. — L'absence des lésions propres à la folie paralytique, chez M. L..., prouve que les scrupules qui m'avaient fait reculer, pendant les premiers jours, devant le diagnostic de paralysie générale étaient fondés, et que plus tard, en finissant par admettre ce diagnostic, j'avais commis une erreur. Mais, même après coup, je me demande encore comment j'aurais pu éviter cette erreur, et je ne trouve pas de réponse.

Je maintiens, encore maintenant, que tous les troubles intellectuels constatés à Nevers, au Val-de-Grâce, au début du séjour à Charenton, étaient de ceux qui sont propres à la démence paralytique avec des idées de grandeur. J'ajoute que la parole présentait par moments, surtout quand le malade parlait un certain temps, un embarras parfaitement identique à celui de beaucoup d'aliénés paralytiques; et si, à certains moments, et surtout quand il commençait à causer, M. L... articulait assez bien, cela ne pouvait m'éclairer, car rien n'est plus ordinaire que d'observer cette particularité chez de véritables aliénés paralytiques. Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien ce diagnostic se trouvait encore corroboré par les deux attaques épileptiformes qui avaient signalé le début de la maladie, car ce mode d'invasion est l'un des plus fréquents dans la paralysie générale.

Restait donc uniquement l'hémiplégie.

Elle m'embarrassait, me donnait des doutes. Pouvait-elle à elle seule suffire pour faire rejeter la paralysie générale,

questions relatives à la genèse des éléments sont de nouveau à l'étude (p. 466) ». Il est évident que ces caractères n'ont rien de pathognomonique, et que l'examen micrographique de néoplasmes, dont toute l'histoire histologique est remise en question, n'aurait ajouté aucune notion essentielle dans le cas actuel où il n'y avait pas de doutes sérieux à avoir sur la nature syphilitique des tumeurs en question. Enfin, comme on le sait depuis longtemps, et comme le répètent les auteurs de l'article précité, l'importance des tumeurs cérébrales dépend bien plus de leur forme, de leur siège, de leur mode de développement, de leurs rapports avec les parties voisines que de leur structure intime.

malgré toutes les raisons qui se réunissaient pour faire croire à son existence ? Bien que, en faisant appel à mes propres souvenirs, je ne me sois pas rappelé avoir encore observé de cas de ce genre, il ne me paraissait pas qu'il dût y avoir d'incompatibilité absolue entre la paralysie générale et l'hémiplégie. Je parle, bien entendu, d'une hémiplégie franche, complète, telle qu'on l'observe d'ordinaire à la suite d'attaques d'apoplexie, et non pas de cette faiblesse ou disharmonie ataxique des mouvements qui, chez un si grand nombre d'aliénés paralytiques, prédomine d'un côté du corps, et que l'on appelle quelquefois hémiplégie incomplète. Autant celle-ci est fréquente et ordinaire dans cette affection, autant celle-là me paraît rare et exceptionnelle, sans que cependant je dusse croire son association à la paralysie générale absolument incompatible.

Depuis, j'ai fait quelques recherches dans les livres, sans y trouver, plus que dans mes souvenirs, des cas où cette association fût hors de doute. Sur les 300 et tant d'observations rapportées par M. Parchappe, dans son *Traité de la folie* (1841), il n'y a que la 196^{me} (p. 184), où cette association paraît exister. Cependant, il y a déjà plusieurs années, en lisant cet ouvrage sans aucune préoccupation sur la question actuellement posée, j'avais cru devoir faire certaines réserves sur ce cas, me demandant s'il était légitime de le comprendre sous le nom de folie paralytique, en entendant par là l'entité morbide si bien caractérisée que l'on observe dans les asiles d'aliénés. L'étude toute récente que j'ai refaite de cette observation confirme mes doutes et mes réserves sur la qualification qui lui convient ; elle montre aussi son analogie, à bien des égards, avec le cas de M. I..., surtout au début qui est ainsi rapporté : « Attaque d'apoplexie avec paralysie du côté gauche, puis symptômes de folie. Délire roulant sur l'amour, la politique. Craintes d'arrestation. Manie d'acheter. Appétit vorace. Amélioration. Rechute après deux mois. Convulsions. » Mais par la suite l'affection ne

ressemble en rien à la paralysie générale ; le malade reste toujours dans une stupeur comateuse, puis il a un retour de lucidité, sans aucun délire ni aucun embarras de la parole, le côté gauche restant plus faible. Cette rémittence est de courte durée ; de nouvelles attaques se produisent, épuisant le malade qui finit par succomber. A l'autopsie, il n'y a aucune adhérence entre les méninges et la surface corticale dont la consistance est considérablement augmentée et ne se laisse entamer par le scalpel qu'avec effort. Seulement, cette résistance vaincue, on trouve que la partie profonde de la substance corticale *paraît plus molle* que la partie superficielle. En vérité, cette seule apparence, lorsqu'il n'y a pas d'adhérences méningiennes, et qu'il n'y a pas eu de symptômes mieux caractérisés, suffit-elle pour faire admettre l'existence de la paralysie générale ? Il me semble que non. L'hémiplégie gauche était parfaitement justifiée par la présence d'un kyste apoplectique dans le corps strié droit.

L'observation 227 du même recueil est bien celle d'un aliéné paralytique dont la maladie a duré trois ans, et dont l'affection était depuis bien longtemps reconnue et déterminée lorsque survint une hémiplégie gauche qui s'expliqua à l'autopsie par la présence des vestiges d'un foyer hémorragique dans le corps strié droit. Évidemment ce cas prouve seulement que l'on peut, dans le cours de l'évolution d'une folie paralytique, avoir une attaque d'apoplexie causée par une hémorrhagie cérébrale, ce qui n'est pas du tout la même question que celle qui nous occupe. Cela même ne doit pas être fréquent ; car à côté de cette observation je ne puis citer que la 115^{me} de M. Calmeil (*Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, t. II. p. 64), que l'auteur lui-même en a rapprochée, et qui peut être suffisamment résumée en quelques mots : Développement graduel d'une paralysie générale. — Tout à coup hémiplégie à gauche. — Mort lente. — Lésions de la périencéphalite diffuse. — Caverne dans le corps strié droit.

Une autre observation du même livre, une seule, la 143^e (t. II, p. 50), peut être rapprochée de celle de M. L... et de la 196^{me} de M. Parchappe. Elle concerne un homme qui eut, en l'espace de quelques mois, un grand nombre d'accidents épileptiformes, de nuance et de gravité variables, entraînant des désordres généraux de la motilité avec prédominance à droite et un grand affaiblissement de la mémoire allant jusqu'à la démence. Jamais de délire, sauf à la suite des attaques; parole embarrassée comme tous les mouvements. A l'autopsie, on trouve plusieurs altérations profondes des hémisphères, dont la plus considérable est un vaste ramollissement parsemé d'extravasations sanguines de tout le lobule postérieur de l'hémisphère droit. Là où ce ramollissement va jusqu'à la surface des circonvolutions, celles-ci sont soudées aux méninges, comme cela a toujours lieu en pareil cas; dans tout le reste de l'hémisphère gauche et à toute la surface de l'hémisphère droit il n'y a aucune adhérence des méninges, aucune ulcération de la couche corticale. Eh bien ! pour moi, ce n'est pas encore là un cas de paralysie générale; ce ne l'est ni cliniquement, ni anatomiquement. A ce dernier point de vue, les adhérences très-limitées de l'hémisphère gauche tenaient uniquement au ramollissement; l'absence de toute adhérence sur le reste de l'encéphale me paraît exclusive de la paralysie générale, et leur indication sur le cervelet n'est pas suffisante pour infirmer cette dernière assertion. Au point de vue clinique, il y avait là un état de démence associé à des accidents épileptiformes fréquents, sans délire, s'expliquant parfaitement par l'existence d'altérations multiples et profondes de l'encéphale, mais ne portant pas les caractères pathognomoniques de la vésanie paralytique.

En résumé, je n'ai trouvé, dans les recueils les plus volumineux d'observations que possède la science, que deux observations d'hémiplégiques ayant pu paraître en même temps atteints de folie paralytique. Dans aucune des deux

les symptômes de cette vésanie n'étaient aussi accusés que chez M. L...; dans les deux cas, comme chez M. L..., les lésions anatomiques caractéristiques manquaient, en sorte que loin d'infirmes mes scrupules de diagnostic au début, ces deux cas n'auraient pu qu'ils corroborer.

Aujourd'hui, instruit par tous ces faits, sans prétendre assurer qu'il y a incompatibilité absolue entre le développement simultané et collatéral d'une hémiplegie et d'une folie paralytique, je me montrerais encore beaucoup plus réservé, ou même récalcitrant pour en admettre la réalité, et croirais prudent de laisser le doute suspendu sur l'appréciation de tout cas analogue à ceux que je viens de citer.

III. — J'ai étudié avec soin les deux Traités des maladies nerveuses syphilitiques de Zambaco et de Gros et Lancereaux, pour voir si je trouverais quelque cas semblable à celui de M. L... Je n'en ai pas rencontré qui eût, avec celui-ci, autre chose qu'une analogie très-éloignée. Ou bien il s'agit d'aliénés paralytiques présentant tous les caractères des malades de cette espèce, et ayant en outre eu, à une époque quelconque, des accidents syphilitiques, ce qui est loin de suffire, comme le disent eux-mêmes les auteurs, pour démontrer la nature syphilitique de leur maladie cérébrale; ou bien ce sont des altérations localisées du cerveau, probablement syphilitiques, qui avaient entraîné des troubles de la motilité généralisés, en même temps que l'affaiblissement intellectuel ou du coma, et auxquels des médecins non aliénistes ont assigné, un peu légèrement à mon avis, le nom de *paralysie générale*, sans que cela suffise pour démontrer l'existence de l'entité morbide à laquelle les spécialistes s'accordent à réserver ce nom.

IV. — Du reste, que le cas de M. L... ait ou non des analogues antérieurement publiés, il n'en existe pas moins ce fait qui pour moi est établi sans doute possible: pendant

une période de plusieurs mois l'état mental de ce malade a été une démence avec prédominance d'un délire des grandeurs mobile, absurde et incohérent, état mental qui est exactement celui d'un grand nombre d'aliénés paralytiques; et cependant, à l'autopsie, on a pu constater l'absence des lésions anatomiques propres à cette affection. Qu'en conclure? sinon que l'existence de ces symptômes intellectuels n'est pas fatalement subordonnée à celle de ces lésions.

Comme il faut qu'elle ait une cause, elle me paraît devoir être rapportée à de simples troubles de la circulation, de nature congestive, état mobile et passager, si l'on veut, mais qui suffirait pour faire naître les idées optimistes et ambitieuses observées chez M. L... Si l'on se rappelle que constamment le visage, les oreilles, les yeux de M. L... ont présenté cette rougeur congestive, cette injection sanguine qui succède, dans les expériences de laboratoire, à la section du grand sympathique au cou, l'on sera amené à penser que les effets identiques tenaient à des causes semblables, et qu'il existait chez lui un état de paralysie des nerfs vasomoteurs de la tête qui entretenait dans les régions intracrâniennes, autant qu'extra-crâniennes, un état habituel de distension vasculaire, de congestion sanguine, qui a suffi pour produire les troubles intellectuels qui ont été relatés, et qui, comme les troubles du même ordre, n'a pas laissé de traces sur le cadavre. En d'autres termes, l'on sera conduit à admettre avec M. Baillarger que, dans certains cas au moins, les idées de grandeurs incohérentes, mobiles, diffuses, peuvent tenir à un simple état de congestion de l'encéphale, sans les lésions propres à la folie paralytique.

V. — Si l'on fait abstraction des phénomènes intellectuels et moraux, pour ne s'occuper que des troubles musculaires, ce cas fournit encore matière à d'intéressantes réflexions. M. L... a offert, pendant huit mois, sur dix qu'a duré la maladie, une hémiplégie gauche bien nettement caractérisée

et constante dans ses symptômes. Lorsque je l'ai vu pour la première fois, six mois après le début, il pouvait marcher avec assez de rapidité, mais en fauchant et en traînant péniblement la jambe gauche derrière lui; beaucoup d'hémiplégiques par hémorragie en sont là au bout du même temps. Sa main rétractée et tenue au-devant de la poitrine par la contracture qui tenait l'avant-bras fléchi sur le bras avait de même la plus parfaite ressemblance avec celle des hémiplégiques ordinaires. Aussi M. Colin ne paraît-il pas avoir hésité à le considérer comme ayant eu une hémorragie cérébrale. Pendant les deux derniers mois de la vie seulement (septembre et octobre), l'affaiblissement fut général et le malade dut garder le lit. Pendant les dernières semaines, la torpeur physique et intellectuelle était telle que l'on ne pouvait plus préciser les limites des lésions de la motilité.

A l'autopsie, on trouva trois foyers différents d'altérations anatomiques, probablement de même nature, mais à des degrés différents, dans la couche optique gauche, dans la couche optique droite, et à la face externe de l'hémisphère gauche. L'hémiplégie longtemps limitée à gauche devait être rapportée à l'altération de la couche optique droite, et cependant cette altération paraissait moins complète que celle de la couche optique gauche, puisque la première était simplement infiltrée de substance étrangère, tandis que dans la seconde le tissu morbide était aggloméré sous forme de noyaux constituant deux tumeurs nettement dessinées. Ces dernières altérations s'étaient-elles produites lentement, sans entraîner de symptômes spéciaux, comme cela arrive quelquefois, ou bien, au contraire, auraient-elles eu un développement très-rapide, suraigu pour ainsi dire, pendant les deux derniers mois, époque à laquelle le désordre des fonctions nerveuses était général? C'est ce qu'il me serait impossible de dire, n'ayant même aucune présomption à cet égard. J'ignore également la date relative du déve-

loppement de l'altération des circonvolutions externes à gauche. Mais il n'en est pas moins digne de remarque que les symptômes aient été pendant longtemps limités, d'une manière très-nette, au côté gauche du corps, et que l'on ait trouvé des lésions aussi développées dans les deux hémisphères.

II.

L'observation qui précède et les réflexions dont elle est accompagnée, rédigées il y a plus de huit ans, sont de nature, si je ne me trompe, à prouver, comme je l'ai dit dans le *Dictionnaire* et rappelé au début de cet article, que dans certains cas le diagnostic entre la paralysie générale et les tumeurs syphilitiques du cerveau est extrêmement difficile, sinon tout à fait impossible.

Du reste, cette opinion est loin de m'être personnelle et elle se retrouve nettement formulée dans plusieurs ouvrages récents.

Lancereaux, dans son chapitre sur la méningite et l'encéphalite syphilitiques (*Gazette hebdomadaire*, 1873), dit : « Certaines lésions syphilitiques de l'encéphale peuvent » produire un ensemble symptomatique ayant de grandes » ressemblances avec les états morbides connus sous les » noms de paralysie générale et de démence paralytique. »

Müller rappelle que, d'après quelques auteurs, la syphilis aurait une influence très-réelle sur le développement de la paralysie générale. Il ajoute que, pendant la vie, le diagnostic serait le plus souvent impossible, car les deux affections se présenteraient sous des apparences presque identiques ; c'est ainsi que de nombreuses observations, réunies dans un ouvrage récent d'Otto-Braus (*Ueber Gehirn-syphilis*; Berlin, 1873) sous le titre de *Syphilis cérébrale*, offrent la plus complète analogie avec la paralysie générale (1).

(1) Muller, Gehirn-syphilis, analysé dans la *Revue des sciences médicales de Hayem*, t. IV, p. 202, 1874.

Huguenin exprime l'opinion qu'un certain nombre de démences paralytiques doivent avoir pour origine une méningite chronique déterminée par la syphilis (1).

Erlenmeyer, dans un travail publié en 1877, sur les différentes formes de la folie syphilitique, en décrit trois formes typiques : 1° psychoses simples ; 2° psychoses compliquées de troubles de la sensibilité et de la motilité ; 3° décadence intellectuelle à laquelle peuvent s'ajouter des accidents convulsifs ou paralytiques ; puis il insiste sur la très-grande analogie que présente ce troisième degré de l'aliénation syphilitique avec la paralysie générale progressive ; dans certains cas le diagnostic a été impossible à faire (2).

Junius Mickle a publié en 1877, dans la *British and Foreign Medico-chirurgical Review* de Londres, des notes sur la syphilis des aliénés, où il considère comme généralement admise la ressemblance très-grande que certaines formes de syphilis cérébrale présentent avec la paralysie générale, tant sous le rapport physique que sous le rapport intellectuel (3).

A. Voisin, dans son récent *Traité de la Paralysie générale des aliénés* (Paris, 1879), s'est occupé, d'une manière détaillée, du diagnostic entre la folie paralytique au début et l'encéphalopathie syphilitique secondaire et tertiaire (p. 283 à 297). Il dit que ces encéphalopathies, et certaines tumeurs, se présentent parfois avec des troubles sensoriels et intellectuels tels que le diagnostic avec la paralysie générale au début n'est pas toujours facile, surtout si l'on est réduit, pour le porter, au seul examen des symptômes ; et il ajoute que la difficulté augmente lorsque les lésions sy-

(1) Voyez *Revue des sciences médicales de Hayem*, t. VII, p. 242, 1876.

(2) Voyez *Revue des sciences médicales de Hayem*, t. XI, p. 625, 1878.

(3) Voyez *Revue des sciences médicales de Hayem*, t. X, p. 595, 1877.

philitiques, au lieu d'être circonscrites, sont multiples et diffuses, et surtout lorsqu'il se produit des accidents épileptiques ou épileptiformes.

Il serait facile de multiplier les citations de ce genre ; mais elles présentent trop d'analogie entre elles pour qu'il me paraisse nécessaire d'en rapporter davantage. Je me contenterai de renvoyer à l'important travail de Wille qui résume les publications antérieures (*Annales médico-psychologiques*, 1872, t. I, p. 122, et 1873, t. I, p. 322) et à ceux de Kelp d'après Heubner (*ibid.* 1872, t. I, p. 294), de Linstow (*Archiv für Psychiatrie*, 1873), de Batty Tuke (*Journal of mental science*, ann. 1873), de Hughlings Jackson (*ibid.*, ann. 1873). Je ne rappelle que pour mémoire l'opinion émise en 1857 par Jessen et Esmarck, et d'après laquelle la paralysie générale serait toujours et invariablement d'origine syphilitique. C'est là une assertion tellement exagérée qu'elle ne compte, aujourd'hui du moins, aucun partisan.

Il est inutile d'insister sur l'avantage qu'il y aurait à trouver les moyens de trancher cette question de diagnostic, signalée comme si embarrassante, et à indiquer entre les deux affections des caractères symptomatiques différentiels d'une valeur réelle et facile à constater.

Les différents auteurs que je viens de citer ont bien senti l'importance de cette recherche, et ils ont dirigé leurs efforts vers la solution de ce problème. Muller, Junius Mickle plus particulièrement, croient avoir trouvé, dans la clinique pure, des éléments suffisants pour trancher la question.

A mon avis, ils n'ont pas atteint ce but, autant du moins que je puis juger de l'ensemble de leur travail par l'analyse que j'ai pu consulter.

En effet, ils paraissent faire reposer tout leur diagnostic, non pas sur l'existence, dans un cas, de symptômes qui n'existeraient pas dans l'autre, mais uniquement sur une

différence de degré, de nuance, de fréquence, d'intensité des mêmes symptômes.

Ils semblent concevoir, tant pour la paralysie générale que pour la syphilis cérébrale, un type pathologique idéal, à contours précis, à évolution fixe et déterminée, en un mot, toujours semblable à lui-même; ces types seraient bien composés, dans les deux affections, des mêmes éléments symptomatiques, troubles intellectuels, troubles paralytiques, accidents convulsifs, mais ils pourraient, néanmoins, se distinguer l'un de l'autre, d'après les différences que ces symptômes présenteraient dans leur ordre d'apparition, dans leur durée, dans leur gravité.

Je n'hésite pas à dire que, pour la paralysie générale au moins, ce tableau n'est pas conforme à la réalité; en effet, cette maladie présente bien, dans ses grands traits, dans sa marche, et surtout dans sa terminaison, une certaine unité qui, jointe à la fixité des lésions anatomiques, permet de la considérer comme une entité morbide très-légitimement définie; mais plus on a occasion de l'étudier, plus on constate qu'elle est compatible avec une excessive variabilité dans l'ordre d'apparition des symptômes, dans leur combinaison, dans leurs suspensions temporaires, et encore plus dans le degré d'intensité et la multiplicité des nuances de chacun d'eux. Comment dès lors trouver dans ces circonstances des caractères distinctifs susceptibles d'une application tant soit peu rigoureuse?

Vent-on des exemples?

Voici quelles seraient, d'après Junius Mickle, résumé par V. Hanot, les principales différences cliniques entre les deux affections, dans leur période d'état: » Les symptômes intellectuels ne sont pas absolument les mêmes, la syphilis peut s'accompagner dès le début de lypémanie qui aboutit rapidement à la démence. Le plus souvent la perte de la mémoire, la confusion des idées, la tendance à l'incohérence, sont moins profondes et moins fixes; il y a plutôt

» obnubilation que destruction de l'intelligence. Les accès
 » d'agitation sont moins fréquents. La marche de l'affection
 » est plus irrégulière, plus souvent compliquée par l'ad-
 » jonction de graves symptômes, tels que les convulsions,
 » les contractures, les paralysies, les troubles de la sensi-
 » bilité. L'insomnie, l'irritabilité du caractère, sont plus
 » accentuées.

» Dans la syphilis cérébrale, les troubles de la parole ne
 » sont jamais ce qu'on les voit dans la paralysie générale ;
 » on peut y trouver de la gêne de la déglutition, mais ici
 » ce symptôme est ordinairement passager, tandis qu'il
 » s'aggrave progressivement dans la paralysie générale. »

Mais y a-t-il un seul de ces caractères, soi-disant distinctifs, qui puissent résister à un examen tant soit peu rigoureux ? Ne voit-on pas, tous les jours, des cas de paralysie générale commencer par du délire lypémanique et aboutir rapidement à la démence ? N'y en a-t-il pas, au contraire, où la perte de la mémoire, la confusion des idées, l'incohérence se font attendre longtemps, n'ont rien de fixe et ressemblent plus à l'obnubilation qu'à la destruction de l'intelligence ? N'y en a-t-il pas qui ne présentent jamais d'accès d'agitation ? Les convulsions, les contractures, les paralysies, les perversions de la sensibilité ne s'observent-elles pas dans un très-grand nombre de cas ?

De même, ne peut-on pas constater, dans la paralysie générale, toutes les variétés de troubles de la parole, depuis les hésitations les plus légères, les altérations de tonalité les plus fugitives, jusqu'à l'ataxie la plus prononcée de la prononciation ? Et n'y a-t-il pas un bon nombre d'aliénés paralytiques qui parcourent toutes les phases de leur maladie sans présenter de gêne notable dans la déglutition ?

Je crois donc être en droit de dire que, dans la période d'état des deux affections, les éléments de diagnostic différentiel bornés à la constatation des symptômes actuellement existant, et à l'appréciation de leurs variations de

formes, d'intensité, de nuances, peuvent perdre, auprès du malade, presque toute leur valeur pathognomonique et ne peuvent suffire à tirer le médecin d'embarras.

En est-il de même des symptômes du début? Ce sont ceux sur lesquels les auteurs insistent le plus, et ils ont, je crois, raison pour la plupart des cas. Ici les caractères distinctifs de la syphilis cérébrale consisteraient, surtout, en ce que les phénomènes morbides : anesthésies, névralgies, paralysies, convulsions, commenceraient par être localisés, limités à une sphère isolée du système nerveux, à un groupe distinct de nerfs et de muscles. Muller, Junius Mickle, Lancereaux, Voisin, insistent tous sur la valeur différentielle de cette particularité, et l'on sait que les paralysies limitées à certains muscles de l'œil, en particulier, sont considérées comme presque toujours sous la dépendance de la syphilis.

Il ne faudrait pas cependant accorder trop d'importance à ces troubles nerveux localisés. En effet, le début de la paralysie générale peut, lui aussi, présenter des phénomènes très-analogues à ceux qui viennent d'être indiqués. J. Falret a cité, il y a déjà longtemps, des cas de ce genre, (voy. *Annales médico-psychologiques*, 1864, t. III, p. 35), et tout récemment, en 1877, Magnan a communiqué, à la Société de biologie, deux observations très-intéressantes qui montrent que les troubles oculaires peuvent être une des premières manifestations de la paralysie générale, et apparaître même plusieurs années avant l'éclosion des principaux symptômes de la maladie; il a dit, à cette occasion, que dans cette affection on peut rencontrer isolément la sclérose ou la névrite interstitielle de certains nerfs crâniens; le nerf optique et les nerfs moteurs de l'œil seraient les plus fréquemment atteints.

D'autre part, à la session tenue au Havre, en 1877, par l'Association française pour l'avancement des sciences, Teissier, père (de Lyon), Verneuil, Leudet, ont cité des cas

où la paralysie générale avait été précédée, quelquefois longtemps d'avance, par des troubles nerveux variables, nettement localisés, tels que : névralgies faciales, accès d'angine de poitrine, crises gastriques avec hématomèses, entéralgie violente et paroxystique, névralgies atroces de la langue, cystalgie persistant pendant deux ans, coliques de *miserere* intermittentes, etc. Tous ces symptômes localisés, précurseurs de la paralysie générale, seraient plus familiers aux médecins des asiles d'aliénés, si ceux-ci n'en étaient pas réduits presque toujours à observer les malades lorsque l'affection est déjà confirmée et assez ancienne. Il n'en est pas moins évident que l'on peut se trouver embarrassé lorsque l'on examine un malade, alors que son affection est encore récente, aussi bien que lorsqu'elle a déjà une certaine durée et qu'elle est parvenue à sa période d'état ; l'étude des prodromes et des débuts de l'affection n'a donc pas toujours la valeur différentielle qui lui a été attribuée jusqu'à présent.

Enfin, j'ai eu occasion, depuis 1870, d'observer chez un aliéné paralytique une véritable hémiplegie persistante avec contracture, et à l'autopsie j'ai constaté la réunion, très-exceptionnelle, des lésions de la paralysie générale, et d'un foyer central de ramollissement dû à une thrombose artérielle.

Il est cependant une circonstance qui pourrait avoir une valeur, au moins relative, assez importante ; c'est l'âge du malade.

Il est certain que la paralysie générale proprement dite se développe très-rarement de vingt à vingt-cinq ans ; dès cette période de la vie, au contraire, la syphilis peut exercer ses ravages sur les centres nerveux, aussi conçoit-on très-bien que Blanche et Magnan (d'après Fournier) soient d'avis qu'il y a souvent lieu d'attribuer à la syphilis la paralysie générale précoce. Mais la considération de l'âge perd toute valeur lorsque les accidents syphilitiques cérébraux ne

se développent, comme cela est si fréquent, qu'après trente ou trente-cinq ans.

En réalité, pour trancher la question, les seuls moyens véritablement efficaces paraissent devoir être cherchés en dehors de la symptomatologie nerveuse proprement dite. Comme le dit très-bien A. Voisin : « Les bases les plus solides du diagnostic différentiel sont la connaissance des antécédents, l'existence concomitante des manifestations syphilitiques non douteuses et les résultats obtenus par le traitement antisyphilitique; dans les cas incertains, le traitement mercuriel et ioduré est une véritable pierre de touche. »

Combien de fois, néanmoins, n'arrive-t-il pas que l'on ait à soigner, surtout dans les asiles d'aliénés, des malades sur les antécédents desquels on ne possède aucuns renseignements et qui ne sont pas capables d'en donner eux-mêmes. Il n'en est que plus nécessaire, pour peu que l'on ait des doutes, de rechercher avec un soin extrême s'il n'y aurait pas chez eux, en dehors du système nerveux, quelque manifestation morbide attribuable à la syphilis; mais on sait que pendant la période tertiaire ces signes extérieurs manquent souvent. Enfin, pour peu que l'on arrive à quelque présomption de ce genre, il est essentiel de ne pas négliger l'expérience probatoire d'un traitement spécifique. C'est là, en effet, le principal enseignement qui me paraît ressortir de l'étude des travaux modernes sur la syphilis du cerveau.

Il me suffit, pour le moment, d'avoir indiqué cet ordre d'idées; je ne pourrais insister plus longuement à cet égard, sans m'écarter de mon sujet. J'y rentre, au contraire, complètement en disant, comme conclusion de la discussion à laquelle je viens de me livrer, que la difficulté d'établir une distinction, au point de vue purement clinique, entre la paralysie générale et certains cas de lésions syphilitiques du cerveau, difficulté qui était établie à mes yeux par le cas

de M. L..., ne ressort pas moins évidemment de l'analyse des travaux où, dans ces derniers temps, cette question a été étudiée avec le plus de soin.

Cette difficulté de diagnostic n'est pas, du reste, le privilège exclusif des deux affections dont il vient d'être question ; elle peut se présenter tout aussi embarrassante dans d'autres maladies cérébrales. C'est ainsi que, tout récemment, Rendu a communiqué à la Société médicale des hôpitaux de Paris (séance du 8 novembre 1878) une observation où une tumeur de la couche optique droite, empiétant sur le ventricule latéral, avait complètement simulé, chez un jeune homme de seize ans, une méningite tuberculeuse. Après avoir fait, en grand détail, le récit de la maladie, du diagnostic posé, et de l'autopsie, Rendu ajoute : « Voilà un » cas où tous les signes de la méningite tuberculeuse, y » compris l'abaissement du pouls et de la température, » étaient réunis, et à l'autopsie les méninges sont trouvées » saines, il n'y a pas l'ombre de granulations tuberculeuses. » Cette observation prouve donc la difficulté de reconnaître » certaines variétés de tumeurs cérébrales des affections » des enveloppes du cerveau (1). » C'est exactement la conclusion à laquelle je suis arrivé à l'occasion du cas de M. L...

III.

Je viens de faire de nouvelles recherches dans le but de trouver des observations semblables à celle de M. L... ou qui fussent, sous d'autres points de vue, de nature à éclairer la question des rapports existant entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale. J'en ai trouvé fort peu de significatives ou de complètes.

L'une des moins défectueuse, peut-être, se trouve dans

(1) *Union médicale*, 28 janvier 1879. — Voir, pour trouver des cas analogues, la thèse de M. Verron. Paris, 1874.

un travail de Virchow sur la syphilis cérébrale (1) et a été résumée par Renaudin de la manière suivante : syphilis secondaire, sensibilité, douleurs céphaliques et des os ; mélancolie hypochondriaque. Après trois ans, paralysie générale progressive avec mégalomanie (ce mot doit, sans aucun doute, être employé ici dans le sens de délire ambitieux des aliénés paralytiques), attaques épileptiformes répétées ; tumeurs gommeuses de la dure-mère intéressant la substance corticale et ramollissement secondaire de celle-ci, pachyméningite de la base ; ramollissement blanc central.

D'après cet exposé succinct, le malade a présenté successivement des troubles limités à la sensibilité, du délire mélancolique, des symptômes de paralysie générale avec idées de grandeurs, et enfin des accès apoplectiformes répétés. Tout ce tableau clinique correspond parfaitement au type habituel de la folie paralytique et l'on aurait dû s'attendre à trouver, à l'autopsie, les lésions classiques de cette maladie. Au lieu de cela, on constate des lésions multiples qu'il paraît très-juste de considérer comme syphilitiques ; pachyméningite de la base, tumeurs gommeuses de la dure-mère, ramollissement secondaire de la substance corticale. Cette observation se rapproche donc beaucoup, à certains égards, de celle de M. L... ; elle s'en distingue, néanmoins, par un point important : c'est que les lésions syphilitiques multiples paraissent avoir été extra-cérébrales et non intra-cérébrales, ce qui explique mieux la ressemblance des symptômes avec ceux de la péri-méningo-encéphalite des aliénés paralytiques ordinaires.

Une autre observation également reproduite par Renaudin, d'après Esmarck et Jessen (2), me paraît sans valeur parce que, si le nom de paralysie générale est prononcé, les

(1) *Allgemeine zeitschrift für psychiatrie*, 1864 ; analysé dans *Annales médico-psychologiques*, 1863, t. II, p. 415.

(2) *Annales médico-psychologiques*, 1869, p. 443.

symptômes ne sont pas décrits d'une manière assez précise pour justifier ce diagnostic, et que ce qui est dit de l'autopsie ne suffit pas pour faire reconnaître la véritable nature de l'affection.

Muller, après avoir dit que, dans certains cas, le diagnostic différentiel entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale est impossible, si l'on n'a pas connaissance des antécédents, cite à l'appui le cas très-concluant d'un individu atteint de paralysie générale typique, et qui était envisagé comme perdu, lorsque tout à coup une exostose du sternum vint montrer à quelle affection on avait affaire; un traitement à l'iodure de potassium fut institué et le malade guérit complètement (1). Ici, sans doute, l'analogie des symptômes est suffisamment établie, mais la nature des lésions anatomiques et de leur siège est restée inconnue, ce qui laisse peu de valeur à l'observation au point de vue théorique.

Le Dr Schüle, d'Illenau, cite l'observation détaillée d'une paralysie générale bien caractérisée, qui ne différait en rien de la paralysie générale classique, et où l'autopsie est venue révéler des lésions syphilitiques du crâne, de la dure-mère, du cerveau, du larynx, du foie, de la muqueuse intestinale, des testicules (2).

Sur trois cas de folie syphilitique rapportés par le Dr François Dreer, médecin en chef du Manicome de Trente, deux ont été suivis de guérison et un seul d'autopsie. Il s'agit d'un homme veuf, âgé de 49 ans, qui présenta en avril 1868 des symptômes de paralysie générale qui motivèrent, le mois suivant, l'entrée à l'asile; la mort eut lieu en juin. L'autopsie révéla l'existence d'une exostose éburnée sur la face interne de l'os frontal du côté droit; elle avait deux centimètres de long, presque la même dimension en

(1) *Annales médico-psychologiques*; analyse par Châtelain, 1875, t. I, p. 464.

(2) *Ann. médico-psych.*, 1873, t. I, p. 323. D'après *Allgemeine zeitschrift für psychiatrie*, 1874.

large et cinq centimètres de haut. Du côté gauche, on remarquait trois petites éminences osseuses, séparées, de la grosseur d'un grain d'orge, et le long de la suture sagittale un petit dépôt calcaire (1).

J'ai cru avoir trouvé une observation tout à fait comparable à celle de M. L... en lisant le titre suivant : « Symp-
» tômes semblables à ceux de la paralysie générale des
» aliénés; paralysie irrégulière des membres, de la face
» et des nerfs moteurs de l'œil, tumeur syphilitique. »

Malheureusement, cette observation publiée par M. Silver (*Medical Times and Gazette*, 26 octobre 1872) est très-incomplète, surtout sous le rapport des symptômes intellectuels, et elle se termine par cette mention : « le malade est
» renvoyé de l'hôpital comme incurable. » On ne connaît donc pas la terminaison, il n'y a pas d'autopsie, et l'observation est loin d'avoir la valeur que son titre faisait espérer. L'existence même de la tumeur syphilitique n'est rien moins qu'établie (2).

Broadbent, syphiliographe anglais très-distingué, a fait une série de leçons « *Letsomiennes* » devant la Société médicale de Londres, sur les affections syphilitiques du système nerveux (3). Parmi les nombreuses observations publiées dans ce travail, je n'en ai vu qu'une qui m'ait paru avoir quelque rapport avec la paralysie générale; en voici le passage le plus significatif. Pendant quelque temps le malade, dont les antécédents syphilitiques n'étaient pas douteux, « fut dans un état semblable, à bien des égards, à
» celui des personnes affectées de paralysie générale des
» aliénés. Il marchait difficilement, sa parole était bre-
» douillée; il était dans un état perpétuel d'exaltation,
» bavard et extravagant; il commandait toutes sortes

(1) *Archivo italiano*, 1869; analyse par Brierre de Boismont, dans *Annales médico-psych.*, 1870, t. II, p. 168.

