Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 02. - Paris: Masson, 1879.
Cote : 90152, 1879, n° 02

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1879x02

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

©BIUM

©BIUM

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

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

ET

LUNIER

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



SIXIÈME SÉRIE. — TOME DEUXIÈME

TRENTE-HUITIÈME ANNÉE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

©BIUM

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PATHOLOGIE

DE

LA DYNAMIE

OU

EXALTATION FONCTIONNELLE

AU DÉBUT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. Emmanuel RÉGIS

Interne de l'Asile de Ville-Evrard

(*Mémoire qui a obtenu le prix Esquirol pour l'année* 1879

La paralysie générale est une affection essentiellement chronique, à début rarement brusque, le plus souvent insidieux et progressif; avant d'en arriver à ses manifestations classiques, elle passe par un stade d'invasion, variable suivant les sujets, mais que l'on pourrait appeler chez la plupart stade de dynamie (1) fonctionnelle, en raison de l'accrois

(1) Dynamie [δύναμις, force]. Tout phénomène morbide dû à l'exagération des propriétés d'ordre organique ou vitales des tissus (Lobstein). Dict. Robin et Littré.

©BIUM

sement d'activité que subissent, simultanément ou isolément, les diverses fonctions de l'économie.

Signalé par un certain nombre d'auteurs, ce stade d'exaltation prodromique a été considéré par J. Falret (1) comme une variété de manie raisonnante, et spécialement rattaché par Marcé (2) à la forme expansive de la paralysie générale.

Le Dr Linas (3), dans son article (Manie) du *Dictionnaire encyclopédique*, en a résumé ainsi les phénomènes principaux :

« L'explosion évidente de la paralysie générale est très-souvent précédée, tantôt pendant plusieurs années, tantôt pendant quelques mois seulement, d'une période d'excitation maniaque, qui, suivant J. Falret, mérite de figurer dans le cadre de la manie raisonnante. Les travaux les plus récents sur la paralysie générale des aliénés ont prouvé que cette variété de manie se rattache toujours à une lésion inflammatoire des méninges et de la couche corticale du cerveau. Elle consiste en une exaltation extraordinaire de toutes les facultés, une activité démesurée de corps et d'esprit, qui se manifeste non-seulement dans le langage et les écrits, mais plus particulièrement encore dans la conduite. Les malades montrent des aptitudes imprévues, ils conçoivent les idées les plus variées et les plus étranges ; ils forment les projets les plus divers et les plus surprenants. Quelques-uns se lancent dans des entreprises considérables, dans des spéculations hasardées ou des témérités aventureuses, qui les mènent promptement à la fortune ou à la ruine. Ils sont entreprenants, audacieux, pleins de présomption et de confiance en eux-mêmes. Doués d'une activité physique

(1) *Annales médico-psychologiques*, 4e série, tome VII, 1866.
(2) *Traité pratique des maladies mentales*, page 418, 1862.
(3) Article MANIE du *Dict. encyclopédique*.

©BIUM

exubérante, et comme agités d'un besoin de mouvement fébrile, ils ne peuvent rester en place, ni s'astreindre à aucune occupation sédentaire. Ils font des visites, entreprennent des voyages, et se livrent simultanément à plusieurs genres de travaux. Ils abandonnent leur vie régulière pour une existence vagabonde et aventureuse; ils se livrent à toutes sortes d'excès; ils deviennent prodigues, dissipateurs, vaniteux, fanfarons; ils exaltent leurs forces physiques et morales; ils croient même avoir acquis des talents nouveaux, et se disent poëtes, artistes, musiciens. Ils forment mille rêves ambitieux et ne connaissent aucun obstacle à leur réalisation. Leur sens moral étant émoussé, amoindri, ils s'abandonnent sans aucune retenue à toutes leurs impulsions, et ne respectent plus ni usages, ni décence, ni convenances sociales. »

On peut donc considérer comme réellement acquise l'existence fréquente d'une période d'exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale. D'une importance clinique qu'il est à peine besoin de signaler, cette période s'impose encore à l'attention des observateurs en raison du nombre restreint de travaux et des diverses interprétations dont elle a été l'objet. C'est pourquoi voulons-nous hasarder à son sujet quelques réflexions rapides, portant plus spécialement sur les points suivants :

1° Les phénomènes dynamiques de la paralysie générale au début résultent directement de l'irritation cérébrale ; leurs variations correspondent à des variations analogues dans la lésion originelle.

2° Idée générale de ces phénomènes, leurs caractères communs.

3° Leurs caractères particuliers dans les principales fonctions intéressées; réflexions diagnostiques.

4° Observations.

5° Conclusions.

©BIUM

I. — LES PHÉNOMÈNES DYNAMIQUES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE AU DÉBUT RÉSULTENT DE L'IRRITATION CÉRÉBRALE ; LEURS VARIATIONS CORRESPONDENT A DES VARIATIONS ANALOGUES DANS LA LÉSION ORIGINELLE.

Il est hors de doute, à l'heure actuelle, que l'encéphale est uni à chacun de nos organes par les liens les plus étroits ; et c'est, on peut le dire, à la constante harmonie de cette union, qu'est subordonné le maintien de l'état physiologique. Or, si l'équilibre vient à être rompu, ou plutôt, en vertu même de cette solidarité intime, s'il survient un trouble quelconque dans le foyer principal, le cerveau, ce trouble se transmettra forcément aux organes tributaires, qui subiront, par contre-coup, une modification proportionnelle à la nature et à l'intensité de la lésion première.

C'est là ce qui se produit au début de la paralysie générale. Quelle que soit en effet cette affection dans son essence, congestion inflammatoire chronique ou véritable sclérose, il n'en est pas moins vrai que le phénomène initial consiste dans l'irritation des éléments cérébraux, irritation dont le *processus morbide* peut se traduire ainsi :

1° Stimulation des propriétés cérébrales ; — 2° Accroissement de l'influx nerveux ; — 3° Excitation des appareils récepteurs ; — 4° Fonctionnement exagéré de ces appareils.

Ainsi, dans l'espèce, la *suractivité* de l'organisme n'est que le dernier terme d'une série d'évolutions successives, reconnaissant la *phlegmasie cérébrale* pour principe.

Il n'y a point là, d'ailleurs, qu'un simple rapport de cause à effet ; la relation est complète, absolue, entre la *phlegmasie cérébrale* et ces manifestations, dont les caractères d'*intensité*, de *multiplicité* et *d'élection*, pour si variés qu'ils soient, trouvent toujours leur raison d'être « *nette et*

©BIUM

physiologiquement palpable, dans les localisations diverses de la lésion pathogénique (1). »

A une irritation légère, correspondent des phénomènes légers de *dynamie fonctionnelle;* à une irritation intense, des phénomènes plus marqués.

L'irritation diffuse de l'encéphale, réagissant sur l'ensemble de l'*économie*, provoque un excès de fonctionnement dans tous les organes, depuis les plus élevés jusqu'aux plus rudimentaires.

Une irritation moins étendue, occupant quelques îlots disséminés, se traduit par une suractivité moindre, circonscrite à un petit nombre d'appareils.

Et si enfin le travail pathologique, plus simple encore, se cantonne en un point unique, l'excitation produite, également locale, intéressera seulement l'appareil qui relève directement du point lésé ; en admettant, ce qui n'a rien d'improbable aujourd'hui, que chaque fonction se trouve individuellement représentée dans le cerveau par un centre spécial, avec lequel elle est en communication directe, et dont elle partage l'état morbide comme l'état physiologique.

L'étude de ces centres est encore, il est vrai, très-imparfaite, et il est impossible, dans l'état actuel de la science, d'assigner à chaque appareil son moteur encéphalique particulier. Mais en face des résultats déjà obtenus, il n'est pas douteux qu'on n'en arrive un jour à explorer en entier le territoire cérébral, et à y déterminer, géographiquement, la part qui revient à chaque fonction.

Une de nos gloires les plus illustres, le regretté Claude Bernard, a démontré qu'en pratiquant une piqûre sur le plancher du quatrième ventricule, un peu au-dessous du bec du *Calamus scriptorius*, on provoquait presque aussitôt

(1) Jaccoud, *Traité de pathologie interne* (Periencéphalite diffuse).

©BIUM

une exaltation de la fonction glycogénique du foie ; d'où il est permis de conclure qu'il existe là un *centre fonctionnel* particulier, dont l'*irritation* provoque la *suractivité* de la glande tributaire.

Ce qui est vrai pour le foie, également hors de doute pour le langage articulé, devenu probable pour les mouvements des membres, de la face, et quelques autres appareils, depuis les travaux de Broca, Fritsch, Hitzig, Duret, Carville, Ferrier, Vulpian, Charcot, etc., etc., doit nécessairement être vrai aussi pour toutes les fonctions, car la physiologie humaine obéit à des lois générales et déterminées. On peut donc considérer comme réelle, l'existence, pour chaque appareil, d'un centre nerveux spécial, à l'excitation duquel il est redevable de son excès de fonctionnement.

Nous ne voulons pas pousser plus loin cette excursion dans le domaine de la Pathogénie, à propos de ce qui n'est, en somme, que l'examen clinique d'un symptôme, Mais nous sommes convaincu que l'étude des localisations est appelée à rendre les plus grands services à la médecine psychique, et que, pour ce qui est de la paralysie générale en particulier, elle peut seule rendre compte, par les variations anatomiques de la lésion, de l'extrême diversité de l'expression symptômatique.

Déjà plusieurs essais ont été tentés, qui font prévoir tout le parti qu'on peut tirer de cette étude (1).

Le Dr Ach. Foville fils, dont l'autorité ne saurait être contestable, termine ainsi sa communication à l'Académie de médecine (2) :

« En résumé, dans la paralysie générale, les lésions cor-

(1) Lépine, thèse d'agrégation. Dr E. Clouston, *Mental science*, 1872. Dr Ed. Fournier, *Bull. de l'Académie de méd.* Meynert, *Prager Vierteljahrschrift.* E. Dufour, *Annales méd.-psychologiques*, septembre 1878.

(2) Ach. Foville fils, *Communic. à l'Ac. de méd.*, 5 décembre 1876.

©BIUM

» ticales des circonvolutions fronto-pariétales sont la cause » directe des troubles de la motilité ; de la localisation et » de l'intensité de ces lésions dépendent la localisation et » l'intensité des accidents ataxiques, spasmodiques et pa- » ralytiques. »

Il nous est donc permis d'admettre, en l'absence de preuves matérielles, rendues impossibles par l'évolution trop précoce des symptômes que nous étudions, qu'il existe une relation absolue entre les localisations cérébrales du travail morbide et la nature des phénomènes dynamiques observés.

II. — IDÉE GÉNÉRALE DE CES PHÉNOMÈNES, LEURS CARACTÈRES COMMUNS.

L'action d'un organe, pour rester normale, ne doit pas dépasser, en intensité et en durée, le chiffre précis qui lui sert de limite ; faute de quoi la fatigue survient, proportionnelle à la quantité de travail en excès, et l'organe perd ses propriétés jusqu'à ce que le repos, par une rénovation de la substance, ait rétabli les choses en leur état premier.

L'exagération fonctionnelle qui se manifeste au début de la paralysie générale porte à la fois sur les deux éléments de l'activité, qui devient excessive en même temps que persistante. On pourrait donc croire, à priori, que les organes, ainsi doublement surmenés, tombent sous le coup d'une atonie profonde, pouvant aller jusqu'à l'arrêt complet. Il n'en est rien cependant, et dans aucun cas, pour si intense et si prolongée que soit leur stimulation, ils ne présentent de fatigue apparente. Cela tient à ce que l'inflammation cérébrale, en les excitant d'une façon continue, les entretient dans un état constant d'*éréthisme* qui leur permet de dépenser longtemps, sans qu'il y paraisse, une somme d'activité bien au-dessus de la normale. Cette influence pathogénique qui rend compte de l'*intensité* et de

©BIUM

la *persistance* de ces phénomènes de suractivité, explique aussi leur nature éminemment *impulsive*, leur caractère spécial d'*irrésistibilité*. Il y a en effet, dans ce travail d'irritation cérébrale, une force énergique et puissamment active qui domine les malades, et imprime à tous leurs actes, ou à une partie de leurs actes, ce cachet de *spontanéité fébrile* qui suffit parfois à les distinguer.

Cette exaltation fonctionnelle est ordinairement progressive, c'est-à-dire qu'après un début plus ou moins insidieux, elle finit par s'établir, et augmente d'intensité, jusqu'à ce qu'ayant atteint son maximum, elle en arrive, par une série de décroissances successives, à disparaître entièrement. Son évolution est loin cependant d'être toujours aussi régulière ; elle a quelquefois un début très-brusque, et se trouve soumise, pendant le cours de sa durée, aux mêmes variations que la lésion originelle. C'est ainsi qu'elle subit des temps d'arrêt plus ou moins prolongés, *quelquefois même définitifs*, comme elle peut présenter au contraire des exacerbations violentes ; faits opposés qui sont dus, les uns à la suspension, les autres à l'exagération du travail morbide.

L'époque de son apparition et le chiffre de sa durée n'ont rien, non plus, d'absolument précis ; quelquefois très-courte, elle se prolonge d'ordinaire, en s'affaiblissant graduellement, jusqu'à la fin de la première période. Quoi qu'il en soit, étant essentiellement liée à l'irritation cérébrale, dont elle n'est que la conséquence, on peut dire d'une manière générale qu'elle survient et cesse avec elle, c'est-à-dire au moment où au travail phlegmasique succède le travail de désorganisation. De même en effet que l'irritation cérébrale produit l'irritation physiologique, de même l'affaissement cérébral doit produire, si l'on est conséquent, l'affaissement physiologique ; et c'est, on ne l'ignore pas, ce qui arrive dans les dernières périodes de la maladie, alors que l'intelligence s'affaiblit de plus en plus, et que toutes les

©BIUM

fonctions se débilitent par degrés, au point d'en arriver à l'impuissance la plus absolue.

Nous n'avons pas besoin de répéter ce que nous avons dit plus haut à propos du siége et de l'étendue de l'inflammation cérébrale, à savoir que les phénomènes de dynamie fonctionnelle peuvent se manifester dans *toutes* les *fonctions*, se circonscrire à *quelques-unes*, ou se localiser à *une seule*, les autres conservant leur activité normale; d'où la division naturelle de ces phénomènes en phénomènes de *dynamie fonctionnelle simple* et *multiple*, celle-ci pouvant arriver jusqu'à la *dynamie générale*, c'est-à-dire à la suractivité de l'organisme tout entier.

Et ce n'est pas uniquement dans la forme expansive de la paralysie générale, comme le pensent à tort certains auteurs, que peut survenir l'exaltation fonctionnelle. S'il est vrai que, plus spéciale à cette forme morbide, elle lui emprunte des caractères tels d'intensité et de multiplicité qu'elle semble préparer graduellement l'accès maniaque avec son cortège d'idées de grandeurs, il faut reconnaître qu'on l'observe assez fréquemment encore dans la variété sans délire, dite paralytique, et quelquefois aussi dans la forme mélancolique avec délire dépressif. Ajoutons toutefois que dans ce dernier cas elle est peu intense, circonscrite, et que, masquée par l'attitude générale du malade, elle n'éveille presque jamais l'attention et passe d'ordinaire inaperçue.

En résumé, *solidarité intime* avec la lésion cérébrale, *forme impulsive*, *surintensité* et *continuité*, avec conservation du *tonus fonctionnel*, telle est la marque distinctive des phénomènes dynamiques de la paralysie générale au début, quel que soit l'appareil dans lequel ils se manifestent.

Mais ce ne sont là que des caractères généraux. Pour avoir une idée exacte de ces phénomènes, il ne suffit pas de les soumettre à une vue d'ensemble, trop confuse en raison de leur complexité et de la physionomie spéciale

©BIUM

qu'ils revêtent dans chacune des fonctions intéressées. Il nous faut donc procéder par voie analytique, et les examiner successivement, non point dans toute l'échelle de l'organisme, ce qui nous entraînerait bien au-delà des limites qui nous sont imposées, mais dans les principaux des appareils soumis à l'irritation fonctionnelle.

C'est ce que nous allons faire d'une manière rapide, en insistant uniquement sur les faits pratiques essentiels.

III. — LEURS CARACTÈRES PARTICULIERS DANS LES PRINCIPALES FONCTIONS INTÉRESSÉES.

1. — Fonctions intellectuelles et affectives.

La suractivité intellectuelle, qu'elle soit isolée, ou s'accompagne de manifestations analogues dans une autre partie de l'organisme, est un phénomène assez fréquent au début de la paralysie générale. Elle survient de préférence chez les sujets dont l'intelligence, développée par l'origine, l'éducation ou la profession, se trouve, par cela même, plus particulièrement exposée à l'irritation fonctionnelle. Chez les individus nonchalants et peu actifs, son début est remarqué beaucoup plus tôt, et paraît d'autant plus brusque qu'il contraste avec le repos habituel de la fonction. Mais chez les travailleurs passionnés, qui soumettent leurs facultés à un exercice énergique et continu, elle passe inaperçue tout d'abord, et forme comme une espèce de transition entre le fonctionnement normal et le fonctionnement pathologique.

Lorsqu'elle est définitivement établie, elle se manifeste par un besoin incessant d'actes intellectuels, presque toujours en rapport avec les goûts et la position du malade.

Les gens d'affaires, jusqu'alors prudents, sages et réservés, deviennent audacieux, entreprenants, irréfléchis. Poussés par un besoin d'agir auquel ils ne peuvent se soustraire,

©BIUM

ils déploient, dans la conception et l'exécution de leurs projets, une activité exubérante; ils donnent plus d'extension à leur commerce; ils achètent, vendent, exploitent, négocient, jouent à la Bourse ; l'esprit sans cesse en éveil, et tourmentés par les combinaisons les plus diverses, ils ne prennent plus aucun repos, ne dorment plus, ne rêvent plus que d'entreprises, et se livrent à des spéculations multiples, hasardées, quelquefois couronnées d'un premier succès, mais qui, trop rapidement conçues et trop fiévreusement exécutées, les conduisent presque fatalement à la déroute financière (Voir obs. 2, 22, 25, 26, 27). C'est ainsi qu'un certain nombre de notaires et de banquiers, sous l'imminence d'une ruine et sous l'empire d'une exaltation fonctionnelle toujours croissante, en arrivent à commettre des actes délictueux, et à engloutir dans de folles entreprises, en même temps que leur propre fortune, les capitaux dont ils ne sont que les détenteurs (obs. 2, 22). Ces revers de fortune, si fréquents chez les aliénés gens d'affaires, sont presque toujours regardés, par le désespoir qu'ils provoquent, comme cause adjuvante de l'affection paralytique, dont ils ne sont souvent qu'une des premières manifestations, liée à un état d'activité morbide de l'intelligence.

Chez les savants, les littérateurs, les artistes, les avocats, les hommes politiques, cette suractivité se traduit également par une exaltation plus ou moins marquée des facultés. Leur intelligence, devenue féconde, se meut dans un cercle d'idées multiples, plus ou moins raisonnables, mais restant néanmoins dans la sphère des choses possibles et réalisables. Ils deviennent laborieux, infatigables ; ils se passionnent pour leurs travaux, composent, dessinent, déclament et discutent avec un zèle et une ardeur qu'ils n'avaient point auparavant; les uns, à la recherche d'un problème scientifique, s'acharnent à l'étude et s'isolent entièrement du monde pour en arriver plus vite à la solu-

©BIUM

tion cherchée. « Aussi a-t-on vu des malades, dans ces con-
» ditions de suractivité pathologique, inventer des procédés
» nouveaux, des combinaisons nouvelles, se faire remarquer,
» en un mot, dans la direction spéciale à laquelle ils ont
» consacré leurs efforts, par des inventions et des res-
» sources d'esprit dont ils n'étaient pas capables avant leur
» maladie (1). » La plupart, abordant avec passion les grandes questions sociales, économiques et financières, proposent des améliorations et des réformes de toute sorte (obs. 1, 2, 23, 25). D'autres enfin, éprouvant comme un besoin irrésistible de donner libre carrière au flot d'idées qui les déborde, courent les cercles, les clubs, les réunions, et écrivent de véritables volumes dans lesquels ils émettent leurs théories, et développent leurs conceptions (obs. 1, 3, 23, 25, 27, 28). — Lorsque cet état d'exaltation de l'intelligence atteint le maximum de son intensité, on assiste à un spectacle vraiment curieux. On voit les malades ne vivre plus que de la vie intellectuelle, parlant, écrivant, dessinant des journées entières, sans songer à prendre ni repos ni nourriture (obs. 1); leurs idées se multiplient, se pressent, et en arrivent à se confondre, si bien que l'exécution manuelle devient trop lente, et que la plupart de leurs travaux restent inachevés. Ces malades s'animent avec la plus grande facilité; ils s'échauffent en parlant; ils mettent tant de feu dans leurs gestes et dans leurs discours, qu'on sent tout leur être vibrer dans leurs paroles, qu'on les voit s'émouvoir et même pleurer en s'écoutant. Alors, leur excitation ne connaît plus de bornes; loquaces au plus haut degré, ils ne recherchent la société que pour se livrer à leur aise à cette exubérance incroyable de langage; ils ne laissent plus parler personne, et discutent pendant des heures entières sur les sujets les plus variés (obs. 1, 23, 28).

(1) J. Falret, *Annales méd.-psychologiques*, 4e série, tome VII, 1866.

©BIUM

Il est une variété de manie raisonnante, appelée par J. Falret exaltation maniaque (1), qui s'accompagne d'une surexcitation des facultés analogue à celle de la paralysie générale. Remarquons toutefois, que dans cette forme de manie, l'excès intellectuel porte, non pas tant sur le nombre des actes que sur leur nature, sur la qualité plutôt que sur la quantité. La mémoire surtout et l'imagination s'avivent au point que les malades se montrent érudits, beaux parleurs, « se rappellent de longues tirades des auteurs classiques qu'ils avaient apprises dans leur enfance, composent des discours, des poésies, parlent et écrivent avec une variété de termes et un bonheur d'expressions qu'ils n'auraient pas eus à l'état normal (2). » Dans la paralysie générale au contraire, cet éclat et cette richesse de l'imagination et des souvenirs font presque constamment défaut. Les conceptions intellectuelles, loin d'être plus brillantes et d'acquérir une valeur plus grande, s'affaiblissent plutôt à mesure que l'affection fait des progrès, et comme le dit J. Falret lui-même, « l'observateur attentif commence déjà à constater chez les malades quelques absences momentanées de mémoire ou d'intelligence, de véritables lacunes dans les conceptions, en un mot, des traces non contestables de démence commençante, qui sont comme la marque caractéristique de cette maladie mentale, même dès ses premiers débuts. »

Chez un certain nombre de ces paralytiques, à la suractivité intellectuelle vient se joindre une exaltation plus ou moins marquée des sentiments affectifs. L'être moral prend chez eux un développement extraordinaire; ils deviennent bons, sensibles, généreux. Pleins d'amour pour leurs parents et leurs amis, ils leur prodiguent les marques de la plus vive tendresse; compatissants pour les pauvres, ils courent à eux dans les rues, leur prennent les mains,

(1) J. Falret, *ibid.*, *loco citato.*

(2) J. Falret, *ibid.*, *loc. cit.*

©BIUM

les hébergent, les vêtissent et les comblent de dons souvent peu en rapport avec leur position de fortune ; charitables pour les malades, ils leur prodiguent les soins les plus empressés; les spectacles de la nature les émeuvent jusqu'aux larmes ; la vue d'un enfant les fait pleurer d'attendrissement ; il n'est pas jusqu'aux animaux pour lesquels ils ne se sentent une affection profonde ; si profonde, parfois, qu'ils en arrivent à s'oublier entièrement pour eux, et s'en font des compagnons inséparables. Leur sympathie s'étend à tout et à tous ; enflammés d'un zèle ardent pour le bien de l'humanité, ils se font les défenseurs des utopies philanthropiques les plus merveilleuses, et réclament l'amélioration des classes ouvrières, le retour à la foi religieuse, la suppression des armées, la grâce des criminels, etc., avec une fougue et une chaleur qui souvent séduisent et qui forcent toujours à les écouter (obs. 1, 2, 23, 25, 26, 27). Enfin, lorsqu'ils sont séquestrés de bonne heure, l'exaltation de leurs sentiments affectifs, à laquelle il vient à manquer tout à coup le champ si vaste du monde extérieur, s'adapte au nouveau milieu qui les entoure, et revêt une forme spéciale, l'amour des malades. S'apercevant qu'ils sont entourés d'aliénés, sans comprendre qu'ils le sont eux-mêmes, ils se font les gardiens dévoués de ceux qu'ils appellent les pauvres fous. Leurs journées se passent à leur parler, à les consoler, à les faire manger et promener ; ils vont de l'un à l'autre, essayant de calmer les agités, raisonnant avec les plus lucides, évoquant le souvenir des parents et des amis, éveillant l'espoir d'une liberté prochaine. Ou bien encore, ils discutent les moyens thérapeutiques mis en usage dans les asiles, blâment toute surveillance et tout moyen de contention, et conseillent aux médecins d'instituer un traitement nouveau, presque toujours basé sur les promenades, les travaux des champs les spectacles, les distractions, les voyages, la liberté, devenant ainsi, sans s'en douter, les défenseurs du *no-*

©BIUM

restraint dans ce qu'il a de plus absolu (obs. 1, 22, 23, 26).

2. — Fonctions musculaire et locomotrice.

Bayle (1) et Calmeil (2) avaient déjà remarqué qu'il survenait parfois, au début de la paralysie générale, un certain degré de suractivité musculaire dont ils ont rapporté dans leurs ouvrages plusieurs exemples remarquables. Le Dr Legal-Lasalle (3) et M. Baillarger (4) ont particulièrement insisté depuis sur la fréquence de ce symptôme, connu de tous à l'heure actuelle sous la dénomination trop étendue d'activité exagérée ou de suractivité pathologique. C'est qu'en effet le système musculaire, et en particulier l'appareil locomoteur, éprouvent très-souvent, à cette époque, une stimulation plus ou moins vive et plus ou moins prolongée, qui imprime à l'attitude et aux allures des malades un cachet d'énergique vivacité qu'elles n'ont point dans l'état normal.

Les uns, irrésistiblement poussés à se mouvoir, rompent tout à coup avec leurs habitudes paisibles pour mener la vie la plus active et la plus mouvementée ; ils deviennent mobiles, remuants, emportés, capricieux; pleins de fougue, de vivacité, et d'une pétulance extraordinaire, ils ne peuvent rester en place et ne se complaisent que dans l'action; on les voit abandonner leurs affaires et leur domicile pour entreprendre de longs voyages, au cours desquels ils s'arrêtent à peine, allant de ville en ville avec la rapidité de

---

(1) Bayle, *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes* (observations).
(2) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau* (observations).
(3) Legal-Lasalle, Thèse de Paris, 1843.
(4) Baillarger, appendice au *Traité des maladies mentales* de Griesinger.

©BIUM

l'éclair; marcheurs forcenés, ils vont et viennent en tous lieux, se déplacent sans cesse, errent constamment dans les rues ou dans la campagne, font dix et quinze lieues par jour, et passent souvent leurs nuits à se promener (1).

D'autres se livrent avec une ardeur incroyable à tous les exercices du corps ; ils se passionnent pour la gymnastique, l'escrime, la chasse, l'équitation ; ou bien encore, ne sachant comment satisfaire cet impérieux besoin d'action qui les tourmente, ils en viennent à bêcher la terre, à porter de lourds fardeaux, à s'occuper des travaux les plus durs et les plus grossiers (obs. 22, 23, 27). — « J'ai vu, dit Marcé (2), un propriétaire à cette période du début, frotter avec ardeur, faute de pouvoir se livrer à un autre exercice, les meubles et l'escalier de la maison qu'il habitait. »

A leur entrée dans les asiles, ces malades paraissent d'abord comme étourdis par le manque d'espace et de liberté ; mais bientôt, leur exaltation physique reprend le dessus, et s'adaptant au milieu nouveau qui les entoure, se traduit, dans la plupart des cas, par des tentatives réitérées d'évasion. C'est là un fait d'observation qui n'est pas sans importance, et que nous nous croyons en droit de signaler, parce qu'il est absolument pratique et qu'il repose sur des exemples aussi nombreux que probants. Les paralytiques au début, avec suractivité de la fonction locomotrice, entrent pour près d'un tiers dans les cas d'évasion qui ont eu lieu depuis cinq ans à l'asile de X... Et encore faut-il remarquer que nous parlons uniquement ici des évasions couronnées de succès, moins nombreuses assurément chez ces malades que les tentatives avortées. Car

(1) Ils ont un besoin continuel de mouvement et de locomotion, font des marches excessives dans la campagne, ou errent à l'aventure dans les rues de Paris (Legrand du Saulle, extrait de la *Gazette des hôpitaux*, novembre 1860).