(2) Voy. *Revue des sciences médicales de Hayem*, t. I, p. 245

(3) *The Lancet*, 1874. t. 4.

» de choses que ses amis étaient obligés d'aller contre-
 » mander derrière lui; il écrivait lettre sur lettre et se
 » laissait aller fréquemment à des accès de violente colère;
 » de temps en temps il avait des attaques épileptiformes. —
 » Il parlait d'une manière épaisse, les mots se confondaient
 » les uns avec les autres; le côté droit de la face était légè-
 » rement paralysé. » Cet homme parut néanmoins se ré-
 tablir, il se maria, fit de grands voyages; puis, de retour en
 Angleterre, il fut condamné pour un attentat à la pudeur
 commis sur une femme, dans une voiture de chemin de
 fer. Il fut envoyé dans une prison, d'où il dut être trans-
 féré dans un asile d'aliénés. Pas de terminaison connue;
 par conséquent pas d'autopsie.

Dans le même volume de « *The Lancet* » se trouve, à la
 page 43, l'observation d'un malade présenté à la Société
 clinique de Londres, le 43 mars 1874, comme un cas de
 paralysie générale d'origine syphilitique, guéri par le trai-
 tement spécifique; mais ce cas ne présente aucune analogie
 avec la paralysie générale des aliénés. Il s'agissait d'une pa-
 ralysie généralisée, compromettant les mouvements des deux
 côtés de la face, des quatre membres, de la respiration et de
 la déglutition, des muscles oculo-moteurs et s'accompagnant
 d'une anesthésie cutanée générale; le Dr Buzzard, en présen-
 tant le malade complètement guéri au bout de quatre mois
 de séjour à l'hôpital, attribua l'affection à l'épaississement
 syphilitique de la dure-mère, vers la région basilaire du
 cerveau et la partie supérieure de la moelle et à la compres-
 sion consécutive de la protubérance et du bulbe.

On voit que, malgré l'identité du nom attribué, cette ma-
 ladie n'avait rien de commun avec la paralysie générale
 des aliénés. N'est-il pas regrettable que, par suite d'une
 confusion ou d'une négligence de nomenclature, on réunisse,
 sous une seule et même dénomination, des affections aussi
 dissemblables?

Willé a publié six observations destinées à éclaircir le

diagnostic de la folie syphilitique; mais on peut se demander s'il y a réellement réussi, d'après les termes dans lesquels son travail est analysé par M. Hildenbrand : « C'est, » dit-il, en rapprochant les faits cliniques des lésions microscopiques, en les passant, un à un, au crible d'un » examen très-sévère, en s'appuyant sur l'existence antérieure ou concomitante bien avérée du vice vénérien, sur » la nature des lésions du cerveau qui, souvent, ne trouvent » de signification que dans l'existence simultanée, dans » d'autres organes, de désordres indubitablement spécifiques, que Willé arrive à nous faire admettre, avec quelque vraisemblance, l'origine syphilitique de six cas de » démence paralytique (1). » Il y a loin de cette vraisemblance douteuse à une véritable démonstration.

On cite souvent, à propos de folie syphilitique, une observation de Griesinger, à laquelle cet auteur se borne à faire une rapide allusion dans son *Traité des maladies mentales* (traduction française de Doumic, p. 229), mais qu'il a publiée en grand détail dans un recueil allemand en 1860. (*Archiv der Heilkunde*, t. I.)

J'ai pu trouver cette observation *in extenso*; elle se rapporte à un malade chez lequel la marche de l'infection syphilitique a été très-rapide, car les symptômes cérébraux graves ont débuté six mois après l'infection. Ces symptômes n'ont jamais été pris pour ceux de la paralysie générale. La mort est survenue quinze jours après le début des accidents nerveux dont les principaux ont été une hémiplegie gauche, avec état comateux habituel interrompu par quelques moments de violence. A l'autopsie, on trouva des lésions graves des méninges « sur toute l'étendue du cerveau, » mais principalement sur la convexité des hémisphères, » l'arachnoïde et la pie-mère sont intimement soudées en-

(1) *Allgemeine zeitschrift für Psychiatrie*, 1875; analysé dans *Annales médico-psych.*, juillet 1878, p. 129.

» semble ; elles présentent, par places, une épaisseur consi-
 » dérable allant jusqu'à une demi-ligne. Sur la partie
 » antérieure de l'hémisphère droit, l'épaississement est un
 » peu moins marqué qu'à gauche. Lorsque l'on enlève les
 » membranes ainsi épaissies, on entraîne en beaucoup
 » d'endroits une couche mince de la substance corticale la
 » plus superficielle. » Ici, par conséquent, les lésions res-
 semblaient à celles de la paralysie générale, alors que les
 symptômes ne présentaient aucune analogie avec ceux de
 cette maladie, ce qui est un nouvel élément de confusion
 et d'incertitude.

N'ayant pas à ma disposition le livre de Otto-Braus, au-
 quel j'ai déjà fait allusion, d'après Muller, et qui contient,
 paraît-il, beaucoup d'observations, je borne ici mes re-
 cherches bibliographiques ; elles montrent au moins que
 cette question est encore entourée de beaucoup d'obscurité
 et que les observations complètes, du genre de celle de
 M. L..., sont trop rares pour qu'il n'y ait pas eu quelque
 intérêt à la publier en détail.

IV

M. Alfred Fournier, dont tous les médecins connaissent
 la compétence en syphiliographie, vient de publier sous le
 titre : *La Syphilis du cerveau*, un recueil de leçons cliniques
 faites par lui, depuis quelques années, dans divers hôpitaux
 de Paris, et dont plusieurs avaient déjà paru séparément
 dans différents journaux de médecine.

La treizième leçon de ce très-intéressant ouvrage est spé-
 cialement consacrée à une affection désignée par l'auteur
 sous le nom de « pseudo-paralysie générale d'origine syphi-
 litique. »

Ce travail est le plus important de ceux qui ont été
 publiés jusqu'ici, en France, sur ce sujet, et certaines des
 idées qui y sont exposées sont absolument propres à l'au-
 teur. Il y a donc là un objet d'étude qui doit fixer au plus

haut degré l'attention des médecins et plus particulièrement celle des médecins aliénistes.

Je vais faire connaître la doctrine de M. Fournier, en m'efforçant de n'omettre aucun des éléments de son argumentation; j'examinerai ensuite jusqu'à quel point cette doctrine peut se concilier avec les faits, notamment avec l'observation de M. L...

M. Fournier débute en disant que si, dans l'état actuel de la science, on cherche à se rendre compte des rapports qui existent entre la syphilis et la paralysie générale, on ne rencontre, dans ce qui a été publié à cet égard, qu'obscurité et confusion. Au reste, ajoute-t-il, pour la plupart des médecins aliénistes, cette question n'existerait même pas, et si, dans leurs écrits, la syphilis figure d'une manière banale dans l'énumération des causes de la paralysie générale, elle n'y est citée que vaguement et pour ainsi dire par acquit de conscience.

Cette critique n'est certainement pas sans fondement; aussi M. Fournier rend-il un très-important service à la pratique en mettant cette question à l'ordre du jour.

Elle se présente, dit-il, sous deux aspects.

Un premier groupe de malades comprend ceux qui sont affectés de paralysie générale, vraie, incontestable, classique à tous égards, et qui, à une époque quelconque de leur existence, ont présenté des accidents syphilitiques. Y a-t-il là une simple coïncidence, un pur accident, ou bien une certaine relation de cause à effet? A coup sûr la seconde idée est soutenable, au moins dans certains cas, et la syphilis peut avoir sa part d'influence, comme toute autre cause perturbatrice et débilitante dans l'étiologie des affections graves du système nerveux, notamment de la paralysie générale; mais ce n'est là qu'une hypothèse dont la démonstration, aujourd'hui du moins, n'est pas possible, et dont la solution ne présenterait pas un grand intérêt.

Un second groupe, beaucoup plus important au point de

vue théorique et pratique, comprend, dit M. Fournier, « des » cas d'un autre genre, offrant bien encore la plupart des » attributs de la paralysie générale, mais différant de cette » dernière par des traits nombreux et variés. Les faits de ce » genre, cela est indéniable, ressemblent par certains côtés » à la paralysie générale jusqu'à s'en rapprocher, parfois » d'une manière surprenante; et cependant ils s'en éloi- » gnent, s'en séparent, s'en différencient par d'autres carac- » tères, au point qu'il est impossible de les confondre avec » elle, de les assimiler à cette dernière entité pathologique. » P. 337-38.

« Ce sont les cas de ce genre, voisins, mais différents de la » folie paralytique vulgaire, que j'ai essayé de qualifier, le » plus simplement possible, sous une dénomination nou- » velle, celle de *pseudo-paralysie générale d'origine syphili- » tique*. » P. 341.

Après cet exposé doctrinal, qu'il était essentiel de repro- duire dans les termes propres de l'auteur, M. Fournier passe à la description de l'affection elle-même.

On rencontre parfois dans la syphilis cérébrale, dit-il, des types symptomatologiques plus ou moins complexes, se décomposant à l'analyse de la façon suivante :

1° *Troubles intellectuels* : excitation cérébrale simple, ou avec incohérence, ou avec hébétude, ou avec délire maniaque.

2° *Troubles moteurs* consistant en une *incertitude des mou- vements sans paralysie*, maladresse des mains, oscillations de la marche, hésitation de la parole, balbutiement, tremblement et certaines parésies partielles soit éphémères, soit plus ou moins durables.

3° *Phénomènes* plus variables et moins constants : trou- bles congestifs, étourdissements, vertiges, troubles senso- riels de la vue et de l'ouïe — accès épileptiformes — ictus résolutifs ou apoplectiques.

« Voilà, en un mot, un des types possibles de la syphilis » du cerveau. Or mettez maintenant cet ensemble patholo-

» gique, ce type morbide, en regard de la paralysie générale et comparez. N'est-ce pas de part et d'autre le même ordre de phénomènes? n'est-ce pas de part et d'autre le même groupe, la même réunion de symptômes? Est-ce que ce type de syphilis cérébrale ne rappelle pas, ne reproduit pas, comme aspect, comme physionomie pathologique, la paralysie générale vulgaire?

Pour appuyer sa théorie sur un exemple clinique, M. Fournier présente ici, à ses élèves, un spécimen du genre très-fidèlement copié sur nature, dit-il : c'est l'observation textuellement reproduite dans le numéro des *Annales médico-psychologiques* de janvier 1879, p. 68, et que M. Bailarger a accompagnée de quelques annotations (il est inutile de la transcrire de nouveau). Enfin, afin de compléter le parallèle, M. Fournier ajoute qu'à l'autopsie on trouve, dans les cas de syphilis dont il parle, « exactement les mêmes localisations morbides que dans la paralysie générale, à savoir : d'une part, lésions des méninges devenues épaisses, hyperplasiées, opaques, coriaces, et, d'autre part, lésions de la substance grise devenue forme et adhérente aux méninges (symphise méningo-cérébrale) et de plus altérée à divers degrés, infiltrée, ramollie, dissociée, dégénérée. »

N'est-il pas difficile de voir, dès lors, en quoi peuvent différer l'un de l'autre les deux types comparés, et ne paraît-il pas logique de dire que, puisque la ressemblance des lésions anatomiques s'ajoute à celle des symptômes, il n'y a là, en réalité, qu'une seule et même maladie? Tel n'est pas cependant l'avis de M. Fournier; la réunion de tous ces éléments semblables ne constitue, d'après lui, qu'une identité spacieuse, fictive, plus apparente que réelle, et après avoir montré en quoi les faits se rapprochent, il entreprend d'expliquer comment et en quoi ils diffèrent:

I. Sous le rapport des troubles intellectuels, les divaga-

tions ambitieuses et le délire des grandeurs caractéristiques de la paralysie générale feraient sinon toujours, au moins presque toujours, absolument défaut dans la syphilis cérébrale.

II. Au point de vue des troubles de la motilité.

A. Le tremblement serait moins commun dans la syphilis cérébrale; on n'observerait presque jamais celui de la lèvre supérieure; le tremblement, quand il existe, serait banal, vulgaire, différent de la trémulence assidue, du frémississement fibrillaire, vermiculaire, éminemment caractéristique de la paralysie générale.

B. Les troubles paralytiques, dans la syphilis cérébrale, consisteraient en paralysies véritables, caractérisées par une diminution à des degrés variables de la puissance musculaire, tandis que, dans la paralysie générale, la modification de la puissance musculaire serait une direction défectueuse de cette force, et non son abolition; en d'autres termes, les troubles musculaires seraient ataxiques et non paralytiques.

C. La syphilis cérébrale serait reconnaissable à la fréquence des paralysies partielles nettement localisées, et surtout des paralysies oculaires et de l'hémiplégie.

III. En dehors des troubles de l'intelligence et de la motilité, on noterait encore les différences suivantes :

1° Marche de la maladie : début fréquent de la syphilis cérébrale par des ictus apoplectiques et des paralysies soudaines; puis, plus tard seulement, invasion des troubles intellectuels; variabilité excessive des symptômes et de leur succession, durée impossible à prévoir. Pour la paralysie générale, au contraire, début par les troubles intellectuels; évolution définie et régulièrement progressive; durée assez fixe.

2° État général des malades : dans la syphilis, altération cachectique générale, plus ou moins manifeste, souvent dès le début; dans la paralysie générale, conservation de la

santé physique ; intégrité surprenante des fonctions nutritives jusqu'à la troisième période.

IV. De même, sous le rapport anatomique, la prédominance des lésions porterait sur la substance grise des circonvolutions dans la paralysie générale, et sur les méninges dans la syphilis cérébrale ; la pie-mère, notamment, se montrerait fortement épaissie, opaque, résistante, coriace ; on aurait donc surtout affaire à une méningite hyperplasique, une sclérose méningée.

Je me suis efforcé de reproduire d'une manière concise, mais cependant complète, le double tableau comparatif dans lequel M. Fournier a réuni : d'une part, les ressemblances qui, d'après lui, existent entre la paralysie générale proprement dite et la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique ; d'autre part, les différences qui lui paraissent propres à faire distinguer ces deux affections l'une de l'autre.

Au premier tableau, je n'ai rien à changer, ni à objecter ; je trouve, en effet, la ressemblance complète au point de vue de l'énumération des symptômes et de leur groupement.

En est-il de même du second tableau, de celui relatif aux différences ? En d'autres termes, les caractères différentiels invoqués par Fournier existent-ils réellement, et ont-ils la valeur qu'il leur attribue ?

C'est à l'examen de cette question que se trouve, en réalité, réduite la discussion de la doctrine nouvelle de M. Fournier. Je pourrais presque me borner, pour la résoudre, à renvoyer à ce que j'ai dit plus haut à l'occasion des travaux étrangers antérieurs à l'ouvrage de M. Fournier. Je crois cependant utile d'y revenir en peu de mots.

Au point de vue intellectuel, la syphilis cérébrale se distinguerait de la paralysie générale par l'absence absolue du délire des grandeurs caractéristique. Cet argument peut être facilement réfuté ; en effet, d'une part, il y a des aliénés paralytiques qui ne présentent jamais, à aucune période de

leur maladie, ce délire soi-disant caractéristique et il y en a une proportion bien plus considérable chez lesquels il n'est que passager; d'autre part, ce délire n'est pas exclusif à la paralysie générale et il peut parfaitement exister dans la syphilis cérébrale non périphérique. C'est ainsi que, sans parler des observations plus ou moins complètes que j'ai rapportées plus haut d'après différents auteurs, et dans plusieurs desquelles le délire ambitieux est signalé, M. L... a présenté, dès le début, des troubles intellectuels identiques à ceux de la paralysie générale et parmi lesquels les idées de grandeurs incohérentes et généralisées tenaient le premier rang. D'ailleurs, la seule observation citée par M. Fournier à l'appui de sa théorie y fait elle-même exception. En effet, le délire des grandeurs, d'abord absent, a fini par se manifester dans les derniers mois de la maladie. M. Bailarger a pu, sur des renseignements précis, compléter l'observation par des détails postérieurs et absolument significatifs. « Le malade exprimait à chaque instant les » conceptions les plus gigantesques et les plus extravagantes. » Il allait partir à la pêche de la morue avec une flottille de » 100,000 navires. Il prétendait bâtir une maison qui s'étendrait sans interruption de Nantes jusqu'à Bordeaux; » toute la Champagne lui appartenait. » Ces deux exemples suffisent pour prouver que le seul caractère différentiel qui, d'après M. Fournier, existerait entre les deux affections, au point de vue des troubles intellectuels, n'est rien moins que constant.

« Ceux tirés des troubles musculaires résistent-ils mieux à la discussion? Ici, encore, les objections sont faciles; combien y a-t-il de paralysés généraux chez lesquels le tremblement, même celui des lèvres et de la langue, fait longtemps défaut; et lors même qu'il existe, ne présente-t-il pas toutes les variétés imaginables de forme et d'intensité? Or, tout ce qui n'est qu'appréciation de variété et de nuance n'est-il pas, comme je l'ai déjà dit, insuffisant

pour fournir, dans chaque cas clinique pris en particulier, les éléments d'un diagnostic différentiel ?

Il en est encore de même de ce qui concerne la modification ataxique plutôt que paralytique de la motilité. Les paralytiques aliénés, dit M. Fournier, vont et viennent, marchent, courent. Mais n'est-ce pas ce qu'a fait M. L... pendant une partie très-notable de sa maladie, et alors même que celle-ci était pleinement confirmée, et, par contre, n'y a-t-il pas des aliénés paralytiques qui, au lieu d'avoir ainsi une exubérance de forces et d'animation, restent inertes et déprimés, sont gênés prématurément dans tous leurs mouvements ? Ici encore, la distinction pathognomonique fait défaut.

On peut en dire autant de ce qui concerne la localisation des paralysies partielles. Tout en reconnaissant à ce symptôme une valeur relative supérieure à celle des symptômes précédents, il est impossible de lui en attribuer une absolue après ce qui a été dit plus haut des paralysies oculaires et autres indiquées dans la paralysie générale par Falret et Magnan, et de l'hémiplégie complète constatée parfois pendant la vie, et vérifiée dans sa cause par l'examen nécroscopique.

Quant au début et à la marche de la maladie, nombre de fois, on le sait, la paralysie générale débute par des ictus congestifs et apoplectiformes, sans trouble intellectuel antérieur ; on sait également qu'elle présente de grandes variations dans sa durée, dans la combinaison des symptômes, dans leur disparition temporaire et leur réapparition. Là encore, point de criterium sur lequel on puisse compter.

De même, pour ce qui concerne l'état général, dans tous les asiles, à côté d'aliénés paralytiques qui conservent pendant longtemps une certaine apparence de prospérité physique, ou qui se surchargent même d'un embonpoint excessif, n'en voit-on pas d'autres qui s'épuisent rapidement, qui sont sujets à ces brusques émaciations que j'ai qualifiées

de *fonte paralytique* et qui présentent, par conséquent, un état réellement cachectique ?

Quant aux caractères anatomiques, il me semble encore que la distinction entre des lésions de même nature, suivant qu'elles portent un peu plus sur la substance grise ou un peu plus sur les méninges, est trop subtile pour qu'on en puisse faire, dans la pratique, une application facile, surtout alors qu'il s'agit d'une maladie que l'on appelle précisément méningo-périencéphalite pour montrer la connexion intime qui existe entre les altérations des deux organes. D'ailleurs, la lésion décrite par M. Fournier comme propre à la syphilis, c'est-à-dire la méningite hyperplasique, la sclérose méningée, dans laquelle la pie-mère se montrerait fortement épaissie, opaque, résistante, coriace, et en outre adhérente par places aux circonvolutions, ne reproduit-elle pas, trait pour trait, ce qu'on constate le plus ordinairement dans la paralysie générale ?

En résumé, après avoir passé en revue chacune des différences cliniques ou anatomiques invoquées par M. Fournier, pour justifier la distinction qu'il cherche à établir, je suis forcé de dire qu'il me paraît impossible de reconnaître à aucune d'elles la valeur pathognomonique qu'il leur attribue.

Chacune de ces différences, considérée à part, perd toute importance lorsqu'au lieu de prendre comme terme de comparaison quelques cas de paralysie générale, choisis en vue de former une sorte de type de convention, on tient un juste compte de ce que l'observation d'un grand nombre de malades fait reconnaître de mobile, de variable, de disparate dans le début, dans l'évolution de cette affection.

D'un autre côté, je ne vois pas qu'il y ait moyen de donner à ces éléments différentiels, isolément insuffisants, une signification plus réelle en les réunissant en un faisceau collectif, car chacun des deux groupes se compose d'unités pouvant offrir entre elles trop de traits variables pour que

l'on ne soit pas souvent très-embarrassé de les classer dans l'un plutôt que dans l'autre.

Il y a pourtant une différence très-réelle que j'ai volontairement omis de mentionner jusqu'ici, et qu'il suffit de signaler pour en faire comprendre toute l'importance : c'est celle qui réside dans le degré de curabilité, et plus particulièrement dans la manière de réagir sous l'influence d'un traitement antisypilitique bien dirigé. Certainement, il y a là, pour la pratique, un point capital ; néanmoins, en dépit du vieil adage : *Naturam morborum ostendunt curationes*, il me paraît difficile de baser une classification nosologique sur cette seule considération. Elle indique une étiologie spéciale et sert de guide utile pour le traitement, mais elle ne constitue pas, à elle seule, la caractéristique d'une entité morbide à part.

En un mot, lorsque des malades présentent entre eux la plus grande analogie, tant sous le rapport des symptômes cliniques que sous celui des lésions anatomiques, et que les différences que l'on invoque pour les distinguer en deux groupes différents ne sont ni constantes ni réellement caractéristiques, il semble difficile d'admettre que ces malades ne soient pas atteints de la même affection.

La distinction proposée par M. Fournier, entre la véritable paralysie générale et la pseudo-paralysie générale syphilitique, en tant qu'il s'agit, dans les deux cas, de lésions de méningo-périencéphalite, me paraît donc, jusqu'à présent du moins, insuffisamment motivée, et plutôt artificielle que réelle. Tant qu'elle n'aura pas été établie sur des différences réellement pathognomoniques, il sera prudent de rester sur la réserve et de ne pas admettre deux entités morbides différentes l'une de l'autre.

Mais cette question étant ainsi vidée, il en surgit une autre à laquelle M. Fournier n'a pas fait allusion et qui me paraît mériter une grande attention.

C'est celle qui est soulevée par l'observation de M. L... et les autres cas semblables.

Ici, comme je pense l'avoir démontré, il y avait un ensemble de symptômes tellement semblables à ceux de la paralysie générale classique qu'il n'était pas possible d'arriver à une distinction au point de vue clinique ; et cependant, on a constaté une différence radicale dans les lésions anatomiques. Au lieu d'une inflammation des méninges et de la superficie des circonvolutions, on a trouvé des tumeurs gommeuses isolées, multiples, disséminées dans l'intérieur des deux hémisphères et n'arrivant à la surface de l'un d'eux que sur un point très-limité.

Il y avait donc identité dans les symptômes, différence très-nette dans le siège et la nature des lésions ; et, jusqu'à présent, je continue à penser qu'en dehors de l'étude rétrospective des antécédents, qui n'étaient pas connus, il était impossible d'éviter, pendant la vie, l'erreur de diagnostic qui a été commise.

La dénomination de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique s'appliquerait mieux, à mon avis, aux cas de ce genre qu'à ceux auxquels M. Fournier l'a attribuée.

Mais au lieu de cacher sous une dénomination spéciale l'impossibilité où nous sommes, pour le moment, d'éviter, dans la clinique, des erreurs de diagnostic de la nature de celle que j'ai rapportée, je crois qu'il est préférable de mettre le danger en évidence à titre d'enseignement, et de rechercher les cas analogues dans le but d'arriver, si cela est possible, à y découvrir de nouveaux caractères différentiels qui permettent d'établir une distinction motivée.

Il serait certainement prématuré de prétendre donner des conclusions formelles dans une question dont l'étude est encore loin d'être complète ; il me semble, néanmoins, que l'on peut résumer les faits et les vues qui viennent d'être exposés, au moins à titre provisoire, dans les propositions suivantes :

I. La distinction proposée par M. Fournier entre la paralysie générale classique et une autre affection cérébrale qu'il

désignerait sous le nom de *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique* ne paraît pas suffisamment justifiée dans l'état actuel de la science.

II. En effet, les symptômes essentiels étant les mêmes, le siège et la nature des lésions présentant la plus grande ressemblance, le diagnostic différentiel entre les deux affections ne peut être fondé que sur des nuances ou des détails secondaires dont aucun n'a de valeur réellement pathognomonique.

III. Par contre, il y a quelques cas exceptionnels où des tumeurs syphilitiques, isolées dans les hémisphères cérébraux, déterminent un ensemble de symptômes tellement semblables à ceux de la paralysie générale, que le diagnostic différentiel ne peut pas être établi, du moins à l'aide des seuls signes cliniques, quoique la nature et la localisation des lésions anatomiques soient complètement différentes.

IV. La dénomination de *pseudo-paralysie générale* s'appliquerait à ces cas beaucoup mieux qu'à ceux pour lesquels M. Fournier l'a proposée.

V. Quoi qu'il en soit de ces vues théoriques, il est essentiel, en présence d'un malade présentant les symptômes de la paralysie générale, de rechercher avec soin s'il n'a pas des antécédents syphilitiques, et, dans ce cas, d'instituer un traitement spécifique.

NOUVELLES RECHERCHES
SUR LA
NATURE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE
DES ALIÉNÉS

Par le Dr J. CHRISTIAN
Médecin de la maison nationale de Charenton

En voyant l'immense quantité de matériaux accumulés depuis un demi-siècle, on pourrait supposer que la paralysie générale des aliénés est une des affections les mieux connues. Il n'en est rien. Le sujet est encore entouré d'obscurité, ce qui tient sans doute aux difficultés qui lui sont inhérentes ; mais peut-être aussi s'est-on laissé séduire par le côté anatomo-pathologique de la question, et l'observation clinique a-t-elle été trop négligée.

Je crois qu'il faut en revenir à la clinique, si l'on veut arriver à la conception vraie de la maladie ; je crois que la clinique seule, bien interrogée, peut nous apprendre quelle est la hiérarchie des différents symptômes, et quelle place doit occuper la paralysie générale dans le cadre des maladies mentales.

Dans cette étude, je chercherai, par l'analyse directe des symptômes, à préciser la nature de la paralysie générale. De mes conclusions, quelques-unes s'écarteront des idées généralement reçues et paraîtront paradoxales (1). Je

(1) Je n'ai pas fait de citations, aimant mieux être court que de paraître érudit. Tout le monde connaît d'ailleurs les travaux de Calmeil, Baillarger, Lasègue, Luys, Voisin, etc., sans parler des étrangers. Ce n'est qu'après avoir longuement médité leurs œuvres que je me suis hasardé à prendre la plume.

demande à mes confrères de vouloir bien les contrôler sans parti pris, et je me sou mets volontiers à leur critique.

I

Dans un mémoire lu à la Société de médecine de Nan y (séance du 11 octobre 1877), et inséré dans la *Revue médicale de l'Est* (n° du 1^{er} janvier 1878), j'ai établi que, dans la paralysie générale des aliénés, les muscles volontaires ne sont jamais paralysés.

Le résultat de mes expériences n'a pas été contesté. Seulement on m'a objecté qu'il s'agit là d'un fait bien connu, que mon opinion est celle de tous les médecins appelés à observer et à soigner des paralytiques. Il a semblé que je m'étais escrimé, comme on dit vulgairement, à enfoncer une porte ouverte.

Je voudrais faire comprendre qu'il n'y a pas ici une simple querelle de mots.

S'il y a paralysie, comment se fait-il que le muscle reste contractile? Et si le muscle se contracte, comment admettre qu'il y ait paralysie?

En réalité, on s'est habitué à voir dans la paralysie générale un *processus destructif*. On a supposé qu'il arrive pour la motilité ce qui arrive pour l'intelligence, qu'elle est graduellement détruite. Il n'y a pas paralysie au début, on en convient; mais la paralysie finit par arriver et par devenir complète. Voilà ce que nous lisons partout.

C'est cette opinion que je veux combattre. Déjà j'ai établi que jusqu'au dernier moment, jusqu'à la mort, qui arrive dans le plus affreux marasme, non-seulement les muscles volontaires restent contractiles, mais la force musculaire persiste, plus que dans n'importe quelle maladie chronique, plus que dans la tuberculose, dans le cancer, etc. Cette force, le dynamomètre en donne la mesure exacte (1).

(1) Des 22 malades sur lesquels j'ai fait mes expériences, 3 seulement survivent. Je leur ai appliqué le dynamomètre le 11 no-

J'ai cherché à déterminer ce que deviennent les autres propriétés du muscle. (4).

II

Tout muscle paralysé s'atrophie et devient grasseux. On n'observe rien de pareil chez l'aliéné paralytique.

Avec M. le docteur Mabilie nous avons examiné au microscope les muscles des paralytiques morts dans mon service : nos recherches ont été contrôlées dans le laboratoire de M. le professeur Feltz. Les muscles examinés, qui étaient les mêmes chez tous les malades, ont toujours été trouvés avec leur structure normale : c'est ce que Marcé avait déjà signalé.

vembre 1878. Voilà les résultats comparés à ceux du 27 octobre 1877, et cependant la maladie a continué sa marche progressive :

N ^o	NOMS.	AGE.	27 octob. 1877		11 novem. 1878		
			D.	G.	D.	G.	
6	F. (Célestin).	35	54	44	49	44	Inertie complète ; vie végétative. Marasme avancé ; eschares. Gâteux, inertie complète.
7	Go.	51	44	48	38	30	
18	Mar.	58	55	30	38	38	

On voit que pour F... et Go... la différence est insignifiante, et pour Mar... il y a au contraire un accroissement considérable de la force musculaire.

(4) Toutes mes observations, toutes mes expériences, ont été faites dans mon service à l'asile de Maréville, en présence de mes internes, dont l'un, M. Mabilie, est actuellement médecin adjoint à Blois, et des étudiants de la Faculté de Nancy, venus à ma clinique. J'ai pu en rendre témoin M. le professeur Beaunis, dont je suis extrêmement heureux de pouvoir invoquer ici le bienveillant témoignage.

Une fois même il s'agissait d'un paralytique atteint d'une hémiplegie ancienne et complète : les muscles du côté hémiplegié étaient atrophiés, gras, ceux du côté opposé avaient leur texture normale.

Donc, même dans la période la plus avancée de la paralysie générale, les muscles ne subissent aucune dégénérescence grasse.

La *contractilité électrique*, qui disparaît si vite dans les muscles paralysés, est conservée ; elle ne paraît même pas sensiblement diminuée. Les muscles du bras, de la jambe, se contractent vigoureusement sous l'action du courant électrique, comme il est facile de le vérifier. La *sensibilité électrique* persiste également, car le malade crie et se plaint dès le passage du courant (Duchenne de Boulogne).

Ce que deviennent le *sens musculaire* et la *sensibilité tactile* est plus difficile à établir ; les recherches sont d'autant plus délicates que le malade est généralement en délire, et qu'il est presque impossible de fixer son attention. J'ai cependant obtenu des résultats probants chez certains paralytiques, même arrivés à une période avancée. Je faisais bander les yeux au malade, et je lui mettais entre les mains différents objets usuels, plume, crayon, pièce de monnaie ; je piquais ou je touchais différentes parties de son corps, que je lui disais d'indiquer. Dans ces conditions, j'ai vu des paralytiques ne pas se tromper et apprécier à leur juste valeur la dureté, la densité, les formes des objets que je leur faisais toucher. Mais, je le répète, ce sont là des expériences difficiles (4).

(4) Il va de soi que tous les paralytiques ne se ressemblent pas, que chez l'un il y aura anesthésie cutanée, chez l'autre anesthésie musculaire, etc. Mais n'est-il pas évident que ces symptômes, qui n'existent que dans *certaines cas*, ne sont jamais qu'accidentels, qu'ils ne font pas partie intégrante, essentielle, de la maladie, qu'ils ne sauraient servir à la caractériser ? Or, ce que je recherche dans cette étude, c'est précisément à dégager ce qui est essentiel de ce qui n'est qu'accessoire.

La sensibilité à la douleur paraît au contraire généralement affaiblie ou abolie.

Les paralytiques ont très-fréquemment des anthrax, des panaris, des plaies, dont ils ne paraissent en aucune façon se ressentir.

Enfin, quant à la *sensibilité réflexe*, j'ai pu m'assurer qu'elle persiste dans certains cas.

III

En résumé, l'analyse la plus minutieuse démontre que, dans la paralysie générale, les muscles soumis à la volonté conservent leur structure et la plupart de leurs propriétés intrinsèques; leur puissance de contraction reste considérable.

Si la preuve est faite pour les muscles volontaires, elle est plus difficile à faire pour les muscles de la vie organique. Quoi de plus simple et de plus commode que d'expliquer, par la paralysie des sphincters, les incontinenances d'urine et de matières fécales? par la paralysie du pharynx, la gêne ou l'impossibilité de la déglutition? Et comment réfuter une opinion aussi universellement admise?

Les paralytiques sont *gâteux*, voilà le fait indiscutable; c'est-à-dire que, rendant leurs urines et leurs selles sans aucune précaution, sans aucun soin de propreté, ils souillent leurs vêtements et leurs couchages, chaque fois que l'exonération a lieu.

Mais comment sont-ils gâteux? C'est ce qu'il s'agit de déterminer avec précision, car l'on peut être gâteux dans les conditions les plus variables.

Je prends pour exemple la miction. L'urine arrivant du rein goutte à goutte finit par remplir la vessie. A ce moment se produit une sensation spéciale, la *sensation du besoin d'uriner*, à laquelle succèdent la contraction des muscles de la vessie et l'expulsion du liquide.

Dans cet acte physiologique, tout se passe à notre insu, tout est soustrait à la volonté. La volonté n'intervient qu'au moment même où se produit la sensation du besoin d'uriner, et elle n'intervient que pour hâter ou retarder le moment de l'excrétion. Combien cette action de la volonté est limitée, chacun le sait par expérience : l'expulsion du liquide ne saurait être retardée au delà d'un temps fort court.

Que l'individu cède à l'envie d'uriner, aussitôt qu'elle se produit, sans tenir compte ni du lieu où il se trouve, ni d'aucune condition de bienséance, il souille nécessairement ses vêtements, il sera *gâteux*.

C'est le cas des enfants, dans la première enfance. Ils sont tous gâteux, jusqu'à ce que l'éducation leur ait appris à régulariser leurs fonctions, à retarder le moment de l'excrétion.

C'est le cas de certains idiots, qui restent gâteux toute leur vie, parce que chez eux toute éducation a été impossible, qu'ils n'ont jamais pu apprendre à se tenir propres.

Mais on voit fort bien que chez les gâteux de cette catégorie, enfants ou idiots, l'appareil urinaire est dans un état absolument normal, que le cerveau seul est responsable, parce qu'il manque à sa fonction de modérateur, de régulateur, et encore ils ne pèchent que par ignorance.

Le fait de savoir se tenir propre, de savoir régulariser la miction, étant un fait d'éducation, on comprend que de même que certains cerveaux restent incapables de jamais acquérir cette notion, on comprend, dis-je, que d'autres cerveaux puissent la perdre après l'avoir possédée.