(2) Marcé, *loc. cit.*, page 619.

©BIUM

le paralytique, dans ces conditions d'excitation maladive, s'évade d'une façon spéciale (1). Chez lui, point de préméditation, point de calcul, point de moyens combinés ni de plan arrêté d'avance; obéissant à une force aveugle qui le domine et le pousse en avant, il tente de franchir les barrières avec une audace et une brusquerie imprudentes, en plein jour, quelquefois sous l'œil même des gardiens; il ne sait presque jamais ni comment il mettra son projet à exécution, ni ce qu'il compte faire en cas de réussite; esclave d'un besoin, ne doutant de rien, ne connaissant aucun obstacle, il agit spontanément, subitement, dans les conditions les moins favorables. J'ai vu des malades, camisolés, escalader tant bien que mal les murs de clôture, et s'élancer au dehors avec cet appareil singulièrement embarrassant. Une fois pris, ils n'opposent jamais la moindre résistance, se laissent docilement reconduire dans leurs quartiers, et promettent, avec la meilleure foi du monde, de ne plus recommencer leurs tentatives. Promesse vaine! Le lendemain, souvent dès le jour même, ils essaient de s'enfuir encore; injonctions et menaces viennent échouer contre cet irrésistible besoin: « Je ne puis m'en empêcher », nous disait un de ces malades (obs. 22).

Nous donnons plus loin *douze* observations de paralytiques qui ont présenté au début de la suractivité physique, simple chez les uns, unie chez les autres à d'autres manifestations de *Dynamie fonctionnelle*. Sur les *douze*, *dix* se sont évadés; *l'un* trois fois (obs., 22), *un autre* deux fois (observ. 28), *huit* une fois (obs. 5, 21, 27, 20, 25, 26, 19, 18), le *onzième* s'est borné à des essais demeurés infructueux (obs. 23), *un seul*, sur les *douze*, n'a jamais tenté

(1) Le travail du Dr Chatelain, sur les évasions d'aliénés dans les maisons de santé (*Annales méd.-psychologiques*, septembre 1868), ne fait aucune mention des paralytiques. Il est vrai de dire qu'il ne repose que sur vingt-cinq cas, et que les tentatives d'évasion ont été laissées de côté.

©BIUM

de s'enfuir (obs. 4). Les chiffres ont, dit-on, leur éloquence ; ceux-ci nous paraissent rendre tout commentaire inutile.

Cette exaltation physique a souvent une durée très-longue, et peut atteindre, dans certains cas, des proportions vraiment extraordinaires; on dirait parfois que l'organisme, mû par une puissance insolite, se trouve entraîné dans un courant d'activité violent, irrésistible, comme ces rouages auxquels il vient à manquer tout à coup leur régulateur habituel. Et cependant, en dépit de cette activité continuelle, en dépit de cette énergie excessive et de cet anormal déploiement de forces, les malades ne paraissent jamais lassés. Nous en connaissons plusieurs qui marchent constamment depuis six mois et plus, et qui, toujours en mouvement et prenant à peine le temps de dormir et de manger, sont pourtant, à l'heure actuelle, aussi vifs et aussi dispos qu'au premier jour (1) (2). C'est là un exemple frappant de cette proposition générale que nous avons émise plus haut : « Dans la période d'exaltation prodromique de la paralysie générale, les fonctions exaltées, pour si intense et si prolongée que soit cette exaltation, ne présentent jamais de fatigue apparente. »

Evidemment, il se passe là des phénomènes anormaux, qu'il serait extrêmement intéressant d'étudier. Nous sommes persuadé, pour notre part, et cela résulte d'une conviction raisonnée, que le système musculaire n'a point encore subi d'altération appréciable, et que l'accroissement

---

(1) « Il en est qui devenus doux et tranquilles, sont encore irrésistiblement poussés à l'exercice, et le supportent violent, sans se fatiguer. On dirait qu'il existe chez ces malades une force accrue d'innervation ou de névrosité à dépenser par le mouvement, et que l'organisation y est invitée par une stimulation particulière toute physique. » (J. P. Falret, *loc. cit.*, page 296.)

(2) « Les malades ne peuvent rester en place un seul instant, ils sentent le besoin de marcher, de courir, et sont infatigables. » (Marcé, *loc. cit.*, page 418.)

©BIUM

d'énergie qu'il acquiert résulte uniquement d'un excès de vitesse et d'intensité dans la transmission du courant nerveux.

Nous avions commencé, dans ce sens, une série d'expériences que nous avons dû suspendre, pour ne point donner à ce mémoire des proportions excessives. Mais loin d'abandonner notre projet de recherches, nous nous proposons d'étudier expérimentalement l'état du système musculaire dans la paralysie générale, à l'aide d'un instrument graphique encore nouveau, le *myographe,* ce qui nous permettra de mesurer, d'une façon absolument mathématique, dans chaque période de la maladie, et l'état du muscle et l'état du courant nerveux.

Est-il besoin, après cette esquisse rapide, de différencier la suractivité physique de la paralysie générale des manifestations analogues qui peuvent survenir dans les autres formes de folie ? Les maniaques raisonnants, dont nous avons déjà parlé, présentent souvent, et à peu de chose près, des phénomènes analogues ; comme les paralytiques, ils ont besoin de mouvement ; comme eux, ils marchent, voyagent et s'évadent lorsqu'ils sont séquestrés ; mais ils n'ont point leur ardeur irréfléchie, ni leur activité passive, inconsciente ; plus maîtres d'eux, ils ne sont pas esclaves d'un besoin ; ils jugent, réfléchissent, calculent et raisonnent ; aussi, est-il rare, lorsqu'ils s'évadent, que leur tentative, habilement concertée, ne soit pas suivie d'un plein succès. Quant aux aliénés migrateurs du Dr Foville (1), ils ne se contentent pas de marcher ou de voyager, ils s'expatrient sans cesse, et courent de pays en pays, poursuivis par des idées de persécutions violentes, qui constituent leur marque distinctive, et en font une classe à part dans le cadre nosologique.

---

(1) *Les aliénés voyageurs ou migrateurs, Annales méd.-psychologiques,* 5e série, t. XIV, juillet 1875.

©BIUM

3. — Fonctions de reproduction.

Marcé (1) constate que les fonctions génitales sont exaltées souvent et avec force dans la première période de la paralysie générale à forme expansive, et que ce n'est que plus tard, à la deuxième et à la troisième période, que survient l'impuissance. Il ajoute (2) qu'on observe chez certains malades une excitation génésique tellement insatiable qu'ils ne respectent rien pour la satisfaire, et sont entraînés, même en public, aux actes les plus cyniques. Le Dr Legrand du Saulle (3) constate également que l'excitation génésique s'observe dans un certain nombre de cas : « Tel individu, dit-il, avait toujours eu les habitudes » les plus régulières et les mœurs les plus irréprochables, » et le voici maintenant qui sort le soir, parcourt certaines » rues, accoste des filles de joie ou fréquente des maisons » de prostitution ». Le Dr Doutrebente (4), examinant cette excitation au point de vue de son influence étiologique, s'exprime ainsi : « Il importe de ne pas confondre les excès » vénériens, occasionnés par les désirs violents qui se pro- » duisent au début de la maladie, avec ceux qui ont dû » la précéder et souvent la produire indirectement. Par » conséquent, si au début de la maladie on voit des para- » lytiques montrer une salacité extrême, il ne faut pas en » conclure, par cela même, que les excès vénériens sont » pour quelque chose dans le développement des phéno- » mènes morbides ».

C'est là, en effet, une cause puissante d'erreur, dans laquelle nous paraît être tombé le Dr Maudsley (5), lorsqu'il

(1) Marcé, *loc. cit.*, page 73.
(2) Marcé, *ibid.*, p. 418.
(3) Le Dr Legrand du Saulle, *loc. cit.*
(4) Dr Doutrebente, thèse de Paris, 1870.
(5) Revue des journaux, in *Annales méd.-psychologiques*, septembre 1876.

©BIUM

affirme que la paralysie générale est due, dans la majorité des cas, à des excès génésiques.

Le fait incontestable, c'est que chez un grand nombre de paralytiques au début, il survient une augmentation plus ou moins violente des appétits vénériens. Cette excitation sexuelle, lorsqu'elle est modérée, se traduit uniquement par des aptitudes génésiques plus grandes, par un besoin plus pressant de satisfactions physiques. Mais lorsqu'elle est très-intense et indépendante d'autres manifestations dynamiques, elle devient pour ainsi dire continue et revêt tous les caractères de la passion impulsive. Les malades éprouvent des désirs violents, insatiables ; ils perdent toute pudeur et toute retenue, ils tiennent des propos grossiers, font des gestes indécents, se livrent à des actes obscènes, et commettent les plus grands excès. Ils en viennent à fréquenter assidûment les maisons de prostitution, et souvent même à y passer toutes leurs nuits (obs. 7, 8, 9, 10, 16, 17). On voit des gens âgés, des pères de famille, d'honnêtes femmes, rompre tout à coup avec leur réserve et leur décence habituelles, afficher un cynisme révoltant, et se plonger dans la débauche la plus grossière. Les maris se montrent ardents, empressés auprès de leurs femmes qu'ils fatiguent de leurs continuelles obsessions ; si bien que menacées et violentées lorsqu'elles ne cèdent pas aussitôt, elles en arrivent à se plaindre, et quelquefois même à déserter le toit conjugal (obs. 14, 15). Les femmes provoquent les passants dans les rues, et se livrent à de honteuses exhibitions (obs. 8, 10) ; les vieillards violent les enfants (obs. 9) ; tous, dominés par une passion qui ne connaît plus de bornes, finissent par attenter à la morale publique, ce qui amène le plus souvent leur arrestation et leur internement dans les asiles. Là enfin, si leur excitation génésique dure encore, ils ne tardent pas à se livrer à l'*onanisme* et quelquefois avec fureur.

Il est toujours facile de distinguer cette excitation génési-

©BIUM

que, qui n'est en somme qu'une *exaltation fonctionnelle* et un simple épiphénomène, de l'érotomanie et de la nymphomanie, maladies distinctes, ayant leur délire et leur cachet spécial. La manie présente quelquefois aussi, dans le cours de sa période d'incubation, une excitation plus ou moins vive des fonctions génitales, analogue à celle de la paralysie générale, moins violente cependant dans la plupart des cas. Les *imbéciles* et les *déments* se livrent également à des actes scandaleux, et il n'est pas rare de les voir arrêtés comme *exhibitionnistes*. Mais chez eux, l'excitation génésique, si elle existe, n'est point la seule cause de cette obscénité, qui est due presque toujours à la débilité intellectuelle, à l'inconscience ou au défaut de discernement.

Nous ne parlons que pour mémoire de ces dépravations morales, connues sous le nom de *tribadisme*, d'amour *socratique* et de *bestialité*, qui sont des phénomènes psychologiques anormaux, n'ayant rien de commun avec le symptôme que nous décrivons.

Cette excitation génésique qui survient si fréquemment au début de la paralysie générale, est bien réellement le résultat d'une *exaltation fonctionnelle*, au même titre que *l'exaltation intellectuelle* et que *l'exaltation musculaire*. Comme ces manifestations dynamiques, elle est le produit de l'irritation cérébrale, et résulte de la localisation ou de l'extension du travail morbide au centre des fonctions génitales.

Ce n'est point ici le lieu d'entreprendre la détermination exacte de ce centre, discuté depuis si longtemps. Gall le plaçait dans le cervelet ; « malgré des expériences et des observations contradictoires de Leuret, de Ségalas, de Combette et de Vulpian, nous voyons plusieurs arguments empruntés à l'expérimentation et à la clinique par Budge, Valentin, Wagner, Lussana, apporter peut-être quelque apparence de réalité à l'hypothèse de Gall, et assigner un rôle important au lobe moyen dans les manifestations de

©BIUM

l'instinct génital ». (1) Le Dr Hospital (2) a rapporté dans les ANNALES un cas d'observation d'*érotisme* avec lésion du cervelet. M. Luys (3) dit également que les fibres conductrices des incitations génitales sont étalées sur la paroi du 4e ventricule, et que les lésions de ce point sont aptes à déterminer l'érection, comme chez les pendus. Quoi qu'il en soit, et quel que soit le siège de ce centre, il n'en est pas moins rationnel d'admettre qu'il peut être excité pathologiquement, et provoquer par suite une exaltation des fonctionsgénésiques.

Cette exaltation n'est pas spéciale, comme l'a cru Marcé, à la forme expansive de la paralysie générale ; elle peut être indépendante de toute manifestation délirante, et s'accompagner même d'idées dépressives. Des *sept* malades chez lesquels nous l'avons observée, et dont nous rapportons plus loin l'observation, *trois* ont présenté la forme mélancolique avec délire triste, et *quatre* seulement de *l'optimisme* avec délire des grandeurs.

4. — Excès alcooliques.

S'il n'est pas rare de voir les paralytiques, à la période de début, commettre des excès vénériens, il est également fréquent de les voir se livrer à l'abus des boissons, quelquefois avec une violence extrême. Presque tous les auteurs ont signalé cette tendance maladive : « Chez certains, dit Marcé (4), se fait sentir un besoin excessif de boissons alcooliques qui aggrave encore leur excitation. » M. Baillarger (5) cite l'histoire d'une femme qui s'est mise à s'enivrer régulièrement six semaines environ avant l'invasion

(1) Kuss et Duval, *Physiologie*, page 72.
(2) *Annales méd.-psychologiques*, septembre 1875.
(3) Luys, *Le cerveau*.
(4) Marcé, *loc. cit.*, page 419.
(5) Baillarger, *loc. cit.*, observ.