Ainsi les déments, qui deviennent gâteux parce que leur intelligence affaiblie a tout oublié, jusqu'aux moindres soins à prendre de leur personne.

Il peut arriver que cet oubli ne soit que momentané, que certains individus, habituellement propres, deviennent gâteux momentanément, sous l'influence de causes passagères.

Tels les enfants, qui, lors même que leur éducation est

faite, *s'oublie* ; dans quelles circonstances, chacun le sait : quand ils sont distraits par leurs jeux, ou que le sommeil s'est emparé d'eux.

Tels les maniaques et les lypémaniaques, qui, absorbés par leurs idées délirantes, ont perdu toute notion exacte de leur personnalité (1).

Ici encore le phénomène est exclusivement cérébral ; l'incitation partie de la vessie n'arrive pas au cerveau avec son énergie accoutumée, ou, si elle y arrive, elle n'est pas comprise (2).

Chez tous les gâteux que je viens d'énumérer, l'appareil urinaire est intact. Les uns ne savent pas encore, les autres n'ont jamais pu apprendre, ou ont oublié, ce que signifie l'incitation que produit la vessie pleine. Le phénomène se passe d'une façon mécanique à laquelle le cerveau reste étranger.

Ces gâteux ne sont pas les seuls. Souvent il y a bien évidemment paralysie de la vessie ; c'est ce qu'on observe dans certaines maladies de la vessie, de la moelle épinière, etc.

Mais quelle différence entre ces gâteux et ceux de la première catégorie ! Ici la vessie n'est plus intacte : ou bien, devenue un sac inerte, elle se laisse distendre indéfiniment ; au delà d'une certaine limite, l'urine déborde, sort par regorgement, à moins qu'on ne l'ait retirée au moyen du cathétérisme. Le malade peut avoir conservé la sensibilité vésicale ; il éprouve de vives douleurs quand la vessie est pleine, mais il est également incapable de retenir l'urine

(1) On peut ranger dans cette catégorie ceux qui deviennent momentanément gâteux dans le cours d'une maladie aiguë grave, fièvre typhoïde, etc.

(2) Certains aliénés se gâtent volontairement, je dirais même exprès ; ils obéissent à des idées d'humilité, de mortification religieuse, ou bien ils agissent par méchanceté, pour jouer un tour aux gens du service, etc.

ou de l'expulser : sa volonté n'a plus d'action sur le sphincter.

Ou au contraire la vessie ne peut plus même retenir une goutte de liquide, et l'urine s'écoule passivement au dehors au fur et à mesure qu'elle y arrive. La sensibilité de la muqueuse a généralement disparu en même temps que la contractilité du sphincter : le malade ne sait rien de ce qui se passe.

Il est toujours aisé d'établir à quelle variété de gâteaux l'on a affaire.

Chez les gâteaux par ignorance, par oubli, par distraction cérébrale, l'incontinence est intermittente ; elle n'a lieu qu'une ou plusieurs fois par jour et par nuit : dans les intervalles, l'individu reste propre, la fonction s'exécute normalement.

Qu'au contraire il y ait paralysie réelle de la vessie, l'incontinence est continue, permanente, ne souffre pas d'interruption. Il survient de plus rapidement des lésions locales évidentes, l'altération rapide de l'urine, les eschares, etc. (1).

A quelle catégorie appartiennent les aliénés atteints de paralysie générale ?

Je sais fort bien, et j'en ai observé plus d'un, qu'il y a des paralytiques chez lesquels il y a lésion manifeste de la vessie dont l'urine ne peut-être retirée que par le cathétérisme. Mais ce n'est jamais qu'un accident fortuit et passager.

En général, voici ce que l'on observe : pendant les périodes d'excitation, le paralytique se gâte. Quand le calme revient, l'incontinence disparaît, et pendant de longs mois la fonction s'exécute d'une manière normale. Ou bien, s'il

(1) J'en ai rapporté deux exemples remarquables : (Note sur deux cas de fractures, *Revue médicale de l'Est*, 15 octobre et 4^{or} novembre 1877).

Il y a incontinence, elle est capricieuse, ne survient que la nuit, ou de deux jours l'un, ou une fois par semaine... Ce n'est qu'à une phase avancée de la maladie, quand la démence est complète, que l'aliéné paralytique se gâte d'une manière habituelle. Mais même alors, si l'on observe avec soin ce malade cloué sur son lit, on constate qu'il ne se gâte que par intervalle : deux, trois fois par jour, il mouillera sa couche, et si on prend la précaution de le changer aussitôt, il restera propre pendant plusieurs heures, jusqu'à l'exonération prochaine.

Le paralytique n'est donc gâteux que par distraction ou par oubli; quand il y a chez lui paralysie du sphincter, elle n'est qu'accidentelle.

Tout ce que je viens de dire de la miction s'applique évidemment à la défécation.

Quant à la gêne de la déglutition, il faut l'attribuer non pas à une paralysie des muscles du pharynx, qui n'existe pas, mais à ce simple fait, que le malade *oublie d'avaler*. Le paralytique est très-vorace, il mange gloutonnement, se remplit la bouche d'aliments qu'il laisse s'accumuler. Il ne fait pas l'effort nécessaire pour avaler, et se laisse étouffer d'une manière toute mécanique. Il arrive pour la sensation du besoin d'avaler ce que nous avons constaté pour celle du besoin d'uriner : ou elle n'est pas perçue, ou, si elle est perçue, elle n'est pas comprise (1).

Au point où j'en suis arrivé, je considère comme acquis que, dans la paralysie générale, l'appareil musculaire tout entier, muscles volontaires et muscles de la vie organique, conserve ses qualités intrinsèques. Ceci, la clinique le démontre d'une façon péremptoire.

(1) On peut admettre qu'il existe une anesthésie complète de la muqueuse vésicale, de la muqueuse du pharynx, et dire que ni la sensation du besoin d'uriner, ni celle du besoin d'avaler ne se produisent. Il en est sans doute souvent ainsi, mais même alors il n'y a pas de paralysie proprement dite, il n'y a pas de perte de la contractilité musculaire.

La clinique démontre également que l'intelligence, au contraire, est progressivement détruite : le paralytique finit par être dans un état de complète démence.

On peut donc conclure que les organes de l'intelligence eux-mêmes sont peu à peu détruits. Mais il n'est pas possible de supposer que les centres moteurs soient le siège du même processus destructif. Car, si les centres moteurs étaient atteints de la même façon que les centres intellectuels, la perte du mouvement marcherait parallèlement à la perte de l'intelligence : le muscle cesserait de pouvoir se contracter. Il arriverait ce qui arrive lorsque le tissu cérébral est détruit par une hémorrhagie.

L'idée qui s'impose est donc celle-ci, que les centres moteurs, bien loin d'être détruits comme les centres intellectuels, sont tout au plus irrités d'une façon secondaire, par suite de leur contact ou de leurs rapports avec les parties lésées.

A la vérité c'est là une vue théorique à laquelle nous arrivons par induction logique, l'observation directe n'a encore rien appris.

Aujourd'hui, après tant de recherches, on n'est même pas d'accord sur le siège de début de la maladie. Pour les uns c'est la moelle épinière (Westphal) ; pour d'autres, le grand sympathique (Bonnet et Poincaré, Lubimoff) ; pour le plus grand nombre, le cerveau même (Rokitansky, Luys, Magnan, Voisin), etc.

Ce qui est certain, c'est qu'il existe toujours, dans tous les cas, une inflammation chronique interstitielle de la substance grise du cerveau. Hypertrophie de la substance interstitielle, oblitération des capillaires, atrophie et destruction consécutive des éléments cellulaires : telle serait la succession des altérations cérébrales, et ainsi s'expliqueraient les progrès successifs de la démence.

Cette lésion cérébrale est-elle primitive ou secondaire ? a-t-elle une importance prépondérante ou seulement une

valeur relative? Je crois qu'il importe peu. L'observation clinique seule, indépendamment de toute constatation néroscopique, permet d'affirmer que la paralysie générale est une affection primitivement et exclusivement cérébrale, et que les troubles de la motilité ne sont que surbordonnés aux troubles intellectuels.

IV

Lorsque l'on peut avoir des renseignements sur le début de la paralysie générale, on apprend presque invariablement qu'à une époque plus ou moins éloignée, et qui peut remonter à plus d'un an, le malade a changé d'humeur, de caractère; il est devenu capricieux, irritable, fantasque, sa conduite a présenté des irrégularités inexplicables. La mémoire a faibli, il n'y a plus eu de suite dans les idées.

Si la famille s'étonne, s'inquiète, il est rare qu'elle soupçonne la gravité réelle de cet état de choses; elle ne sort de sa quiétude que lorsque surviennent de nouveaux symptômes, le plus souvent une congestion cérébrale qui se dissipe plus ou moins vite, mais à la suite de laquelle la parole reste hésitante, embarrassée, les mouvements gauches, maladroits. Puis soudain une formidable crise éclate: le mal devient évident.

Ce sont donc les troubles intellectuels qui ouvrent la scène, qui apparaissent les premiers (1); depuis longtemps déjà la mémoire a faibli, quand les symptômes musculaires devien-

(1) On a prétendu que dans certains cas les troubles musculaires se montrent les premiers; mais il est aisé de voir, en lisant les observations, que, dès que l'on constate ces troubles, il existe des troubles intellectuels; il est donc très-admissible que ceux-ci aient existé auparavant, mais qu'ils aient passé inaperçus. Les cas dans lesquels la paralysie générale succède à une ataxie locomotrice progressive rentrent dans une classe toute différente, car, entre les troubles musculaires de l'ataxie locomotrice et ceux de la paralysie générale, il n'y a aucune analogie.

ment apparents. Et dès lors il est permis de supposer que le désordre musculaire est sous la dépendance plus ou moins directe des troubles intellectuels.

Cette présomption paraîtra bien plus fondée encore si l'on remarque que les troubles locomoteurs sont d'autant plus accentués que les troubles cérébraux sont eux-mêmes plus intenses, qu'ils atteignent leur maximum quand l'excitation cérébrale est elle-même à son maximum. Que de paralytiques chez lesquels l'embarras de la parole n'est apparent que lorsqu'ils sont excités, et qui, dès qu'ils s'animent, dès qu'il se mettent en colère, bredouillent d'une manière inintelligible, alors que dans leurs moments de calme la parole est claire et distincte (4).

Un argument plus probant se trouve dans la nature même du désordre musculaire.

Nous avons vu que le mouvement, en tant que mouvement, conserve ses propriétés essentielles; tout ce qui dépend de la contractilité musculaire reste possible.

Au contraire tous les mouvements combinés sont aliérés dans leur rythme, dans leur succession, dans leur coordination. Or ces mouvements combinés, ceux même en apparence les plus simples et les plus habituels, tels que la marche, la parole, l'écriture, se composent tous d'une foule de mouvements élémentaires distincts, mais associés d'une

(4) J'ai observé récemment deux faits bien remarquables : Un ancien employé supérieur des contributions, paralytique depuis trois ans, gâteux, mort au mois d'août dernier, dans le marasme, lisait à haute voix et *sans se tromper* dans le premier livre venu. Il épelait comme un enfant qui commence à lire; la parole était lente, mais intelligible et nullement tremblée. Quand il parlait, il était impossible de le comprendre.

Lang..., que j'ai cité dans mon premier mémoire (obs. 44) et qui a été un type classique de paralysie générale, prononçait encore la *veille* de sa mort, non sans peine et après beaucoup d'efforts, maîtres-distinctement, des mots tels que *résurrection*, *Constantinople*.

Qu'en conclure, sinon qu'en fixant l'attention de ces malades, et c'est là le difficile, on peut faire trêve momentanée à l'ataxie musculaire?

manière fixe et invariable. Ce sont des mouvements *appris* et qui nous ont coûté un apprentissage long et difficile. Voyez quelle peine a l'enfant pour apprendre à marcher, à écrire !

Une fois appris, nous les possédons si bien qu'ils s'exécutent instinctivement, et en quelque sorte à notre insu. Pourquoi ? Parce que chaque fois que nous commençons un de ces mouvements, l'impulsion initiale est donnée par le cerveau avec les qualités dont l'expérience, l'éducation, l'habitude, ont appris la nécessité. Quand nous voulons marcher, écrire, parler, quand nous voulons soulever un objet qui nous est connu, nous faisons dans chaque cas l'effort qui est strictement nécessaire, et, à mesure que les mouvements se succèdent, se modifient, nous modifions de même nos efforts, de telle sorte qu'ils soient toujours proportionnés au but à atteindre et que le mouvement s'exécute avec une entière harmonie (1).

Mais pour en arriver là, que de tâtonnements, que d'essais !

Aussi, supposons que pour une cause quelconque le cerveau donne mal l'impulsion initiale, l'harmonie du mouvement sera troublée. Ce sera le cas si le cerveau a oublié ce qu'il avait appris, s'il ne se rappelle plus quel est l'effort nécessaire dans chaque cas particulier, ni comment ces efforts doivent se succéder ; si enfin il ne comprend plus la valeur des renseignements qui lui sont incessamment fournis par la moelle et les organes périphériques.

Et c'est précisément ce qui arrive dès le début de la paralysie générale, et ce qui explique ce fait général, que

(1) Le cerveau ne donne que l'impulsion initiale ; dès que le mouvement est commencé, l'action du cerveau l'arrête, le mouvement continue automatiquement, en vertu des conditions anatomiques préétablies de la moelle épinière et de la sensibilité réflexe. Voir l'analyse de ces phénomènes dans l'œuvre magistrale de Jaccoud : *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement* ; Paris, 1864.

l'on observe chez tous les paralytiques : *que l'effort n'est pas en rapport avec le but à atteindre.*

Observez le malade quand il veut saisir un verre, un crayon, une plume : il déploiera une force dix, vingt fois trop considérable, à peine tiendra-t-il l'objet dans sa main crispée, qu'il oubliera de continuer l'effort et l'objet lui échappera (1).

Veut-il marcher, même sur un terrain uni, il fera de grandes enjambées, et pourtant ne saura éviter aucun obstacle.

Mais si le trouble cérébral à lui seul, si la démence qui apparaît dès le début de la paralysie, suffit pour altérer profondément le mécanisme des mouvements coordonnés, s'il en détruit le rythme, la succession, il n'explique pas tout. Car autrement tous les déments, quels qu'ils soient, présenteraient les mêmes troubles musculaires que les paralytiques.

C'est que dans la paralysie générale il y a autre chose encore, il y a un élément qui est constant, pathognomonique, et dont l'importance ne me paraît pas avoir été suffisamment comprise : je veux parler du *tremblement fibrillaire* des muscles.

Ce tremblement fibrillaire donne aux muscles leur aspect tremblotant : il se manifeste par ces mouvements vermiculaires, ondulatoires, qui les parcourent incessamment, même à l'état de repos. Le muscle peut encore se contracter et il se contracte en effet, mais il a perdu sa souplesse ; il ne peut plus se contracter rapidement, en masse, ni, une fois contracté, revenir rapidement dans le relâchement. On dirait que les fibrilles musculaires entrent en contrac-

(1) Il y a là une grande analogie avec ce que l'on note chez l'enfant qui apprend à se servir de ses membres, avec ce qui nous arrive à nous-mêmes quand nous saisissons pour la première fois un objet qui nous est inconnu, ou que nous voulons apprendre un mouvement nouveau, tel que la danse, la gymnastique, etc.

tion isolément, l'une après l'autre, et qu'aussitôt contractées elles restent dans un état d'oscillation permanente. Aussi remarque-t-on dans tous les mouvements des paralytiques une lenteur, une indécision tout à fait spéciales, qui leur donnent leur air si gauche et si emprunté.

Onimus (*Gazette hebdomadaire*, n° du 8 mars 1878) attribue l'ataxie musculaire à un état de contracture permanente du muscle, ce qu'il propose d'appeler *la contracturie*. Nous voyons ici quelque chose de semblable; ici aussi il existe une contracture permanente, un spasme, qui, je le crois, est la cause réelle et prochaine des troubles moteurs si caractéristiques de la paralysie générale.

Ce qui le prouve, c'est que chaque fois que nous constatons le tremblement fibrillaire, il s'accompagne de cette ataxie musculaire spéciale. Ainsi dans l'alcoolisme aigu, qui, on le sait, est souvent si difficile à distinguer d'une paralysie générale au début. Chez l'alcoolique, le tremblement fibrillaire disparaît vite, et, aussitôt qu'il a disparu, les mouvements reprennent leur régularité. On voit de même dans la paralysie générale les mouvements redevenir normaux, quand il y a une rémission, et alors, fait à noter, le tremblement est le symptôme qui disparaît le premier, et dès qu'il a disparu la parole redevient nette.

Onimus pense que l'état de contracture du muscle tient à une modification du tissu musculaire, telle qu'une augmentation de densité ou une semicoagulation du plasma: il ajoute que le moindre trouble de nutrition ou la plus légère irritation peut produire ce résultat.

Cette opinion est très-admissible. Dans la paralysie générale nous pouvons supposer que la modification dans le tissu musculaire a son point de départ dans l'irritation de l'encéphale; car, comme j'en ai fait la remarque plus haut, il y a une corrélation étroite entre l'intensité des troubles musculaires et l'intensité des phénomènes congestifs du cerveau.

Comment la phlegmasie du cerveau amène-t-elle l'altération du plasma musculaire et consécutivement le tremblement? C'est là une question dont la solution est réservée à l'avenir. Nous savons trop peu de chose sur l'anatomie et la physiologie de l'encéphale pour qu'actuellement nous puissions faire autre chose que de nous en tenir à l'hypothèse la plus probable, à celle qui cadre le mieux avec le peu que nous savons.

Dégager cette hypothèse, tel a été le but de ce travail que je résumerai dans les propositions suivantes :

1° La paralysie générale n'est à aucun degré une affection de nature paralytique.

2° Elle doit être considérée comme une maladie primitivement cérébrale, une encéphalite interstitielle (1).

3° Elle débute dans les centres intellectuels, qui sont progressivement détruits.

4° Les centres moteurs ne sont pas détruits comme les centres intellectuels ; ils ne sont irrités qu'accessoirement ; aussi les troubles de la motilité ne sont que secondaires, ils n'ont pas d'existence indépendante, ils sont toujours proportionnés à l'intensité des troubles cérébraux.

5° La cause directe des troubles musculaires, c'est l'affaiblissement intellectuel, et le tremblement fibrillaire des muscles.

6° Ce tremblement fibrillaire paraît dû à une altération du plasma musculaire, causée elle-même par l'inflammation spéciale du cerveau.

(1) C'est la conclusion à laquelle sont arrivés différents auteurs, et tout récemment M. Doutrebente (*Ann. méd. psych.*, mars 1878, p. 164).

NOTE
SUR
L'EMPLOI DE L'ATROPINE

DANS L'ENTÉRITE CHRONIQUE CHEZ LES ALIÉNÉS

par le Dr Paul Moreau, de Tours.

Dans le numéro des *Annales médico-psychologiques* de mai 1878, notre honorable confrère le Dr Dufour, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert, mettant à profit les expériences du professeur Vulpian sur l'emploi de l'atropine contre les sueurs des phthisiques, eut l'idée d'employer cette substance contre la sialorrhée des aliénés. Dans le service du Dr Moreau de Tours, à la Salpêtrière, nous avons pu constater l'efficacité réelle de ce médicament contre la sputation, et, tout en confirmant la valeur du traitement, nous désirons appeler l'attention sur un autre point.

Ayant dans le service deux femmes, l'une en démence, l'autre paralytique générale, atteintes de diarrhée séreuse incoercible, ayant résisté à tous les antidiarrhéiques connus, nous donnâmes à ces malades les pilules d'atropine de $1/2$ à $1^{\text{mm}} 1/2$, sans avoir eu besoin de dépasser cette dose. Dans un espace de temps qui varia de 4 à 6 semaines, nous avons vu la diarrhée s'arrêter. Chez la paralytique, le traitement ayant été interrompu à la suite d'une amélioration notable, la diarrhée reparut : de nouvelles pilules eurent bien vite raison de cette récédive.

Par mesure de prudence, nous avons cru devoir continuer

le médicament pendant quelques jours après la cessation complète des phénomènes diarrhéiques, et jusqu'à présent l'amélioration s'est maintenue.

Nous croyons utile d'appeler l'attention de nos confrères sur les avantages que l'on pourrait retirer de l'usage de l'atropine dans ces cas d'entérite chronique, qui, chaque année, enlève un si grand nombre de malades, et nous serions heureux que de nouvelles observations vinssent confirmer les deux faits que nous venons de rapporter.

ARCHIVES CLINIQUES

12

ASILE DE VILLE-ÉVRARD. — M. DOUTREBENTE

Paralysie générale d'origine saturnine ?

SOMMAIRE. — Père mort d'accidents cérébraux. — Intelligence bornée. — Accidents saturnins légers. — Invasion rapide. — Deux attaques congestives vertigineuses. — Délire ambitieux. — Incohérence. — Amnésie. — Impulsions dipsomaniaques et érotiques. — Deux mois d'isolement. — Rémission incomplète. — Guérison.

A... Félix, âgé de trente-trois ans, marié, peintre en bâtiments, domicilié à B..., département de Seine-et-Marne, entre à Ville-Évrard le 28 mai 1878.

14 avril 1878. Déjà à cette époque A... avait des pleurs faciles, s'attendrissait à tout propos, lorsque, subitement et sans prodromes, il perd connaissance, pâlit, s'affaisse et revient à lui après quelques convulsions ; cette crise immédiatement suivie de vomissements se termina par une explosion de larmes.

18 avril. Seconde attaque semblable à celle du 14 avril ; insomnie persistante.

1^{er} mai. A..., préoccupé par des besoins d'argent, se tourmente d'une façon exagérée ; son caractère s'aigrit, il ne supporte plus la contradiction, gourmande ses ouvriers, travaille mal. Constamment dominé par des impulsions nouvelles, il se met à boire et poursuit sa femme le jour et la nuit. Le sommeil fait absolument défaut, ou bien est troublé par des rêves et des cauchemars affreux.

La mémoire des faits récents disparaît rapidement.

15 mai. A... se livre à des dépenses exagérées, entreprend

des voyages à Paris sans but, fait des courses en voiture et a des altercations avec les cochers, il perd ou se fait voler sa montre, son argent, ses instruments de travail, achète des chapeaux par douzaines et accumule chez lui des provisions considérables de colle, papier, peinture, etc.

Quand on lui fait des observations, il répond que le gouvernement l'a chargé d'exécuter des travaux immenses, aux Tuileries notamment, où il a pour 4 millions de travaux à exécuter.

20 mai. Appelé en consultation par le médecin de la famille, nous apprenons de lui qu'à plusieurs reprises notre malade a présenté des accidents saturnins sous la forme arthritique.

Traitement. Pilules d'aloès, iodure de potassium.

Le père de A... serait mort à la suite d'une maladie cérébrale. Il a un frère et une sœur qui paraissent bien doués au physique et au moral; lui-même, sans être un faible d'esprit, possède une intelligence bornée; bon garçon, sans malice, mais incapable de se rendre compte des profits et pertes d'une entreprise. A... ne présente aucun symptôme de syphilis constitutionnelle.

29 mai 1878. Certificat de vingt-quatre heures. « Démence paralytique, n'a plus conscience de ses actes; idées de richesses très-prononcées; il veut donner 50,000 fr. aux pauvres; il doit entreprendre pour 4 millions de travaux. »

5 juin. Délire ambitieux, amnésie, inconscience; il reçoit sa femme sans émotion, il croit ne l'avoir jamais quittée et doit, d'ailleurs, partir avec elle. Il ne se rend aucun compte de son état et du lieu où il reçoit des soins.

Il gâte le jour et la nuit, et se fâche quand on lui en fait l'observation.

12 juin. Certificat de quinzaine : « Démence paralytique, n'a conscience ni de son état, ni du lieu où il se trouve; il est gai, chante et rit, disant qu'il va sortir pour exécuter de grands travaux. »

422 ASILE DE VILLE-ÉVRARD. — M. DOUTREBENTE.

4^{or} juillet. Depuis plusieurs jours, A..., moins agité, ne parle plus de ses travaux et sourit quand on lui demande s'il en a commencé l'exécution; il s'étonne parfois de se voir enfermé et demande à retourner chez lui. Il ne gâte plus.

15 juillet. Amélioration certaine. Jamais A... n'a présenté de troubles manifestes de la parole, les pupilles sont également dilatées avec 0^m002 de diamètre.

29 juillet. A... sort en état de rémission; l'intelligence est encore un peu obscurcie.

Depuis, nous avons suivi ce malade avec beaucoup d'intérêt. Rempli d'attention pour ceux qui lui ont donné des soins, il revient fréquemment nous voir. Aujourd'hui, sept mois après la sortie de l'asile, A... ne présente plus aucun signe de paralysie générale; ses parents les plus proches affirment que l'intelligence est absolument intacte, il leur semble, parfois, qu'il est plus intelligent qu'autrefois. Il travaille bien et régulièrement, ne fait d'excès d'aucune sorte, vit en famille et présente, en un mot, tous les caractères d'une guérison parfaite.

Quoique, dans cette observation, le mot *Démence paralytique* se trouve dans les certificats du médecin en chef, il faut le prendre comme synonyme de folie paralytique; car jamais A... n'a présenté les signes de la démence confirmée; l'intelligence a été troublée, la mémoire des faits récents a été suspendue pendant un certain temps; mais de là à la déchéance intellectuelle définitive, à la *démence*, il y a plus d'un degré à franchir.

ASILE DE NUEVA BELEM DE BARCELONE.—M. E. GALCERAN.

**Symptômes très-graves de paralysie générale;
guérison.**

(Observation publiée dans la *Independencia medica* et traduite par M. Rey, ancien interne de Sainte-Anne.)

SOMMAIRE — Délire ambitieux. — Embarras de la parole. — Tremblement des membres. — Démarche vacillante. — Aggravation des symptômes. — Eschares au sacrum et aux trochanters. — Excrétions involontaires. — Trois attaques de congestion cérébrale. — Mort imminente. — Disparition graduelle des symptômes et guérison qui se maintient depuis deux ans.

M. R..., cinquante-cinq ans, tempérament sanguin, de constitution robuste, taille peu élevée. Serrurier de son état, il était dernièrement employé dans une fonderie de fer et donnait toute satisfaction à son patron. Pendant quelques jours, il s'imagina avoir inventé une merveilleuse clef allemande pour les coffres-forts, dont l'imitation était absolument impossible, et qu'il avait obtenu des brevets d'invention qui le mettaient à même d'espérer une grande fortune; puis il eut une forte attaque de méningo-encéphalite qui fut promptement combattue par des émissions sanguines et des révulsifs. M. le Dr Juan Giné, appelé en consultation, trouve le malade avec un délire de caractère ambitieux, qui facilement passait à la fureur : incohérence, absence de la notion de son état mental; la parole est un peu embarrassée; la fièvre de moyenne intensité. Le Dr Giné diagnostique bientôt la paralysie générale, annonçant à la famille la nécessité dans laquelle elle serait prochainement d'enfermer le malade dans un asile. Quinze jours après, M. R... était amené à Nueva Belem.

Le délire ambitieux était parvenu à ses plus grandes exagérations : il ne parlait que de millions, d'armées, d'escadres, d'inventions extraordinaires, se faisant toujours de grandes illusions au sujet de sa clef. La parole était plus embarrassée; les mains tremblaient; la démarche était chancelante. Il se vantait de sa force extraordinaire, alors qu'il

ne pouvait résister à la moindre impulsion. L'appétit était bon ; il digérait bien. Il dormait peu, et il avait, pendant la nuit, des exacerbations de délire furieux qui, plusieurs fois, nécessitèrent l'isolement et la contention.

La paralysie fut s'accroissant de plus en plus ; vint un moment où il ne pouvait faire un pas sans l'appui de deux domestiques. Des eschares se montrèrent au sacrum et aux trochanters ; malgré une alimentation abondante et nutritive, il maigrit considérablement. Le délire devint absolument incohérent. Il souillait son lit et ses vêtements. Il survint, à différentes époques, trois fortes attaques d'apoplexie qui augmentèrent et généralisèrent la paralysie des membres. Les attaques furent combattues par des applications de sangsues à l'anus. Pendant quelques jours, la mort paraissait imminente. Cependant, ayant échappé d'une façon inespérée à la dernière attaque, il y eut trois jours d'oscillations dans son état et il entra dans une voie d'amélioration. Il recouvra des forces, commença à marcher. Le délire, sans perdre son caractère ambitieux, fut moins incohérent ; la mémoire revint, les eschares s'éliminèrent et les plaies se cicatrisèrent. De jour en jour, la démarche fut plus assurée, la parole plus distincte et le délire ne se montrait que par intervalles. Il commença à avoir conscience de son état. De temps en temps, néanmoins, il prétendait que le terrain de l'asile était une mine de fer très-riche, et qu'il allait y établir une fonderie. Du reste, il se rendait aux observations qu'on lui faisait et paraissait convaincu. Peu à peu, les dernières traces du délire disparurent ; les sentiments affectifs revinrent ; il se montra très-désireux de voir sa femme et ses enfants. Il reconnut complètement sa maladie, et dès ce moment la guérison fut complète. Il fut aussitôt employé à l'atelier de serrurerie de l'asile, et, trois mois après, sur la demande de sa famille, il rentra dans sa maison. Depuis, il s'est écoulé deux ans sans que rien de nouveau soit survenu dans l'état de R... De temps en temps il visite Nueva Belem,

en témoignage de reconnaissance. La durée de la maladie a été de douze mois, y compris les trois derniers mois de convalescence.

La médication a consisté dans l'emploi de l'arsenic (liqueur de Fowler) à doses progressives. On était ainsi arrivé jusqu'à vingt gouttes par jour et cette dose a été maintenue jusqu'à la fin de la maladie. Au début de la démence, on appliqua un moxa à la nuque, les trois attaques de congestion cérébrale furent traitées par des applications de douze sangsues à la marge de l'anus, et l'administration des pilules d'Anderson. Les eschares ont été traitées par les moyens antiseptiques : quinquina, acide phénique, thérébentine, etc.

14

ASILE DE NUEVA BELEM DE BARCELONE. — M. GALCERAN,

Paralysie générale ; guérison.

(Observation publiée dans la *Independencia medica* et traduite par M. Rey, ancien interne de Sainte-Anne.)

SOMMAIRE. — Congestions cérébrales avec hémiplegies passagères. — Affaiblissement de l'intelligence. — Délire ambitieux. — Embarras de la parole. — Inégalité des pupilles. — Démarche incertaine. — Congestions cérébrales. — Amélioration graduelle. — Guérison. — Sortie de l'asile après dix mois de traitement. — La guérison se maintient depuis un an.

J. G..., cinquante-quatre ans, stucateur, constitution robuste, tempérament sanguin. Il eut d'abord plusieurs attaques de congestion cérébrale avec hémorrhagie passagère, affaïssement moral, perte de la mémoire, puis survint le délire ambitieux typique; il possédait des trillions, il concevait des projets gigantesques, comme celui d'élargir la plaine de Barcelone en sciant les montagnes circonvoisines, de construire à Gracia un cimetière avec ses propres millions, avec des murailles d'or qu'il tirerait d'une fontaine de sa propriété qui le versait continuellement, de stuquer les marbres du Vatican et aussi la face de la lune.

Il s'ajoutait à cela, comme symptômes somatiques, une

426 ASILE DE NUEVA BELEM DE BARCELONE. — M. GALCERAN.

injection constante du visage et des conjonctives; inégale dilatation des pupilles avec myosis; embarras de la parole très-prononcé; mouvements ataxiques rendant la démarche incertaine, et enfin fréquents symptômes congestifs, et même véritables attaques de congestion cérébrale qui obligeaient chaque fois à recourir aux applications de sangsues à l'anus et à d'énergiques dérivatifs sur l'intestin. Cet état dura six à sept mois, au bout desquels la guérison s'annonça par des rémissions dans l'intensité du délire et par la diminution de fréquence des congestions. L'embarras de la parole et la difficulté de la locomotion disparurent progressivement. Le malade eut conscience de son état, et il sortit de l'asile complètement guéri après dix mois de traitement. Depuis lors, il s'est passé un an sans rien de nouveau. J. G... continue à être tout à fait bien.

15

ASILE DE NUEVA BELEM DE BARCELONE. — M. GALCERAN.

Folie à double forme paralytique, précédée de strabisme, de diplopie et de paralysie de la paupière supérieure droite. Guérison.

(Observation publiée dans la *Independencia medica* et traduite par M. Rey, ancien interne de Sainte-Anne.)

SOMMAIRE. — Strabisme, diplopie, chute de la paupière supérieure droite. Délire mélancolique, puis délire ambitieux. — Embarras de la parole. — Démarche vacillante. — Tremblement des membres. — Pneumonie. — Convalescence rapide et complète.

R. B., quarante-sept ans, tempérament lymphatique, constitution ordinaire. En novembre 1876, et presque tout à coup, il eut du strabisme, avec chute de la paupière supérieure droite et diplopie. Ces accidents, dans lesquels il était permis de voir quelque congestion ou quelque épanchement limité, comme préliminaires de la maladie, furent combattus par l'électricité, l'hydrothérapie et les révulsifs. Peu de temps après, le malade fut pris d'une tristesse inaccoutumée,

à laquelle se joignit bientôt un délire de persécutions : il s'accusait de la mort de son beau-frère, et, pour ce crime, il devait être brûlé vif, après avoir parcouru toutes les villes d'Espagne, enfermé dans une cage de fer et accompagné par le bourreau. Il prenait pour des malédictions exécrables les bienveillantes paroles de ses enfants ; le moindre bruit le terrorisait, croyant le moment arrivé où le bourreau et la garde civile devaient le prendre.

Il y eut une période de calme qui dura jusqu'au mois de janvier ; alors réapparut le délire, mais transformé. Cette fois le malade se croyait un potentat, ayant des attributions extraordinaires pour nommer les évêques, les cardinaux, les souverains ; il faisait présent de tout ce qu'il avait, il achetait des objets inutiles auxquels il attribuait une grande valeur ; il réglait les destins de la patrie, les victoires des carlistes étaient dues à sa valeur. C'est dans cet état qu'il fut conduit à l'asile. La chute de la paupière supérieure persistait, mais moins marquée, ainsi que la diplopie ; il présentait en outre une dilatation inégale de la pupille très-marquée, de l'embarras de la parole et du tremblement de la langue, la face rouge, le pouls plein et fréquent, une légère augmentation de la température, la station difficile nécessitant une base de sustentation plus large, la locomotion indécise, vacillante ; tremblement des extrémités.

Au cours de cet état qui devenait de plus en plus grave, le malade eut une pneumonie catarrhale qui dura 12 jours pendant lesquels le délire disparut, et ce fut le point de départ de l'amélioration. Il ne tarda pas en effet à se rendre compte de sa maladie. Les idées délirantes disparurent l'une après l'autre ; les troubles de l'appareil locomoteur disparurent aussi, et le malade vint de sortir après quatre mois de complète et franche convalescence (1). Actuellement R. B. est tout à fait guéri.

(1) Cette observation offre, à notre avis, un grand intérêt. A la première période le malade a, en effet, offert du strabisme,

16

HOTEL-DIEU. — M. LIOUVILLE.

Délire ambitieux survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde.

SOMMAIRE. — Vingt-un ans. — Fièvre typhoïde durant trois septénaires. — Convalescence. — Délire ambitieux. — Persistance de ce délire à la sortie de l'hôpital.

Un jeune homme, âgé de vingt-un ans, de complexion plutôt délicate que vigoureuse, entre en août 1863, à la salle Ste-Jeanne (Hôtel-Dieu), pour une fièvre typhoïde des mieux caractérisées.