©BIUM

de sa maladie. — Enfin, quelques malades nous arrivent avec cette mention médicale : « Excès alcooliques récents. »

Le nombre des paralytiques chez lesquels l'alcoolisme n'est qu'une manifestation morbide initiale, est plus considérable encore qu'il ne paraît, car la cause d'erreur signalée par le Dr Doutrebente pour les excès vénériens, existe ici encore, et à un degré peut-être plus marqué. Faute de renseignements précis, les certificats d'admission se bornent souvent aux formules : « alcoolisme chronique » et « alcoolisme », dont la vague signification ne saurait faire présumer, dans les excès commis, ce qui est *cause probable*, et ce qui doit compter comme *effet réel*. Il nous est arrivé plus d'une fois, en remontant dans le passé de certains malades, ainsi franchement taxés d'alcoolisme, de nous convaincre qu'ils avaient fait preuve, durant toute leur vie, d'une sobriété exemplaire, et d'apprendre que leurs excès dataient à peine de quelques mois.

Ainsi que nous le verrons dans les observations qui suivent, ces excès alcooliques offrent, suivant les cas, une violence et une durée plus ou moins grande; entés quelquefois, comme un accès aigü, sur un fond d'habitudes déjà anciennes, ils se manifestent le plus souvent d'une façon soudaine et imprévue; mais presque toujours, et c'est là ce qui constitue leur marque distinctive, ils revêtent le type impulsif de la dipsomanie, et présentent ce caractère de violence irrésistible qui se retrouve dans tous les actes de ces malades (obs. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22).

Mais tandis que cette nature éminemment impulsive des actes fonctionnels déjà étudiés trouve sa raison d'être et son explication naturelle dans les localisations du travail morbide ; tandis que la suractivité des muscles correspond évidemment, dans l'espèce, à l'irritation de leurs centres excito-moteurs, et celle des fonctions génitales à l'irritation d'un centre cérébral particulier, nous nous trouvons ici

©BIUM

en présence d'un phénomène complexe, dont la donnée anatomique ne saurait être précisée.

A quoi sont dus ces excès alcooliques?

Il y a d'abord, chez les malades, augmentation réelle de la soif, comme il y a presque toujours en même temps augmentation de l'appétit. Cela se conçoit aisément, si l'on songe que leur organisme, ainsi excité, se livre à une dépense exagérée d'activité qui ne peut être compensée que par une augmentation proportionnelle dans l'énergie des phénomènes de nutrition. « L'excitation de ces malades, » dit J. P. Falret (1), agit alors à la manière de tous les vio- » lents exercices physiques, qui occasionnent une grande » déperdition de forces, et développent, en raison directe, » le besoin de réparation. » — « Les forces assimilatrices, » dit aussi Marcé (2), sont stimulées chez eux par une dé- » pense excessive de forces musculaires, et par la surac- » tivité de toutes les fonctions. »

Mais ce n'est là qu'un phénomène secondaire, ayant une influence à peu près nulle sur la production des excès alcooliques. L'exagération des fonctions nutritives, capable de provoquer un degré de *polydipsie* plus ou moins intense, ne saurait avoir d'effet non plus sur l'augmentation d'un besoin physique, mais sur le développement d'un phénomène moral, d'une passion irrésistible.

Ces excès alcooliques tiennent évidemment à une cause plus puissante. On pourrait dire, dans la plupart des cas, qu'ils ne sont qu'une manifestation aveugle de ce besoin d'action qui pèse si violemment sur les malades, et qui, les transformant en organes passifs et automatiques, les oblige à dépenser de mille manières et de tous côtés, l'ardeur fébrile qui les dévore. Boire serait pour eux, non plus un goût, une habitude, ou la simple satisfaction d'un

(1) J. P. Falret, *loc. cit.*, page 302.
(2) Marcé, *loc. cit.*, page 67.

©BIUM

besoin physique, mais un moyen, et un moyen violent, énergique, de donner libre carrière à cette excessive accumulation de forces, une voie servant d'exutoire à ce trop plein de leur organisme.

Cette explication, entièrement rationnelle, peut paraître suffisante dans les cas où l'excitation est des plus intenses, et où toutes les fonctions, anormalement exaltées, en arrivent à un véritable paroxysme d'activité. Mais que dire dans les cas où cette excitation, beaucoup moins prononcée, ne s'accompagne d'aucun autre phénomène de dynamie fonctionnelle, et se traduit uniquement par l'apparition d'excès alcooliques à forme impulsive? Que dire par conséquent de la dipsomanie franche, dont ces excès forment réellement une variété, et pour laquelle on ne peut invoquer un besoin général d'action qui n'existe pas réellement? Y a-t-il pour ces excès, comme pour la dipsomanie, un trouble anatomique qui donne raison de leur existence? En un mot, qu'est-ce que la dipsomanie? Est-ce, comme le dit le Dr Laurent (1), « une tendance spéciale du sujet, compa-
» rable à la tendance connue sous le nom de loquacité, à la
» tendance que d'autres ont à agir, et à bien d'autres ma-
» nifestations impulsives qui ne sauraient par elles-mêmes
» constituer des maladies distinctes, et sont, pour ce
» motif, considérées comme symptômes? » — Les accès dipsomaniaques ne sont-ils que des épiphénomènes de l'état vésanique comme le pense Renaudin (2), ou, comme le croient Griesinger (3), Baillarger (4) et Morel (5), un symptôme succédant à un malaise moral et général? — La dipsomanie est-elle enfin, ainsi que l'émet le Dr Malherbe (6), dans sa thèse inaugurale, « *une forme de folie*

(1) A. Laurent, *Annales méd.-psychologiques*, mars 1872.
(2) Renaudin, *Étude méd.-psycholog.*, page 310,
(3) Griesinger, *Traité des maladies mentales*, p. 204.
(4) Baillarger, annotation à l'ouvrage précédent.
(5) Morel, *Traité des maladies mentales*, page 47.
(6) Malherbe, thèse de Paris, 1869.

©BIUM

» *parfaitement déterminée, dont le point de départ est une* » *lésion cérébrale organique ou fonctionnelle?*» — Tout en faisant des réserves sur cette impulsion morbide en tant qu'entité pathologique, et tout en admettant qu'elle puisse survenir comme épiphénomène dans le cours et surtout au début de certaines maladies mentales, nous serions volontiers porté à admettre, avec le Dr Malherbe, que la dipsomanie, et par conséquent l'accès dipsomaniaque que nous décrivons, résultent d'une altération organique ou fonctionnelle, ayant son siège dans une partie encore indéterminée de l'encéphale.

En résumé, l'augmentation de la soif qui survient chez certains paralytiques au début, est un phénomène particulier, qui ne saurait donner raison des violents excès alcooliques auxquels ils se livrent; ces excès sont le plus souvent provoqués par un besoin d'activité irrésistible, dont ils constituent une manifestation, et très-probablement aussi, par une lésion spéciale des centres nerveux.

5. — Fonctions végétatives.

Circulation. — *Respiration.* — Les appareils de la vie végétative ne sauraient rester étrangers aux modifications qui s'opèrent dans les fonctions supérieures. La fonction musculaire, plus que toute autre, posséde une influence directe sur l'état de ces appareils; de son énergie dépend en grande partie leur énergie fonctionnelle, car l'action musculaire est une perte pour l'organisme, et on sait que la réparation doit toujours être proportionnelle à la dépense effectuée.

Aussi, peut-on dire qu'au début de la paralysie générale, la suractivité qui se manifeste dans diverses fonctions, et principalement dans le système musculaire, détermine un accroissement dans l'énergie des phénomènes réparateurs, c'est-à-dire un excès dans la *calorification*, la *circulation*, la *respiration* et les besoins de *nutrition*.

©BIUM

Avant d'examiner l'état d'activité des fonctions végétatives chez les paralytiques présentant de la dynamie fonctionnelle, nous avons examiné ces mêmes fonctions chez cinq paralytiques à la première période, pris dans des conditions d'activité fonctionnelle normale.

Les moyennes obtenues pour chaque malade nous ont donné la moyenne générale suivante :

Température.	37°2
Pulsations.	69
Mouvements respiratoires	18

Chiffres qui se rapportent d'assez près à la moyenne physiologique généralement adoptée.

Cela fait, nous avons relevé matin et soir pendant plusieurs jours et à plusieurs reprises, la température, le nombre des pulsations et des mouvements respiratoires chez *dix* malades, dont *trois* présentaient de l'*exaltation intellectuelle*, *trois* de l'*exaltation physique avec suractivité locomotrice*, et *quatre* de l'*exaltation fonctionnelle multiple*.

a. Les trois premiers malades nous ont offert comme moyenne :

1° L'un, M. L..., qui fait l'objet de notre première observation :

Température : 37°8 ; pouls : 7[illegible] ; respiration : 26.
2° Le second : — 37°6 ; — 77 ; — 23.
3° Le troisième : — 38°2 ; — 80 ; — 26.

A l'heure actuelle, M. L..., dont l'exaltation intellectuelle a beaucoup diminué, ne présente plus comme moyenne que les chiffres suivants :

Température : 37 : pouls ; 70 ; respiration : 21.

b. Les trois malades qui présentaient de l'exaltation physique avec suractivité locomotrice ont offert les moyennes suivantes :

1° L'un, M. P..., qui fait l'objet de l'observation IV :

Température : 38°2 ; pouls : 92 ; respiration : 38.
2° Le second : — 38 ; — 88 ; — 32.
3° Le troisième : — 38°4 ; — 95 ; — 29.

©BIUM

M. P..., comme le rapporte son observation, a été prostré durant trois jours, pendant lesquels il a refusé de manger, et a été nourri à la sonde.

Il a présenté comme moyenne de ces trois jours :

Température : 36°5 ; pouls : 57 ; respiration : 18.

c. Les quatre malades qui présentaient de l'exaltation fonctionnelle multiple nous ont offert les moyennes suivantes :

1° L'un, M. G..., qui fait l'objet de l'observation XXII :

Température : 38° ; pouls : 82 : respiration ; 27.
2° Le second : — 37°6 ; — 75 ; — 22.
3° Le troisième : — 38°3 ; — 84 ; — 28.
4° Le quatrième : — 38°1 ; — 78 ; — 25.

A l'heure actuelle, M. G..., qui est beaucoup plus calme, ne donne plus que les chiffres suivants :

Température : 37° ; pouls : 59 ; respiration : 18.

Il résulte de ces observations que :

1° L'exaltation fonctionnelle du début de la paralysie générale, lorsqu'elle est assez prononcée, détermine chez les malades une élévation constante de température, en même temps qu'une augmentation dans le nombre des pulsations et des mouvements respiratoires.

2° Cette élévation et cette augmentation sont surtout marquées dans les cas d'exaltation multiple ou d'exaltation physique avec suractivité locomotrice.

3° L'élévation thermique est de un degré et quelques dixièmes au plus; le pouls peut atteindre un maximum de 100 pulsations ; la respiration un maximum de 40 mouvements respiratoires.

4° Cette élévation et cette augmentation disparaissent avec l'exaltation fonctionnelle (dans un cas, celle-ci ayant cessé brusquement pendant quelques jours, l'élévation thermique ainsi que l'accélération du pouls et des mouve-

©BIUM

ments respiratoires ont cessé brusquement aussi pendant ces quelques jours).

Le Dr Julien Mickle (1), qui a étudié la température dans la paralysie générale des aliénés, est arrivé à un résultat analogue. Il formule ainsi l'une de ses conclusions : « Lorsque l'état congestif ou d'excitation maniaque de la » paralysie générale se prolonge, l'élévation de tempéra- » ture qui lui est liée se prolonge aussi habituellement. »

Besoins de nutrition (*faim et soif*). — Nous avons eu l'occasion de signaler plus haut l'augmentation de la faim et de la soif qui se manifeste chez les paralytiques dans le cours de leur période d'exaltation fonctionnelle. C'est là un fait généralement admis, sur lequel il n'est pas besoin d'insister plus longuement. Nous tenons uniquement à faire remarquer que cette augmentation de l'appétit et de la soif n'a rien de commun avec la vorace gloutonnerie que l'on observe dans les dernières périodes. Au début, l'exagération des besoins nutritifs est le résultat de la suractivité des fonctions végétatives; suractivité essentiellement réparatrice, qui compense l'excès de déperdition produite, tandis que l'appétit vorace des dernières périodes est un phénomène de dégradation morale et intellectuelle, un acte de pure animalité. D'après J. P. Falret (2), « la vie, » qui alors a déserté l'intelligence, semble s'être réfugiée » tout entière dans les fonctions de nutrition, » et comme le dit aussi Marcé (3), « toute activité intellectuelle ayant » alors cessé, les fonctions nutritives subsistent seules au » milieu de l'anéantissement de toutes les pensées et de » tous les sentiments, et l'homme, comme certains êtres » d'une espèce inférieure, se trouve réduit pour ainsi dire » à un tube digestif. »

---

(1) (*Mental science*), 2e trimestre, 1875.
(2) J. F. Falret, *loc. cit.*, page 302.
(3) Marcé, *loc. cit.*, page 67.

©BIUM

Sécrétions (*urée ; glycose*). — Le chiffre de l'urée contenue dans l'urine n'augmente pas sensiblement dans la période d'exaltation de la paralysie générale, même lorsque la suractivité musculaire est très-prononcée ; c'est ce que nous avons pu constater plusieurs fois chez nos malades. Cela ne peut étonner si l'on se rappelle que l'activité musculaire résulte en majeure partie de la combustion des substances ternaires, et non de la combustion des matériaux azotés (expériences de Fick et Wislicenus) ; certains auteurs affirment même que le chiffre de l'urée contenue dans l'urine peut non-seulement ne pas augmenter mais même *diminuer* dans le cas d'exercice musculaire exagéré (1).

Si l'on irrite un point déterminé du plancher du 4e ventricule, on provoque l'apparition du sucre dans l'urine. Il est naturel de penser que l'effet est le même lorsqu'à l'irritation physiologique de ce point se substitue une irritation pathologique, comme celle de la paralysie générale au début. C'est ce qui nous a conduit à examiner l'urine de nos malades. Deux fois sur vingt, nous avons pu constater la présence du glycose ; de simples traces chez le malade qui fait l'objet de l'observation 22, des proportions notables chez un autre malade qui avait présenté de l'excitation génésique et commis des excès alcooliques. A l'heure actuelle, l'urine du premier malade ne renferme plus de sucre ; celle du second en contient encore. Ces résultats, quoique insuffisants, nous ont cependant paru dignes d'être rapportés.

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) Gavarret, article CHALEUR ANIMALE du *Dictionn. encyclopédique.*

©BIUM

ARCHIVES CLINIQUES

18

MAISON DE SANTÉ DE CHARENTON. — M. FOVILLE FILS

Paralysie générale.

SOMMAIRE. — Début subit d'un accès de folie, avec excitation maniaque et délire ambitieux, sans aucun embarras de la parole, ni trouble de de la motilité. — Au huitième jour, aggravation considérable. — Délire aigu. — Mort le treizième jour. — Lésions anatomiques de la paralysie générale.

M. K... âgé de trente-six ans, est amené à l'asile, le 20 mai 1868.

Il exerce la profession de tailleur; il paraît avoir eu beaucoup de savoir-faire et d'activité dans la gestion de ses affaires; il a un associé qui ne quitte jamais Paris, et c'est lui qui fait, en province, les fréquents voyages que nécessite la nature de leur clientèle.

Sa femme nous apprend que, dans la vie intime, il a toujours été extrêmement vif, emporté et même extravagant; il passait d'un moment à l'autre, de la tendresse la plus grande, aux violences les plus étranges, et cela, sans cause appréciable. Pour un rien, il se mettait en fureur, brisait une assiette, un vase, menaçait même de frapper sa femme. Jamais celle-ci n'avait un moment de sécurité absolue.

A Paris et dans son ménage, il menait ordinairement une vie régulière; mais chaque fois qu'il revenait de voyage, il paraissait extrêmement fatigué, et l'on a lieu de croire que, pendant ces absences, il était loin d'être sobre.

©BIUM

Dans ces derniers temps, il a eu avec son associé des querelles d'intérêt qui lui ont fait une impression très-pénible.

Il est revenu à Paris le 15 mai au soir, à la suite d'un voyage de quinze jours, pendant lequel la chaleur a été excessive.

Le lendemain, il a paru bizarre et soucieux, sans que cela dépassât les bornes compatibles avec la raison. Le 17, il va passer la journée à la campagne, chez un de ses amis, où l'on a l'habitude de mener joyeuse vie. Sa femme sait qu'il a monté à cheval et couru en plein soleil; elle sait aussi qu'il a dîné très-gaiement et que l'on a bu beaucoup de champagne; elle a tout lieu de croire que la plus grande partie de la nuit a été passée à boire et à jouer.

Le 18 au matin M. K... rentre chez lui et s'occupe de ses affaires, mais d'une manière distraite; par moments il ne semble pas avoir sa raison complète; ses paroles indiquent qu'il a conscience du trouble qui envahit ses idées; après le dîner, pendant lequel il a commis de véritables extravagances, il s'échappe de chez lui, prend une calèche de grande remise, ordonne qu'on le conduise chez l'Empereur, achète dans divers magasins des livres, pour des sommes considérables; entre dans plusieurs boutiques demander des cigares de 2,000 fr. Ramené chez lui, à grand'peine, il passe la nuit dans un état d'agitation extrême; il va être décoré, et il compte donner un développement immense à ses affaires.

Le lendemain, il est un peu plus calme, mais un médecin spécialiste consulté, considère le placement dans un asile comme indispensable; il y est amené le 20 mai.

27 *mai*. — M. K... nous est confié depuis huit jours, et depuis ce temps, il n'a cessé d'être dans un état d'agitation excessive. Il y a deux jours, tous les symptômes ont pris un surcroît d'intensité tel que son état se rapproche du délire aigu; aujourd'hui, il a une fièvre intense, il vocifère sans aucune interruption, remue constamment les jambes

©BIUM

et les bras dans le lit où il est fixé. La dernière nuit s'est passée tout entière dans le même état d'agitation.

Depuis son entrée, il n'a cessé de vociférer en allemand ; mais certains mots qui reviennent sans cesse dans ce qu'il crie indiquent que son délire roule principalement sur des idées de grandeur et que l'Empereur tient le premier rang dans ses préoccupations.

Jamais, depuis qu'on l'observe, on n'a pu constater le moindre embarras dans la parole, ni dans les mouvements. Les pupilles ne présentent pas d'inégalité dans leur contractilité.

30 *mai*. — L'imminence du délire aigu, signalée il y a trois jours, s'est complétement vérifiée. L'agitation incessante, avec vociférations continuelles, sputation, mâchonnement, soubresauts des tendons, absence de sommeil, n'ont cessé de se montrer avec une aggravation successive : le pouls a oscillé entre 130 et 150. Aujourd'hui, le malade est calme, mais complètement abattu ; le pouls, toujours très-fréquent, est irrégulier et très-faible ; quelquefois il est à peine perceptible, l'état du malade est désespéré ; depuis deux jours il n'a mangé absolument que des fraises. Il continue à marmotter sans embarras dans la prononciation, des lambeaux de phrases allemandes, dans lesquelles le nom de l'Empereur revient constamment.

31 *mai*. — Mort à 3 h. du matin, par suite du collapsus consécutif au délire aigu.

Autopsie, 1er juin, à 6 heures du matin. — Le cerveau étant mis à découvert par l'abaissement de la dure-mère, on constate que les méninges présentent, sur la convexité des deux hémisphères, des lésions très-manifestes ; leur transparence est remplacée par une teinte opaline ; des traînées laiteuses suivent les principaux vaisseaux le long des anfractuosités et s'élargissent aux confluents de ces anfractuosités ; en certains endroits, il y a de petites granulations blanches à leur surface. L'injection des méninges n'est pas très-intense, elle est surtout marquée à la

©BIUM

partie déclive du cerveau. A travers les méninges, là où elles sont encore transparentes, on est frappé de la coloration blanche et pâle des circonvolutions.

On procède, avec un soin minutieux, à l'enlèvement des méninges : des deux côtés, au niveau du lobule antérieur des hémisphères, il existe, de la manière la plus incontestable, des adhérences qui entraînent la portion superficielle de la substance corticale, et mettent à découvert la partie profonde de cette substance, dont l'aspect est gris violacé, tomenteux et ramolli. Chacune de ces sortes d'ulcérations, par suite d'adhérences, offre le type de la lésion qui est généralement considérée comme caractéristique de la paralysie générale. Sur un des lobules sphénoïdaux, il existe encore des adhérences semblables; dans le reste de la surface des hémisphères, il n'y a pas précisément d'adhérences mais seulement un état poisseux de la pie-mère, qui happe à la substance grise, et ne s'en sépare qu'avec un certain effort. Sur les lobes postérieurs, la séparation est, au contraire, facile et complète.

La surface de la substance grise corticale est pourtant pâle et résistante; elle forme, pour ainsi dire, une pellicule cornée ou épiderme assez dense; mais immédiatement au-dessous de cette première couche, cette substance grise est turgide, violacée, en voie de ramollissement et de désagrégation, ayant l'aspect tomenteux ou mamelonné; en certains endroits, cette pellicule peut se détacher de la couche sous-jacente par lambeaux atteignant un centimètre carré; un assistant à l'autopsie la compare à une peau de haricot. Partout, aussi bien dans la profondeur du cerveau que sous cette pellicule, la substance grise est très-injectée, violacée et paraît avoir perdu sa cohésion.

La substance blanche est piquetée, sans avoir subi de modification de consistance bien appréciable.

Au cervelet, les méninges se séparent sans adhérences; la substance grise superficielle, celle de la protubérance,

©BIUM

est violette et injectée, comme dans les hémisphères cérébraux.

Remarques. — Cette observation est des plus importantes. Un accès, en tout identique à la manie congestive, dégénère en délire aigu, et le malade meurt au bout de treize jours ; pendant toute la durée de l'affection, il y a eu une agitation maniaque excessive, un délire de grandeur diffus et incohérent, sans aucun embarras de la parole. L'autopsie est faite devant quatre personnes habituées aux recherches de ce genre, et pour aucune, il n'y a le moindre doute possible ; les lésions anatomiques sont celles que l'on s'accorde à considérer comme caractéristiques de la paralysie générale.

Or, ce n'est pas au délire aigu pris en lui-même, que l'on peut attribuer ces lésions ; tous les auteurs qui ont parlé de cette forme du délire s'accordent à dire qu'il n'y a pas d'altération anatomique constante qui s'y rapporte, ni, à plus forte raison, qu'il puisse déterminer, à lui seul, des adhérences des méninges et le ramollissement interstitiel de la substance corticale. C'est donc à l'accès d'aliénation mentale, qui a précédé et amené ce délire aigu, c'est-à-dire la manie congestive, qu'il faut rapporter ces lésions anatomiques : il faut donc, forcément, reconnaître que cet accès de manie congestive, malgré l'absence de tout trouble du côté de la motilité, constituait bien un cas de paralysie générale, puisqu'il en a présenté les caractères cadavériques d'une manière incontestable. Il est impossible que le problème soit posé en termes plus simples ni que la solution soit plus démonstrative.

©BIUM

19

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.— M. A. VOISIN.

Deux cas d'ovariotomie suivie de délire

J'ai eu l'occasion d'observer deux cas de délire, survenu consécutivement à l'ovariotomie. Les deux malades avaient été opérées par le Dr Péan pour des kystes de l'ovaire. Chez toutes deux l'opération en elle-même avait réussi.

La première, âgée de trente-deux ans, fut prise de délire le troisième jour de l'opération, délire accompagné d'hallucinations, de fièvre et succomba au bout de trente-six heures. Je n'ai pu faire l'autopsie de cette malade.

La seconde a été apportée dans mon service et a pu être observée par moi dans les meilleures conditions. Voici son observation suivie de l'autopsie rédigée par M. Boyer, externe du service.

Sommaire. — Opération d'ovariotomie. — Huit jours après, délire. — Idées de grandeurs. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Fièvre intense. — Morte le sixième jour. — Lésions anatomiques de la méningo-encéphalite.

La nommée Marie M..., femme T..., vingt-six ans, est entrée dans le service de M. le Dr Auguste Voisin le 5 février 1879.

L'ovariotomie a été pratiquée par M. Péan, le 21 janvier dernier, pour une tumeur contenant 12 litres de liquide. Les suites de l'opération ont d'abord été normales, mais au bout de huit jours, on remarque de l'exaltation, de la loquacité, de l'insomnie, et deux jours plus tard le délire éclate.

Pas d'hérédité. Bonne santé antérieure, malgré quelques accidents nerveux hystériques; caractère vif, impressionnable.

1er *février* 1879. — Appelé à visiter la malade, je la trouve dans le décubitus dorsal, couverte de sueurs, la face rouge, en proie à une grande excitation. Le pouls est à 120, et le thermomètre marque 38° dans l'aisselle.

©BIUM

Elle crie, chante ou pleure par intervalles et parle avec volubilité. « Je suis la mère de Dieu, dit-elle, j'ai sauvé le genre humain, je sanctifierai tout le monde. »

La parole est nette. — Les pupilles égales, d'un diamètre au-dessus de la moyenne.

La malade reconnaît son mari, les personnes qui la soignent. Je constate des hallucinations de la vue et de l'ouïe ainsi que de l'hypéresthésie de ces deux organes et des illusions de la vue. La plaie abdominale n'offre rien de particulier ; la suppuration est légère.

On est obligé d'employer la camisole de force, la malade cherchant sans cesse à quitter le lit.

J'ordonne une nourriture légère, un vésicatoire à l'occiput préalablement rasé, une potion avec 4 grammes de bromure de potassium, et je fais administrer 15 milligrammes de chlorhydrate de morphine en trois injections hypodermiques, à intervalles égaux.

2 *février*. — Même excitation ; un peu de sommeil après chaque injection.

Les pupilles ne sont pas influencées par le médicament.

Température axillaire, 36° 2.

La malade dit : « Le Sauveur, c'est moi ; l'enfant Jésus, c'est moi ; je veux être la reine de France, je suis digne de l'être. »

On donnera 7 centigr. de morphine en trois fois et 10 centigr. de chloral, deux heures après chaque injection.

3 *février*. — Toujours très-agitée ; somnolente et légèrement abattue par moments. — Elle parle tout bas de ses idées délirantes et fait quelques réponses raisonnables.

Pupilles moyennement dilatées.

Quelques nausées, sans vomissements.

Elle prend du lait.

25 centigr. de morphine en quatre fois et 10 centigr. de chloral, deux heures après chaque injection.

4 *février*. — Pendant la première partie de la nuit la

©BIUM

malade a été tranquille, mais depuis l'agitation est revenue. Elle fait sur son lit des mouvements considérables du ventre, porte le tronc en avant en s'arc-boutant sur la nuque et les talons, et cela d'une façon rhythmique, en chantant ou poussant des cris.

Rien de nouveau du côté du ventre qui est en bon état.

Face vultueuse, sueurs profuses; incontinence de l'urine et des matières fécales.

Pouls à 140. Temp. axillaire, 41° 2.

25 centigr. de morphine en quatre fois.

10 centigr. de chloral comme précédemment.

50 centigr. de sulfate de quinine en lavement.

5 *février*. — Hier soir, les sueurs avaient diminué, le pouls était à 120, la température à 39°. Un peu de calme, de sommeil jusqu'à minuit; depuis grande agitation, cris perçants, fixité du regard et extase par moments.

Ce matin, pouls à 148, temp. axillaire, 40o.

On lui donne 25 milligr. de morphine en une injection et deux heures après 10 centigr. de chloral.

Onze heures. — Elle est conduite dans mon service, à la Salpêtrière, y arrive très-abattue, me reconnaît, répond d'une façon sensée et donne avec précision les renseignements nécessaires à son entrée, tels que noms, âge, lieu de naissance.

Le pouls se maintient à 148.

Nouveau vésicatoire à l'occiput, un à chaque mollet.

50 centigr. de chloral en potion ; 50 cent. de sulfate de quinine en lavement pour le soir. Cesser le chlorhydrate de morphine.

Cinq heures. — Elle est abattue, calme, parle bas.

Pupilles moyennes. — Quelques nausées.

Temp. axillaire, 39o.

6 *février*. — Elle meurt à trois heures du matin.

Autopsie (trente-six heures après la mort).

La plaie abdominable, longue de 15 centim. contourne

©BIUM

le côté gauche de l'ombilic et remonte un peu au-dessus. Vers sa partie moyenne, elle présente un orifice de 4 centim. de diamètre qui livre passage au pédicule, autour duquel il existe très-peu de suppuration.

A la face postérieure de la paroi abdominale, on voit la plaie cicatrisée, lisse et l'orifice précédent adhérent par ses bords au pédicule. Celui-ci, du volume d'une grosse amande, est situé à 4 centim. en dehors de l'ovaire gauche, sur le ligament large qui adhère au mésocôlon iliaque.

L'utérus est dévié à droite.

Un peu de rougeur sur le péritoine, au niveau de la partie qui avoisine la plaie.

Rien à noter dans les organes du thorax et de l'abdomen.