Il est placé, au n° 41, dans le service de M. Grisolles, alors suppléé par M. Archambault.

La fièvre typhoïde suit sa marche vers la guérison, sans rien présenter d'extraordinaire ; elle dure près de trois septénaires, sans avoir offert de prédominance bien marquée dans la forme, même du côté du cerveau.

Elle est suivie d'une grande faiblesse, comme cela se comprend ; mais la convalescence s'établit peu à peu, et toute crainte disparaît.

Pendant ce temps, quand les forces revenaient, que l'appétit se montrait de plus en plus exigeant, sans réaction fébrile bien manifeste, le malade est pris d'un délire calme, tranquille, déraisonnant à peu près sur tous les sujets, et principalement alors qu'on l'excite un peu par la conversation.

de la diplopie, de la paralysie de la paupière supérieure droite ; il a donc présenté des symptômes de ce que Duchenne (de Boulogne) appelait la période céphalique de l'ataxie locomotrice. A ce point de vue, elle mérite, malgré ses lacunes, de prendre place dans l'étude des rapports de cette dernière maladie avec la paralysie générale.

Il importe aussi de faire remarquer que le malade a eu un véritable accès de folie à double forme, dont les deux périodes ont été séparées par un intervalle de calme, dont malheureusement la durée n'a point été précisée. J. B.

Sculpteur sur bois de son état, il n'y a pas, selon lui, d'artiste plus adroit pour « *faire des Béranger*. » (Il paraît que c'était le buste qu'il sculptait le plus spécialement.) « *Il n'y a que moi qui FAIS des Béranger* », nous répétait-il à tout propos.

Très-affectueux de caractère, il grandit volontiers chacun des membres de sa famille. — Sa sœur, à laquelle il me présentait un jour qu'elle le venait voir, était la plus jolie femme du monde, — disait-il.

Et il ne cessait de parler de sa beauté, qui était ordinaire.

Je le surpris un jour s'étant attaché un morceau de drap rouge sur sa longue capote grise d'hôpital, à gauche, comme une décoration, et la portant fièrement.

Comme je le grondais un peu de cette innocente plaisanterie, en lui disant qu'il fallait mériter cet honneur avant d'en porter le signe, il m'affirma *qu'il était décoré, parce qu'il faisait des Béranger mieux que personne*.

Cette scène se renouvela plusieurs fois à la visite du matin ; mais du reste il n'insistait presque pas, si on lui disait de l'enlever.

Ainsi en était-il de toutes les choses assez extraordinaires qu'il faisait ou de celles qu'il disait. On s'en moquait sans qu'il se fâchât, quelquefois même il en aurait ri.

Pendant ce temps, ses forces revenaient peu à peu ; son appétit prenait d'énormes proportions, et on le voyait plutôt rôder autour de la cuisine, où il espérait quelque chose, qu'attendre la visite du médecin, au pied de son lit.

Sa convalescence suivant bien sa marche, on songea à l'emmener à la campagne, et il partit de l'hôpital, vers la fin de septembre, conservant encore des traces fréquentes de son délire.

La vénérable religieuse de la salle Ste-Jeanne, très-bonne observatrice, à laquelle j'en parlais encore ces jours derniers (mars 1864), se rappelait parfaitement l'histoire médicale de notre malade ; elle me redit d'elle-même quelques-uns

430 HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

des traits consignés dans cette note, et se souvint très-bien qu'avant de quitter l'hôpital, et même au moment de sa sortie, toujours calme, docile et affectueux, il forgeait tout haut des rêves irréalisables de position, de fortune, de gain ; associait les infirmiers à ses espérances, et que c'était par dizaine de mille francs et par millions qu'il voulait reconnaître les soins dont il avait été entouré.

Nous avons eu ainsi sous les yeux, pendant trois semaines au moins, toutes les manifestations variées, et à des degrés différents, de cette curieuse forme de délire survenu, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, chez ce jeune homme de vingt-un ans.

17

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE — M. BAILLARGER

Paralysie générale des vieillards.

SOMMAIRE. — Affaiblissement de l'intelligence au début. — Tremblement des membres. — Embarras de la parole. — Erysipèle de la face. — Affaiblissement général. — Phlyctènes gangréneuses. — Contracture des membres. — Mort. — Adhérences des membranes à la partie supérieure et moyenne de l'hémisphère droit. — Dilatation des vaisseaux formant l'hexagone cérébral. — Dilatation des ventricules latéraux. — Granulations ventriculaires. — Foyers hémorragiques anciens dans les corps striés. — Hypertrophie du ventricule gauche du cœur. — Dilatation et ossification de l'aorte. — Foie gras. — Tumeur de l'ovaire.

La nommée T..., âgée de soixante-six ans, a été conduite à la Salpêtrière sans qu'on ait pu avoir sur elle aucun renseignement.

A son entrée, cette femme se plaignait d'étourdissements et accusait des douleurs dans les jambes. En même temps on constatait chez elle un affaiblissement très-notable de l'intelligence, sans conceptions délirantes.

Elle n'avait pas de gêne appréciable de la prononciation

Aux questions qu'on lui faisait, elle répondait lentement et souvent d'une façon incohérente. Les jambes étaient si faibles que la malade pouvait à peine se soutenir. Il y avait paralysie des sphincters, excrétion involontaire de l'urine et des matières fécales.

Six mois plus tard, nous observons un peu d'embarras de la prononciation, la parole est précédée d'un tremblement très-marqué des lèvres ; tremblement des membres supérieurs, la malade ne peut porter ses mains à la tête qu'après une série d'oscillations saccadées ; on ne constate pas du reste d'affaiblissement plus marqué dans l'un des côtés du corps.

La sensibilité persiste, mais elle est affaiblie.

Un an environ après son entrée à l'hospice, la femme T... fut atteinte d'un érysipèle de la face qui se termine sans incident remarquable.

Peu de temps après il survint de l'œdème, qui, d'abord borné aux jambes, a gagné les mains et les bras. Les jambes sont presque tout à fait paralysées.

L'affaiblissement général augmente, la malade ne peut plus quitter le lit ; elle maigrit et ne peut plus prendre que des aliments liquides ; à plusieurs reprises, elle est atteinte d'une diarrhée qui l'épuise. Des phlyctènes, remplies d'un liquide roussâtre, apparaissent sur les avant-bras et les mains. Il se forme une large eschare au sacrum. Il survient de la contracture dans les membres inférieurs, et en même temps on constate la prédominance de la paralysie du côté gauche. Bientôt, la face se grippe, la langue devient sèche, les dents sont fuligineuses, et la malade succombe dans le marasme, après un peu plus de deux ans de séjour à l'hospice.

Autopsie faite 24 heures après la mort.

La dure-mère incisée, il s'écoule à peine quelques grammes

de sérosité. Arachnoïde légèrement opaque, le long du trajet des vaisseaux.

La pie-mère est un peu plus injectée qu'à l'état normal; à la base, les membranes sont saines; on ne trouve d'adhérences des méninges avec la couche corticale qu'en deux points, à la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère droit. Il n'y a pas d'atrophie sensible des circonvolutions. La consistance du cerveau est normale, si ce n'est à la base des lobes moyens où elle est plus faible.

A la base on est frappé de la dilatation énorme des artères qui composent l'hexagone cérébral, leur calibre est presque doublé.

Cette dilatation se prolonge dans les artères cérébrales moyennes. Les ventricules latéraux sont dilatés et leurs parois sont criblées de petites granulations et donnent au toucher la sensation d'une langue de chat.

Sur le corps strié droit, nous trouvons une dépression bien tranchée dont le fond est jaune, d'une teinte ocreuse; sur le corps strié gauche, il y a une altération analogue, mais beaucoup moins marquée.

Une coupe au niveau de la dépression nous montre qu'il s'agit de deux foyers hémorragiques interstitiels anciens. Il n'y a pas, en effet, de cavités, la teinte jaune paraissant appartenir au tissu même du corps strié.

Le cervelet est ramolli.

Dans le quatrième ventricule, au niveau du calamus, il y a une quantité énorme de granulations, semblables à celles que nous avons trouvées dans les ventricules latéraux.

La moelle et les membranes sont saines.

Thorax. — Le cœur est hypertrophié. La crosse de l'aorte est dilatée et incrustée de plaques athéromateuses. Les carotides primitives offrent d'espace en espace des renflements anévrysmatiques.

Abdomen. — Dégénérescence graisseuse du foie.

L'ovaire présente une tumeur contenant une matière brunâtre, épaisse et poisseuse.

La vessie contient une certaine quantité de matière purulente.

Remarques.— L'autopsie, comme on l'a vu, a fait découvrir chez cette malade deux sortes d'altérations tout à fait distinctes :

1° Des traces d'hémorrhagie interstitielle à la surface de chaque corps strié.

2° Des adhérences des membranes et des granulations très-nombreuses dans les ventricules latéraux et surtout dans le quatrième ventricule.

Ces dernières lésions appartiennent à la paralysie générale et expliquent la démence, l'embarras de la parole et l'affaiblissement général des mouvements.

Cet ensemble de symptômes peut s'observer chez des malades atteints de démence sénile, sans qu'on assimile leur état à la paralysie générale proprement dite. Nous nous fondons ici, pour trancher la question, sur l'existence des adhérences et des granulations ventriculaires.

Médecine légale

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL

DE

BRUNET (JEAN)

Inculpé d'homicide

Nous soussignés : Dr Fontant, médecin en chef de l'hôpital-hospice de Niort ; Dr Roulland ; Dr Chasseloup de Châtillon, médecin en chef de l'asile des aliénés de Niort,

Commis par ordonnance de M. le juge d'instruction près le tribunal de 1^{re} instance de Niort, à l'effet de savoir si Brunet (Jean) jouissait complètement de toutes ses facultés intellectuelles, le 12 septembre dernier, jour où il a assassiné le nommé Bourdin (Pierre), son voisin,

Nous avons prêté serment entre les mains de ce magistrat, et nous sommes mis en mesure d'accomplir, en âme et conscience, la mission délicate qui nous était confiée.

Après nous être entourés de tous les renseignements et documents nécessaires, et avoir examiné et interrogé l'inculpé, nous avons rédigé le procès-verbal dont la teneur suit :

Exposition des faits :

Le douze septembre dernier, dans la matinée, le bourg de Saint-Symphorien était en grand émoi par suite de la nou-

velle qui s'était répandue du meurtre commis par Brunet (Jean) sur la personne de son plus proche voisin, Bourdin (Pierre).

L'instruction nous fait connaître que Brunet, après avoir tué Bourdin d'un seul coup de fusil tiré du seuil de sa porte, en plein jour, au moment où ce dernier sortait lui-même de sa maison, est rentré dans sa demeure et qu'il s'est mis tranquillement à déjeuner après avoir jeté son fusil à l'écart.

C'est seulement une heure après l'événement, au moment où l'inculpé se disposait, prétend-il lui-même, à aller reprendre son travail accoutumé, qu'il a été appréhendé par un gendarme auquel il n'a, d'ailleurs, opposé aucune résistance.

Conduit devant M. le maire de la commune, qui arrivait sur le lieu de l'arrestation, l'inculpé a subi un premier interrogatoire.

Personne ne l'avait vu donner le coup mortel à son voisin. Sommé de faire connaître s'il était bien le meurtrier, Brunet a répondu sans hésitation que c'était lui-même, et qu'il n'en avait aucun regret parce que c'était un voleur.

Sur la question qui lui fut posée, s'il n'avait pas l'intention de tuer d'autres personnes ; après un peu d'hésitation, il répondit : « Peut-être bien. »

Dans le second interrogatoire que M. le juge d'instruction lui a fait subir quelques heures plus tard, il a déclaré de nouveau qu'il avait tué Bourdin et qu'il avait acheté la veille, à Niort, un fusil et des munitions dans l'intention d'accomplir son projet homicide, qu'il préméditait d'ailleurs depuis une huitaine de jours, parce que son voisin lui volait des raisins dans sa vigne. Interrogé de nouveau s'il regrettait l'acte accompli, il répondit « qu'il ne regrettait pas d'avoir tué Bourdin, parce que c'était un voleur » ; puis il se reprit en disant « qu'il le regrettait maintenant ». Il protesta, d'ailleurs, qu'il n'a jamais eu l'intention de tuer d'autres personnes.

L'interrogatoire et l'attitude de l'inculpé pendant l'instruction sur les lieux ayant fait naître dans l'esprit des magistrats des doutes sur l'intégrité de sa raison, doutes augmentés par le fait qu'il avait été renfermé par deux fois dans l'asile des aliénés de Niort, une ordonnance judiciaire décida que cet individu serait l'objet d'un examen médical particulier.

C'est là que commence le rôle des médecins experts, et nous allons exposer le résultat de l'examen auquel nous avons soumis le meurtrier de Bourdin.

Examen et interrogatoire de l'inculpé.

Brunet (Jean) a maintenant 70 ans ; mais il paraît plus âgé. Il est de grande taille et de constitution lymphatique. Sa figure est blafarde, son front bas, les traits de son visage sont sans animation et révèlent une certaine apathie, une certaine torpeur, qui se traduit dans la démarche, qui est lente et mal assurée. L'expression de sa physionomie porte le cachet de la rudesse et d'une sombre mélancolie.

Depuis qu'il a été renfermé à la maison d'arrêt, c'est-à-dire depuis le jour même du meurtre, il a été impossible d'occuper Brunet à quoi que ce soit : il recherche la solitude, ne répond que par monosyllabes aux questions qui lui sont adressées.

Il semble absorbé, plutôt que préoccupé, par un sentiment de regret et de crainte. Pendant la première quinzaine qui suivit son arrestation, on eut beaucoup de peine à le décider de prendre des aliments, parce que, disait-il, il voulait mourir, étant las de vivre.

Le 49 septembre, nous nous rendîmes pour la première fois à la prison, afin de procéder à l'examen de Brunet et nous lui fîmes subir l'interrogatoire suivant :

D. Pourquoi avez-vous tué Bourdin ?

R. Parce qu'il volait les raisins de ma vigne.

D. En avez-vous des preuves ?

R. Oui, je le voyais entrer le soir, et il portait du raisin tantôt dans un bissac, tantôt dans ses poches.

D. Mais qui pouvait vous faire croire qu'il portait du raisin et qu'il le prenait dans votre vigne ? L'avez-vous pris sur le fait ?

R. Non, je ne l'ai pas vu ; mais je suis sûr qu'il prenait du raisin dans ma vigne depuis quinze jours.

D. A combien estimez-vous le dommage que vous aurait causé Bourdin ?

R. Il m'a volé pour 40 fr. de vendange au moins.

D. Valait-il bien la peine de tuer un homme pour si peu ?... Combien vous a coûté le fusil que vous avez acheté à Niort pour tuer votre voisin ?

R. Il m'a coûté 24 fr., et je l'ai acheté pour empêcher Bourdin de continuer à me voler.

D. Depuis quand vous proposiez-vous de tuer ce prétendu voleur ?

R. Depuis huit jours à peu près.

D. Savez-vous bien que personne ne doit tirer sur son semblable, quand même ce serait un voleur ?

R. On a toujours le droit de tirer sur un voleur ; pourquoi Bourdin volait-il mes raisins ?

D. Non, on n'a pas le droit de tuer, et vous auriez dû porter plainte soit au maire, au juge de paix ou au garde champêtre.

R. Ils n'ont pas voulu m'écouter autrefois, et le garde n'est pas mon ami.

D. Si, au lieu de tuer Bourdin, vous aviez cherché seulement à le blesser en ne chargeant votre fusil qu'avec du sel, il ne vous aurait plus volé.

A ce moment Brunet paraît surpris de notre réflexion, et, après un instant d'hésitation, il reprend : « C'est vrai, j'aurais mieux fait. »

D. Ne regrettez-vous pas, aujourd'hui, d'avoir tué votre

voisin, bien qu'il vous ait, dites-vous, volé pour 10 fr. de vendange ?

R. Oui, je le regrette ; mais pourquoi me volait-il mon raisin ? S'il ne m'avait pas volé, je ne l'aurais pas tué : on a toujours le droit de tuer un voleur, d'autres me l'ont dit.

D. Pourquoi regrettez-vous aujourd'hui d'avoir tué Bourdin ?

R. Parce que je suis en prison.

A ce point de l'interrogatoire, nous remarquons que l'inculpé ne paraît pas, en effet, sous l'impression d'un autre sentiment que celui du chagrin de se voir en prison.

D. Vous avez réduit une pauvre femme et des enfants à la misère en les privant de leur unique soutien.

R. Bourdin n'a qu'un fils qui commence à travailler et sa mère est forte.

D. Vous voulez donc vous laisser mourir puisque vous ne prenez aucun aliment ?

R. Oui, parce que je suis las de la vie.

D. Aviez-vous des ennemis à Saint-Symphorien ?

R. Non, personne ne m'en voulait, et je n'en voulais à personne qu'aux voleurs.

D. Étiez-vous volé par d'autres personnes ?

R. Non, depuis longtemps.

D. Pourquoi avez-vous été renfermé deux fois à l'asile des aliénés de Niort ? vous avez donc été fou ?

R. Non, jamais je n'ai été fou. Le maire m'a fait renfermer une première fois à l'hospice, il y a quinze ans environ, parce que j'avais battu Ripeaut qui m'avait volé des javelles ; puis une deuxième fois, il y a dix ans, sans que j'aie rien fait pour cela.

D. Avec quoi viviez-vous ?

R. Avec le revenu de ma propriété s'élevant à 150 fr. par an.

R. Avez-vous quelques relations avec quelques personnes ? Vous occupiez-vous seul de votre ménage ?

R. Oui, j'étais bien avec tout le monde, et j'allais voir ma sœur et elle venait quelquefois chez moi.

Notre interrogatoire étant terminé, Brunet s'est retiré en chancelant, mais paraissant indifférent à ce qui venait de se passer.

Nous sommes retournés plusieurs fois, ensemble ou séparément, à la prison pour visiter notre client : nous l'avons toujours trouvé le même et il nous a toujours fait les mêmes réponses.

En dernier lieu, nous avons cherché à nous renseigner près des gardiens et même près des détenus. Les uns et les autres s'accordent à dire que Brunet est d'un caractère sombre, taciturne ; qu'il ne donne point précisément de signes de folie, mais qu'il ne semble pas avoir conscience de la gravité de l'action qu'il a commise. Il a même plusieurs fois demandé au gardien-chef si on ne le ferait pas bientôt sortir de prison.

L'observation directe dont nous venons d'exposer les résultats était déjà suffisante pour fixer notre opinion sur l'état mental de Brunet ; néanmoins nous avons désiré pousser plus loin les investigations, et nous avons réclamé la communication des pièces du procès.

Examen du dossier judiciaire.

Tous les témoins, sans exception, et ils sont nombreux, nous apprennent que Brunet (Jean) vivait d'une façon insolite. Il possédait un petit bien et il ne s'est jamais marié, ce qui, à la campagne, est presque phénoménal. Il a déclaré lui-même qu'il avait fait plusieurs demandes, mais sans succès.

Il y a vingt-cinq ans environ, il aurait eu, d'après le témoin Brunet (Paul), une altercation avec un nommé Babau au sujet d'une borne qu'il avait déplacée et jetée sur la voie

publique ; il s'en serait suivi un procès perdu par Brunet (Jean).

C'est depuis cette époque, dit le témoin, que Jean a changé de caractère, qu'il a cessé de parler au monde, qu'il est devenu méchant.

L'observation de ce témoin a pour nous une certaine importance, et nous en prenons acte dès maintenant.

Brunet, frère de l'inculpé, nous dit de son côté que Jean vivait comme un sauvage, que sa maison était un véritable taudis, qu'on l'entendait quelquefois pousser des cris insensés.

Brunet (François), son beau-frère, dit que Jean est un homme tout à fait singulier, qui ne parle à personne et qui ne répond pas même quand on le questionne.

Il y a plus de vingt ans qu'il ne veut pas lui payer son loyer de maison, et plusieurs années qu'il ne paie plus ses impôts qui sont, depuis ce temps, à la charge de ses neveux.

Quand j'habitais près de chez lui, ajoute-t-il, je l'entendais pousser de grands cris le matin. Sa chambre est comme une écurie et tout ce qu'elle contient ne vaut pas 10 francs.

Il n'y a point eu dans la famille de ma femme, ajoute ce témoin, d'autres personnes extraordinaires que Jean, et je le crois plus méchant que fou.

Gauthier (Jean) nous apprend que Brunet en voulait à défunt son beau-frère, qu'il accusait bien à tort de lui avoir volé du bois. Travaillant quelquefois près de lui, il s'apercevait qu'il s'arrêtait quelquefois dans son travail pour prononcer des paroles insensées. J'ai entendu dire, ajoute le témoin, que Brunet avait eu autrefois un procès qui lui avait dérangé la cervelle.

Couffaud (Jacques) dit que Brunet ne parlait ni à parents ni à amis ; on le craignait beaucoup dans le pays. Je l'ai quelquefois entendu parler comme un insensé.

Nous laissons de côté nombre d'autres témoignages ana-

logues pour reproduire en dernier lieu, d'une part le réquisitoire du maire de Saint-Symphorien en 1858, et d'autre part le certificat du médecin en 1863.

« Le maire de Saint-Symphorien requiert le brigadier de
» gendarmerie d'arrêter et de conduire à l'asile de Niort
» le nommé Brunet (Jean), prévenu d'avoir commis, le 20 de
» ce mois, sur la personne de Ripault, un acte de violence
» qui ne peut résulter que de l'effet d'une démence furieuse.
» En mairie de Saint-Symphorien, le 20 mai 1858.

» Signé : GAUTHIER. »

« Le médecin soussigné certifie que Brunet (Jean), d'un
» caractère très-solitaire, s'éloignait depuis dix ans envi-
» ron de toute compagnie, de toute conversation, même
» avec sa famille. Il a frappé quelquefois ses voisins et fait
» souvent des menaces aux personnes près desquelles il
» passe. Il a déjà été admis à l'asile de Niort.

» D'après ce qui précède, j'estime que Brunet (Jean) est
» atteint d'aliénation mentale et qu'il y a nécessité de le
» faire soigner dans un établissement d'aliénés.

» Fait à Saint-Symphorien, le 23 janvier 1863.

» Signé : BOYER. »

Si cependant nous n'avions, pour baser nos conclusions, que l'examen que nous avons fait de l'inculpé et l'appréciation que nous pouvons faire de l'acte examiné avec ses circonstances, nous hésiterions encore pour en tirer des conclusions favorables à l'impunité ; il nous resterait un certain doute.

Discussion et examen critique.

Quelle impression a pu ressortir pour nous de l'interrogatoire que nous avons fait subir à Brunet (Jean) et de l'examen de sa personne ?

Il s'offre à nous évidemment comme un être essentiellement borné dans ses conceptions, qui se rapportent toutes à l'instinct de la conservation et à un amour excessif pour sa petite propriété. Les sentiments de sociabilité lui sont complètement étrangers.

Il répond encore assez juste aux questions que nous lui adressons ; il fait preuve de prévoyance dans la préméditation du meurtre qu'il veut accomplir ; mais est-il débarrassé de son ennemi, de son voleur, dit-il, il ne s'inquiète plus de rien !

Il se laisse arrêter comme un innocent par les gendarmes, il assiste impassible à toutes les opérations d'expertise sur le théâtre de l'homicide, et enfin il n'a qu'une réponse à faire aux interrogations des juges : « J'ai tué un voleur qui m'a pris pour 40 fr. de vengeance, j'avais le droit de le tuer. »

Après deux mois de séjour à la prison, Brunet est resté absolument le même quant au moral ; il fait absolument la même réponse : « J'avais le droit de tuer un voleur. » Puis si on lui demande s'il a du regret d'avoir tué Bourdin : « Je le regrette, dit-il, mais parce que je suis en prison. »

Nous ne pouvons déjà plus considérer Brunet (Jean) comme un homme complet, jouissant de l'intégrité de ses facultés intellectuelles et morales.

Nous avons constaté, en effet, chez lui une faiblesse de jugement, une perversion morale qui nous semblent de nature à enchaîner sa liberté d'action.

Mais s'il nous restait quelques doutes, malgré tout, dans notre appréciation par rapport à la vraie nature de l'acte incriminé, l'examen des pièces du procès, dont nous avons relaté les principales, nous a surabondamment fourni la preuve que non-seulement Brunet (Jean) est un individu tout à fait à part dans la société par ses instincts sauvages, mais encore il nous a apporté la conviction que, depuis de longues années déjà, il était atteint d'une monomanie se rapportant à un sentiment de noire mélancolie et à l'idée fixe

que les gens du pays voulaient porter atteinte à sa propriété pour laquelle il professe un culte exclusif.

La maladie de Brunet aurait, d'après un témoin, commencé, il y a vingt-cinq ans environ, à la suite de la perte d'un procès. Son caractère se serait alors modifié sensiblement; il se serait mis à fuir la société et il serait devenu brutal et défiant pour tout le monde.

Pour nous, c'est là vraisemblablement le point de départ de la maladie de Jean et elle a été causée principalement par une émotion très-pénible pour lui, produite par la perte de son procès et par la crainte de tomber dans la misère. Sa faible intelligence a dès lors subi une atteinte que les progrès de l'âge et des habitudes de concentration ont insensiblement aggravée au point de le porter à disposer de la vie de son semblable pour un motif de mince valeur et sans en éprouver le plus léger remords.

Suivons-le dans son existence, et nous reconnaitrons que, de loin en loin, il a accompli des actes tous marqués au coin d'une aberration mentale évidente, alors qu'il était dans le paroxysme du mal dont il conservait toujours le germe et auquel nous pouvons, dès à présent, donner le nom de ly-pémanie compliquée de la monomanie de la propriété, du délire des persécutions.

Qu'est-ce autre chose, en effet, qu'un accès de folie qui a porté Brunet à assommer, en 1855, un vieillard de 68 ans qu'il accusait, sans l'avoir pris sur le fait, de lui avoir volé quelques sarments ?

L'opinion publique ne s'y est point trompée, et le maire de la commune a pris, avec l'approbation de tous, un arrêté qui faisait renfermer d'urgence le brutal à l'asile des aliénés.

Quelques années plus tard, Brunet lance une assignation insensée contre un nommé Peroche qu'il accuse de lui avoir volé quelques fagots de javelle et une blouse. Le frère même de l'accusateur intervient près de l'huissier pour faire ces-

ser la poursuite, alléguant la folie de Jean, laquelle a été, d'ailleurs, remarquée par l'huissier lui-même.

En 1863, il profère des menaces de mort contre Gauthier, qu'il accuse de lui avoir volé des raisins dans sa vigne, sans que ce dernier ait pu exciter le plus léger soupçon.

Sa vigne est toujours en cause.

Le maire de Saint-Symphorien intervient de nouveau pour provoquer la séquestration de Brunet et, cette fois, un médecin de la localité ne craint pas de prendre sur lui la responsabilité de la mesure en fournissant un certificat en règle, attestant l'état d'aliénation mentale de Brunet.

Dans diverses autres circonstances, Brunet est surpris par plusieurs voisins parlant seul et exprimant des idées en rapport avec son délire monomaniacal : Brunet, tu seras toujours malheureux.

Si maintenant nous voulons examiner plus attentivement les faits et gestes de Brunet dans l'acte même qui a motivé son arrestation, nous y trouverons la confirmation de nos précédentes appréciations.

L'inculpé, après avoir acheté un fusil dans la journée du 11, rentre le soir dans sa demeure, se couche, dort tranquillement ; puis, le lendemain matin, sa première action, à son lever, est de tuer Bourdin au moment où celui-ci se rendait à son travail. Lui-même, après l'accomplissement de cet acte qui lui semble naturel, équitable, il se met à déjeuner après avoir jeté son fusil négligemment dans un coin de sa chambre.

Apprehendé au corps une heure après, il se reconnaît, sans hésitation aucune, le meurtrier de Bourdin ; confronté avec le cadavre de son prétendu voleur, il ne manifeste ni crainte ni joie ; il se prête sans émotion aucune à toutes les explications qui lui sont demandées par M. le juge d'instruction sur le théâtre du meurtre ; enfin il se laisse conduire en prison en répétant son éternel refrain : « J'ai

tué un voleur, un honnête homme a le droit de tuer un voleur. »

Mais ne pouvons-nous pas dire avec assurance : cette manière de se comporter de la part de Brunet avant, pendant et après le meurtre qu'il a commis sur la personne de Bourdin, peut-elle être considérée comme celle d'un criminel ? Non assurément, et si l'inculpé avait cru commettre une action coupable, il aurait mieux pris ses mesures pour cacher son crime. Mais, loin de là, Brunet se venge avec calme et à l'occasion d'un fait manifestement illusoire, puisqu'il est prouvé que Bourdin était un honnête homme et qu'il n'avait jamais fait le plus léger tort à son voisin. Nous trouvons encore chez l'inculpé après le meurtre, une sécurité de conscience, une placidité, qui ne peuvent procéder évidemment que d'un jugement extraordinairement affaibli, d'un moral perverti par la maladie, dont nous avons reconnu les effets dans trois circonstances analogues, quoique moins graves dans leurs conséquences.

Mais, pourrait-on nous objecter, d'une part, la précision des réponses de Brunet, la fidélité de sa mémoire, le bon gouvernement, jusqu'à un certain point, de ses affaires d'intérêt, et, de l'autre, l'opinion émise par quelques-uns des témoins d'après laquelle il serait plus méchant que fou, ne sont-ce pas des présomptions suffisantes de l'absence de folie chez Brunet ?

A cela nous répondrons qu'on se fait généralement une fausse opinion dans la société sur la nature de la folie.

Bon nombre d'aliénés dont le jugement est perverti par une fausse conception de nature malade, ou par des hallucinations, conservent la lucidité de la mémoire et jusqu'à un certain point le raisonnement et le sentiment des rapports sociaux.

Cette lucidité relative est souvent conservée chez les sujets atteints du délire mélancolique, du délire des persécutions, du délire des grandeurs. Il faut quelquefois une certaine habi-

tude d'observation pour reconnaître et surprendre les délires de ce genre chez ceux qui en sont atteints, et ce qui ne paraissait être que bizarrerie ou mauvais caractère pour le plus grand nombre, devient souvent pour le médecin aliéniste, caractéristique de la folie.

Il est même souvent nécessaire, pour bien asseoir un jugement, de remonter, comme nous l'avons fait, à l'origine du mal et en suivre la trace dans toute l'existence de l'individu atteint, et analyser soigneusement les manifestations explosives qui sont presque toujours suivies de rémissions plus ou moins prolongées.

Mais nous bornerons là nos observations, pensant en avoir dit assez pour éclairer messieurs les juges et faire admettre notre opinion que nous allons résumer dans les conclusions suivantes :

Conclusions.

1^o Brunet (Jean) est naturellement d'une intelligence très-bornée.

2^o Depuis ving-cinq ans environ, à la suite d'une commotion morale résultant de la perte d'un procès, il a mené un genre d'existence incompatible avec un état complet de raison.

3^o Les désordres de son esprit, dont les premiers indices ont été une misanthropie et une mélancolie profondes, se sont ensuite formulés par l'idée fixe qu'on voulait attenter à sa petite propriété à peine suffisante pour le faire vivre; et, par une conséquence naturelle, il a été obsédé par des conceptions chimériques d'après lesquelles il se figurait que des individus, reconnus comme très-honnêtes, lui dérobaient les produits de sa vigne.

4^o Ces hallucinations internes ne cessant de l'absorber, sa tête s'est complètement perdue momentanément à certaines époques, notamment dans le dernier paroxysme de sa folie monomaniaque, alors que l'âge et un mauvais régime lui

ayant enlevé une partie de sa spontanéité, il s'est abandonné à l'acte qui a motivé son arrestation.

En conséquence, nous estimons que dans le meurtre dont il s'est rendu l'auteur, le 12 septembre dernier, Brunet (Jean) ne jouissait pas de son libre arbitre et qu'il doit être renfermé, pour le restant de ses jours, dans un asile d'aliénés.

FONTANT, ROULLAND, CHASSELoup DE CHATILLON.

NOTA. — Par suite de ce rapport, l'ordonnance de non-lieu a été prononcée. Brunet a été placé à l'asile des aliénés de Niort.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 27 janvier 1879. — Présidence de M. PROSPER LUCAS.

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

Correspondance manuscrite et imprimée.

M. BILLOD s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la séance.

M. Voisin, retenu par un devoir de famille, regrette également de ne pas assister à la séance.

La correspondance imprimée comprend :

1^o. Le n^o 4 du *Bolletino del privato manicomio* Fleurent, a Capodichino in Napoli, 1879 ;

2^o *Cronaca del manicomio di Siena*, pour novembre et décembre 1878.

Présentation d'ouvrages.

M. MORET présente, au nom de M. le Dr Echeverria, ex-médecin en chef de l'hôpital pour les épileptiques et les paralytiques et de l'asile d'aliénés de New-York, membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Paris, deux brochures ayant pour titre :

1^o *On nocturnal Epilepsy and its relations to somnambulism* ;

2^o *De la trépanation dans l'épilepsie par traumatisme du crâne.*

M. LEGRAND DU SAULLE. — J'ai l'honneur d'offrir à la Société, au nom de M. le docteur Christian, médecin de l'un des quartiers de l'asile de Maréville, un mémoire manuscrit ayant pour titre : « Nouvelles recherches sur la nature de la paralysie générale. » Je demande le renvoi de ce travail au comité de publication.

J'ai été également chargé de présenter à la Société, au nom de notre savant collègue, M le docteur de Kraft-Ebing, de Gratz, deux nouvelles brochures. L'une renferme une note médico-égale sur l'état mental douteux d'une femme dont on aurait voulu abuser ; l'autre est relative à des mauvais traitements considérés comme cause d'une maladie mentale — Il est extrêmement fâcheux que nous ne parlions pas la même langue,

M. de Kraft-Ebing et nous, car dans tout ce qu'écrit le savant et fécond médecin de Gratz, il y a beaucoup à apprendre et beaucoup à retenir.

Installation du bureau.

M. BAILLARGER, président sortant, prononce les paroles suivantes:

MES CHERS COLLÈGUES,

Avant de céder le fauteuil de la présidence à notre honorable collègue, M. Prosper Lucas, permettez-moi de vous remercier. Vous m'avez, en effet, appelé à l'honneur de vous présider pour la seconde fois, dans des conditions spéciales et qui ne peuvent qu'ajouter beaucoup à la gratitude que je vous dois. Votre président pour l'année 1878 était, en quelque sorte, désigné à l'avance pour diriger les débats du congrès international des médecins aliénistes. Le congrès a bien voulu confirmer votre choix et je n'ai jamais mieux compris toute la valeur du témoignage si précieux d'estime et de sympathie que vous m'aviez donné. Recevez donc, mes chers collègues, mes bien sincères remerciements.

M. PROSPER LUCAS prend place au fauteuil et prononce l'alloucation suivante :

MESSIEURS,

En venant aujourd'hui occuper le fauteuil où m'ont appelé vos suffrages, mon premier devoir est de vous exprimer ma profonde gratitude de l'honneur qu'il vous a plu de me faire, en me déférant, cette année, la présidence d'une société qui compte, à notre époque, parmi les plus considérées de la science qui fait l'objet commun de nos travaux.

Un second motif de félicitation personnelle vient s'y joindre: c'est l'hommage de remerciements, qu'au nom de votre société dont je suis en ce moment l'organe, il est, à tant de titres, de mon devoir de rendre au savant éminent à qui je succède à cette place, qu'il occupait pour la seconde fois. Investi, pour l'année qui vient de s'écouler, de l'honneur d'une double présidence, celle de l'Académie de médecine de Paris, celle de notre société, qui lui doit son origine, il n'en est point seulement un des premiers fondateurs, un de ses plus laborieux interprètes; il doit à ses travaux d'en être et d'en rester, longtemps encore, j'espère, une illustration vivante.