Cerveau. — Les méninges présentent de nombreuses taches ecchymotiques, d'étendue variable, avec suffusions sanguines et turgescence des plus petits vaisseaux.

Dans l'hémisphère gauche, cet état se fait surtout remarquer au niveau du tiers moyen de la première et de la deuxième frontale, sur toute l'étendue de la troisième frontale, de la première et de la troisième temporales, sur la partie inférieure de la première pariétale, et sur presque toute la longueur de la deuxième pariétale.

Dans l'hémisphère droit, on le constate :

Sur le tiers postérieur de la première et de la troisième frontales;

Sur le tiers inférieur de la frontale ascendante et sur presque toutes les circonvolutions occipitales.

En enlevant les méninges, on voit, dans presque tous ces endroits, un pointillé très-apparent de la substance corticale.

Sur l'hémisphère gauche, au niveau du tiers postérieur de la troisième frontale et tout le long de la première pariétale, on constate que la méninge adhère légèrement à la substance sous-jacente, elle happe et lui donne un aspect grenu.

Injection considérable des parties moyenne et postérieure

©BIUM

de la couronne de Reil, injection qui pénètre dans les folioles des circonvolutions pariétales et occipitales droites.

Piqueté anormal des couches optiques.

Examen microscopique. — Un morceau de méninge ecchymosée, traitée par l'hématoxyline, présente des noyaux en quantité normale et les vaisseaux sont gorgés de sang.

Une portion de substance corticale de la première temporale gauche offre partout des myélocytes et des cellules à l'état d'intégrité parfaite. Par places, on note l'injection des plus fins capillaires qui, ailleurs, ont au contraire un aspect normal.

Cet état se retrouve dans la substance grise de la troisième frontale droite, de la première et de la troisième frontales gauches.

En résumé, les symptômes et les altérations anatomiques permettent de dire que cette seconde malade était atteinte de méningo-encéphalite aiguë, caractérisée par les phénomènes suivants :

Excitation considérable, délire, idées de grandeur ; hyperesthésie de l'ouïe, de la vue ; hallucinations multiples, fièvre intense.

Et les lésions caractéristiques : congestion cérébro-méningée ; ecchymoses nombreuses ; pointillé de la substance corticale en beaucoup de points ; adhérences en voie de formation.

La plaie abdominale était en bonne voie de guérison, et malgré l'agitation considérable de la malade et son transport en voiture, la cavité du bassin ne présentait aucune altération morbide.

Ces deux cas sont les seuls survenus chez les 180 femmes opérées d'ovariotomie par M. Péan. J'ai cru utile de les publier, car je ne crois pas que des faits semblables aient été observés jusqu'ici.

Je n'ai eu aucune donnée sur la cause du délire chez la première femme. J'ai su que la seconde était excessivement

©BIUM

impressionnable, que l'idée de l'opération l'avait préoccupée au plus haut point. L'hystéricisme dont elle était atteinte antérieurement et dont elle a manifesté les symptômes pendant son délire a dû être une cause prédisposante. On doit, à mon avis, à défaut d'altérations du bassin consécutives au traumatisme, ranger ces délires parmi les délires protopathiques des opérés dont il est important de montrer, dans ces cas, la nature et la lésion inflammatoires.

20

ASILE DE MARÉVILLE. — M. CHRISTIAN

Paralysie générale et ataxie locomotrice.

SOMMAIRE. — Excès de tout genre. — Syphilis. — Fatigues excessives pendant la guerre de 1870-71. — Chute sur la tête en 1873. — Ataxie locomotrice progressive traitée par une médication spécifique. — Paralysie générale.

M. X..., officier de cavalerie, âgé de trente-sept ans, marié, père de deux enfants, souffrait depuis plusieurs années d'une ataxie locomotrice progressive (douleurs fulgurantes, incertitude des mouvements, diplopie, etc). En dernier lieu, il s'était confié aux soins de mon excellent ami, M. le Professeur Bernheim, de Nancy. M. Bernheim, ayant trouvé dans les antécédents du malade une infection vénérienne, crut pouvoir y rattacher la maladie actuelle, et institua un traitement antisyphilitique, consistant en frictions mercurielles avec iodure de potassium à l'intérieur. Ce traitement très-régulièrement suivi, amena une amélioration remarquable; au bout de quelques semaines, l'officier, qui n'habitait pas Nancy, écrivait à son médecin une lettre enthousiaste, dans laquelle il signalait la disparition de tous les symptômes, et se déclarait complétement guéri. Quelques jours après, écla-

©BIUM

tait un délire épouvantable, et il fallut d'urgence transférer le malade dans mon service à Maréville.

Il y arriva dans un état d'agitation maniaque portée à son plus haut degré : langue sèche, lèvres fuligineuses, face rouge, vultueuse; — insomnie, cris continuels, accès de fureur; — avec cela embarras marqué de la parole, tremblement fibrillaire des muscles de la face, idées de grandeur absurdes et incohérentes; — tout indiquait le début d'une paralysie générale. La suite ne fit que confirmer ce diagnostic; quand je quittai le malade, après l'avoir eu près de cinq mois dans mon service, la paralysie générale avait fait des progrès considérables.

Ma première idée avait été celle d'une paralysie générale succédant à une ataxie locomotrice progressive. Celle-ci ne pouvait être mise en doute; elle n'avait pu tromper l'œil exercé du professeur Bernheim, qui l'avait attaquée par un traitement énergique, et qui avait pu croire un moment qu'il avait triomphé du mal. Dans cette hypothèse, il y aurait eu ceci de singulier, que la paralysie générale aurait éclaté juste au moment où l'ataxie paraissait guérie.

Les renseignements que j'obtins dans la suite, me firent adopter une tout autre manière de voir.

M.X.... qui appartient à une excellente famille, avait dû s'engager à l'âge de dix-huit ans, parce qu'il n'avait jamais voulu travailler. A trente-sept ans seulement, il passait capitaine. C'est que, pendant toute sa carrière militaire, il avait mené la conduite la plus désordonnée; — le mariage seul l'avait rangé.

Dans ce passé orageux, il y avait une autre circonstance, plus grave encore que la syphilis. En 1873, M. X... avait fait une effroyable chute de cheval. Lancé au galop, il avait été désarçonné, et précipité la tête en avant contre un arbre; il était resté privé de connaissance, et pendant plus de six semaines, il fallut le disputer à la mort. Longtemps il eut la tête faible, et fut incapable de s'appliquer à un travail intellectuel.

©BIUM

Eh bien! je crois que si, dans l'étiologie, les excès antérieurs ont joué un rôle, c'est surtout dans ce grave traumatisme de la tête qu'il faut chercher la cause de la paralysie générale. Et quant à l'ataxie locomotrice, je l'attribuerai volontiers aux rudes fatigues corporelles endurées pendant la guerre de 1870-71. Car déjà après cette campagne, M. X... se plaignait de douleurs dans les membres, qu'il attribuait à des rhumatismes.

Si donc les deux maladies se sont combinées, c'est qu'il y avait là réunion de deux ordres de causes qui, isolées, auraient provoqué, les unes l'ataxie locomotrice, les autres la paralysie générale.

J'ajouterai que l'ataxie n'était guérie qu'en apparence; dès que le malade fut devenu assez calme pour rendre compte de ses sensations, il se plaignit de douleurs fulgurantes dans les cuisses, quelquefois aussi de troubles dans dans la vision qui, disait-il, devenait moins distincte.

En résumé chez mon malade, les deux maladies, quoique réunies sur le même individu, me paraissent avoir été tout à fait indépendantes l'une de l'autre. J'incline à croire qu'il en est ainsi dans le plupart des cas, sinon toujours.

21

OBSERVATION REPRODUITE.

Folie congestive d'origine syphilitique. — Traitement spécifique. — Guérison rapide.

Existe-t-il des vésanies simples d'origine syphilitique?

Sommaire. — Cephalée. — Paralysiede la troisième paire. — Perte subite de connaissance.— Inaptitude au travail.— Indifférence.—Incohérence des paroles et des actes. — Excitation musculaire. — Démarche empreinte de raideur et de maladresse. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe. — Traitement spécifique. — Guérison rapide (1).

« Un jeune homme, dit M. Fournier, contracte la sy-

(1) Observation empruntée à l'ouvrage de M. Fournier sur la syphilis cérébrale.

©BIUM

philis, et reçoit mes soins, au début, pendant plusieurs mois. N'ayant plus rien de visible sur le corps, il se croit guéri, — comme c'est le cas de tant de malades, — et bientôt je ne le revois plus.

» Six ans plus tard, il est pris d'une paralysie de la troisième paire, avec céphalée et accès de somnolence. Traité par l'iodure de potassium, il se débarrasse rapidement de ces accidents.

» L'année suivante, il éprouve une perte passagère de connaissance à laquelle on ne prête pas attention. — Puis, un mois après environ, débutent des troubles intellectuels qui atteignent en peu de temps un haut degré d'intensité. Le malade ressent d'abord une inaptitude singulière au travail, dont il s'inquiète, dont il se plaint à maintes reprises. Il devient indifférent à tout ce qui l'entoure, et ne s'occupe plus ni de sa profession, ni de sa jeune femme, ni de son enfant. Sa volonté s'éteint. Il commence à déraisonner; et bientôt, il déraisonne d'une façon continue, habituelle. Il tient toute espèce de propos incohérents, passant d'un sujet à un autre, et ne daignant pas même répondre aux objections qu'on lui adresse. Il commet une foule d'actes extravagants, insensés. Il est toujours en mouvement, et sa démarche empreinte de raideur, de maladresse, traduit un trouble évident des puissances locomotrices. — Ultérieurement le désordre intellectuel s'accroît encore, et le malade passe décidément pour un « fou » près de tous ceux qui l'approchent, même un seul instant. Tantôt il se livre vis-à-vis des siens à des protestations enfantines d'amitié et de tendresse, et tantôt il les accable d'invectives. Un jour il se jette aux genoux de sa femme, lui déclarant un amour passionné, et, deux minutes après, il l'insulte grossièrement. Recevant la visite d'un médecin qu'il ne connaît pas, il commence par vouloir l'embrasser, et aussitôt après l'agonit d'injures. Il entend des voix qui lui conseillent les actes les plus cruels ou les plus stupides; constamment,

©BIUM

jour et nuit, il se voit environné « d'hommes noirs » qui l'excitent à des crimes épouvantables. Il éprouve également des hallucinations de l'ouïe. Par instants, enfin, il devient furieux, frappe sa domestique, frappe sa femme ; il veut tout jeter par les fenêtres ; il exprime l'intention formelle d'en finir avec tous ceux qui l'ennuient, qui le tracassent, qui le persécutent ; « il les tuera tous, dit-il, et il se tuera lui-même ensuite, » etc.

» Que pouvait être un tel état, et à quoi le rapporter ? Diagnostic difficile et périlleux s'il en fut ; difficile à ce point qu'un homme des plus experts, qu'un aliéniste justement estimé, s'y trompa lui-même. Ce distingué collègue crut à une « paralysie générale » et porta un pronostic désespéré.

» Qu'arriva-t-il ? C'est qu'à ce moment intervint un autre médecin. Ami du malade, connaissant sa vie, ses antécédents spécifiques, connaissant aussi ses ascendants, tous exempts de maladies mentales, l'honoré confrère à qui j'emprunte cette observation ne put se résigner à accepter le diagnostic de paralysie générale. Il soupçonna une encéphalopathie syphilitique et proposa de recourir au traitement spécifique « ne fût-ce qu'à titre d'essai ». Encouragé dans cette voie par M. le Dr Millard, dont vous connaissez tous la sagesse clinique, il institua ce traitement. Et, tout aussitôt, changement à vue, modification aussi rapide que prodigieuse dans la scène morbide. En quelques jours, — en quelques jours seulement, — le délire se calma, l'agitation disparut, tous les symptômes psychiques s'évanouirent. Au bout de trois ou quatre semaines, — pas davantage, — l'état mental avait repris son équilibre, et toujours il est resté sain depuis lors, c'est-à-dire depuis quatre années actuellement (1). »

Cette observation est des plus intéressantes, et on ne saurait trop mettre en lumière les faits de ce genre.

---

(1) Fournier, *Syphilis cérébrale*, p. 309.

©BIUM

A part le point capital d'une folie grave rapidement guérie par le traitement spécifique, cette observation soulève plusieurs questions intéressantes.

M. Fournier admet une forme mentale de la syphilis cérébrale et, parmi les divers types qu'il décrit, figure ce qu'il appelle la *manie commune*, la *manie vulgaire*.

Après en avoir fait le tableau il ajoute : « A coup sûr, les phénomènes qui précèdent sont exactement ceux qui composent l'accès de manie vulgaire. A coup sûr, ils constituent une véritable manie, dans l'acception du mot la plus formelle. »

C'est en vain, dit-il encore, qu'on chercherait « un signe propre à distinguer l'état cérébral qu'il vient de décrire, de la manie commune ; ce signe, il croit qu'on ne le trouverait pas.»

D'après M. Fournier, cette manie d'origine syphilitique a été très-souvent « méconnue comme nature, taxée de folie vulgaire, rapportée à telle ou telle forme d'aberration mentale vulgaire. Les exemples de semblables erreurs abondent dans la science. »

A l'appui de cette opinion, il cite l'observation si curieuse en effet que nous venons de reproduire. Ce cas est pour lui un « véritable type » de la manie syphilitique qu'il a vainement cherché à distinguer de la *manie commune*, de la *manie vulgaire*.

Il nous semble que M. Fournier eut dû peut-être ajouter à tout ce qui précède quelques explications pour prévenir un malentendu. Par manie *vulgaire*, par manie *commune*, il entend sans nul doute parler de la manie simple, de la manie essentielle ? Or, il paraît difficile d'admettre qu'on ait pu souvent confondre la manie syphilitique avec la manie simple.

Voici en effet ce qui, dans l'immense majorité des cas, doit empêcher de commettre une semblable erreur.

M. Fournier fait remarquer, dans son ouvrage, que les

©BIUM

folies d'origine syphilitique sont *isolées* ou *associées* à d'autres symptômes cérébraux (paralysies diverses, accès épileptiformes, congestions, cérébrales, etc.).

Or ce second cas est, dit-il, infiniment plus commun que le premier. Il constitue la règle.

D'où il faut conclure que, parmi les folies attribuées à la syphilis, celles qui se présentent isolées sont en réalité exceptionnelles.

Comme on l'a vu, l'observation citée plus haut rentre dans la règle. C'est une folie précédée de congestion cérébrale et associée à des lésions des mouvements. Par cette association ce cas diffère de la manie simple, de la manie commune. Il ne s'agit ici que de s'entendre sur les mots.

Mais si la manie syphilitique ne peut que bien rarement être confondue avec la manie simple, elle peut facilement au contraire être prise pour un délire maniaque symptomatique d'une paralysie générale à son début. C'est ce qui est arrivé ici. On a vu en effet qu'un médecin aliéniste, appelé à examiner le malade, l'avait cru atteint de paralysie générale.

Nous venons de dire que, d'après M. Fournier, les folies simples d'origine syphilitique sont exceptionnelles ; mais il importe en outre de faire remarquer que, même dans ces cas si rares, la folie, ne reste isolée et simple en apparence que très-peu de temps. Le plus souvent, en effet, il ne s'agit alors, comme cela est si fréquent dans la paralysie générale, que d'un mode de début : « J'affirme, dit M. Fournier, n'avoir pas rencontré jusqu'à ce jour un seul cas de délire syphilitique qui se soit limité et prolongé dans sa forme, de façon à constituer une *aliénation mentale permanente*, exempte de tout mélange d'autres accidents, exempte de dégénérescence ultérieure. Toujours au contraire j'ai vu les divers états délirants de la syphilis cérébrale (exaltation, incohérence, manie, etc.), se compliquer à échéance plus

©BIUM

ou moins courte de phénomènes variés, se fusionner avec d'autres états plus complexes ou aboutir finalement à la démence (1). »

Dans ces conditions, n'est-il pas permis de poser la question suivante :

Existe-t-il réellement des vésanies simples d'origine syphilitique (2) ? BAILLARGER.

(1) Fournier, *De la syphilis cérébrale*, page 517.
(2) Il importe d'ailleurs de faire la part des cas où il pourrait n'y avoir qu'une simple coïncidence.

©BIUM

ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

RAPPORT GÉNÉRAL

A M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

SUR LE

SERVICE DES ALIÉNÉS

EN 1876

PAR LES INSPECTEURS GÉNÉRAUX DU SERVICE

MM. LES Drs CONSTANS, LUNIER ET DUMESNIL

Analyse par M. le Dr MOTET

Nous ne savons rien de plus instructif, de plus attachant que l'étude du passé mise en regard des conquêtes du présent : par elle, le chemin parcouru s'éclaire, les résultats obtenus s'accusent, et des lueurs plus vives se projettent sur l'avenir. Les desiderata ne sont plus alors le sujet d'un doute ni d'une impatiente ardeur. Ils apparaissent comme le but des efforts des esprits honnêtes et sages, ils stimulent le zele, et, loin d'arrêter le progrès dans sa marche, ils l'appellent. Les questions sociales ont cela de particulier, qu'elles ne comportent pas de solutions hâtives; plus que toutes autres, elles exigent de longues études, et si lentes que paraissent les phases de leurs transformations, on ne se doit ni lasser, ni décourager; chaque jour les prépare, elles n'arrivent à maturité que dans des conditions géné-

©BIUM

rales où le concours d'événements humains les sert et les développe. Elles peuvent avoir leurs temps d'arrêt, le progrès entrevu peut être un moment enrayé ; elles s'imposent tôt ou tard, et avec d'autant plus de puissance qu'elles répondent à des besoins nouveaux, à des aspirations élevées, à la loi du perfectionnement continu des institutions et des mœurs.

La question de l'assistance des aliénés est peut-être l'une de celles dont l'évolution a été le plus longtemps entravée. L'influence des doctrines religieuses, les superstitions, les préjugés, un sentiment de crainte née de l'ignorance, étouffaient la pitié. Il fallut des siècles pour que la situation misérable des aliénés se modifiât, et qu'ils fussent enfin élevés à la dignité de malades. Ceux qui visitent aujourd'hui les asiles qui leur sont consacrés, ne se doutent guère de ce qu'était en Europe la condition des aliénés, lorsque Esquirol, en 1819, constatait dans un mémoire adressé au ministre de l'intérieur que : les aliénés étaient plus maltraités que des criminels et réduits à une condition pire que celle des animaux. » Je les ai vus, disait-il, nus, couverts de haillons, n'ayant que de la paille pour se garantir de la froide humidité de la pierre sur laquelle ils sont étendus, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif, et des choses les plus nécessaires à la vie ; livrés à de véritables geôliers, et abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans des réduits étroits, sales, infects, sans air, sans lumière, enchaînés dans des antres où l'on craindrait de renfermer les bêtes féroces que le luxe des gouvernements entretient à grands frais dans les capitales. Voilà ce que j'ai vu partout en France, voilà comment les aliénés sont traités partout en Europe. »

Et cependant, un généreux effort avait été tenté déjà. Pinel à Bicêtre, au plein de la tourmente révolutionnaire, avait entrepris une réforme que devaient imiter et poursuivre des hommes de cœur dans des pays voisins. Chia-

©BIUM

ruggi et Daquin, Georges Jepson, s'élevèrent avec indignation contre un état de choses que condamnaient l'humanité et la science. L'opinion commençait à s'émouvoir, les pouvoirs publics durent enfin compter avec elle, et un jour, il fallut bien s'occuper d'une question trop longtemps négligée, pourvoir à des nécessités pressantes et substituer l'action bienfaisante de la loi, aux barbares coutumes qui faisaient d'un malade un véritable paria, rejeté par la société, par la famille, abandonné sans protection, comme sans soins, à l'arbitraire sans contrôle.

C'est l'histoire de cette transformation, des progrès qui l'ont suivie, que viennent de livrer à nos méditations MM. Constans, Lunier et Dumesnil, inspecteurs généraux du service des aliénés de France. Jamais moment ne fut mieux choisi pour mettre au jour leur grand et imposant travail.

La science, les arts, l'industrie offraient au monde les résultats prodigieux de l'activité humaine, les merveilles écloses au souffle puissant de la civilisation étaient réunies dans le palais que la France avait élevé pour elles; il était bien, il était juste de faire une place aux perfectionnements apportés dans le régime hospitalier, dans le régime pénitentiaire, de montrer ce que tendait à devenir chez nous l'assistance des aliénés; ce n'aura, certes, pas été l'un des spectacles les moins instructifs, les moins émouvants, que celui des efforts tentés pour l'amélioration du sort de l'homme sain ou malade, livré par la loi à la surveillance ou à la tutelle de l'administration.

Il fallait un livre pour expliquer ce qui avait été fait, pour signaler les progrès réalisés, pour présenter dans une étude d'ensemble les conditions de l'assistance des aliénés dans notre pays. C'est de ce livre que nous voulons nous occuper ici. Si insuffisante que puisse être l'analyse d'une œuvre aussi considérable, il était de notre devoir de la présenter dans les *Annales médico-psychologiques* ; nous y avions un double

©BIUM

intérêt : celui de faire connaître un travail remarquable à tous les titres, celui de rendre un hommage mérité à nos savants collègues, qui n'ont épargné ni leur temps, ni leurs peines pour mener à bien une entreprise où se revèlent à la fois, leur haute compétence, leur impartialité absolue. Ce qui domine dans ces pages, c'est moins la satisfaction de ce qui est, si légitime que nous l'eussions trouvée, que le désir sincèrement, noblement exprimé, de poursuivre des améliorations sur certains points incomplètes encore, de continuer sans défaillance la tâche si bien commencée, et de la conduire jusqu'au jour où les desiderata auront disparu.

PREMIÈRE PARTIE.

HISTORIQUE DE LA LÉGISLATION SUR LES ALIÉNÉS.

« Toutes les civilisations ayant eu leurs aliénés, plus ou moins nombreux, selon le degré auquel elles sont parvenues, toutes les sociétés ont dû fixer sur eux une attention plus ou moins soutenue, pour se garantir de leurs atteintes ou pour les guérir. »

Qu'on ne s'y trompe pas cette phrase n'est pas plus un paradoxe qu'elle n'est une accusation portée contre la civilisation: elle constate un fait qui, malgré toutes les controverses, reste vrai, c'est que « l'aliénation dans sa fréquence, suit la civilisation ; elle en est le parasite; elle vit et s'accroît avec elle et à ses depens. » Il semble que l'homme soit, par un triste retour, condamné à payer chèrement ses conquêtes, et que, plus la lutte est ardente, plus les victimes sont nombreuses. La civilisation en multiplian[t] les intérêts matériels, les besoins, augmente aussi les déceptions et les misères. L'agitation de la vie crée des conditions de suractivité cérébrale dont la folie est souvent la conséquence ; mais ceux qu'elle atteint peuvent avoir été prédisposés à subir avec une résistance moindre l'influence de deux facteurs : les causes physiques et les causes morales.

©BIUM

L'hérédité vient aussi jouer un rôle des plus importants, et, plus loin sont poussées les recherches, plus s'augmente le nombre des cas dans lesquels elle est constatée. Esquirol l'avait trouvée dans la proportion de 25 p. 100; elle a été relevée par d'autres observateurs dans la proportion de 61 p. 100. Ces réflexions empruntées aux auteurs du rapport, ne les conduisent pas à des conclusions absolues; ils étaient trop éclairés et trop sages pour en formuler de pareilles, ils n'ont voulu que poser une donnée générale, et montrer que la part à faire aux causes diverses dans le développement de la folie est toujours une œuvre difficile, que les causes physiques et les causes morales n'agissent pas isolément, qu'elles se combinent, s'associent pour amener un résultat dont les lois n'ont rien d'immuable.

MM. Constans, Lunier et Dumesnil, dans un rapide historique, rappellent ce qui, dans les temps anciens, constituait l'assistance des aliénés. Il nous reste, à vrai dire, peu de choses sur la folie, et les livres d'Hippocrate jettent peu de lumière sur cette question. C'est à Rome qu'on trouve la trace d'une intervention plus active, et comme les médecins grecs y étaient en honneur, il est permis de supposer que ce sont eux qui ont rapporté de leur pays les enseignements et les coutumes adoptées à Rome : il semble toutefois, qu'on se soit moins préoccupé du soin de guérir les aliénés que de les empêcher de nuire, et que le système de la réclusion dans des lieux qui pouvaient bien n'être que des prisons, ait été le seul mode d'assistance qu'on ait donné à ces malades.

Etaient-ils moins nombreux qu'ils le devinrent plus tard Il est permis de le supposer ; dans tous les cas, ils ne furent jamais traités avec autant d'inhumanité qu'aux époques d'ignorance et de superstition. Toute idée scientifique avait disparu; l'empirisme, les théories hasardées, bizarres, régnaient despotiquement, et, sous l'empire des préoccupations religieuses, les délires prirent un caractère

©BIUM

tout spécial; la démonomanie, la croyance aux sorciers, aux enchantements, se retrouva dans toutes les classes de la société ; la peur, la contagion par imitation, accrurent singulièrement le mal, et il se trouva des hommes, qui, au nom de la justice, se firent les bourreaux des aliénés ; des prêtres, dont les pratiques mystérieuses frappèrent les imaginations naïves et crédules; et, de toutes parts, quand la folie avait résisté aux exorcismes, le bûcher s'allumait pour faire disparaître, au milieu de cruautés inutiles, des malheureux dont le seul crime était d'avoir perdu la raison. Et telle était alors, l'influence de la terreur que provoquaient ces supplices, qu'il régna de véritables épidémies de démonomanie : la peur du mal conduisait dans un pire. Des hommes généreux essayèrent de lutter contre des idées dont l'absurdité les révoltait, leurs voix furent à peine entendues, mais nous avons conservé leurs noms : ce furent Jean Wier, Jérôme Cardan, Pigray, Daniel Becker, Naudé, Richard Mead, esprits élevés, qui, au nom de la science, protestèrent courageusement, sans craindre d'être accusés eux-mêmes d'avoir pactisé avec le démon.

MM. Constans, Lunier et Dumesnil font ressortir avec raison la contradiction choquante dont la religion chrétienne donnait l'exemple. A un moment où toute l'autorité, nous pourrions presque dire tout le savoir, appartenait aux ordres religieux, où des établissements charitables se fondaient de tous côtés, les aliénés seuls étaient délaissés, en France surtout. Un seul pays, l'Espagne, où les frères de la Merci, moines et médecins, étaient en relations avec la population musulmane, et savaient quelles étaient les institutions de l'Orient destinées aux aliénés, tenta de fonder un asile. Il fut édifié à Valence en 1409 ; il eut moins le caractère d'un lieu de traitement que d'un refuge, et les aliénés y étaient enchaînés pour la plupart, soumis à un régime d'où les violences n'étaient pas bannies; mais l'élan était donné : Sarragosse, Séville, Valladolid, Tolède, eurent

©BIUM

aussi leurs asiles; de là, le mouvement se propagea en Italie, puis il s'arrêta pendant plus d'un siècle, et ce fut saint Vincent-de-Paul qui, en France, au commencement du XVIIe siècle, réveilla par ses prédications les sentiments de charité en faveur des aliénés, et contribua puissamment à leur faire ouvrir les portes des hôpitaux et des couvents. Il se fonda même quelques établissements avec un caractère spécial, à Marseille, à Avignon, à Lille, à Armentières, à Saint-Venant, à Charenton, à Cadillac, où les aliénés furent reçus, moins cependant pour y être traités,—on croyait peu à la curabilité de la folie,— que pour y être mis à l'abri et pour y trouver des soins matériels.