Rapport de candidature.

M. MOTET lit le rapport suivant, sur la candidature de M. le professeur B. Ball :

MESSIEURS,

J'ai l'honneur, au nom de la commission composée de MM. Baillarger, Lunier et Motet, de vous présenter et de soutenir la candidature de M. le Dr Benjamin Ball, professeur de clinique des maladies mentales, au titre de membre résidant de la Société médico-psychologique.

Messieurs, la candidature de M. le professeur Ball a rencontré près de vous, du jour où elle s'est affirmée, les plus vives sympathies; elles étaient si justifiées par le passé laborieux et honnête de notre confrère, que la tâche de votre rapporteur se peut borner à une énumération de travaux et de titres. Il lui semble superflu d'insister sur des qualités que vous connaissez tous, si solides et si sûres, que la vie scientifique de M. Ball est un modèle d'énergie patiente, de travail soutenu, de succès légitimement conquis.

Il appartient aux hôpitaux de Paris depuis 1854; il y devint successivement interne, puis chef de clinique adjoint, et en 1870 le concours lui donnait le titre de médecin du bureau central, comme il lui avait donné en 1866 celui d'agrégé de la Faculté de médecine.

Et depuis le jour où il fut interne, M. Ball n'a pas cessé de donner aux journaux, aux revues des sciences médicales, au Dictionnaire encyclopédique en cours de publication, des observations, des travaux originaux, des articles où se remarquent la variété et l'étendue des connaissances, une érudition d'une rare richesse. Ses leçons cliniques, sur les sujets les plus divers, soit à la Faculté, soit à la Pitié ou à l'Hôtel-Dieu, lui avaient attiré de nombreux élèves, qui lui restèrent fidèles lorsqu'il inaugura son cours complémentaire sur les maladies mentales.

De 1875 à 1877, il enseigna à la Faculté cette partie de la médecine qui fait l'objet de nos travaux. Venir après M. le professeur Lasègue qui, de son plein gré et avec le désir de combler une des lacunes de l'enseignement officiel, avait fait des conférences dont vous n'avez pas oublié le succès, c'était recueillir un lourd héritage. M. Ball montra que ses forces étaient à la hauteur de sa tâche et qu'il était, à tous égards,

digne de continuer l'œuvre utile que le maître avait généreusement entreprise. Quand les pouvoirs publics, vivement sollicités de donner satisfaction à des besoins qui depuis longtemps s'imposaient, décidèrent qu'une chaire de pathologie mentale serait créée à la Faculté de médecine, ce fut M. Ball qui fut choisi par les professeurs de l'Ecole. Il n'a pas dépendu de lui que le cours fût immédiatement professé ; les difficultés qu'il a rencontrées appellent une solution que nous espérons prochaine, qui ne saurait être plus longtemps retardée sans compromettre des intérêts d'ordre supérieur.

Parmi les travaux les plus importants de M. le professeur Ball, je vous citerai, Messieurs, sa thèse d'agrégation sur le rhumatisme viscéral ; des études sur les arthropathies liées à l'ataxie locomotrice progressive, sur les paraplégies puerpérales, sur la paralysie infantile, sur le goître exophtalmique, les tumeurs cérébrales ; le premier fascicule des leçons sur les maladies mentales, et les leçons sur la folie rhumatismale ; et au milieu des nombreux et savants articles du « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales », les articles Atrophie, Thérapeutique médicale de l'argent, Tumeurs et abcès du cerveau, en collaboration avec le Dr Krishaber. Ce dernier travail est remarquable par l'importance et l'étendue des recherches, par le nombre des faits, et le soin avec lequel le diagnostic différentiel a été discuté.

Messieurs, la place de M. le professeur Ball a semblé, à votre commission, marquée parmi nous. Elle est unanime à vous proposer de donner à notre confrère le titre qu'il sollicite. La Société médico-psychologique s'adjoindra un membre aussi laborieux que distingué ; elle profitera de ses travaux, de son érudition ; elle s'honorera elle-même en recevant un collaborateur dont le passé est plein de promesses pour l'avenir.

M. le professeur Ball est élu, à l'unanimité des membres présents, membre titulaire de la Société médico-psychologique.

De l'assistance et de l'hospitalisation des épileptiques (suite).

M. LUNIER (cette communication sera publiée ultérieurement).

M. BAILLARGER déclare qu'il n'y a pas de maladie plus facile à traiter à domicile que l'épilepsie, et demande si on ne pourrait pas allouer aux chef-lieux de canton une certaine somme pour la délivrance des médicaments et les soins médicaux. Ce

serait un moyen commode de secourir les 25,000 épileptiques qui ne peuvent trouver place dans les asiles.

M. DELASIAUVE. — M. Lunier vient, Messieurs, de nous communiquer des documents précieux. Ils prouvent combien il est urgent que la question concernant l'assistance des épileptiques soit définitivement résolue. Considérable, le chiffre de ces infortunés ne saurait être qu'approximativement établi. Ayant, au début de ma carrière médicale, exercé pendant huit ans à la campagne, j'ai toujours cru être plutôt au-dessous qu'au delà de la réalité, en l'estimant en moyenne à un sur mille. Y a-t-il, d'autre part, proportion entre les sexes ? Notre savant collègue le présume. Sans données précises, je serais porté à partager son opinion. Tour à tour attaché au même service à Bicêtre et à la Salpêtrière, la population respective est sensiblement égale. Ma section de Bicêtre comprenait environ 350 malades, se décomposant ainsi : épileptiques aliénés, 140 ; simples, 90 ; enfants, 110, dont 50 atteints du mal caduc. Lorsque je remplaçai, à la Salpêtrière, mon collègue M. Moreau, je me trouvai en face de 410 adultes, les jeunes filles appartenant à un autre service. Mais, en délaissant de ce total environ 80 imbéciles et idiots et une certaine quantité de simples hystériques, on voit l'égalité se reproduire entre les deux établissements. Les changements opérés depuis parmi mes malades sont une confirmation nouvelle. En échange des imbéciles et idiots adultes, réparties dans les sections d'aliénées, et aussi des épileptiques simples, j'ai acquis la section des enfants, où, sur environ 115, on compte une cinquantaine d'épileptiques. Aujourd'hui j'ai donc à peu près 150 épileptiques, dites aliénées, plus 50 épileptiques enfants ; ce qui, joint aux 80 distraites sous prétexte de non-aliénation, équivaut au montant des diverses catégories dévolues à M. le Dr Jules Falret, à Bicêtre. J'ajouterai qu'annuellement quelques-unes de nos aliénées sont évacuées sur divers asiles de province. Peut-être y aurait-il utilité à introduire cet appoint dans une statistique.

Maintenant, M. Lunier est revenu sur cette fameuse distinction des épileptiques en aliénées et en simples. Il la croit fondée et, de nouveau, s'élève contre l'opinion contraire que, selon lui, j'aurais soutenue. Je lui répéterai que nous sommes plus d'accord qu'il ne le pense et qu'il est victime d'un malentendu. Loin de nier la fréquence des épilepsies simples, c'est précisément sur ce fait que je me suis appuyé, dès l'origine

et ultérieurement, pour distinguer, en principe, les épileptiques des aliénés et demander pour eux une séparation et un régime à part.

Voici comment, sur une enquête ministérielle provoquée par Ferrus, j'exprimais notre vœu collectif, le 4 juillet 1849 : « Pour les épileptiques, doués en majeure partie de leur raison, c'est une triste situation d'être assujettis à partager la séquestration et le régime des aliénés. » Nous sollicitons pour eux non-seulement un quartier distinct, qui leur fût accordé, mais nous proposons d'affecter la ferme Sainte-Anne à la fondation d'un asile.

Ce besoin est nettement formulé dans mon *Traité de l'épilepsie*, publié en 1854. Si M. Lunier prenait la peine de lire l'article consacré à la séquestration, il verrait que, du même point de vue, le sujet en litige est élucidé dans ses principaux détails. Témoin ces phrases : « Humainement injurieuse, la distinction concernant les épileptiques devrait disparaître du texte légal. Elle est même à la rigueur superflue, puisque le droit d'admission résulte du fait seul de la folie. »

.....« Le mélange des épileptiques et des aliénés a été justement l'objet d'une réprobation générale. »« Il y a quelque chose d'inique à imposer des servitudes à des hommes qui, à l'exception de fugitives agitations, possèdent leur intégrité d'esprit et comprennent le prix de la liberté. »« Il faudrait que ceux qui sont calmes et lucides pussent, sous la responsabilité du médecin, goûter les douceurs d'une certaine indépendance. »...

Ai-je failli à de tels antécédents ? Pas le moins du monde. Arrivons à la fin de 1869. Persuadé que, parmi mesdites aliénées à la charge du département, étaient confondues beaucoup de prétendues simples, M. Haussmann commit M. Girard pour cette vérification. La recherche était illogique. J'en fis la remarque. L'inspecteur accomplit cependant sa mission et il aboutit à huit éliminations. Mais ce que je lui avais prédit arriva. M. Husson, à l'encontre de son rapport, m'invite à lui désigner, parmi les simples, celles d'entre elles qui peuvent être sujettes à des troubles de l'intelligence. Je déclinai d'abord cette tâche, ne voulant pas, moi le tuteur, aggraver le sort de malades qui jouissaient de petites prérogatives interdites à l'autre catégorie. Sur son assurance que le motif de sa demande n'était que pour contrecarrer le rapport inspectoral, mon scrupule tomba. Sur 86, 48 furent reconnues atteintes habituelle

ment d'aliénation mentale après leurs crises. L'affaire, en effet, en resta là. Pouvait-il en être autrement, d'ailleurs? A l'administration comme à la police le pur arbitraire préside aux admissions.

Ici se place l'acte inqualifiable accompli à la Salpêtrière, au commencement de 1870, la séparation violente *desdites* simples, confiées à un médecin non spécial. Moins que personne M. Husson était fondé à prendre une mesure hors de sa compétence, à l'instant même où il venait d'acquérir la preuve que les deux tiers de ces simples étaient sujettes, comme les aliénées, à des perturbations mentales. En cette circonstance critique, mon raisonnement fut ce qu'il avait été toujours. En principe, l'épileptique n'est point un aliéné; s'il le devient, c'est accidentellement, à la suite des accès, à moins de dégradation finale: d'où un quartier spécial pour obvier aux éventualités transitoires.

Quant à en exempter d'avance des groupes déterminés, pas de critérium possible. Demain démentirait la veille. On le sent si bien qu'on a été jusqu'à proposer des asiles annexes ou à proximité, condamnation, *ipso facto*, d'une distinction illusoire. Sous le régime actuel, ce serait une séquestration abusive. Produira-t-on une loi *ad hoc*? Qu'ai-je, en ce qui me concerne, demandé autre chose?

M. Lunier a saisi un contraste, dont il a été d'autant plus frappé qu'il s'est imaginé que je le contestais. Ses inductions s'en sont ressenties; bien que s'en rapprochant, les miennes me semblent plus entièrement conformes aux principes. Il y a 20, 30, 40 mille épileptiques; qu'importe? la question n'est pas dans le nombre. Les 7/8 vivent à peu près inoffensifs dans le monde, entourés des soins et de la sollicitude de leur famille. Je n'ai jamais réclamé leur isolement, puisque, d'accord avec l'opinion, je ne les assimile point aux insensés. Les cas où j'ai eu à me prononcer sont d'ordre différent. Il s'agit, non des épileptiques en général, mais de ceux d'entre ces infortunés qui, à charge à leurs proches et à eux-mêmes, sollicitent le secours d'une charité bienfaisante. Rien n'a été prévu pour eux, et, au nom des intérêts budgétaires, beaucoup de conseils généraux leur ferment la porte des asiles d'aliénés, seuls refuges, à demi appropriés, qui leur soient aujourd'hui accessibles. Or, loin d'opposer à leur admission cette fin de non-recevoir, j'aurais voulu qu'on considérât comme une bonne fortune de les accueillir, vu les dangers que comporte leur infirmité. De là à les

enlever de force à leur milieu, il y a loin, et non-seulement par respect de la liberté individuelle ma jurisprudence les y laisse, mais quand, parmi les malades dont la direction m'est confiée, l'un d'eux, se croyant guéri ou par caprice, insiste pour sa sortie, il n'est pas rare, à moins de péril imminent, que je finisse par céder à ses instances. En ce cas, j'ajourne autant que possible, j'emploie pour le retenir, la persuasion amicale, j'avertis les parents, et, dans les certificats, j'ai soin de spécifier les considérations qui m'ont déterminé.

Le problème prend ainsi un autre caractère. La charité sociale n'aurait à pourvoir au sort que d'environ 6,000 épileptiques au plus, 2 par canton, faciles à héberger dans les circonscriptions communales que j'ai proposées. Les notions thérapeutiques propagées par cette répartition profiteraient d'ailleurs aux malades disséminés dans la population libre.

Quant à distinguer aliénés et non aliénés, je le répète, la raison ne m'en apparaît point. De l'espace, des travaux variés, voilà l'essentiel, pour satisfaire aux moindres exigences. Quel chef-lieu d'arrondissement ne se procurerait pas ce double avantage, à peu de frais, pour 45 à 48 malades ? Vouloir c'est pouvoir. Que l'impulsion parte du centre, que le conseil, que l'exemple, éclairent, et qu'on s'en fie à l'initiative des localités. En tout ce que j'ai dit et fait à cet égard, il n'y a rien de contradictoire. Ma pensée s'enchaîne, au contraire, avec la précision de l'expérience.

La séance est levée à six heures.

PAUL MOREAU (de Tours).

Séance du 24 février 1879. — Présidence de M. PROSPER LUCAS.

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

M. le président annonce à la Société la perte que la science vient de faire en la personne de M. le Dr U. Trélat, décédé à Cannes à l'âge de 84 ans.

M. le secrétaire général lit le discours prononcé par lui, au nom de la Société médico-psychologique, aux obsèques de M. Trélat. (Voir *Ann. médico-psych.*, n° de mars, p. 343).

M. le professeur Ball, élu membre de la Société à la dernière séance, est invité par M. le président à prendre place parmi ses collègues.

M. le professeur Ball remercie la Société de l'honneur qu'elle a bien voulu lui faire en l'acceptant dans son sein et tâchera

de remplir dignement les engagements que cette nomination lui impose.

Correspondance manuscrite.

M. le Dr Voisin, étant souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Correspondance imprimée.

1° *Bolletino del manicomio privato* Fleurent, a Capodichino in Napoli.

2° *Sur un fait de double conscience, déduction thérapeutique qu'on en peut tirer*, par le Dr Azam, professeur à la Faculté de Bordeaux.

3° *Metalloscopy and expectant attention*, by Dr Hack-Tuke.

4° *A few notes on Lunacy in France*, suggested by a recent visit to French Asylums.

Also the proceedings of the international congress of mental medicin . August 1878.

5° *Extrait du nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* contenant l'article Paralyse générale du Dr A. Foville.

Présentation d'ouvrages.

M. BOURDIN, membre honoraire de la Société, fait hommage d'un opuscule intitulé : *Horreur du vide*. Certaines personnes, dit-il, ne peuvent, sans une sorte de terreur, traverser les places publiques. Les aliénistes allemands ont donné à cette peur singulière le nom d'*agoraphobie*. M. Legrand du Saulle a publié sur le même sujet un mémoire qui a pour titre : *La peur des espaces*, mémoire dans lequel il démontre que la terreur provoquée par la place publique peut se produire en présence des espaces et des vides de toute nature.

M. Bourdin considère le sujet sous un aspect beaucoup plus étendu. A son avis, la peur déraisonnable se produit dans le vide moral, aussi bien que dans le vide physique. On l'éprouve au milieu des populations étrangères dont on ne sait pas la langue; on peut l'éprouver encore au milieu de ses compatriotes, quand dans une multitude on ne rencontre aucun visage connu; en un mot, cette peur bizarre, qui va quelquefois jusqu'à la terreur, peut se produire dans tous les isolements, même parmi ces foules que Chateaubriand, dans son langage poétique, appelle *des déserts d'hommes*.

Rapport de la Commission des finances.

M. LEGRAND DU SAULLE, au nom de la commission des finances, rend compte de la gestion du trésorier pendant l'année 1878. L'encaisse de la Société, au 1^{er} janvier 1878, était représenté par un titre nominatif de 180 fr. de rente 3 p. 0/0 ayant coûté 4,095 fr. 5 c. et par une somme en espèces de 452 fr. 40 c., ce qui donnait un total de 4,547 fr. 45 c. Pendant le cours de l'année, les recettes ont été de 1,169 fr. 35 c. et les dépenses de 1,116 fr. 70 c. L'excédant de 52 fr. 65 c., ajouté à l'encaisse de l'exercice précédent, donne un total général de 4,600 fr. 40 c.

D'autre part, la caisse spéciale des fonds Aubanel renferme 3,397 fr. 45 c. Sur cette somme, 2,400 fr. sont disponibles immédiatement.

La totalité des valeurs de la Société s'élevait donc, au 31 décembre dernier, à 7,997 fr. 55 c.

M. Legrand du Saulle, après être entré dans l'examen de plusieurs questions administratives, propose à la Société d'approuver les comptes du trésorier, et de voter des remerciements à M. A. Voisin. — Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Sur la proposition de M. Legrand du Saulle, la Société décide qu'un nouveau prix Aubanel, de la valeur de 2,400 fr., sera donné en 1881 au meilleur mémoire sur la pathologie mentale et nerveuse. Les mémoires devront être adressés, dans la forme académique, au secrétaire général de la Société avant le 31 décembre 1880.

De l'assistance et de l'hospitalisation des épileptiques. (Suite).

M. LUNIER (cette communication sera publiée ultérieurement).

M. DELASIAUVE. — Je regrette que, malgré mes observations, M. Lunier persiste à m'attribuer une opinion que je n'ai jamais professée. M. Husson, pour justifier ses coupables audaces, avait besoin de dénaturer les faits et de renverser les rôles. Précisément, j'ai retrouvé dernièrement dans mes notes la copie de la lettre où je lui transmettais le résultat de l'enquête qu'il m'avait invité à lui adresser. Or, après lui avoir démontré les graves inconvénients d'une distinction sans autre raison d'être que la diversité des modes d'admission, puisque les malades des deux catégories sont sensiblement les mêmes,

à preuve que parmi les simples 40 sur 100 offrent, à divers degrés, une aliénation plus ou moins habituelle et qu'environ la moitié des 60 autres éprouve passagèrement du délire après leurs crises, proportions peu supérieures chez lesdites aliénées dont les deux tiers sont ou constamment raisonnables, ou sujettes seulement à des paroxysmes délirants transitoires et accidentels, j'ajoutais : « Permettez-moi, monsieur le directeur » général, avant de finir, de vous déclarer de nouveau ma pensée sur la question pendante... Pour moi, sauf les dégradés, » point de différences entre les épileptiques. Tel n'a jamais » eu de trouble mental qui peut en avoir à l'heure même. Tel » autre au contraire, après une succession de surexcitations » dangereuses, restera indemne pendant des années. *La folie » est un incident, non un élément nécessaire du mal caduc.* Aussi, » quand on compare nos catégories, n'a-t-on pas lieu d'être surpris de rencontrer nombre de réputées folles plus raisonnables que beaucoup de celles comprises dans la division opposée. » La délimitation, en effet, est complètement arbitraire, » fictive, dénuée de base scientifique. A Paris, nous sommes » dans une impasse dont nous ne pourrions sortir que par des » réformes radicales et *des créations ad hoc.* En attendant, patience. Le *statu quo* est, à mon gré, le parti le plus sage... »

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. Lasègue, Constans, Legrand du Saulle, Lunier, Delasiauve, la Société prie M. Lunier de vouloir bien rédiger en quelques articles la conclusion de son travail, afin de les soumettre séparément à la discussion.

Des effets comparatifs de la chronicité et de l'hérédité dans la détermination de certains types de folie.

M. BILLOD lit, sous ce titre, un mémoire publié dans le numéro de mars des *Annales médico-psychologiques* (p. 198).

La séance est levée à six heures.

Dr PAUL MOREAU (de Tours).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX AMÉRICAINS

Chicago Journal of nervous and mental Diseases.

Depuis le 1^{er} janvier 1874, le Dr Jewell, professeur de pathologie nerveuse et mentale au Collège médical de Chicago, publie dans cette ville, avec la collaboration du Dr Bannister, une revue trimestrielle, spécialement consacrée aux deux ordres de maladies qu'il a mission d'enseigner.

Cette revue contient un certain nombre d'articles originaux, des traductions ou des reproductions des mémoires les plus importants publiés dans les divers journaux étrangers, et enfin une revue très-complète de tous les travaux français, anglais ou allemands relatifs à la pathologie du système nerveux.

Nous donnons aujourd'hui à nos lecteurs une analyse, forcément abrégée, des mémoires originaux publiés par le *Chicago Journal of nervous and mental diseases* pendant les années 1874 et 1875.

ANNÉE 1874.

Pathologie du système nerveux vaso-moteur, par le Dr J. S. Jewell.

L'auteur se propose de donner, en une série de quatre leçons, un aperçu aussi complet que possible des données actuellement acquises à la science relativement à la pathologie générale du système nerveux vaso-moteur.

L'étendue de ce travail ne nous permettant pas de suivre pas à pas le Dr Jewell dans le développement de son sujet, nous devons nous borner à reproduire les conclusions générales de son étude.

1^o Le système nerveux vaso-moteur a des relations anatomiques importantes avec le système nerveux cérébro-spinal; les fibres qui établissent la connexité des deux systèmes suivent deux directions; les unes partent de la moelle, les autres s'y rendent. Le système nerveux vaso-moteur est hiérarchiquement subordonné au système cérébro-spinal, et, à un certain

point de vue, il en est dépendant ; mais il a sa sphère propre dans laquelle son activité peut s'exercer alors même qu'une section l'a isolé de la moelle.

2° Il existe, selon toutes probabilités, des centres vaso-moteurs dans la moelle, dans la moelle allongée, et peut-être dans le cerveau. Ces centres sont reliés, par des fibres communicantes, aux ganglions du grand sympathique, dont ils règlent probablement l'action.

Ces mêmes centres spinaux sont probablement en relations très-étroites avec les nerfs moteurs et sensitifs qui appartiennent en propre à la moelle, en sorte que les impressions qui sont transmises à la moelle par les nerfs médullaires proprement dits peuvent, dans certaines circonstances, aller se réfléchir hors de la moelle, en suivant le trajet des nerfs vaso-moteurs, et cela de façon à modifier la circulation dans des parties éloignées du corps.

3° De même que le cœur reçoit des nerfs de deux ordres, il est probable qu'il existe une dualité nerveuse identique ou analogue pour les petits vaisseaux musculaires ; l'un des systèmes nerveux amènerait leur contraction, suivant un mécanisme qui a été indiqué, tandis que l'autre en provoquerait la dilatation.

4° Quand on cherche à expliquer le mécanisme des congestions actives, il faut tenir compte non-seulement de l'état et de l'influence du système nerveux vaso moteur, mais aussi du système cérébro-spinal.

5° La congestion active implique, comme élément fondamental, une modification de tissu, de nature irritative, laquelle peut se produire par l'intermédiaire des nerfs cérébro-spinaux, et plus spécialement parmi ceux-ci, des nerfs sensitifs. Cette action nerveuse est sous la dépendance d'un processus irritatif ou inflammatoire s'établissant, soit sur le trajet des troncs nerveux en question, soit, ce qui est beaucoup plus probable, dans les centres nerveux avec lesquels ces troncs sont en connexion ; c'est là probablement le mécanisme suivant lequel se produisent la plupart des congestions actives idiopathiques.

Syphilis ; hémiplegie ; aphasie ; guérison, par le Dr H. Webster Jones.

C'est l'observation, très complète et très-détaillée, d'un malade qui, ayant contracté la syphilis en décembre 1867, est frappé, au commencement de juillet 1868, en pleine période secondaire

(nettement accusée par une éruption spécifique) d'hémiplégie et d'aphasie. En trois semaines environ, l'hémiplégie disparaît presque complètement ; mais l'aphasie persiste. Le malade peut écrire son nom, mais il ne peut le prononcer que lorsque quelqu'un vient de l'articuler devant lui. Il possède encore la faculté d'agencer les mots pour constituer une courte phrase, mais les noms des choses lui échappent, les substitutions de mots sont très-fréquentes et basées sur des consonnances.

Vers le 4^{or} septembre, le malade fait dans un État voisin un voyage durant lequel il est atteint d'une iritis qui ne lui laisse heureusement qu'une très-légère déformation pupillaire, et une diminution très-peu marquée de la vision.

L'intelligence est intacte, comme elle n'a d'ailleurs jamais cessé de l'être, mais l'aphasie persiste.

En 1873, c'est-à-dire cinq ans après l'accident primitif, le malade écrit à l'auteur une lettre dont l'orthographe est absolument phonétique, et dans laquelle il dit qu'il est très-bien portant, mais qu'il ne parle pas encore bien, et qu'il ne peut pas exprimer ses idées. Cette lettre est d'ailleurs composée de phrases courtes, énonçant chacune un fait, et que ne relie aucune transition.

Ce malade, au moment où il écrit, est encore aphasique de par son orthographe, et ce qui est plus concluant encore, de par ses aveux. Il faut donc penser que le mot *guérison* qui figure dans le titre de l'observation s'applique à la syphilis, et non, comme on est d'abord tenté de le croire, à l'aphasie.

Néuralgie faciale traitée par des sections répétées des branches du trijumeau, par le Dr Edmund Andrews.

Il s'agit d'un malade qui souffrait horriblement d'une névralgie faciale, affectant principalement la branche maxillaire inférieure du côté droit; il avait fait arracher toutes les dents du côté malade, et épuisé toutes les ressources de la thérapeutique. Le Dr Andrews se décida alors à essayer la névrotomie; cinq fois il pratiqua la section du nerf; quatre fois le malade fut soulagé pendant un temps plus ou moins long, au bout duquel les douleurs reparurent avec toute leur intensité. La cinquième section nerveuse paraît avoir amené une guérison définitive, car elle remonte à six années pendant lesquelles le malade n'a éprouvé aucune souffrance.

L'auteur, qui décrit avec soin chacune des opérations qu'il a

pratiquées, termine la relation de ce cas par deux remarques importantes.

La première, c'est que lorsque l'affection reparait après une opération suffisamment complète, elle frappe d'ordinaire une autre branche nerveuse; et si elle paraît frapper la même, cela tient quelquefois à ce que le moignon du nerf sectionné se trouve pris dans une cicatrice que les muscles adjacents soumettent à des tractions répétées.

La seconde remarque, qui, pour n'être pas nouvelle n'en est pas moins vraie, c'est que le véritable siège de l'irritation, dans la névralgie faciale, se trouve généralement dans un des nombreux canaux osseux que traversent les branches du trijumeau; aussi l'opérateur doit-il autant que possible aller chercher le nerf au delà de ces orifices osseux, dont les parois rigides peuvent, à l'état pathologique comprimer le nerf ainsi que l'artère qui l'accompagne, et provoquer ainsi parfois l'apparition de la douleur.

Observations d'hystérie, de névrasthénie, d'irritation spinale et d'autres affections congénères, avec réflexions, par le Dr George M. Beard.

L'auteur se propose de faire connaître quelques cas d'affections nerveuses, fréquentes et non moins ennuyeuses pour le médecin que pour le malade. Il se bornera à les envisager au point de vue clinique et pratique.

Par ces mots : hystérie et affections congénères, il entend toute cette série d'affections que l'on désigne communément par les termes vagues et peu exacts d'irritation spinale, épuisement nerveux, faiblesse générale, névralgie générale. Il essaiera de démontrer dans un travail actuellement en préparation que toutes ces affections, — ou plus exactement, tous ces symptômes, — ne sont que les manifestations d'une diathèse unique, dont les modalités diverses peuvent se transformer les unes dans les autres ou se suppléer mutuellement.

Il décrit, ou plutôt il définit, à l'aide de quelques observations divers états autrefois désignés sous le nom d'épuisement nerveux ou de névrasthénie; à ces dénominations vagues il substitue celles de cérébrasthénie et de myélasthanie qui ont l'avantage de mieux préciser la nature et délimiter le siège des troubles fonctionnels.

Ce mémoire renferme également une observation d'irritation spinale coïncidant avec un prolapsus utérin, un cas d'hystérie

avec névrasthénie, survenue chez une femme mariée, consécutivement à une fièvre rémittente, et une observation d'hystérie traumatique.

Mais l'observation la plus intéressante est relative à un cas d'*astraphobie* : sous ce nom, l'auteur décrit une affection qui se caractérise par une frayeur extrême survenant à l'approche des orages, et s'accompagnant de nausées, de diarrhée, de faiblesse, et quelquefois même de convulsions. Il la considère comme analogue à celle que Westphal a décrite sous le nom d'*agoraphobie*.

Dans le cas particulier qu'il rapporte, il s'agit d'une femme veuve, âgée de 39 ans, qui était employée comme copiste, et qui, deux mois auparavant, s'était enfoncé une aiguille dans l'index droit; immédiatement après l'extraction de l'aiguille (qui eut lieu trois heures après l'accident), les doigts furent frappés de paralysie; l'avant-bras lui-même devint très-faible. Le diagnostic était à faire entre une paralysie réflexe consécutive à la lésion, et la crampe des écrivains. Le Dr Beard adopta la première hypothèse, en se basant surtout sur ce fait que, malgré sa profession, la malade n'avait jamais présenté avant l'accident les symptômes initiaux de la crampe des écrivains; il admit toutefois la possibilité d'une prédisposition professionnelle. La faiblesse musculaire était telle que la malade avait dû s'exercer à copier de la main gauche.

Cette femme était extrêmement nerveuse, et durant toute sa vie elle avait été sujette à l'*astraphobie*. Même dans sa première enfance, elle était très-fortement troublée par l'approche d'un orage, et bien longtemps avant d'être en âge d'avoir peur des éclairs elle éprouvait, au moment de leur apparition, de la faiblesse, de l'angoisse, du malaise et divers troubles nerveux fort incommodes. *Sa grand'mère avait présenté la même susceptibilité et les mêmes symptômes.*

— L'auteur fait remarquer que dans ce cas il y avait quelque chose de plus que de la frayeur. L'observation a maintes fois démontré que l'état électrique de l'atmosphère, avant et pendant un orage, s'écarte considérablement de l'état normal. Ces modifications électriques sont très-brusques et très-marquées, et ce sont elles qui, très-probablement, provoquent l'apparition des troubles nerveux.

Il est à remarquer que la diarrhée, en pareil cas, survient souvent pendant le sommeil, et alors même que le malade ignore que l'orage a éclaté.

Le Dr Beard considère l'astrophobie comme héréditaire ; cette conclusion, basée sur une seule observation, paraît un peu prématurée.

L'auteur termine son mémoire par quelques considérations sur l'agoraphobie, qui n'ajoutent rien à ce que l'on sait déjà de cette singulière névrose.

Observation d'hydrophobie chez un enfant,
par le Dr Addison H. Foster.

Il s'agit d'une enfant de quatre ans qui fut mordue à la joue par un chien enragé. La petite plaie se cicatriza rapidement, et les parents avaient oublié l'existence même de l'accident, lorsque la petite fille tomba malade ; le Dr Foster reconnut immédiatement l'existence de l'hydrophobie, et malgré ses soins l'enfant mourut au bout de soixante heures.

Les particularités intéressantes de cette observation, que l'auteur a rapportée avec beaucoup de détails, consistent principalement dans l'absence complète de tout symptôme mental (l'enfant a conservé sa connaissance et on a pu l'amuser jusqu'au dernier moment), dans l'absence non moins complète de tout phénomène prémonitoire, et dans la courte durée de la maladie. — Les parents n'ayant attaché aucune importance à l'accident arrivé à leur fille, il est possible toutefois que quelques symptômes précurseurs aient passé inaperçus ; mais il faut en ce cas qu'ils aient été bien peu accentués.

Ajoutons que l'exagération de la sensibilité réflexe était arrivée à un tel point qu'il suffisait de l'action d'un léger courant d'air sur la jambe ou du chatouillement causé par les pattes d'une mouche sur le visage pour provoquer des phénomènes spasmodiques avec menace de suffocation. Ces phénomènes apparaissaient non moins constamment dès qu'on présentait à l'enfant des aliments ou des boissons.

La famille n'a pas permis l'examen nécroscopique.

ANNÉE 1875.

Pathologie de l'épilepsie, par le Dr J. S. Jewell.

L'auteur de ce mémoire ne se propose pas de décrire en détail les symptômes de l'épilepsie. Il s'occupe spécialement de deux des symptômes fondamentaux de l'attaque épileptique : 1° la perte de connaissance ; 2° les phénomènes convulsifs.

1° La perte de connaissance est un caractère essentiel de l'é-

pilepsie; les phénomènes convulsifs peuvent manquer dans le *petit mal*; la perte de connaissance est absolument constante; sa durée seule est variable.

L'explication de ce phénomène ne peut, d'après les données physiologiques que nous possédons, être cherchée que dans une brusque modification de la quantité de sang fournie au cerveau. Non-seulement cette modification existe dans l'épilepsie, mais elle est soudaine et considérable. C'est presque toujours l'anémie et — dans des cas bien plus rares — l'hypérémie cérébrale qui détermine la perte de connaissance dans l'attaque épileptique.

Mais comment se produit cette anémie?

Elle ne dépend évidemment, dans le cas actuel, ni d'une hémorrhagie, ni d'une insuffisance de l'action cardiaque, comme dans la syncope.

Le sang se dirige normalement vers le cerveau, et s'il n'y pénètre pas en quantité suffisante, c'est qu'il rencontre un obstacle, lequel n'est autre que la brusque contraction des petites artères dont l'encéphale est si abondamment pourvu. Cette contraction est due, suivant l'auteur, à une irritation qui leur est transmise par les nerfs vaso-moteurs. Si maintenant on recherche le point de départ de cette influence irritante, on le trouvera probablement dans le centre vaso-moteur de la tête, ou plus exactement dans celui du cerveau; car l'auteur incline à croire que le centre vaso-moteur de la face et des téguments de la tête n'est pas le même que celui du cerveau, bien qu'il en soit assurément très-rapproché, et il attribue comme siège à ce dernier centre la portion, cervicale de la moelle épinière, ou, mieux encore, la moelle allongée.

Les causes qui font entrer le centre vaso-moteur en activité sont très-probablement d'ordre réflexe, et l'on ne peut guère douter que l'origine de l'acte réflexe ne doive être cherchée soit dans le système nerveux, soit dans le cerveau lui-même. L'auteur reviendra sur ce point; mais il se propose auparavant de chercher les causes de la persistance plus ou moins longue de la perte de connaissance; la théorie qu'il propose est la suivante: dans les grandes attaques, le spasme du larynx ou des muscles thoraciques entrave la respiration; d'où accumulation d'acide carbonique dans le sang; cette accumulation a un double résultat: 1° elle excite vigoureusement, par voie réflexe, les muscles respiratoires à rentrer en

action; 2° elle engourdit, par une sorte d'influence anesthésiante, l'excitabilité du système nerveux.

Cet engourdissement a pour effet non-seulement d'arrêter les convulsions en diminuant l'excitabilité réflexe de la moelle, mais encore de prolonger la perte de connaissance qui, due tout d'abord à l'anémie cérébrale, dépend maintenant de l'anesthésie déterminée par la présence dans le sang de l'acide carbonique en excès. La stupeur est due alors à l'état de dilatation des vaisseaux artériels et veineux du cerveau, qui perdent en ce moment leur tonicité vasculaire, dont l'excès avait primitivement provoqué leur contraction. La stupeur se prolonge plus ou moins suivant que cette tonicité se réveille plus ou moins rapidement. — Dans le *petit mal*, il n'y a qu'une brusque contraction vasculaire, sans altération du sang; aussi n'y a-t-il pas de stupeur consécutive.

2° Les convulsions des muscles volontaires portent de préférence et d'une façon presque constante sur certains groupes musculaires, constitués principalement par les muscles respiratoires, ou plutôt par les muscles dont l'innervation est originaire de la moelle allongée. Aussi est-on presque complètement d'accord aujourd'hui pour faire de la moelle allongée le siège principal de l'épilepsie, le véritable *nodus epilepticus*.

L'activité des centres moteurs, dont le fonctionnement anormal détermine les convulsions de l'épilepsie, peut être mise en jeu par des causes d'ordre différent: on peut invoquer soit un état particulier, anatomique et physiologique, de ces centres, soit une influence née en dehors d'eux et parfois éloignée.

Il est fort possible, — et la considération de l'hérédité vient à l'appui de cette hypothèse, — qu'il existe parfois un état physiologique particulier, caractérisé par une exagération de l'excitabilité réflexe. Cette exagération peut reconnaître pour causes soit une particularité de structure, soit une modification dans l'abord du sang, modification qui sera généralement de nature hyperémique; soit enfin l'abolition de l'influence modératrice normalement exercée par le cerveau sur les centres de la moelle allongée.

Mais il est probable que ces conditions ne suffiraient pas à elles seules à provoquer les convulsions, et que les centres dont il a été question ont besoin, pour entrer en activité, d'une excitation spéciale venue d'un autre point du système nerveux. Tout le monde connaît à cet égard l'influence des excitations d'origine

périphérique ; celles qui ont leur source dans le cerveau lui-même, et particulièrement dans la substance grise corticale, étaient moins bien étudiées et n'ont été réellement mises en lumière que par les travaux de Hughlings Jackson.

Mais le Dr Jewell se sépare sur quelques points de Hughlings Jackson ; il n'admet pas volontiers l'existence de « lésions de décharge » dans l'écorce cérébrale, et préfère l'hypothèse d'un trouble vaso-moteur survenu brusquement à celle d'une accumulation graduelle de force nerveuse avec décharge finale.

En somme, pour l'auteur, l'épilepsie est une maladie du système vaso-moteur. Quant aux intervalles plus ou moins longs, plus ou moins inégaux qui séparent les attaques, il reconnaît que sa théorie ne les explique pas ; mais il pense que dans l'état actuel de la science il n'y a pas d'explication plausible à en donner.

En terminant, le Dr Jewell expose quelques-unes des raisons qui viennent à l'appui de sa théorie : il fait d'abord appel à la thérapeutique ; les succès obtenus par le bromure de potassium et le nitrite d'amyle, dont l'action physiologique s'exerce spécialement sur le système vaso-moteur, paraissent confirmer sa manière de voir. — Les expériences physiologiques de Kussmaul et Tenner lui sont également favorables. Les recherches anatomo-pathologiques de Schröder Van der Kolk, qui ont démontré l'existence d'une augmentation de volume des vaisseaux de la moelle épinière, celles d'Echeverria et de Westphal, concordent parfaitement avec ses vues.

L'auteur estime donc que sa théorie a pour elle de grandes probabilités ; mais il reconnaît et prend soin de rappeler dans les dernières lignes de son mémoire que, dans l'état actuel de la science, elle n'est et ne saurait être qu'une hypothèse. Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que la théorie de l'épilepsie, telle qu'elle est développée dans ce mémoire, a depuis longtemps cours dans la science et qu'elle découle directement des travaux de Marshall-Hall, de Beau, de Billod, de Schröder Van der Kolk et surtout de Brown-Sequard. Formulée en 1858 par M. Ach. Foville dans sa thèse inaugurale (voy. *Ann. médico-psychologiques*, 1858), elle a depuis été adoptée par presque tous les auteurs qui se sont occupés de la physiologie pathologique de l'accès épileptique.

De l'aphasie, par le Dr A. D. Rockwell (de New-York).

L'auteur commence par rapporter brièvement trois cas d'a-

phasie, de gravité très-inégale, et il insiste à ce propos sur ce point que l'aphasie est loin d'être toujours identique à elle-même et qu'elle comporte des degrés très-divers.

Les conclusions auxquelles il a été conduit par ses études cliniques sur cette affection peuvent se résumer ainsi :

Les recherches modernes ne permettent guère d'admettre qu'une petite portion très-limitée du cerveau soit le siège exclusif de la faculté du langage ainsi que des lésions qui déterminent l'hémiplégie avec aphasie. Ce qui paraît démontré c'est que : 1° l'aphasie est, règle générale, le résultat d'une lésion des lobes frontaux ; 2° l'hémisphère gauche est presque toujours le siège de la lésion ; 3° les altérations de structure portent le plus souvent sur la partie postérieure de la troisième circonvolution gauche.

Les expériences de Fritsch, Hitzig et Ferrier démontrent non-seulement que la portion du cerveau qui préside à la mémoire régit aussi les mouvements nécessaires à l'articulation des sons, mais elles confirment définitivement la théorie suivant laquelle toutes les parties essentielles du cerveau sont symétriques. L'action cérébrale est généralement unilatérale et croisée ; mais il est à remarquer qu'en ce qui concerne les mouvements de la bouche cette action est bilatérale ; c'est ce qui explique comment une lésion cérébrale unilatérale ne s'accompagne pas de paralysie des muscles qui servent à l'articulation ; un côté du cerveau dans ce cas supplée l'autre. Mais comment alors expliquer que l'abolition du pouvoir de coordination du langage soit constamment liée à une lésion cérébrale gauche ? L'explication la plus probable est la suivante : la plupart des individus sont *gauchers* du cerveau comme ils sont *droitiers* du bras : vienne une lésion de l'hémisphère gauche, ils ne perdront pas la mémoire des mots, laquelle a également son siège à droite, mais ils ne pourront plus articuler, parce que le côté droit de leur cerveau est trop peu habitué à cette fonction pour l'exécuter convenablement.

Cette théorie aide à comprendre les guérisons que l'on voit quelquefois survenir dans des cas où l'aphasie est consécutive à une lésion grave et indubitable de l'hémisphère gauche. Il se fait alors pour l'hémisphère droit une éducation graduelle analogue à l'éducation du bras gauche chez les personnes privées de leur bras droit.

L'auteur a fait, dans ce mémoire, une part aussi large que légitime aux travaux français ; il a rappelé les recherches de

MM. Bouillaud, Dax et Broca relativement à la localisation du langage; mais il a omis de dire, — et nous devons rappeler, — que la théorie qu'il expose dans les deux derniers paragraphes de son travail est entièrement due à M. le professeur Broca.

Exemples d'hérédité; influence du père et de la mère sur les enfants,
par le Dr Ransom Dexter.

L'auteur expose dans un court mémoire, terminé par deux observations, quelques-unes des lois suivant lesquelles paraît s'opérer la transmission aux enfants des particularités caractéristiques présentées par les parents.

Le Dr Dexter ne paraît avoir rien découvert qui vienne soit infirmer, soit compléter les données acquises à la science sur cette importante question de l'hérédité: son mémoire n'ajoute rien, — mais il emprunte beaucoup, — aux travaux aujourd'hui classiques de Morel et de M. P. Lucas.

Des relations du système nerveux avec l'utérus, par le Dr J. S. Jewell.

L'auteur commence par exposer rapidement les données anatomiques et physiologiques que l'on possède actuellement sur les nerfs de l'utérus.

De son esquisse anatomique, il tire les conclusions suivantes:

1° L'utérus est abondamment pourvu de nerfs tant d'origine sympathique que d'origine cérébro-spinale; ses connexions nerveuses avec les autres organes sont nombreuses et importantes.

2° L'observation anatomique autorise à croire que les nerfs du corps de l'utérus et ceux du col émanent de sources différentes; les nerfs du col seraient entièrement fournis par le flexus hypogastrique; ceux du corps viendraient, au moins en partie, des plexus ovariens.

Les conclusions physiologiques sont les suivantes; mais l'auteur reconnaît qu'elles sont en partie hypothétiques:

1° Il existe probablement à la partie inférieure de la moelle épinière un ou plusieurs centres nerveux d'où émergent les filets qui vont, plus ou moins directement, innervier l'utérus.

2° Dans l'espèce humaine, il y a quelques raisons anatomiques de supposer que le centre génito-spinal est situé au

niveau, ou au moins très-près du point où la quatrième paire sacrée émerge de la moelle ;

3° Il y a aussi des raisons de croire, — mais c'est là une vue à laquelle on est surtout amené par induction, — que le centre génito-spinal se compose de deux ou plusieurs centres secondaires, ayant des fonctions différentes, ou correspondant à des régions de l'utérus anatomiquement différentes.

Le mémoire se termine par l'application des données qui précèdent à quelques points de la physiologie de la menstruation et du travail de l'accouchement.

Le nitrite d'amyle dans l'épilepsie ; étude expérimentale et clinique ;
par le Dr J. H. Mac-Bride.

L'auteur, après avoir rappelé les articles publiés sur le même sujet par Weir Mitchell (*Philadelphia Medical Times* 1872) et par Crichton Browne (*West Riding Lunatic Asylum Medical Report* 1873), expose les théories diverses qui ont été proposées, et celles qui ont cours aujourd'hui relativement à la pathogénie de l'épilepsie, et tire de cet exposé la conclusion suivante : l'état exsangue du cerveau, avec arrêt brusque de la nutrition de cet organe, est la cause prochaine de l'accès d'épilepsie.

Ce principe une fois posé et admis, les indications thérapeutiques en découlent naturellement, et tout agent médicamenteux, capable de prévenir la contraction des artères cérébrales ou d'en provoquer la dilatation lorsqu'elles sont contractées, doit être utile dans le traitement de l'épilepsie.

Le nitrite d'amyle jouit-il de ces propriétés ? On est généralement d'accord pour répondre par l'affirmative, et les expériences instituées par l'auteur, de concert avec le Dr Kempster, confirment les résultats déjà obtenus. Deux fois les expérimentateurs ont pratiqué une fenêtré à la boîte crânienne d'un lapin éthérisé, et, — les effets de l'éthérisation et du traumatisme une fois dissipés, — ils ont administré le nitrite d'amyle : chez deux de ces animaux ils ont vu les vaisseaux de la pie-mère se dilater, et le cerveau, devenu le siège d'une congestion intense, venir faire hernie au niveau de la fenêtré crânienne. Les oreilles étaient également congestionnées.

Passant ensuite du domaine de l'expérimentation dans celui de la clinique, l'auteur rapporte quatre cas dans lesquels le nitrite d'amyle a donné de très-bons résultats chez des épileptiques ; — dans deux autres cas, le médicament fut administré

à des sujets *en état de mal*, et les effets furent aussi heureux que rapides.

Mais le nitrite d'amyle ne réussit pas dans tous les cas indistinctement ; il est surtout utile dans les formes d'épilepsie où l'accès reconnaît pour cause prochaine le spasme des artères cérébrales, et où il est précédé d'une *aura* bien caractérisée. — Quant aux affections convulsives, auxquelles on donne parfois à tort le nom d'épilepsie, et dans lesquelles le cerveau est le siège d'une congestion aussi brusque qu'intense, il va de soi que le nitrite d'amyle ne pourrait que les aggraver.

L'auteur se garde d'ailleurs de vouloir faire de cet agent thérapeutique le spécifique de l'épilepsie. Il reconnaît que le nitrite d'amyle peut échouer, et que les échecs seront particulièrement fréquents chez les épileptiques des asiles, dont la maladie est chronique et invétérée.

Nous n'entendons nullement contester ici la valeur des considérations physiologiques qui ont conduit à employer le nitrite d'amyle dans l'épilepsie, non plus que les résultats obtenus dans un certain nombre de cas ; mais il est permis de faire remarquer que l'administration de cet agent rencontre de grandes difficultés ; en effet le nombre de cas où le nitrite d'amyle pourra être employé entre l'*aura* et l'apparition de l'accès restera toujours peu considérable ; si, d'autre part, les inhalations médicamenteuses sont pratiquées pendant ou après l'accès ne court-on pas le risque d'amener une congestion excessive, en surajoutant une dilatation vasculaire provoquée, à la dilatation spontanée qui clôture l'accès épileptique d'une façon pour ainsi dire automatique ? Impossible à administrer avant l'*aura*, que l'on ne peut prévoir, il devient inopportun pendant l'accès. Aussi est-il véritablement difficile, dans la pratique, de saisir le *moment psychologique* où il doit être employé, et où il peut en effet rendre des services.

Des mouvements et de l'innervation de l'iris, par le Dr H. Gradle.

Travail très-étendu dans lequel l'auteur expose, d'après les travaux les plus récents, la physiologie de l'iris, telle qu'elle est aujourd'hui constituée. Une très-courte portion du mémoire est consacrée à la séméiologie de la pupille.

Voici les conclusions de la partie physiologique :

4° Les nerfs de la 3^{me} paire contractent la pupille et constituent le trajet centrifuge réflexe que suivent les impulsions consécutives aux impressions lumineuses qui frappent le nerf op-

lique ; chacun des tubercules quadrijumeaux agit comme centre à l'égard du côté opposé, et en partie aussi à l'égard du côté auquel il appartient. La dilatation produite par l'éloignement de la lumière est due à l'élasticité de l'iris.

2° Le sympathique dilate la pupille en mettant en jeu les fibres musculaires radiées. L'impulsion réflexe productrice de cette dilatation (et qui peut avoir pour point de départ une impression sensorielle quelconque) passe, du centre situé dans la moelle allongée, dans le sympathique cervical en traversant la région cilio-spinale, et en suivant le trajet des racines spinales antérieures et des *rami communicantes* ; au niveau du plexus carotidien, les fibres dilatatrices accompagnent le tronc de la cinquième paire, sans se décuquer dans leur trajet.

3° La cinquième paire, qui tient sous sa dépendance la sensibilité irienne possède aussi des fibres pupillaires, dont les unes, celles qui président à la constriction, prédominent chez l'homme et quelques animaux, tandis que les autres, celles qui président à la dilatation sont plus abondantes chez les autres animaux. L'excitation réflexe du nerf de la cinquième paire a très-généralement son origine dans les impressions douloureuses qui portent sur l'œil lui-même.

4° Le ganglion ciliaire reçoit chez l'homme et chez la plupart des animaux les divers filaments nerveux destinés à l'iris ; il n'est pas encore prouvé que les fibres pupillaires soient originaires de ce ganglion.

5° On trouve dans l'iris de nombreuses cellules ganglionnaires, qui, suivant toutes les apparences physiologiques, communiquent en partie avec le moteur oculaire, en partie avec la cinquième paire. C'est des premières que dépend en partie la tonicité du sphincter. Leur mise en activité paraît déterminer la contraction pupillaire.

6° L'atropine, considérée comme le type des divers agents mydriatiques, paralyse le moteur oculaire et les ganglions qui sont en connexion avec lui.

7° Ces mêmes organes sont au contraire stimulés par la fève de Calabar, qui, prise à l'intérieur, provoque aussi la contraction pupillaire par excitation centrale de la cinquième paire.

Angine de poitrine : première attaque ; mort en vingt heures, par le
Dr J. H. Hollister.

L'auteur rapporte une observation intéressante d'angine de

poitrine rapidement terminée par la mort. Il s'agissait d'une femme qui toute sa vie avait été très-nerveuse, ce qui confirme l'auteur dans l'idée que cette maladie est avant tout une névropathie. La plupart des membres de la famille de cette dame sont morts emportés par des affections cardiaques et quelques-uns d'une façon subite ; elle-même présentait les signes de l'insuffisance aortique. L'auteur se demande à ce propos s'il faut faire une part à l'hérédité dans l'étiologie de l'angine de poitrine, et dans celle des affections cardiaques.

Observations pratiques sur le goître exophthalmique et son traitement, par le Dr Roberts Bartholow.

Après avoir exposé avec détail l'histoire de trois cas de cette maladie, qu'il a eu occasion d'observer, l'auteur se demande quelle place il faut lui donner dans la nosologie, et conclut qu'on doit, avec Eulenburg et Guttman, la ranger parmi les affections du grand sympathique. En effet, les phénomènes cliniques qui caractérisent la maladie de Graves (ou de Basedow), révèlent un trouble fonctionnel du grand sympathique et du pneumogastrique, un abaissement de leur activité. Aucune autre théorie d'ailleurs n'expliquerait les services que rendent dans cette affection les courants galvaniques.

Sur l'existence de centres moteurs bien définis dans l'écorce cérébrale, par le Dr J. S. Jewell.

Dans ce mémoire, l'auteur expose l'état actuel de la science relativement à l'existence de centres moteurs corticaux. Il passe en revue les diverses expériences instituées en Angleterre, en Allemagne et en France sur ce point intéressant de physiologie ; il rapporte et discute les diverses objections qui ont été soulevées par ces expériences, ainsi que par celles qui ont été faites relativement à l'excitabilité de la substance grise.

L'auteur conclut en faveur de l'existence des centres moteurs corticaux. Cette étude est purement critique ; elle se borne à exposer les données actuelles de la science, sans y ajouter aucun fait nouveau.

Pathologie de l'ivrognerie : est-ce une maladie ou un délit moral ? par le Dr N. S. Davis.

Il y a trois ou quatre ans, un certain nombre de membres des diverses sociétés de tempérance organisées dans la plupart des grandes villes des États-Unis, se réunissaient en une sorte de

congrès, qui aboutit plus tard à l'organisation d'une association permanente. Parmi les propositions adoptées par cette association se trouvent les suivantes :

- 1° L'intempérance est une maladie.
- 2° Elle est curable au même titre que les autres maladies.
- 3° Elle a pour cause première une susceptibilité constitutionnelle à l'égard de l'action des boissons alcooliques.
- 4° Cette tendance constitutionnelle peut être héréditaire ou acquise.

5° L'alcool a sa place marquée dans les arts et dans les sciences ; pris en quantité excessive, il devient un poison, et agit constamment comme tel lorsqu'il produit l'ivresse.

L'emploi du mot *intempérance* rendait un peu obscure la première proposition. Sous cette dénomination, en effet, on pouvait comprendre aussi bien l'acte isolé de l'homme qui se met accidentellement en état d'ivresse que la série d'excès habituels qui constitue l'alcoolisme. L'association l'a reconnu, et elle a expliqué dans la suite qu'elle avait entendu parler seulement des alcooliques confirmés. Ainsi comprise la proposition est exacte et ne fait doute pour personne.

Mais l'auteur du mémoire ne saurait se rallier à la troisième et à la quatrième propositions, qui, suivant lui, ne peuvent être rigoureusement prouvées. La statistique, il est vrai, nous montre que les enfants nés de parents alcooliques ont une tendance spéciale à abuser des liqueurs fortes. Mais avant de considérer cette tendance comme héréditaire, il faudrait savoir : 1° si la mère, pendant qu'elle nourrissait son enfant, ne faisait pas un usage plus ou moins habituel de boissons alcooliques, qui, en passant dans son lait, auraient pu en laisser l'impression et en donner le goût à l'enfant ; — 2° si les parents adonnés aux excès de boisson ne donnaient pas souvent à leurs enfants des boissons alcooliques, dans le but de guérir leurs indispositions, but qu'eux-mêmes en pareil cas cherchaient à atteindre par le même moyen. L'expérience très-étendue de l'auteur à cet égard, lui a prouvé que dix-neuf fois sur vingt, l'alcoolisme dit héréditaire était simplement acquis d'une des façons qu'il vient d'indiquer. Il reconnaît toutefois que l'état d'alcoolisme de l'un des ascendants doit rendre les descendants plus nerveux et plus impressionnables à l'influence de l'alcool.

L'auteur pense donc qu'à ce point de vue la question a été mal envisagée. Suivant lui, il y a dans l'alcoolisme deux choses

à considérer et à traiter; d'abord une *habitude* vicieuse, ensuite une *maladie* née de cette habitude; aussi cette double indication n'est-elle d'ordinaire convenablement remplie que dans les asiles ou les établissements spéciaux. Aussi, dans ces maisons, le chiffre des malades guéris ou corrigés atteint-il la proportion considérable de 50 et quelquefois 75 p. 400.

L'auteur termine son mémoire en citant le compte rendu du *Washingtonian Home*, maison spécialement destinée au traitement des alcooliques, et qui compte dans sa population un grand nombre de buveurs endurcis; malgré cette circonstance défavorable, l'estimation la plus modeste de la proportion des malades guéris ou corrigés est de 30 pour 400 environ. Malheureusement, de l'ensemble des renseignements relatifs aux asiles spéciaux pour les buveurs d'habitude, il faut reconnaître que les prétentions à une proportion aussi considérable de guérisons sont loin d'être justifiées, et que les résultats fournis par la plupart de ces établissements donnent prise aux plus sérieuses critiques.

Deux cas de goître exophthalmique accompagné d'urticaire chronique, par le Dr L. Duncan Bulkley.

L'auteur, après avoir rapporté les deux cas qu'il a observés, signale la rareté de l'éruption urtiée dans cette maladie; ses recherches ne lui en ont fait trouver trace dans aucun auteur. Il conclut que si l'on n'est pas autorisé à ranger l'urticaire parmi les affections nerveuses, comme on a été légitimement conduit à le faire pour le zona, il convient néanmoins de lui reconnaître certains caractères nerveux importants, dont les faits qu'il vient de citer peuvent contribuer à établir l'existence.

De la névrite chronique sub-aiguë, par le Dr H. M. Bannister.

L'auteur, au début de cet important mémoire, rapporte un cas qu'il a observé et qu'il considère comme très-propre à montrer les difficultés que présente le diagnostic de cette maladie, et à éclairer en même temps quelques points de la pathologie des affections nerveuses périphériques.

Les conclusions auxquelles il est arrivé sont les suivantes:

1° L'inflammation chronique subaiguë des nerfs périphériques n'est pas seulement une maladie souvent indépendante; elle est fréquemment aussi l'un des facteurs importants dans la production de beaucoup de troubles généraux.

2° Beaucoup de prétendues névralgies ou paralysies, fréquemment supposées d'origine centrale, n'ont d'autre cause que cet état pathologique des nerfs périphériques. Il ne s'ensuit pas qu'une affection centrale ne puisse pas co-exister avec le trouble périphérique, ou lui être consécutive : il est hors de doute qu'un grand nombre de désordres centraux graves reconnaissent pour origine la propagation centripète d'une névrite périphérique.

3° La névrite peut être consécutive à un désordre central, et, en ce cas, elle risque fort d'être méconnue. Mais elle peut aussi compliquer les symptômes au point d'égarer le médecin, et de lui faire attribuer à des lésions centrales graves des phénomènes qui sont uniquement dus à des troubles périphériques secondaires.

4° Un processus purement irritatif, survenant dans un tronc nerveux, peut déterminer et détermine souvent un état véritablement inflammatoire des portions plus vasculaires du trajet nerveux. C'est ce qui explique, suivant l'auteur, la grande tendance qu'ont ces affections à se propager dans une direction centripète ; on sait en effet que le tronc nerveux devient généralement d'autant plus vasculaire qu'il se rapproche davantage de la moelle.

5° Bien qu'il soit acquis à la science qu'un grand nombre de ces cas guérissent rapidement et même spontanément, l'utilité d'un diagnostic précoce et d'un traitement approprié est d'autant plus grande qu'il n'est pas rare de voir l'affection se propager vers les centres nerveux. Dès que la lésion a atteint les plexus, elle défie tout traitement actif et le pronostic devient défavorable. Elle peut aussi intéresser la moelle et déterminer des accidents graves et même mortels.

6° Dans le traitement de la névrite sub-aiguë, les moyens qui donnent les résultats les plus favorables sont le repos des parties malades, — repos qui devra être aussi complet que possible, — et l'emploi des courants constants. On pourra en même temps avoir recours à d'autres moyens, plus généraux, en ne perdant jamais de vue la nature de la lésion, qui consiste dans un processus inflammatoire sub-aigu, ayant pour résultat ordinaire une prolifération du tissu connectif, ainsi que la compression et l'atrophie des éléments nerveux.

DE MURGAVE-CLAY,

Interne à l'asile de Quatre-Mares.

JOURNAUX ALLEMANDS

Allgemein Zeitschrift für Psychiatrie.

ANNÉE 1876 (suite et fin).

20. Sur le diagnostic et le pronostic cliniques des affections mentales. — Dr Hecker, à Plagwitz.

C'est le pronostic qui résume le rôle du médecin. Or, le pronostic ne peut se déduire que de la connaissance de l'élément anatomique d'une maladie. Les termes de manie, de mélancolie, de folie, de démence, ne désignent qu'un complexe symptomatique; ils servent à couvrir notre ignorance en ce qui concerne la lésion organique elle-même. Dans la clinique moderne, a prévalu la tendance de ne tenir compte des symptômes psychiques et somatiques, qu'en tant que ces éléments peuvent résoudre pour le médecin la marche et l'issue de la maladie, c'est-à-dire le pronostic. La paralysie générale est une de ces affections qui réalise l'idéal de l'auteur: le diagnostic formule du même coup le pronostic de l'affection.

Kahlbaum, dont M. Hecker est le partisan enthousiaste, faisant table rase de toutes les dénominations admises jusqu'ici, a composé, sur le patron de la paralysie générale, une série de formes de maladies mentales dont il n'a publié jusqu'ici que la *catatonie*. Je me trompe; auparavant déjà, M. Kahlbaum avait donné la description de l'*hébéphrénie*.

M. Hecker donne la relation de deux cas de catatonie. Il termine en disant que, pendant les débats qui ont suivi la lecture du présent article, à une réunion de naturalistes à Hambourg, il a pu se convaincre que la confusion babylonienne des langues s'était introduite en psychiatrie, et il appelle de ses vœux l'adoption d'une classification nouvelle et plus rationnelle des maladies mentales.

21. Sur les oscillations de la conscience. — Dr Otto Müller, à Blankenburg.

Considérations sur cette faculté qu'on appelle conscience, en physiologie mentale; sur ses divers degrés de développement, suivant les périodes de la vie; sur ses oscillations chez le même individu, par le fait du sommeil et de la veille; sur les variations de son contenu, en qualité et en quantité, suivant

l'âge, le sexe, l'éducation; sur les conditions de sa formation (expérience, connaissances acquises, impressions, habitudes); sur ses oscillations remarquables en pathologie mentale (activité exagérée, diminuée, abolie). Dans les cas d'obtusion, ou d'oblitération de cette faculté, quelles sont les modifications qui sont survenues dans l'organisme? Nous le saurons peut-être un jour. Ce qui est sûr, c'est que le système circulatoire joue ici un grand rôle; Wolff a noté des modifications dans l'énergie du cœur, dans l'élasticité des parois artérielles. Le sommeil est le résultat d'une diminution de pression intracrânienne; quand cette pression cesse subitement, comme dans la syncope, il y a abolition de la conscience. Il y a donc relation entre les oscillations de la conscience et les oscillations dans la pression cérébrale.

22. De l'élément morbide: le sentiment de la persécution.

Dr. Zenker à Leubus.

Celui qui veut pénétrer la vie intérieure des aliénés doit commencer par étudier l'homme à l'état physiologique. Entre ces deux états de santé et de maladie il n'y a qu'une différence de quantité. Les influences extérieures qui viennent frapper un homme dans ses affections ou ses intérêts, déterminent dans son cerveau des modifications analogues à celles qui existent chez l'aliéné, à titre de substratum organique de sa douleur morale. Plus ces influences seront énergiques dans leur action, plus marqué sera leur retentissement sur le cerveau, plus cet organe sera menacé dans son intégrité fonctionnelle; ceux qui sont affectés de profonds chagrins languissent sans force; la violente colère est suivie d'angoisse et de dépression, preuve certaine de la souffrance du cerveau. De là à l'aliénation mentale il n'y a qu'un pas, sans qu'il nous soit possible de dire où est la limite entre la santé et la maladie. Chez l'aliéné, la lésion centrale n'est pas ressentie, mais se traduit à l'extérieur par le délire, et ce délire est l'expression du sentiment du malheur ou de la persécution.

C'est ainsi que, nous étudiant nous-mêmes, nous pouvons arriver à une compréhension des éléments morbides psychiques; chacun de ces éléments trouvant son équivalent dans certains états de la vie physiologique. Forcez, par la pensée, certains de ces états, et vous arriverez à la conception de l'élément d'une psychose.

La lésion du moi, par des influences extérieures douloureuses

ses, implique donc la lésion de l'organe central; réciproquement, la lésion de ce dernier d'une manière déterminée entraîne la lésion du moi sous la forme de la douleur morale ou du délire des persécutions.

23. *Réflexions sur la folie morale* (moral insanity). — Dr Stolz, à Halle.

Un observateur de génie, *Maudsley*, a livré à la dispute des aliénistes une forme d'aliénation mentale qui n'a pas encore obtenu droit de cité dans la phrénopathologie allemande. Nous voulons parler de la folie morale, du moral insanity. M. Stolz nous en donne l'histoire détaillée.

Si, dans cette vésanie spéciale, l'élément intellectuel et affectif est atteint, c'est le trouble de l'élément éthique qui domine. Dans les formes bien caractérisées, les illusions des sens et le délire font défaut, ainsi que la dépression et l'exaltation; tel en est le caractère négatif. Le caractère positif consiste dans la perversion ou l'absence, au moins partielle, des notions de morale, avec prédominance de penchants et d'instincts qui annihilent ou restreignent le libre arbitre.

Le moral insanity en impose pour l'immoralité et le crime, et le change est ici d'autant plus excusable que ces fous, avec une apparence de pleine conscience, manifestent une intention, un calcul souvent intéressé, et qu'on retrouve chez eux, ce qu'on trouve chez le criminel : la ruse, la dissimulation, la préméditation de l'acte. Quoi d'étonnant donc que les moralistes nous renvoient cette nouvelle création de variété morbide comme une imagination sans réalité. L'existence cependant en est bien réelle, et, si les Allemands consentent à l'admettre dans leur cadre nosologique, ils défendront la cause de l'humanité; car la folie morale n'est pas justiciable des tribunaux et des prisons, mais bien des médecins et des asiles d'aliénés. Le monde ne périra pas pour cela et la justice n'en recevra aucune atteinte. Il ne faut pas dire *fiat justitia et pereat mundus*, mais bien *fiat justitia ne pereat mundus*.

24. *Sur la parenté du génie et de la folie*. — Dr Hagen, à Erlangen.

Ce ne sont pas seulement là des disquisitions de vaine curiosité; elles peuvent avoir un côté utile; car s'il existe réellement des rapports entre le génie et la folie, on pourra, dans tel cas de dispositions exceptionnelles chez un enfant, instituer une

éducation spéciale pour le garer de la folie, dans tel autre cas de prédisposition à la folie, faire éclore un génie. On ne peut assurément en vouloir à M. Hagen de songer ainsi au côté pratique des choses.

En y regardant d'un peu loin, il semble qu'il y ait des points de ressemblance entre les hommes de génie et certains aliénés. L'histoire nous révèle toute une pléiade d'hommes célèbres atteints d'aliénation mentale; chez d'autres hommes célèbres l'aliénation se retrouve du côté des ascendants, des collatéraux ou des descendants. D'un autre côté, en étudiant les mœurs des aliénés, on relève certains traits qui font penser au génie. Mais si l'on veut bien se rappeler que les plus grands hommes, ceux dont le génie a eu le plus d'éclat, n'ont jamais été fous, on arrivera peut-être à conclure que la coexistence du génie et de la folie n'est qu'une coïncidence et ne prouve point la parenté de ces deux états.

Cette question serait bientôt résolue si la psychologie voulait bien nous donner une définition exacte du génie, si la psychiatrie pouvait nous dire ce qu'est en réalité la folie.

Moreau se trompe lorsqu'il fait du génie une névrose. Moreau place l'essence du génie et de la folie dans une surexcitation cérébrale. Quelle chose plaisante! Si l'essence du génie et de la folie réside dans une surexcitation cérébrale, de deux choses l'une, ou c'est le génie qui implique la surexcitation la plus élevée, ou c'est la folie. Dans le premier cas, comme le génie est susceptible de développement, il n'atteindra son apogée qu'après avoir passé par un degré inférieur d'excitation qui est celui de la folie, et alors le meilleur moyen de guérir la folie serait d'augmenter la surexcitation pour passer au génie. Dans le second cas, tout grand talent doit bien se garder de s'élever par le travail, il atteindrait le degré de surexcitation propre à la folie. Ce qui est absurde.

L'aliénation mentale est un état anormal, une maladie. Le génie n'a rien d'anormal; l'originalité créatrice qui constitue le génie est un don; le génie est une force à l'égal de l'instinct, aussi puissante que l'instinct. Le génie crée, moins parce qu'il veut que parce qu'il est forcé de créer. Le génie est une puissance despotique qui a pris possession de l'homme, au même titre que de nouveaux instincts, de nouveaux sentiments, de nouvelles impulsions, ont pris possession de l'aliéné et le dominent. A côté de dissemblances nombreuses, c'est la seule analogie que l'on puisse trouver entre le génie et la folie.

Telles sont les idées qui forment le canevas du long travail de M. Hagen.

25. *Sur les psychoses des femmes détenues.* — Dr Köhler, à Hubertusburg.

Entre le crime et la folie, la ligne de démarcation est souvent aussi fruste qu'entre l'état de santé et l'état de maladie. Quoi donc d'étonnant que la folie des prisonniers ait eu le privilège d'exercer la sagacité des observateurs. Les observations de Gutsch en 1862, rapprochées de celles qui font l'objet de ce travail, témoignent de la manière la plus évidente qu'il y a une différence marquée entre les formes phrénopathiques des détenus suivant le sexe. Chez les hommes, elles se rapprochent des formes cliniques ordinaires ; chez les femmes, elles en dévient ordinairement, et se présentent avec des caractères hybrides qui déroutent le jugement.

Les observations de M. Köhler concernent 34 femmes détenues sur une population de 960 aliénées, d'où la proportion de 3.2 pour 100, égale à celle de Wiedemeister. De ces 34 femmes, 26 sont devenues aliénées pendant leur détention ; les 8 autres ont été reconnues aliénées immédiatement après le crime. M. Köhler établit que, sur les 26 premières, un grand nombre, longtemps avant le crime, ne présentaient plus un état mental physiologique. Il dresse ensuite une statistique de ces aliénées d'après l'âge, l'état civil, la profession, les causes, les symptômes de la maladie, la nature du crime, la terminaison, la durée du traitement.

26. *La catatonie. Esquisse psychiatrique.* — Dr Brosius, à Bendorf.

Haslam a découvert la paralysie générale, Kahlbaum la catatonie. En dépit des détracteurs de ce dernier, la catatonie restera, à l'égal de la paralysie, une forme clinique nettement définie d'aliénation mentale.

Dans la catatonie, on retrouvera toujours l'anomalie de la motilité, sous la forme tantôt de spasmes variés, tantôt de mouvements et d'attitudes spéciales ; d'un autre côté, le complexe symptomatique de la dépression et de l'excitation se présentera avec des caractères propres, complètement différents, quoi qu'on puisse dire, de ceux de la manie et de la mélancolie ordinaires. Précisons mieux. La paralysie générale et la catatonie sont deux formes de vésanie qui présentent un élément variable de physionomie, l'excitation et la dé lente alternant

entre eux, et un élément fixe et invariable, l'anomalie de la motilité, caractérisée dans la catatonie par la tension, le spasme, dans la paralysie générale par le relâchement et l'abolition de la motilité.

La catatonie est la forme phrénopathique que les Français décrivent sous le nom de stupidité, de stupeur, de mélancolie avec stupeur.

M. Brosius déclare qu'il n'a point la prétention d'ajouter quoi que ce soit aux données de M. Kahlbaum qui n'a rien laissé à glaner après lui sur la catatonie ; son travail n'a d'autre but que de corroborer les vues et les observations de cet auteur.

27. *Quelques réflexions concernant le traitement de l'aliénation mentale.* — D^r Hergt, à Illenau.

Je n'ai rien à présenter de nouveau sur ce sujet, écrit M. Hergt ; mais j'espère qu'on ne m'en voudra pas de confirmer par mon expérience des vérités déjà connues.

En effet, M. Hergt passe en revue tout ce qui peut entrer comme élément affectif dans le traitement de l'aliénation mentale. Travail, à tous égards, très-instructif et très-intéressant, comme tout ce qui provient de la bonne école d'Illenau.

La psychiatrie moderne est en travail d'enfantement ; — danger de rester dans la routine et de n'envisager les phrénopathies que comme des névroses ; — incertitude du diagnostic basé sur la division des maladies mentales en formes ; — la classification en groupes est plus rationnelle, au point de vue du traitement ; — nécessité de tenir compte de tous les éléments constitutifs de la maladie afin d'arriver à des notions aussi précises que possible sur l'état des organes nerveux centraux ; — ne pas oublier que les lésions périphériques affectent souvent le cerveau et entretiennent la phrénopathie, et que leur soustraction peut résoudre cette dernière ; — du moment favorable à l'admission ; — isolement, restreint, non-restreint ; — sitophobie ; — traitement somatique ; — traitement moral ; — conditions matérielles d'un asile, conditions morales ; — discipline, pédagogie ; — conditions de sortie du malade ; — ce que doit être le médecin.

28. *Psychoses et névroses.* — D^r Flemming, à Sachsenberg.

La tendance de la psychiatrie moderne est essentiellement organicienne. En cela, la science n'a fait que retourner en ar-

rière vers Hippocrate, et l'on ne peut que la louer de l'avoir fait sans vergogne.

Qu'il s'agisse de névroses ou de psychoses, chacun est d'accord qu'il y a là un état anormal, une maladie, qui implique un substratum organique. Point de maladie sans organe malade ; c'est une vérité admise par tous, et il serait assurément oiseux de suivre M. Flemming dans ses disquisitions sur le somatisme et le psychisme, dénominations tudesques qui n'ont pas de sens pour nous : l'âme et le corps ont été faits ensemble, dans le même instant, comme d'un seul coup de pinceau, jetés au même moule (Tertullien, *de Resurrect.*), et, dans les spéculations de la science psychiatrique, l'on ne saurait dissocier ces deux éléments.

La physiologie s'occupe de localiser les différentes fonctions du système nerveux, de les répartir entre le cerveau, la moelle épinière et les nerfs périphériques. Le microscope a divisé ces parties en cellules ganglionnaires et en productions filiformes, aussi différentes au point de vue physiologique qu'au point de vue anatomique. Au cerveau, appartiennent les troubles psychiques, les psychonévroses ; à la moelle épinière les spasmes et les paralysies ; au système périphérique les névralgies, les hyperesthésies, anesthésies ; mais on n'a pas été longtemps sans s'apercevoir qu'on avait fait de la mauvaise besogne ; que, par suite d'une solidarité intime entre les différentes parties du système nerveux, les différents groupes de symptômes se compliquent et se confondent fréquemment, au point de laisser dans le plus grand embarras le localisateur physiologico-pathologiste. En raison donc de cette solidarité, il ne faut plus parler de psychonévroses simples, de névroses vertébrales ou de névralgies ; la pathologie se trouverait en défaut et la thérapeutique également, ce qui se conçoit aisément. Ce qui se conçoit encore mieux, c'est que, en psychiatrie, ce qui ne paraît pas être l'avis de M. le Dr Flemming, nous voguons à la dérive, comme un navire sans boussole, par une nuit obscure ; nous tournons sur nous-mêmes, revenons en arrière, croyant marcher en avant, et que, lorsqu'une éclaircie nous permet de mesurer notre route, nous voyons avec surprise que, pour nous être remués beaucoup, nous n'avons guère changé de place.

ANNÉE 1877.

1. *Sur le délire des persécutions des aliénés alcooliques.* — Dr Nassé, à Andernach.

L'auteur part de ce principe que, pour donner à la pathologie mentale une base plus solide et plus sûre, il faut que la clinique divise et groupe les maladies en se plaçant essentiellement au point de vue étiologique. Comme exemple de cette manière de procéder, il traite du délire des persécutions chez les alcooliques, délire qui, d'après lui, et il s'en rapporte à un riche matériel qu'il a puisé à l'asile de Siegburg, présente une phrénoménologie caractéristique.

Tout en forçant le chapitre de la *fréquence* et de la *forme*, l'auteur ne néglige point l'*esquisse historique* et s'appuie d'observations. Il échappe à une analyse plus complète.

2. *Du traitement des alcooliques.* — Dr Fürstner, à Stefansfeld.

L'alcoolisme est devenu une calamité sociale, et nous sommes arrivés à poser la question des asiles spéciaux pour les aliénés alcooliques. D'autres s'occupent d'atténuer le mal, de le couper dans sa racine. M. Fürstner appelle l'attention sur quelques points spéciaux qui ont leur importance pour le traitement des troubles aigus de l'empoisonnement alcoolique, traitement auquel il faut donner de l'unité, de l'ordre, de la méthode ; d'un autre côté, il signale certaines conditions défavorables qui, dans l'état actuel des choses, nuisent au traitement. Il divise les malades de cette catégorie, que l'on est appelé à traiter dans les asiles, en trois groupes : le *delirium tremens*, l'alcoolisme chronique et le délire alcoolique compliqué d'épilepsie.

3. *Meurtre commis dans le délire fébrile d'une irruption de variole.* — Dr Zippé, à Vienne.

Observation médico-légale.

4. *Des hallucinations pendant l'ivresse du haschisch.* — Dr Freusberg, à Andernach.

L'auteur n'a point la prétention de donner une description, et surtout pas une description complète, de l'ivresse causée par le haschisch ; avant tout, il manque d'une observation directe et personnelle. Un jeune Anglais s'était donné comme tâche de tâter de tous les narcotiques, à la seule fin de découvrir celui

qui produit l'ivresse la plus agréable. Ce sont les sensations éprouvées par ce jeune épicurien sous l'influence du haschisch qu'expose M. Freusberg, et son travail n'a d'autre but que de trouver les rapports généraux qu'elles présentent avec les phénomènes déjà connus.

5. *Dans le vocabulaire actuel, l'expression « Verrucktheit » désigne-t-elle une forme primitive de vésanie ou non? — M. Hertz, à Bonn.*

Pour répondre à cette question, que nous croyions résolue, l'auteur ouvre un débat qui intéresse particulièrement la classification allemande.

D'après Griesinger, *Verrucktheit* se traduirait en français par *folie systématisée*, et désignerait un état éminemment secondaire, consécutif à la mélancolie ou à la manie, dont il conserverait, quoique effacées, certaines conceptions délirantes fixes. Nous désignerions volontiers cette forme secondaire de vésanie, véritable état de transition entre la folie primitive et la démence confirmée, sous le nom de *folie fruste*.

6. *De l'influence de la chaleur radiante sur la production des maladies mentales. — Dr Bartens, à Siegburg.*

44 observations qui n'ont point la valeur clinique désirable. L'état du pouls et de la température du corps n'est pas indiqué. Après l'action solaire, la folie a éclaté subitement; avec prodromes, après l'action d'un foyer incandescent. Dans l'un et l'autre cas, mélancolie au début, puis agitation maniaque, anomalies de la motilité. Rien autre dont nous puissions tirer profit.

7. *Sur la longévité des femmes aliénées. — Dr Stölzner, à Hubertusburg.*

Une question qui aurait son intérêt est celle de la longévité moyenne d'un aliéné dans un asile, et cette question encore, à titre de corollaire: les troubles anatomiques et physiologiques qui affectent le cerveau de l'aliéné ont-ils une influence sur l'ensemble de l'organisme et abrègent-ils la vie? M. Stölzner est arrivé aux résultats suivants:

Une femme, atteinte de folie chronique, a des chances d'atteindre l'âge de 45 à 46 ans.

L'âge, au moment de l'invasion de la maladie, a une grande influence sur la durée de la vie; plus une femme sera jeune,

plus elle sera âgée, au moment de l'invasion, plus la vie sera menacée.

Les aliénés n'atteignent pas la moyenne de la longévité humaine.

8. *Apport à l'histoire de l'asile de Pforzheim de 1803 jusqu'à nos jours.* — Dr Fischer.

9. *Sur la folie dans l'âge critique.* — Dr Krafft-Ebing, à Graz.

Monographie de la ménopause comme cause d'aliénation mentale. M. Krafft-Ebing analyse, avec la clarté et la précision qui lui sont habituelles, tous les facteurs morbides qui interviennent dans cette période véritablement critique de la vie de la femme : éléments d'ordre moral, éléments d'ordre physique, qui concourent à produire une nouvelle manière d'être du système nerveux et qui sont bien propres à déterminer des déviations psychiques. Dans 60 cas observés, ce médecin distingué a noté 4 mélancolies, 1 folie circulaire, 1 délire aigu, 42 formes aiguës, 12 démences paralytiques.

10. *Au sujet de la législation sur les aliénés.* — Dr Roller.

Depuis longtemps les médecins allemands se préoccupent de savoir quelle serait la meilleure manière de réglementer l'assistance des aliénés. Les opinions sont partagées : on se demande s'il y a réellement nécessité d'élaborer une loi, ou si un simple règlement ne suffirait pas.

M. Roller pose en principe que la loi ne saurait intervenir dans toutes les parties de l'organisation de l'assistance ; il y a des points qui relèvent forcément de la loi, d'autres qu'on doit abandonner au simple règlement. Ce sont les premiers que M. Roller passe en revue et énumère en 11 paragraphes.

11. *Sur la dilatation anévrysmale de l'artère carotide interne à son origine.* — Dr Schæfer, à Schweizerhof.

L. Meyer avait constaté, à l'autopsie d'un grand nombre d'aliénés, une dilatation partielle ou générale de l'artère carotide interne à son point d'émergence de la carotide primitive. Il rapportait cette anomalie à la pression subie par cette artère sous l'influence des congestions si fréquentes chez les aliénés, et il partait de là pour admettre que le degré des altérations de la carotide interne chez les aliénés, au point indiqué, pouvait servir de manomètre pour mesurer l'étendue des troubles de la circulation cérébrale pendant la vie.

Manson Patrik qui a trouvé cette dilatation artérielle 12 fois sur 17 autopsies d'aliénés, admet que la carotide interne se dilate sous l'influence du rétrécissement vasculaire du cerveau au même titre que l'urèthre se dilate en arrière d'un rétrécissement.

Dans son travail, *M. Schæfer* se propose de prouver qu'il n'existe pas de démarcation bien prononcée entre le léger évasement de la base de la carotide interne et la dilatation anévrysmale de ce point; que cette dernière n'est que l'exagération, sans portée pathologique, d'une disposition anatomique normale.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans les considérations anatomiques qui lui servent à prouver sa thèse.

12. *Rapport statistique sur l'asile de Neustadt-Eberwald, de 1865 à 1876.* — Dr Erler.

13. *Sur l'inégalité de la température périphérique des deux côtés du corps, chez les aliénés, et sur la localisation du centre thermique dans la couche corticale.* — Dr Ripping, à Siegburg.

Eulenburg, expérimentant sur des chiens, a trouvé que certaines parties de la couche corticale peuvent être considérées comme des centres thermiques. S'il en est ainsi, s'est dit *M. Ripping*, nous devons constater chez les aliénés dont la couche corticale est si souvent altérée, une différence de température des deux côtés du corps.

Il résulte des observations de *M. Ripping* que, dans tous les cas où cette différence de température a été observée, il existait encore d'autres phénomènes nerveux, tels que salivation, inégalité pupillaire, paralysie faciale ou transpiration d'un côté.

Dans le cas de transpiration affectant un côté du corps, l'élévation de la température se constatait aux extrémités du côté opposé.

Dans le cas d'inégalité pupillaire, l'élévation de la température se constatait tantôt du côté de la dilatation, tantôt de l'autre.

Dans le cas de paralysie faciale unilatérale, l'élévation de la température se constatait le plus souvent du côté opposé à la paralysie.

Ces observations, ainsi que les expérimentations d'*Eulenburg* et *Hitzig* (irritation de certaines régions de la couche corticale par des courants faibles), permettent de penser que cette éléva-

tion de la température, passagère comme les causes artificielles qui l'ont produite, ou comme les complications qui l'accompagnent, n'est pas un symptôme de paralysie, mais la conséquence d'une irritation.

En ce qui concerne le centre ou les centres thermiques, qu'Eulenburg place dans la couche corticale de certaines circonvolutions, M. Ripping, d'après une observation nécroscopique probante, se croit autorisé à localiser ce centre dans la partie postérieure et profonde de la Corne d'Ammon.

14. *Observation médico-légale d'un cas de psychose constitutionnelle.* — Dr Ville, à Bâle.

15. *Les néoformations osseuses de l'arachnoïde.* — Dr Krømer, à Halle.

Les concrétions ou plaques osseuses se rencontrent assez souvent, à l'autopsie des aliénés, dans l'arachnoïde spinale, plus rarement dans l'arachnoïde cérébrale. Dans 996 autopsies, M. Krømer en a trouvé 496 fois, soit dans 20 pour cent de tous les cas. D'après leur flexibilité et leur aspect extérieur, on serait porté à admettre la nature cartilagineuse de ces plaques ; mais Virchow et Esquirol sont d'avis qu'elles sont de structure osseuse, et le microscope leur donne raison.

M. Krømer les a le plus souvent rencontrées dans la région lombaire de la moelle ; dans le cerveau, leur siège de prédilection est la convexité des lobes antérieurs, là même où s'implante de préférence les ostéophytes, où se forment les hyperostoses, les exostoses.

C'est dans la folie secondaire que ces productions sont les plus fréquentes, mais cette circonstance ne prouve rien car la folie secondaire constitue le contingent le plus élevé de la population d'un asile, et partant, de la mortalité. Observons, du reste, que ces aliénés atteignent l'âge le plus élevé ; que, ces productions étant considérées comme des productions de sénilité, il est naturel d'en trouver surtout chez eux ; que d'un autre côté, le travail morbide de l'aliénation mentale est bien propre à établir de bonne heure la dégénérescence sénile, qu'il faut donc s'attendre à trouver ces néoproduits chez les aliénés à un âge moins avancé.

En effet, d'après la statistique de M. Krømer, on les rencontre chez les aliénés de 21 à 75 ans, mais plus souvent de 40 à 50 ans.

Revenons encore sur ce fait : il est si vrai que la concrétion ou la plaque osseuse résulte bien d'un travail de sénilité, qu'on constate toujours en même temps une tendance des os du crâne à l'hyperostose, et, dans d'autres tissus, des altérations ou des dégénérescences dont la nature trahit la même origine.

16. *Sur l'électrothérapie des maladies mentales.* — Dr Rudolf Arndt, à Greifswald.

Il en est de l'électricité comme de toutes les méthodes thérapeutiques ; de ce qu'une main inexpérimentée arrive tout d'abord à des résultats négatifs, ou peu encourageants, il ne faut pas pour cela condamner la méthode comme incertaine et insuffisante. Si elle donne des succès, combien de guérisons viennent témoigner en faveur de son efficacité !

M. Arndt donne la rédaction détaillée de douze cas de folie traitée et guérie par l'emploi du courant électrique.

La lecture de ces observations nous permet de résumer ainsi qu'il suit, et à gros traits, les résultats de la pratique de M. Arndt.

L'électrothérapie est contre-indiquée chez les individus qui présentent de l'anxiété, une grande impressionnabilité, de l'hyperesthésie générale ; dans ces cas, l'électrisation est un véritable supplice pour les malades ; elle produit plus de mal que de bien ; si, après trois, quatre ou cinq essais, l'agitation anxieuse ne tombe pas ou augmente, il est inutile d'insister, on n'aboutira à aucun résultat.

L'électrothérapie est indiquée dans tous les cas de stupeur, quelle que soit la provenance de cette dernière, lorsque l'état général est devenu satisfaisant, par conséquent, en général, dans les cas qui n'ont pas de tendance à guérir et qui passent facilement à l'état de démence secondaire ; à plus forte raison dans les cas de stupeur dont le pronostic est plus favorable.

S'il existe des états de surexcitation générale s'étendant à la circulation et à la respiration, il faudra employer le courant descendant ; le courant ascendant, dans les formes qui impliquent une paralysie des vaso-moteurs.

En général, la période de début des affections mentales exige le courant descendant, les périodes de déclin le courant ascendant. L'électrothérapie semble particulièrement indiquée dans la mélancolie secondaire (Catatonie de Kahlbaum).

47. *Consultation sur l'état mental du sultan Mourad V, et le détronement de ce prince.* — Dr Schlager, à Vienne.

Le 29 mai 1876, après la déchéance de son oncle Abdul-Aziz, Mourad, fils aîné d'Abdul-Medjid, monta sur le trône de l'empire ottoman. Peu de temps après, Mourad V tomba malade, et les premiers symptômes, céphalalgie, délire et vomissements, inquiétèrent si bien Houssein-Avni-Pacha, ministre de la guerre à qui Mourad devait son avènement, qu'il résolut de consulter le Dr Muhlig, médecin allemand très-renommé de Péra. La visite de ce médecin fut fixée au 16 juin, et ce jour même fut assassiné Houssein-Avni. Il paraît, d'après une version de la *Gazette allemande*, que Mourad, déjà souffrant des suites d'excès de plaisirs, eût le système nerveux ébranlé, d'abord par suite de la captivité dans laquelle le retenait l'ombrage de son oncle, puis par le coup d'Etat qui l'éleva au trône, ensuite par le suicide de son oncle et l'assassinat des deux ministres. Il faut qu'on sache que la loi turque du Chéri stipule que tout sultan atteint d'aliénation mentale, ou même devenu passagèrement incapable, est, par ce seul fait, déchu du trône.

C'est dans ces conditions que, le 5 août, le Dr Leidersdorf, professeur de psychiatrie à l'Université de Vienne, fut invité, par l'ambassadeur turc, agissant au nom de la Sublime-Porte, à se rendre à Constantinople pour juger définitivement de l'état du sultan et instituer le traitement à suivre. La consultation de M. Leidersdorf, rédigée en langue française, n'a jamais été publiée ; on n'en connaît que la conclusion divulguée par le *Levant-Herald*, conclusion portant un pronostic favorable.

Le 25 août, M. Leidersdorf prend congé du sultan, et le 31, l'agence Havas reçoit un télégramme de Constantinople, annonçant la déchéance de Mourad V et son remplacement par Abdul-Hamid.

Après l'exposé des faits, M. Schlager pointe sa plume de critique. Il critique la forme adoptée pour la consultation du Dr Leidersdorf, le défaut de publicité de celle-ci. Il énumère les conditions qui devaient être requises pour une consultation de cette nature, afin de sauvegarder et la réputation du médecin et la dignité de la science. Pour priver de quelques-uns de ses droits civils un malheureux atteint d'aliénation mentale, on recourt à une procédure minutieuse ; en Turquie, on détrône sans façon un souverain malgré le pronostic favorable porté par un médecin sur son état mental. Il faut espérer que

des réformes se produiront de ce côté dans la législation turque.

Toujours est-il que l'expert appelé en Turquie pour se prononcer sur l'état mental du sultan malade, en ne requérant pas l'adoption de certaines formalités juridiques en faveur de son auguste client, a manqué une belle occasion d'exercer une mission civilisatrice.

Il paraît évident que M. Schlager eût été plus habile que M. Leidersdorf, et que si, par les précautions dont il se fût entouré, il n'eût pu retarder de beaucoup l'application de la loi de Chéri, il eût toujours contribué à tempérer l'impression défavorable ressentie à l'étranger et dans l'empire turc lui-même par le détournement brutal du sultan Mourad V.

48. *Du libre arbitre chez les aliénés.* — D^r Roller fils, à Illenau.

Il est encore des gens qui contestent à l'homme la liberté, qui admettent que, dans aucun cas, l'homme n'est responsable de ses actes. Si cette doctrine prévalait, il serait inutile d'agiter la question de la responsabilité des aliénés. C'est cette question qu'examine M. Roller, question de la liberté humaine en général, et de la responsabilité des aliénés en particulier. Nous ne pouvons le suivre dans ses disquisitions sur le moi, le non-moi, l'objectif et le subjectif. Bornons-nous à dire qu'il conclut à la responsabilité humaine, au libre arbitre, à l'irresponsabilité des aliénés, sans admettre de degrés dans cette irresponsabilité. Il termine en soutenant la doctrine de l'organicisme en psychiatrie, et en proclamant du même coup et résolument le dogme de l'immatérialité de l'âme.

ANNÉE 1878.

4. *Nouvel apport à la clinique de l'épilepsie larvée.* — D^r Weiss, Vienne.

L'épilepsie larvée n'est point une nouvelle forme d'aliénation mentale ; mais le complexe symptomatique qui la constitue est venu se ranger sous une dénomination plus précise et plus correcte qui le relie à l'épilepsie et étend ainsi le domaine de cette dernière. L'obscurité qui règne encore à ce sujet exige impérieusement la publication d'observations.

Les observations de M. Weiss sont au nombre de cinq. Il s'agit ici d'un individu prédisposé héréditairement, et de quatre autres, dont l'un a souffert antérieurement d'une commotion cérébrale, un autre d'une chute sur la tête, et les deux derniers

de blessure à la tête, et qui tous ont présenté des accès d'aliénation mentale à explosion subite, à durée plus ou moins courte, et caractérisés par le rêve, la stupeur cataleptique, la manie mélancolique ou la fureur avec impulsion suicide. Ainsi le premier de ces malades, prédisposé héréditairement, entre subitement en rêve : il se croit sur un vaisseau en partance pour Jérusalem, commande son équipage, imite la démarche des matelots. Il exagère la dimension des objets et les distances. Il se réveille sans avoir conservé le souvenir de son rêve.

Un caractère négatif commun à toutes ces observations, c'est l'absence de convulsions et même de vertiges. Chez tous ces individus, l'amnésie ou l'obtusion de la conscience couvre les attaques, comme cela a lieu pour l'épilepsie. De même que pour l'épilepsie, les attaques sont ici périodiques, avec intervalles lucides, et marquées par le retour de symptômes identiques. Un accès ressemble à un autre, comme un œuf ressemble à un autre œuf.

2. Folie hystérique et hystéro-épileptique. — D^r Erler, à Eberswalde.

Si l'on se rappelle que l'hystérie est un trouble de nutrition de l'ensemble du système nerveux, que l'exagération de l'irritabilité du système nerveux périphérique non-seulement sollicite l'irritabilité réflexe de la moelle épinière pour produire les convulsions, mais détermine, par extension, l'hyperesthésie du cerveau lui-même, on aura peu de peine à comprendre avec quelle facilité l'hystérie simple peut se transformer en folie hystérique. A vrai dire, cette transformation, ou plutôt cette aggravation d'un mal qui bouleverse si profondément la vie nerveuse toute entière, ne s'opère que d'une manière imperceptible. Ce qui, pour plusieurs, peut n'être encore que de la bizarrerie, de l'originalité, du caprice, ou n'apparaît du moins que comme une manifestation morbide qui se cantonne dans la limite exacte qui sépare la raison de la folie, pour d'autres est considéré avec raison comme l'indice certain d'une affection mentale à son début. La folie est là sûrement dès que le trouble du sentiment s'étend à l'intervalle qui sépare les attaques convulsives. Il est rare que, à côté du délire, des hallucinations et du trouble partiel ou général de la conscience, il ne survienne pas d'agitation maniaque, et c'est encore là la période aiguë. La folie hystérique chronique revêt ordinairement la forme de la mélancolie

ou de la folie raisonnante, sans exclure pour cela des accès d'agitation.

L'attaque convulsive manque rarement dans la folie hystérique; pourtant elle n'apparaît souvent à l'observation que sous la forme des symptômes qui précèdent ou suivent une attaque. Elle doit son nom d'hystéro-épilepsie à sa fréquente ressemblance avec l'attaque épileptique.

De même que, dans la folie épileptique, l'attaque peut être remplacée par un accès de dérangement particulier des facultés, par un équivalent psycho-épileptique, de même, dans la folie hystérique, l'attaque convulsive peut-être remplacée par un équivalent psycho-hystéro-épileptique.

Une variété de l'attaque hystérique est l'attaque cataleptique. Au lieu de cette demi-raideur musculaire, peut survenir le relâchement des muscles avec diminution dans l'activité de la respiration et de la circulation; on a alors la léthargie hystérique qui compte, comme variétés, le somnambulisme, l'hypnotisme, l'extase, etc.

Tel est, en raccourci, l'exposé dogmatique de M. Erler sur la folie hystérique et hystéro-épileptique, exposé qu'il appuie de six observations détaillées.

3. *Injection hypodermique de chloral, comme narcotique.* — Dr Urtel, à Halle.

Des injections sous-cutanées de chloral ont été expérimentées à l'asile de Halle, et ont donné les résultats les plus heureux au point de vue du narcotisme. Les malades les plus agités, qui avaient résisté à tous les autres narcotiques, se sont calmés sous l'influence du chloral en injection. L'adjonction de la morphine au chloral n'ajoute rien à l'efficacité de ce dernier. Le chloral est employé dissous dans l'eau, 2 parties de chloral sur une partie d'eau distillée, de telle manière que la seringue contienne juste 4 gramme de chloral. La dose de chloral injecté à oscillée entre 0,03 et 3. Il paraît que ces injections sont extrêmement douloureuses, et donnent souvent lieu à des abcès et à l'ulcération de la peau, à telles enseignes qu'elles demeurent à peu près impraticables, et que l'on ne peut y recourir qu'en désespoir de cause.

4. *Sur l'abus du bromure de potassium.* — Dr Böttger, à Carlsfeld.

De l'usage à l'abus il n'y a pas loin, lorsqu'il s'agit de médicaments. Il y a réellement de quoi s'effrayer lorsqu'on songe

aux accidents dus au chloroforme, à l'injection de morphine, au chloral. Le bromure de potassium a pris une place bien honorable dans la thérapeutique, puisqu'on a cru y trouver un spécifique contre l'épilepsie; mais sa vulgarisation a ouvert à deux battants la porte aux abus, et le crédit du médicament en a quelque peu périclité. C'est qu'il y a, en effet, le bromisme. Chacun le sait aujourd'hui, le bromisme est caractérisé par un sentiment de lassitude, un affaiblissement de l'activité cardiaque, le refroidissement des extrémités, un embarras particulier de la parole. Tous les malades perçoivent un goût sucré désagréable, et leur haleine exhale une odeur sui generis; si l'on y joint l'exanthème pustuleux ou papuleux, on aura le complexe symptomatique complet de cet empoisonnement. A un plus haut degré, il survient de la stupeur, des hallucinations de tous les sens, la mémoire se perd, l'articulation des mots est difficile, la sensibilité s'émousse, la marche est titubante et les mouvements musculaires incertains et même impossibles; les pupilles sont inégales. Cet état en impose facilement pour la paralysie générale, d'autant plus que le bromisme peut conduire à la mort. — Suit une observation.

5. *Sur le trouble de l'intelligence par des obsessions d'idées.* —
Dr Kraft-Ebing.

Ne vous arrive-t-il pas quelquefois d'être importuné par un motif musical qui, obsédant votre esprit et se reproduisant avec une désespérante monotonie, vous distrait, vous agace et ne cède qu'à la force de la volonté ou par l'effet naturel du mécanisme de l'association des idées? Eh bien, l'analogue de ce fait se retrouve dans des pensées qui viennent de même tourmenter certaines natures névropathiques ou hypochondriaques.

Dans un certain nombre de cas, l'idée obsédante (zwangsvorstellung) ne naît qu'à l'occasion d'un fait extérieur émouvant, la vue d'un suicide, d'un incendie, chez des personnes héréditairement névropathiques, et le plus souvent en coïncidence avec certains états physiologiques, les menstrues, la grossesse, la lactation. Mais, dans d'autres cas, elle se développe spontanément, sous l'influence probable d'une irritation de l'appareil nerveux central, ce qui explique sa ténacité; et ce qui le prouve ce sont les symptômes nerveux, les névralgies, qui apparaissent en même temps, la déterminent manifestement, l'entretiennent et la reproduisent plus tard. Ce sont, alors des

créations d'un cerveau malade, qui surviennent au même titre que les hallucinations.

Ces idées fixes ou obsédantes se distinguent du délire proprement dit par leur conduite vis-à-vis la conscience, qui sait ordinairement leur résister et démêler leur origine morbide; de sorte que, en raison de leur durée le plus souvent éphémère, comme l'irritation qui le produit, en raison de l'intégrité du mécanisme de l'association des idées, elles restent habituellement sans signification grave pour la vie physiologique. Cependant la pathologie et la médecine légale peuvent s'en émouvoir, puisque, par les passions désagréables qu'elles engendrent et qui peuvent aller jusqu'au désespoir, elles s'imposent quelquefois à la volonté qui finit par fléchir.

C'est le mérite de M. Legrand du Saulle d'avoir compris que ces phénomènes peuvent exister sans vésanie concomitante, et, par leur durée, leur marche, leur isolement, constituer une forme particulière d'aliénation mentale. M. Krafft-Ebing relate quatre observations qui présentent de l'analogie avec la *folie à deux*, la *maladie du doute avec délire de toucher*.

6. *Le Tasse. — Etude psychiatrique.* — Dr Rothé, à Warschau.

Le Tasse de Goethe est riche en observations psychologiques; mais cette richesse est encore de l'indigence pour le médecin qui voudrait faire l'histoire pathologique de l'auteur de la Jérusalem délivrée.

Pour cette œuvre, il faut suivre le Tasse de sa naissance à sa mort, scruter sa vie toute entière, et analyser toutes les circonstances qui, dans une carrière aussi agitée, ont contribué à déterminer ou à aggraver une affection mentale héréditaire.

C'est ce qu'a fait M. Rothé. Son étude psychiatrique est extrêmement attachante, on peut dire émouvante. Il fait preuve d'une connaissance parfaite du cœur humain, d'une délicatesse exquise dans l'analyse des sentiments de son *malade*; il vit de sa vie, souffre de ses douleurs, et l'on arrive à regretter que, n'ayant pu étudier les œuvres du Tasse dans la langue même où ils ont été écrits, il n'ait puisé ses éléments d'information que dans quelques biographies ou de pâles traductions.

Le Tasse tenait de sa mère son caractère passionné et ardent, sa grande irritabilité, son extrême sensibilité; il tenait de son père son intelligence extraordinaire et la passivité de son âme. C'est à la réunion de ces deux éléments qu'il doit pourtant son génie. On peut affirmer que, dans des conditions favorables, la

prédisposition malade, qu'il avait puisée dans le sein de sa mère, fût restée latente. Son éducation surmenée, son existence agitée au milieu de la vie fiévreuse des petites cours princières de l'Italie, en ont décidé autrement; il faut aussi tenir compte des affections qui ont porté atteinte à sa santé, la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente.

A seize ans, il eut des hallucinations de l'ouïe : les principes philosophiques qu'il avait puisés dans l'étude des poètes et des philosophes de l'antiquité étaient entrés en conflit avec ses croyances religieuses. Le doute envahit son âme, et saisi d'une angoisse indicible, il lui semblait entendre les trompettes du jugement dernier et Dieu lui crier : Tu es maudit, va au feu éternel. C'est là le début de l'affection mentale que M. Rothé suit dans les différentes phases de son développement.

Le Tasse était atteint de mélancolie. Les illusions des sens et le trouble des facultés affectives se transformèrent en idées délirantes, en délire des persécutions. Des accès de fureur le conduisirent à l'hôpital Ste-Anne à Ferrare, d'où il sortit amélioré, mais déchu, et le premier poète de l'Italie mourut aliéné, épuisé par les saignées et les purgations.

D^r HILDENBRAND.

Irrenfreund. — 1876

De l'effet physiologique du nitrite d'amyle et de sa valeur thérapeutique dans le traitement des névroses et des psychoses, par le Dr R. Pick.

Les principaux effets physiologiques du nitrite d'amyle sont au nombre de trois, à savoir : Dilatation des artères, surtout dans la moitié supérieure du corps, diminution considérable de la pression sanguine et accélération de l'action du cœur.

La question de savoir comment ces effets se produisent, c'est-à-dire s'ils sont dus à une action périphérique ou à une action centrale, n'était pas tranchée jusqu'ici. L'auteur croit avoir prouvé d'une manière décisive que les premiers effets du nitrite d'amyle partent toujours de la périphérie.

En thérapeutique, on peut utiliser ce médicament dans tous les cas où l'on a affaire à un état spasmodique ou à une tension exagérée des vaisseaux.

Dans les cas d'hémicrânie, d'épilepsie, où la pâleur du visage est un symptôme bien net, le nitrite d'amyle agira efficacement. Au contraire si le visage est très-rouge, ce qui indique une

congestion de la tête ou du cerveau, le nitrite d'amyle ne sera pas indiqué et pourra même amener une aggravation des symptômes. C'est surtout sous la forme d'hémicrânie dite « angio-spastica » ou « sympathico-tonica » que le nitrite d'amyle sera efficace. Pour l'épilepsie, on emploiera avec succès le nitrite d'amyle dans les cas où un spasme passager des vaisseaux est la cause des attaques.

Ce remède rend également de bons services dans le traitement de l'angine de poitrine.

Parmi les psychoses, la mélancolie qui, d'après Meynert, est due en général à une anémie cérébrale, a été traitée par le nitrite d'amyle. Quant aux résultats obtenus, les opinions des divers auteurs varient beaucoup, la question ne doit pas encore être considérée comme résolue. (Nous croyons qu'on est maintenant d'accord pour admettre que l'effet du nitrite d'amyle dans la mélancolie est très-minime. Ref.)

On a également traité par le nitrite d'amyle d'autres affections telles que des névralgies de la 5^{me} paire; l'asthme nerveux, les coliques de la dysménorrhée, et on a obtenu un résultat satisfaisant. Quant à l'éclampsie, au trismus, au tétanos, les cas observés sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse donner une opinion définitive.

(Nous ajouterons que, dans les derniers temps, on a fait aussi usage du nitrite d'amyle pour combattre le mal de mer. Réf.)

D^{rs} CHALLAND et RABOW.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Du Chlorhydrate d'apomorphine et de ses applications à la psychiatrie, par les D^{rs} Challand et Rabow, médecins de l'asile des aliénés de Bois-de-Céry, près Lausanne. 4 br. in-8°. (Extrait du *Bulletin de la Société médicale de la Suisse romande*.)

— Essai sur la survivance et la prééminence des premiers-nés comme organes et fonctions, par le D^r A.-M. Langlois, médecin adjoint de l'asile des aliénés de Vaucluse (Seine).

— La Freniatria in rapporto colla giurisprudenza nella custodia, difesa, assistenza e cura degli alienati di mente; par le D^r B. Sadun, professeur d'hygiène et de médecine légale de Pise. Pise, 1877.

— The Pathology of mind; by Henry Maudsley. 4 vol. in-8° Londres, 1879.

— Étude clinique sur l'œil dans la paralysie générale progressive; par Philippe Boy. Thèse; Paris, 1879.

— Répression légale du suicide; par J. Jeannel. Paris, 1879.

ANN. MÉD.-PSYCH. . 6^e série, t. I. Mai 1879

10, 32

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Arrêté ministériel du 31 janvier 1879. — Sont promus pour prendre rang à partir du 1^{er} janvier 1879 :

M. COTARD, directeur de l'asile de Montdevergues, à la première classe de son grade (7,000 fr.).

M. le D^r FAUCHER, directeur-médecin de l'asile de Rodez, à la 2^e classe (6,000 fr.).

M. le D^r PETRUCCI, directeur-médecin de l'asile de Dijon, à la 3^e classe (5,000 fr.).

MM. les D^{rs} LAPRÉE et MARANDON DE MONTYEL, médecins-adjoints des asiles de Sainte-Gemmes-sur-Loire et de Toulouse, à la 2^e classe de leur grade (2,500 fr.).

— Par arrêté de M. le préfet de la Seine, à la date du 7 avril 1879, M. le D^r LEGRAND DU SAULLE, médecin de Bicêtre, est autorisé à passer à l'hospice de la Salpêtrière (section des épileptiques aliénés et des jeunes idiots), en remplacement de M. le D^r DELASIAUVE, démissionnaire et nommé médecin honoraire.

ORGANISATION DES COURS CLINIQUES DE MALADIES MENTALES.

Le Président de la République, sur un rapport du Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vient de rendre un décret (*Journal officiel*, n^o du mardi 22 avril 1879) relatif à l'organisation des services nécessaires pour le fonctionnement des cours cliniques annexes institués par le décret du 20 août 1877.

Quelques-unes de ces dispositions concernent spécialement l'organisation des cliniques de maladies mentales; nous croyons devoir les reproduire ci-après :

« Art. 4^{er}. — Les services spéciaux nécessaires pour le fonctionnement des cours cliniques annexes institués par le décret du 20 août 1877, sont mis à la disposition des facultés de médecine par les soins des administrations des hôpitaux et des administrations des asiles publics d'aliénés, et restent affectés à ces services.

» Toutefois l'installation des cliniques annexes de maladies mentales et les conditions auxquelles fonctionnent les cours seront préalablement réglées pour chaque asile d'aliénés, de concert entre le ministre de l'instruction publique et le ministre de l'intérieur.

» Art. 4. — A chaque cours clinique annexe est attaché un chef de clinique.

» Les chefs de clinique sont nommés au concours ; la durée de leurs fonctions est fixée à deux années.

» Art. 5. — Le chargé de cours fait deux leçons par semaine pendant toute l'année scolaire ; un amphithéâtre est tenu à sa disposition aux jours fixés pour les leçons.

» Un cabinet pour les recherches est annexé à chaque service, et disposé d'accord avec le doyen de la Faculté.

» Art. 6. — Les chargés de cours annexes et les chefs de clinique restent soumis, comme tout le personnel médical des hôpitaux, à toutes les prescriptions réglementaires du service hospitalier, même en ce qui concerne l'heure et la régularité des visites à faire aux malades.

» Art. 7. — La réglementation d'ordre intérieur et de police dans les établissements où il y aura des cours annexes, appartient exclusivement à l'administration hospitalière.

CONCOURS DES MÉDECINS DE BICÊTRE ET DE LA SALPÊTRIÈRE.

Voici l'arrêté dont nous avons parlé dans notre dernier numéro, qui rétablit le concours pour la nomination des médecins titulaires des services des quartiers d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière :

Le préfet de la Seine, vu la loi du 10 janvier 1849 et la loi du 30 juin 1838 ; vu l'arrêté préfectoral du 30 janvier 1878, instituant une commission à l'effet de donner son avis sur le programme et les conditions du concours à ouvrir pour la nomination des médecins attachés aux services des quartiers d'aliénés dans les hospices dépendant de l'administration de l'assistance publique ;

Vu les procès-verbaux des séances de ladite commission, du 27 février au 27 mars 1878 ; ensemble le rapport présenté en son nom et adopté par elle dans la séance du 27 mars, où sont formulées ses conclusions avec un double projet de programme applicable aux concours dont il s'agit, suivant le mode d'assimilation complète ou partielle des médecins aliénistes, qui seront nommés d'après les épreuves de ces concours, aux médecins nommés d'après les épreuves des concours du bureau central des hôpitaux et hospices de Paris ;

Vu le rapport spécial du président de la commission, doyen de la Faculté de médecine, membre du conseil de surveillance de l'administration de l'assistance publique, en date du 28 mai 1878 ; vu le mémoire présenté au sujet du règlement de ladite question, par le directeur de l'administration de l'assistance publique au conseil de surveillance de cette administration ;

Vu la délibération approbative en date du 10 octobre 1878, prise par ledit conseil de surveillance, sur le rapport d'un de ses membres, et ce rapport y annexé, tendant : 1^o A ce que le

système de l'assimilation partielle des médecins aliénistes aux médecins du bureau central soit adopté de préférence, avec le programme préparé en accord avec ce système par la commission d'études, sans autre changement que la suppression de l'épreuve sur *titres scientifiques*; 2° A ce que la composition du jury de concours soit modifiée en conséquence et simplifiée; arrête :

Art. 1^{er}. — A l'avenir, en cas de vacance dans le personnel des *médecins titulaires* des services d'aliénés dépendant de l'administration de l'assistance publique à Paris, il sera ouvert, pour le choix de chaque médecin à nommer, un concours dans les formes des concours du bureau central des hôpitaux et hospices, en tant que ces formes ne seront pas en contradiction avec les dispositions spéciales du présent arrêté.

Art. 2. — Les conditions d'admissibilité au nouveau concours ci-dessus spécifié seront les suivantes : les candidats devront avoir : 1° 28 ans d'âge; 2° soit quatre années d'internat dans les hôpitaux et hospices de Paris ou dans les asiles publics d'aliénés, et une année de doctorat, soit deux années d'exercice en qualité de médecins-adjoints desdits asiles, soit encore cinq années de doctorat.

Art. 3. — Les épreuves du concours sont réglées ainsi qu'il suit : 1° *épreuve écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux* (il sera accordé trois heures aux candidats pour traiter cette question); 2° *épreuve clinique commune sur un malade* (dix minutes d'examen et vingt minutes de dissertation après cinq minutes de réflexion); 3° *épreuve clinique sur les maladies mentales : un seul malade* (vingt minutes d'examen et vingt minutes de dissertation, après cinq minutes de réflexion); 4° *épreuve écrite*, comprenant : une consultation après l'examen d'un aliéné, un rapport sur un cas d'aliénation mentale. (Il sera accordé aux concurrents quinze minutes pour l'examen de chacun des malades et une heure et demie pour la rédaction du rapport et de la consultation; la lecture de cette consultation et du rapport sera faite au début de la séance suivante; 5° *épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés*. (Les candidats auront quinze minutes pour l'examen de chacun des deux malades, et trente minutes pour la dissertation orale, après cinq minutes de réflexion.)

Le nombre des points attribués à chaque épreuve est ainsi fixé :

1 ^{re} épreuve.	30	points, maximum
2 ^e —	20	— —
3 ^e —	20	— —
4 ^e —	30	— (15 p. ch. partie)
5 ^e —	30	— maximum

Total. . . 430 points.

Art. 4. — Deux places seulement seront mises au concours en même temps. Le concours se terminera par un acte décidant les nominations, sauf approbation du ministre de l'inté-

rieur, ainsi que cela se pratique pour les concours du bureau central.

Art. 5. — Le jury de concours sera composé de sept membres, savoir : quatre membres tirés au sort parmi les médecins aliénistes des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires, les médecins chefs de service des asiles publics d'aliénés de la Seine et les médecins du bureau d'admission de Sainte-Anne, après cinq ans d'exercice ; et trois membres tirés au sort parmi les médecins des hôpitaux en exercice ou honoraires. Le tirage au sort aura lieu, dans la forme usitée pour les concours du bureau central, en présence de deux membres du conseil de surveillance de l'administration de l'Assistance publique, et de deux membres de la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Art. 6. — Les médecins aliénistes, nommés à la suite des concours établis d'après le mode ci-dessus spécifié, seront assimilés, quant au grade et aux prérogatives, aux médecins des hôpitaux et hospices nommés à la suite des concours du bureau central, mais sous la réserve qu'ils ne pourront siéger dans les concours ordinaires des hôpitaux.

Art. 7. — En cas de vacance, les médecins aliénistes en exercice dans les quartiers d'hospice dépendant de l'administration de l'Assistance publique auront le droit de passer, dans lesdits quartiers, d'un service d'aliénés dans un autre service d'aliénés, suivant leur rang d'ancienneté.

Art. 8. — Le secrétaire général de la Préfecture, le directeur de l'administration générale et le directeur de l'administration de l'Assistance publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 3 mars 1879.

Signé : F. HÉROLD.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Concours public pour la nomination à deux places de médecin du service des aliénés à l'hospice de la Vieillesse-Hommes (Bicêtre).

Ce concours sera ouvert le lundi 9 juin 1879 à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 4^{er} mai 1879, et sera clos le mardi 20 mai 1879, à trois heures.

PRIX ET RÉCOMPENSES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE.

La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 30 mars, sous la présidence de M. le professeur BOUILLAUD, membre de l'Institut.

Après avoir entendu une allocution chaleureuse de M. BOUILLAUD, le rapport sur la situation morale et financière de l'œu-

vre par M. LUNIER, secrétaire général, ceux de MM. DUJARDIN-BEAUMETZ et Edmond BERTRAND sur le concours de 1879, et le rapport de M. RIAnt sur les récompenses, la Société a décerné : à M. Metman, un prix de 1,500 fr., à M. Lailler, pharmacien en chef des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure, une médaille d'argent et une récompense de 300 fr. pour un excellent travail sur l'eau envisagée comme boisson ; à M. Schœllhammer, une médaille de vermeil ; à M. François Lemaire, une médaille d'argent. La société a décerné en outre 84 diplômes d'honneur, 23 médailles d'argent, 360 médailles de bronze et 47 livrets de caisse d'épargne de 25 francs.

Voici les récompenses qui ont été accordées au personnel des asiles d'aliénés :

Diplômes d'honneur :

MM. Freyburger (Jean), infirmier à la maison nationale de Charenton ;

Calot (Bernard), concierge à l'asile Saint-Luc, à Pau (M. Calot a reçu en outre un livret de 25 fr.).

Médailles d'argent :

MM. Tribalat (Jacques), sous-surveillant en chef à l'asile de la Charité (Nièvre) ;

Gonbault (Charles-Arsène), secrétaire de la direction de l'asile de Bonneval ;

Rouchon (Louis-Auguste), chef de quartier à l'asile de Montdevergues.

Médaille de bronze et livret de 25 fr :

M. Bapst (Baptiste), chef d'atelier à l'asile St-Pierre, à Marseille.

Médailles de bronze :

MM. Christin (François), portier-consigne à la maison nationale de Charenton ;

Grange (Joseph-Luc), chef de quartier à l'asile de Vaucluse ;

Thomas (Jean-Baptiste-Philibert, — —

Linais (Marin), infirmier-baigneur à l'asile du Mans ;

Delaunay (Isidore), chef de quartier à l'asile d'Auxerre ;

Falgon (Jean), garde-magasin à l'asile de Montdevergues.

Esclavaron de (Louis), infirmier à l'asile de Cadillac ;

Moustey (Jean), chef jardinier — — —

Salanoue (Pierre) jardinier — — —

STATISTIQUE DES MORTS VIOLENTES DANS LES ASILES DES ÉTATS-UNIS
ET DE L'ANGLETERRE.

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de l'Etat de Massachusetts a publié, en 1877, dans son huitième Rapport annuel, un important travail de son secrétaire, le Dr F. Folsom, sur les maladies mentales.

Au milieu de beaucoup de tableaux statistiques, ce travail en

contient un qui indique la proportion des accidents qui se sont produits par mort violente (homicides et suicides) pendant les dix années écoulées de 1865 à 1876, dans les asiles d'aliénés des Etats-Unis, de l'Angleterre et de l'Ecosse.

Le nombre de ces accidents, sur 1000 malades traités, a été annuellement:

Aux Etats-Unis de	4.84
En Angleterre de	4.09
En Ecosse de	2.04

Ce qui donne, pour les trois pays, une moyenne unique de 4,65 pour 1000.

Encore l'auteur dit-il que les éléments qui lui ont servi à dresser son tableau n'étaient certainement pas complets pour les Etats-Unis, et que probablement ils présentaient aussi quelques lacunes pour les autres pays.

Le nombre des aliénés existant dans tous les asiles de France, était, au 31 décembre 1876, d'après le Rapport des inspecteurs généraux publié dans le dernier n° des *Annales*, de plus de 45,000. Le nombre des entrées en 1878, d'après la statistique du Rapport général édité en 1878 par le ministère de l'intérieur, a dû être d'environ 13,000 ; ce qui porte le nombre total des aliénés traités en 1878, dans l'ensemble des asiles français, à environ 58,000 malades.

Si les morts violentes résultant de l'état de maladie des aliénés traités dans ces établissements avaient été proportionnellement aussi fréquentes dans les asiles français qu'elles le sont en moyenne dans les asiles des Etats-Unis, de l'Angleterre et de l'Ecosse, leur nombre se serait donc élevé en 1878 à 95.

Il serait intéressant de savoir si ce nombre a été atteint.

FAITS DIVERS

UNE FÊTE A L'ASILE DE BAILLEUL.

Dimanche dernier (2 mars 1879), a eu lieu à l'asile de Bailleul, — en présence des membres de la commission, — une soirée qui a eu le plus grand succès.

La salle du théâtre, brillamment éclairée, contenait près de 250 malades de toute classe.

Le lever du rideau a été précédé d'un chœur : *les Laveuses du hameau*, chanté avec un ensemble et un accord irréprochables par l'orchestre de l'asile.

Immédiatement après, la toile s'est levée, non pas sur le vaudeville ou la comédie traditionnelle, mais sur une opérette, ou mieux, une bouffonnerie musicale qui du théâtre est passée dans les salons, et qu'on voit toujours avec un plaisir nouveau.

Les deux Aveugles d'Offenbach ont fait leur entrée en scène aux applaudissements des spectateurs.

Dans ces deux rôles — qui exigent un entrain et une véritable habitude de la scène — nos deux aveugles improvisés ont fait preuve d'un talent réel.

Ils ont joué leur rôle et chanté leur partition en comédiens et en chanteurs consommés.

L'histoire abracadabrante de leur malheur a été racontée avec une verve et un aplomb imperturbables.

La partie de cartes, ou *Patachon* et *Girafier* se trichent mutuellement, a été parfaitement rendue. — Nous doutons qu'elle puisse être mimée avec plus de vérité et de naturel.

Quant à la romance de *Belisario* et au *Bolero*, — morceaux difficiles, scabreux, — qui exigent une certaine puissance de moyens vocaux, ils ont été chantés avec une ampleur de sons et une correction défiant toute critique.

Aussi nos deux aveugles ont-ils été applaudis et acclamés à plusieurs reprises.

Girafier s'est ensuite présenté sous le costume du général Boum et a bravement chanté, — avec cette fatuité verbeuse du séducteur au panache, — les deux couplets de MM. Meilhac et Halevy : *A cheval sur la discipline*.

Seulement, notre général Boum ayant trouvé son rôle trop écourté a cru devoir y ajouter un supplément de couplets.

Nous nous abstenons de les reproduire pour ne pas nous exposer à faire concurrence aux auteurs si populaires de la *Grande-Duchesse*.

La première partie de la soirée terminée, la salle s'est trouvée tout à coup plongée dans l'obscurité la plus complète.

Tout d'abord surprise générale : on se demande de voisine à voisine ce qui va se passer. — On cherche en aveugle à voir. — Pendant ce temps un point imperceptible, vague, nuageux, se dessine, se fixe sur la toile ; il grandit, se développe, se rapproche et au centre d'un disque lumineux se détache une vaste vue panoramique de Paris.

Puis par transpositions successives apparaissent les principaux monuments de la capitale, et ceux des grandes villes : Lyon, Marseille, Nîmes, Montpellier, Rome, Bruxelles, etc.

Nous assistions, sans nous en être doutés, — à une soirée *polyoramique* par la lumière oxycalcique.

Aux photographies panoramiques succèdent des tableaux à vues fondantes avec effets de neige, clair de lune, lever et coucher du soleil, incendie, etc.

Puis viennent une foule de sujets mécanisés ; grotesques de toute espèce, changeant de tête, de costume, grossissant, disparaissant, etc. — Tout cela au milieu des éclats de rire, des bravos et des frénétiques applaudissements de nos intéressantes spectatrices.

Enfin, pour terminer, une série de tableaux chromatopes, dont les brillantes couleurs entrelacées de jets lumineux et phosphorescents éblouissent et charment par leur variété.

Ce nouveau genre de spectacle, si attrayant par ses diversités, — procure aux malades des distractions agréables qui ne peuvent manquer d'exercer une influence favorable sur leur état mental.

C'est au reste le but que s'est proposé l'administration de l'asile de Bailleul, en installant un polyorama et en donnant

des soirées hebdomadaires auxquelles assistent à tour de rôle les malades de toutes les catégories.

Les dames religieuses, dont le dévouement s'étend non-seulement à la surveillance mais encore à tout ce qui peut procurer aux infortunées confiées à leur soin quelques plaisirs, quelques douces satisfactions, ont droit à des remerciements. Elles sont chargées d'apprendre les rôles et de les faire répéter ; de plus elles coopèrent à tous les détails des représentations et en surveillent l'exécution, ce qui exige beaucoup de patience et de sollicitude. (*La Bailleuloise*, n° du samedi 8 mars 1879).

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

Une fille tuée par son père. — Un drame affreux a mis vendredi en émoi les habitants du quartier si populeux de la Belle-de-Mai, à Marseille.

Jean Beyssier, âgé de quarante-deux ans, exerçait la profession de charbonnier, rue Sainte-Thérèse. Il vivait là avec sa fille Marie, âgée de treize ans, et son fils, âgé de dix ans.

Mardi dernier, la petite fille fut atteinte de la variole. Une tante, M^{me} P..., demeurant rue Dahdah, allait chaque jour prendre de ses nouvelles. Vendredi, cette femme, avant d'arriver chez sa nièce, apprit par les voisins qu'on avait entendu pendant la matinée les cris de l'enfant.

M^{me} P... frappa à la porte, mais son beau-frère ne répondit pas, bien qu'on l'entendit marcher précipitamment dans la chambre. La tante, accompagnée d'un jeune homme demeurant dans le voisinage, se rendit alors chez M. Vergnes, commissaire de police du quartier, et se plaignit de ce que Beyssier refusait de laisser voir sa fille, qui, étant malade, pouvait avoir besoin de soins.

Un gardien de la paix fut chargé d'aller inviter le charbonnier à laisser pénétrer sa belle-sœur, et la porte finit par s'ouvrir.

— Qu'y a-t-il donc ? demanda le gardien. Pourquoi ne voulez-vous pas laisser voir l'enfant ?

— Je suis un assassin, répondit Beyssier, allez chercher le commissaire de police.

Et en disant cela, il s'était blotti derrière une armoire. On ouvrit alors les volets de la fenêtre pour laisser pénétrer un peu de jour dans la chambre, et là un horrible spectacle s'offrit aux yeux des visiteurs.

Au milieu de l'appartement gisait inanimée, dans une mare de sang, la pauvre petite Marie, enveloppée dans ses couvertures, le crâne broyé et la figure horriblement mutilée. L'os frontal, partagé, offrait l'aspect d'une plaie béante. Un traversin couvrait en partie le visage.

Près du cadavre se trouvait un *toupin* brisé, ainsi qu'un verre, et plus loin un *cruchon* qui servait à chauffer les pieds de la pauvre enfant. C'est de ce cruchon que Beyssier s'était servi pour assassiner sa fille, en la frappant avec une férocité inouïe.

— Malheureux ! qu'avez-vous donc fait ? lui demanda sa belle-sœur.

— Je l'ai tuée comme ça, répondit-il en piétinant le sol avec violence.

Le gardien de la paix mit aussitôt Beyssier en état d'arrestation et le garrotta solidement.

M. Vergnes, commissaire de police, se rendit alors sur les lieux et ouvrit une enquête de laquelle il résulte que Beyssier a commis son crime dans un accès d'aliénation mentale. Cet infortuné, atteint depuis longtemps d'une maladie épileptique, est d'un caractère taciturne. Les moindres chagrins déterminent, paraît-il, chez lui de violents accès. Déjà, il y a trois ans, ayant subi des pertes d'argent, il fut pris d'un accès de folie furieuse et dut être séquestré à l'asile d'aliénés de Saint-Pierre, où il resta deux mois.

Il est, en outre, résulté des déclarations reçues par le magistrat, que, depuis deux ou trois jours, Beyssier était en proie à de nouveaux accès d'épilepsie, et la maladie de sa fille le chagrinait beaucoup. Une voisine avait été chargée de soigner l'enfant, et comme, avant-hier soir, celle-ci demandait à boire, la garde-malade lui donna un peu de vin ; mais l'enfant voulut qu'on y ajoutât de l'eau, et comme la garde s'y opposait, déclarant que c'était contraire aux prescriptions du médecin, Beyssier lui intima l'ordre d'obéir. Sur un nouveau refus de sa part, Beyssier la congédia, l'invitant à ne plus remettre les pieds chez lui. Un peu avant cette scène, Beyssier, qui paraissait en proie à une grande agitation, s'était approché de la garde et lui avait tendu la main en lui disant :

— Bonsoir, monsieur le curé.

Tous les faits relevés dans l'enquête ayant démontré que le malheureux avait agi sous l'empire de la folie, il a été séquestré d'urgence à l'asile des aliénés.

(*La France*, n° du 16 avril 1879.)

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE 1^{er} VOLUME DE LA SIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

I. Pathologie.

	PAGES.
Des rémissions et de la démence dans certains cas de paralysie générale; par le Dr Baillarger.	4
De la nature des troubles musculaires dans la paralysie générale des aliénés; par le Dr Christian.	32
De l'alcoolisme des parents considéré comme cause d'épilepsie chez leurs descendants; par le Dr H. Martin.	48
De l'épilepsie nocturne; par le Dr Echeverria.	177
Des effets comparatifs de la chronicité et de l'hérédité dans la détermination de certains types de folie; par le Dr Billod.	197
Note sur la marche de la paralysie générale chez les héréditaires; par le Dr Doutrebente.	225
Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale; par le Dr Ach. Foville.	353
Nouvelles recherches sur la nature de la paralysie générale des aliénés; par le Dr J. Christian.	402
Note sur l'emploi de l'atropine dans l'entérite chronique chez les aliénés; par le Dr Paul Moreau, de Tours.	418

II. Archives cliniques.

1. Manie congestive; par M. Foville.	59
2. Symptômes passagers de paralysie générale chez un épileptique; par M. Foville.	62
3. Paralysie générale d'origine syphilitique; par M. Alfred Fournier.	68
4. Monomanie avec conscience; par Esquirol.	74
5. Démence paralytique consécutive à une atrophie musculaire progressive; par M. Baillarger.	76
6. Délire ambitieux à la suite de la scarlatine; par M. Baillarger.	79
7. Paralysie générale d'origine syphilitique; par M. Rendu.	229
8. Paralysie générale d'origine syphilitique; par M. Rendu.	233
9. Manie congestive; par M. Foville.	235
10. Paralysie générale; par M. Lunier.	239
11. Manie congestive; par M. Baillarger.	243
12. Paralysie générale d'origine saturnine? par M. Doutrebente.	420
13. Symptômes très-graves de paralysie générale; guérison; par M. E. Galceran.	423
14. Paralysie générale; guérison; par M. E. Galceran.	425
15. Folie à double forme paralytique, précédée de strabisme, de	

	PAGES.
diplopie et de paralysie de la paupière supérieure droite; par M. E. Galceran	426
16. Délire ambitieux survenant pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde; par M. Liouville	428
17. Paralysie générale des vieillards; par M. Baillarger.	430

III. Etablissement d'aliénés.

Rapport sommaire sur le service des aliénés en 1877; par MM. les D ^{rs} Constans, Lunier et Dumesnil	82
--	----

IV. Médecine légale.

Rapport médico-légal sur l'état mental de Marie-Louise Vigreux, inculpée d'incendies volontaires; par MM. les D ^{rs} Dionis des Car- rières, Lefèvre et Rousseau	96
Rapport médico-légal sur l'état mental de L... (Émile), inculpé d parricide; par MM. les D ^{rs} Giraud et Christian	247
Rapport médico-légal sur l'état mental de Brunet (Jean), inculpé d'homicide; par MM. les D ^{rs} Fontant, Roulland et Chasseloup de Châtillon.	434

DEUXIÈME PARTIE.

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

I. Société médico-psychologique.

<i>Séance du 28 octobre 1878.</i> —Correspondance et présentation d'ou- vrages : MM. Ball, Pujadas, Falret, Legrand du Saulle, Blanche, Dally, Delasiauve, Motet.— De l'assistance et de l'hospitalisation des épileptiques : MM. Legrand du Saulle, Delasiauve	117
<i>Séance du 25 novembre 1878.</i> —Correspondance et présentation d'ou- vrages : MM. Lunier, Legrand du Saulle.— Mort de M ^{me} veuve Au- banel : M. Legrand du Saulle. — De l'assistance et de l'hospitali- sation des épileptiques : MM. Delasiauve, Lunier, Falret.	266
<i>Séance du 30 décembre 1878.</i> — Correspondance manuscrite et imprimée : MM. Echeverria, Brosius, Giacchi, Bourdin. — Nomination des commissions du prix Aubanel et du prix Esquirol.—Élections du bureau de 1879.—Des sorties provisoires : MM. Baillarger, La- sèque, Lunier, Blanche, Legrand du Saulle, Pouzin. — De l'épi- lepsie nocturne : M. Echeverria.	281
<i>Séance du 27 janvier 1879.</i> — Correspondance et présentation d'ou- vrages : MM. Billod, Voisin, Motet et Legrand du Saulle. — Installation du bureau. — Rapport de M. Motet sur la candida- ture de M. Ball; élection. — De l'assistance et de l'hospitalisation des épileptiques : MM. Lunier, Baillarger, Delasiauve.	418
<i>Séance du 24 février 1879.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Ball, Voisin, Bourdin. — Rapport de la com- mission des finances : M. Legrand du Saulle. — De l'assistance et de l'hospitalisation des épileptiques : MM. Lunier, Delasiauve. — Des effets comparatifs de la chronicité et de l'hérédité dans la détermination de certains types de folie : M. Billod.	455

II. Revue des journaux de médecine.**JOURNAUX FRANÇAIS (1875 à 1877)**

Anal. par M. le Dr DOUTREBENTE.

	PAGES.
Ramollissement cortical limité avec chute de la paupière supérieure	131
Arthropathie de nature hystérique.	131
Maladies internes de cause morale, pendant le siège de Strasbourg.	131
Contribution à l'étude médico-légale.	132
Paralysies et convulsions d'origine corticale.	132
Épilepsie des grands mangeurs	133
Paralysie glosso-labiale cérébrale à forme pseudo-bulbaire.	133
Traitement de l'épilepsie par la picrotoxine.	134
Perte subite de la parole et de la vue au début d'une amygdalite phlegmoneuse.	134
Du somnambulisme provoqué.	135
Origine réelle des nerfs crâniens.	135
Mouvement du cerveau.	135
Troubles de la parole dans la paralysie générale.	136
Encéphalocèle congénitale	136
De l'insomnie	137
De l'épilepsie par malformation du crâne.	138
Fonctions des hémisphères cérébraux.	139
Excitabilité des lobes cérébraux.	144
Rapports de la phthisie pulmonaire avec la folie	145
Hémorragies cérébrales.	145
Amnésie dans certaines névroses.	146
Hémiplégie gauche avec aphasie	146
Hémianesthésie mésocéphalique	146
Épilepsie partielle d'origine syphilitique	147
Commotion cérébrale	147
Existe-t-il une chorée rhumatismale ?	148
Cerveau d'amputé de la cuisse droite	148
Responsabilité des actes commis par les épileptiques.	148
Topographie crânio-cérébrale.	149
Épilepsie partielle.	150
Alcoolisme comme cause de la paralysie générale.	151

JOURNAUX ANGLAIS (1875).

Anal. par M. les Drs DUMESNIL et PONS.

Mémoire personnelle et ancestrale.	285
Leçons sur la folie.	286
Affections syphilitiques du système nerveux	289
Psychologie morbide des criminels	292
Responsabilité morale.	295
Deux cas d'apoplexie du pont de Varole.	296
Suicide d'un alcoolique.	298
Manie aiguë avec autopsie	298

	PAGES.
Adresse présidentielle à la réunion annuelle de l'Association méd.-psych. à Dublin	299
Critique de la classification des maladies mentales du Dr Skae.	303
La cérébration inconsciente peut-elle être prouvée?	305
Sur la suractivité mentale et l'exténuation.	308
Sur la mise en liberté des aliénés guéris après accès très-courts de folie	310
Visite à un asile turc.	311
Complications de la paralysie générale.	313
Élévation considérable de la température chez un paralytique. . .	313
Épilepsie avec lésions des circonvolutions.	314

JOURNAUX AMÉRICAINS (1874 à 1876).

Anal. par M. le Dr ACH. FOVILLE. et M. DE MUSGRAVE-CLAY

Compte rendu de l'association américaine des aliénistes	151
Cas d'Erastus Hotchkiss.	153
Cas de Jacob Staudermann	154
Congés temporaires à titre d'essai.	155
Réparation du tissu cérébral après un traumatisme.	155
Examen et placement des aliénés dans les établissements spéciaux. .	156
Histoire de l'asile des aliénés du Connecticut.	156
Recueils périodiques imprimés dans les Asiles	158
Note sur les asiles américains.	159
Association des médecins des asiles américains.	160
Pathologie du système nerveux vaso-moteur.	459
Syphilis; hémiplégie; aphasie; guérison.	460
Névralgie faciale traitée par des sections répétées du trijumeau. .	461
Observations d'hystérie, de névrasthénie, d'irritation spinale et d'autres affections congénères	462
Observation d'hydrophobie chez un enfant.	464
Pathologie de l'épilepsie.	464
De l'aphasie.	467
Exemples d'hérédité; influence du père et de la mère sur les enfants	469
Relation du système nerveux avec l'utérus.	469
Le nitrite d'amyle dans l'épilepsie.	470
Des mouvements et de l'innervation de l'iris	471
Angine de poitrine; première attaque; mort en vingt-quatre heures.	472
Observations pratiques sur le goître exophtalmique et son traitement.	473
Sur l'existence de centres moteurs bien définis dans l'écorce cérébrale.	473
Pathologie de l'ivrognerie: est-ce une maladie ou un délit moral?	473
Deux cas de goître exophtalmique accompagné d'urticaire chronique	475
De la névrite chronique sub-aiguë.	475

JOURNAUX ALLEMANDS (1875 à 1878).

Anal. par MM. les Drs TH. CHALLAND, RABOW et HILDENBRAND.

Moyen d'empêcher les rechutes de l'ivrognerie.	161
Régénération des tissus dans le décubitus des paralytiques	163
Préservation de la folie.	163
Sociétés de secours pour les aliénés.	164

TABLE DES MATIÈRES.

544

	PAGES.
Tranfusion du sang chez les aliénés.	315
Constance des symptômes dans l'épilepsie.	316
Effet hypnotique du lactate de soude	317
Altérations anévrysmales de la carotide interne chez les aliénés.	318
Cas spécial se rapportant à l'étude des fibres cérébrales.	319
Traitement de l'insomnie chez les aliénés agités.	320
Albuminurie des aliénés paralytiques.	321
Albuminurie chez les alcooliques.	321
Statistique des aliénés en Autriche.	322
Colonie agricole de Zschadrass.	322
Critique de la théorie sur la respiration scheyné-stokésienne.	322
Pronostic de la folie	323
Apport à la connaissance de la paralysie générale	324
Abaissement de la température chez les aliénés.	324
Etats épileptiques hypnagogiques.	325
Idiotie et asiles d'idiots.	325
Injections hypodermiques de morphine.	326
Bromure de potassium comme antiépileptique.	326
Morphologie des lobes postérieurs.	327
Doctrine des centres fonctionnels du cerveau	328
Certificats attestant le recouvrement de la capacité psychique.	328
Épidémie hystérique	329
Injections de morphine et d'atropine combinées.	329
Moyens de combattre les suites fâcheuses de l'alcoolisme.	330
Question du personnel de surveillance	331
Action narcotique de l'acide lactique	331
Élément collatéral chez les idiots	332
Diagnostic et pronostic des affections mentales.	477
Sur les oscillations de la conscience.	477
De l'élément morbide : le sentiment de la persécution	478
Réflexions sur la folie morale	479
Sur la parenté du génie et de la folie	479
Sur les psychoses des femmes détenues.	481
La catatonie. Esquisse psychiatrique.	481
Réflexions sur le traitement de l'aliénation mentale	482
Psychoses et névroses.	482
Délire des persécutions des aliénés alcooliques.	483
Du traitement des alcooliques	483
Hallucinations pendant l'ivresse du haschisch.	484
Valeur de l'expression : « Verrucktheit. »	484
Influence de la chaleur radiante sur la production de la folie.	485
Sur la longévité des femmes aliénées	485
Sur la folie dans l'âge critique	486
De la législation des aliénés.	486
Dilatation anévrysmale de l'artère carotide interne à son origine.	487
Inégalité de température des deux côtés du corps chez les aliénés.	487
Néoformations osseuses de l'arachnoïde.	488

	PAGES.
Électrothérapie des maladies mentales	488
État mental du sultan Mourad V	489
Du libre arbitre chez les aliénés.	490
Nouvel apport à la clinique de l'épilepsie larvée.	491
Folie hystérique et hystéro-épileptique.	492
Injectons hypodermiques de chloral	492
Sur l'abus du bromure de potassium	493
Sur le trouble de l'intelligence par des obsessions d'idées.	493
Le Tasse. Étude psychiatrique.	494
Effets physiologiques et thérapeutiques du nitrite d'amyle.	496

III. Bibliographie.

Clinique médicale de l'hôpital de la Charité; par MM. Vulpian et F. Raymond (Anal. par M. le Dr Ant. Ritti).	165
Manuel des maladies mentales, par le Dr Schule, médecin à l'asile d'Illebenau (Anal. par le Dr Châte'ain).	333
De l'épilepsie d'origine syphilitique, par le Dr Viard. (Anal. par M. le Dr. DOUTREBENTE.).	339
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	167, 340, 497

IV. Variétés.

Nominations et promotions : MM. Lunier, Icard, Malevergue, Donnet, Auzouy, Laffitte, Delaporte, Giraud fils, Rousselin. — Société médico-psychologique : Membres et bureau pour 1879. — Maison nationale de Charenton. — Création d'une chaire de clinique des maladies mentales à la faculté de Bordeaux. — Prix de la Société de médecine de Gand. — Loi sur les aliénés en Turquie. — Faits divers.	468
Nominations et promotions : MM. Christian et Ritti. — Nécrologie : Ulysse Trélat, Ambroise Tardieu, Benedict Stilling, Meynial, Benoist de la Grandière. — Concours des médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière. — Organisation de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Lyon. — Les aliénés du département de la Seine. — Les aliénés criminels au Canada. — Faits divers. — Prix Aubanel pour l'année 1881.	342
Nominations et promotions: MM. Cottard, Faucher, Petrucci, Laprée et Marandon de Montyel, Legrand du Saulle. — Organisation des cours cliniques des maladies mentales. — Concours des médecins de Bicêtre et de la Salpêtrière. — Prix et récompenses de la Société française de tempérance. — Statistique des morts violentes dans les asiles des États-Unis et de l'Angleterre. — Faits divers.	498
Table des matières du tome premier de la 6 ^e série.	507

Paris. — Imp. de E. DONNAUD, rue Cassette, 4.