Un arrêt du Parlement de Paris en 1660, est le premier acte régulier qui termine une longue période d'indifférence; il n'apporte toutefois, qu'une modification bien insuffisante à un état de choses déplorable. Les Petites-Maisons recevaient tout au plus cinquante aliénés, à cette époque. Il fut décidé que l'hôpital général « serait pourvu d'un lieu pour le renfermement des fous et des folles. » Et ce fut tout. Les aliénés restèrent plus d'un siècle confondus avec des malades de toute espèce, privés de soins, n'ayant qu'un lit pour trois, et dans une promiscuité dont on ne songeait pas même à s'étonner, quand Tenon, dans un remarquable rapport présenté à l'Académie, signala les abus, les flétrit énergiquement, et réclama des dispositions nouvelles. La Salpêtrière profita seule des améliorations demandées, obtenues dans une proportion si restreinte que l'on n'est même pas en droit de dire que le sort des aliénés fut moins misérable. A Bicêtre comme à la Salpêtrière on ne supprima ni les cachots, ni les chaînes, et en 1789, le duc de la Rochefoucauld-Liancourt pouvait dire : « La folie est à Bicêtre considérée comme incurable, les fous ne reçoivent aucun traitement : ceux qui sont réputés dangereux sont enchaînés comme des bêtes féroces ; il en est de même à la Salpêtrière. »

©BIUM

Dans les années suivantes, un essai de législation fut timidement tenté, mais les prescriptions se réduisirent à des formules visant surtout la police générale, et donnant à l'administration « le soin d'obvier ou de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés laissés en liberté. »

En 1792, en dehors de toute intervention législative ou administrative, un homme de cœur, doublé d'un savant, sans tenir compte des difficultés du temps, eut le courage d'essayer seul ce que, ni Ténon dans ses vastes projets d'améliorations matérielles, ni le duc de Liancourt et Cabanis dans l'exposé des mesures législatives et administratives, n'avaient réussi à faire adopter. Pinel profita de sa situation de médecin de Bicêtre pour faire tomber les chaînes des aliénés, pour supprimer les cachots, les mauvais traitements, créer des ateliers de travail, et substituer à de dures et inhumaines coutumes, la bienveillance et la douceur. Les résultats dépassèrent toutes ses espérances; déjà récompensé par le bien qu'il avait fait, il le fut plus encore par l'empressement avec lequel la réforme qu'il venait d'inaugurer fut partout accueillie. Il y eut, sur bien des points encore, des retards dans l'application de son système, il n'existait pas de loi qui fixât les responsabilités, déterminât les dépenses. Mais l'impulsion était donnée, les idées de Pinel répondaient à un besoin social, tous les esprits étaient préparés à examiner et à résoudre la question de l'assistance des aliénés; il ne fallut rien moins que l'état de trouble dans lequel vécut l'Europe pour enrayer un effort dans lequel l'opinion publique se trouvait de moitié avec les médecins, les législateurs, les philanthropes.

Nous n'avons pu que résumer brièvement les pages du rapport général consacré à cette étude historique. Nous en avons dit assez pour montrer à quelles recherches se sont livrés MM. les inspecteurs généraux. Ils ont suivi pas à pas ce grand mouvement, qui, avec des phases di-

©BIUM

verses, ne put que lentement amener une amélioration nécessaire. Désormais, le progrès marchera plus vite; nous arrivons au moment décisif, où, après des tâtonnements, des demi-mesures, un projet de loi sera définitivement mis à l'étude, et aboutira enfin à la législation actuelle. Il n'est pas moins intéressant de retrouver les caractères de ce qui fut une période préparatoire, et de voir comment les pouvoirs publics furent amenés à s'associer à la réforme que le corps médical ne se lassait pas de réclamer.

Protéger la liberté individuelle fut le premier souci de l'administration ; elle recommandait bien à ses agents de sauvegarder la sécurité publique, mais elle retirait d'une main ce qu'elle donnait de l'autre, l'absence d'une loi entretenait de regrettables hésitations. On vivait sous les prescriptions de l'article 9 de la loi des 16, 26 mars 1790, et la séquestration d'un aliéné devait être précédée de son interdiction ; singulière mesure dont la conséquence rigoureuse était celle-ci : attendre la fin de la procédure, soit dans un dépôt de sûreté, une prison, soit dans la famille. On ne tarda pas à s'apercevoir des complications graves qui naissaient de cette disposition mal conçue. A Paris, en 1803, un arrêté du préfet de police établit quelques règles pour l'admission des aliénés dans les hospices ou les établissements spéciaux. Mais ces règles n'avaient rien de fixe, elles ne se généralisèrent pas, et l'on se trouva bientôt en présence de coutumes locales, d'usages, qui variaient pour chaque département.

En 1813, le gouvernement impérial conçut la pensée d'organiser le service des aliénés, sur la base d'un accord entre les communes et l'État. Pour la première fois, on demanda aux préfets de s'enquérir du nombre des insensés de leur département, et d'étudier le mode de pourvoir à la dépense de ceux que ne pourrait secourir la famille. La circulaire ministérielle eut peu d'effet ; la difficulté du temps

©BIUM

y était bien pour quelque chose : ce qui est certain, c'est qu'en 1819, la situation n'avait pas changé. Esquirol vint ; il fut officiellement chargé de visiter les établissements consacrés aux aliénés. Nous avons dit ce qu'il pensait, et son rapport eut du moins ce résultat, de stimuler le zèle de quelques administrations locales, et de contribuer à l'amélioration d'asiles existant déjà, à l'édification de plusieurs autres. En 1815, il n'y avait encore en France que huit asiles spéciaux : Charenton, Bordeaux, Lille, Marseille, Avignon, Maréville, Saint-Méen, Armentières. Partout ailleurs les aliénés étaient confondus avec d'autres malades, avec des prisonniers. En 1821, M. de Gisors indiquait la nécessité de quartiers séparés pour les aliénés. On ne fit rien, et il semble que pendant plusieurs années on ait oublié la question. Elle ne fut reprise sérieusement qu'en 1828. L'Angleterre avait de son côté ordonné une enquête qui fut suivie de deux bills, point de départ d'une réforme qui devait se continuer avec plus de suite que dans notre pays.

L'un des hommes qui eurent l'influence la plus grande fut Ferrus. L'administration des hospices de Paris l'avait chargé de visiter les établissements hospitaliers de la Grande-Bretagne. Il revint de ce voyage avec des documents de la plus haute importance, et son rapport, en date de 1834, est l'exposé le plus complet de la question de l'assistance des aliénés. On fut frappé des défectuosités d'un système où tout semblait livré au bon vouloir de chacun, où manquaient des règles fixes, et le 29 juin 1835, M. le comte d'Argout, ministre de l'intérieur, adressa une nouvelle circulaire aux préfets, visant surtout la dépense des insensés indigents, et réclamant des renseignements détaillés sur ce qu'il conviendrait de faire, sur l'accueil que les conseils généraux auraient réservé à cette communication. « Les conseils généraux, disait le ministre, peuvent éclairer le gouvernement sur des questions importantes ; sur les limites et les directions à donner au nouveau service public qu'il s'agit d'or-

©BIUM

ganiser, pour l'exécution des lois et l'accomplissement d'un grand acte d'humanité. »

Ferrus, qui avait si bien préparé la voie, fut nommé inspecteur général : c'était, d'une part, s'assurer des renseignements certains que bon nombre de conseils généraux s'étaient montrés peu disposés à communiquer ; c'était, d'autre part, préparer l'unité d'un service que des dispositions législatives devaient, dans un avenir prochain, nettement définir. Le premier acte dans cette voie fut l'art. 6 de la loi de finances du 18 juillet 1826: « Sont assimilées pour 1837 aux dépenses variables départementales les dépenses pour les aliénés indigents, sans préjudice du concours de la commune du domicile, et, s'il y a lieu, des hospices. »

Cette disposition, qui n'avait d'effet que pour un an, fut renouvelée le 10 juillet 1837.

Avant de clore cette revue rétrospective et d'arriver à la promulgation de la loi du 30 juin 1838, MM. les Inspecteurs généraux ont établi la statistique des asiles d'aliénés en France et de leur population, autant du moins que les renseignements vagues qu'ils ont pu consulter leur ont permis de le faire. Cette partie de leur travail a été difficile ; ils n'ont pu donner que sous toutes réserves des chiffres qui, à bon droit, leur paraissaient inexacts. Quoi qu'il en soit, c'était un complément nécessaire, et si les données n'ont pas une certitude à l'abri des critiques, il n'en est pas moins intéressant de suivre une progression croissante dans le nombre des admissions.

De 1786 à 1818, c'est à Paris seulement, et encore d'une manière irrégulière et sommaire que le nombre des aliénés secourus a été indiqué.

En 1786, on en comptait 1009, répartis dans quatre établissements publics : la Salpêtrière, Bicêtre, Charenton, les Petites-Maisons ; et dans dix-huit pensions privées. C'étaient là les incurables ; les malades en traitement étaient reçus à l'Hôtel-Dieu seulement.

©BIUM

En 1801, le nombre s'élevait à 1070. En 1805, il était de 1225,— en 1810, de 1590,—en 1818, il atteignait 2000.

Esquirol supposait que le chiffre total des aliénés secourus en France était de 5153, répartis dans cinquante-neuf maisons. Ce chiffre ne devait pas être exact, pas plus que celui donné dans un rapport au roi présenté la même année par M. Lainé, ministre de l'intérieur, et qui portait à 6031 le nombre des aliénés placés. Ferrus semble s'être approché davantage de la vérité, dans son livre des aliénés. Il compte cent onze établissements, spéciaux ou non, contenant ensemble 10,250 aliénés. Des documents de la même époque portent à cent quarante-six le nombre des établissements recevant habituellement des aliénés. De ces dissidences, il résulte qu'on ne savait alors rien de précis sur les maisons destinées aux aliénés et sur leur population.

Tous les départements n'avaient pas répondu aux demandes des ministres ; soixante-quinze avaient seuls indiqué la somme votée par le conseil général pour l'entretien des aliénés indigents ; le total s'élevait à 1,180,480 fr. Dépense qui ne devait certes pas suffire aux besoins des asiles existants, pas plus que celle portée au projet d'édification d'asiles nouveaux, et qui ne se serait élevée pour toute la France qu'à 4,368,000 francs. Il est vrai qu'à cette époque, on admettait assez volontiers que les seuls aliénés curables seraient maintenus dans les asiles, et que les incurables seraient soit rendus à leurs familles, soit placés dans les hospices. Mesure détestable, qui n'eût conduit à rien sinon à l'encombrement des hospices, tout en multipliant les difficultés de l'assistance.

En 1838, on n'était pas sorti encore de la confusion, et l'on ne donnait que des chiffres approximatifs. Mais cependant les renseignements, tout incomplets qu'ils fussent, malgré les causes d'erreur qui les rendaient suspects, accusaient un chiffre déjà beaucoup plus élevé, puisque M. de Gérando estimait de 15 à 18,000 le nombre des aliénés

©BIUM

indigents. La comptabilité n'étant pas plus irréprochable que la statistique, on ne peut rien fonder sur elle ; sept établissements, vraiment spéciaux ont seuls fait connaître leur prix moyen de journée qui atteignait à peu près 0,98 centimes, dépense relativement élevée, si l'on se reporte aux prix des objets de consommation à cette époque, et surtout à l'état misérable des aliénés dans la plupart des départements, où ni le mobilier, ni le vêtement, ni la nourriture, n'étaient généreusement accordés aux malades. La paille était parcimonieusement mesurée, à peine la renouvelait-on tous les quinze jours dans certains asiles ; dans quelques-uns, la distribution des vivres avait lieu tous les deux jours, et quels vivres ! On ne s'assurait pas même qu'ils eussent été consommés ; aussi la mortalité devait-elle être énorme. On a retrouvé trace d'épidémies de scorbut, mais on n'a pas tout dit ; il est certain que dans des conditions d'hygiène aussi déplorables, l'accroissement de la population des établissements devait être singulièrement lent à se produire. Peut-être est-ce la seule cause qui ait maintenu pendant aussi longtemps le chiffre total de la population à une moyenne aussi peu élevée. Aujourd'hui, si l'on compare à ces conditions mauvaises, le régime de nos asiles, les conditions de bien-être qui sont assurées à nos aliénés, nous avons quelque droit de nous montrer satisfaits des résultats obtenus. Nous devons savoir gré aux auteurs du Rapport général de nous avoir permis de suivre, dans le passé, ces pratiques inhumaines que n'excusent ni l'ignorance, ni l'indifférence, de nous avoir dévoilé toutes ces misères. Ce spectacle attristant ne souleva pendant des siècles ni l'indignation, ni le dégoût ; on avait si peu de soin de la dignité humaine, le pauvre comptait pour si peu dans les sociétés sans mouvement et sans vie, qu'il fallut arriver à la grande époque de l'émancipation préparée par la philosophie du XVIII[e] siècle, pour sortir enfin de cet âge de fer, et entrer résolument dans l'âge du progrès.

©BIUM

La loi de 1838 marque le début de cette ère nouvelle : il nous reste maintenant à mettre en lumière toutes les améliorations successivement introduites, grâce à elle, dans un service qui se constitue sur des bases solides ; les intérêts de la société, les intérêts des malades sont définitivement placés sous la sauvegarde de la science et des pouvoirs publics. Le règne de l'arbitraire est fini, celui de la loi commence : désormais l'aliéné vivra, prenant sa place au soleil ; sa liberté ne sera plus compromise que dans la mesure étroite imposée par le respect de la liberté et de la sécurité de tous. La société qui l'adopte, lui donnera généreusement les soins que son état réclame, le bien-être auquel il a droit ; elle réalisera, au delà même de leurs espérances, la pensée de Pinel, les projets d'Esquirol et de Ferrus.

C'est l'histoire de cet immense effort, soutenu sans défaillance depuis quarante années, que vont maintenant nous faire connaître les auteurs du Rapport général, en nous initiant aux détails de leurs services, au mouvement des asiles, en nous disant ce qui a été fait, ce qu'ils se proposent de faire encore.

A son retour d'Angleterre, Ferrus avait formulé un projet de loi et l'avait présenté au conseil d'administration des hospices. Ce projet contenait, en principe, la plupart des dispositions que l'examen des chambres consacra plus tard; mais il était trop incomplet pour avoir d'autre importance que celle d'un vœu émis par un homme compétent. Aussi, en 1836, le conseil d'Etat fut-il chargé de préparer une loi nouvelle ; le 6 janvier 1837, M. de Gasparin la présentait à la Chambre des députés.

Les critiques ne furent pas épargnées à ce projet. MM. les inspecteurs généraux nous ont fait connaître les travaux des commissions qui, à la Chambre des députés comme à la Chambre des pairs, en signalèrent les imperfections et les lacunes. Ce qu'on demandait, c'était à la fois une loi d'administration, de finances, de bienfaisance et de charité ; le con-

©BIUM

seil d'Etat n'avait préparé qu'une loi de police, absolument insuffisante, et ne répondant pas aux légitimes aspirations de l'opinion publique. Le gouvernement retira la loi, et la remettant à l'étude fit appel au concours des administrateurs, des médecins. Ferrus, Esquirol, Falret, furent consultés ; on demanda aussi l'avis des conseils généraux, et la Chambre des pairs fut saisie du nouveau projet. On a trop vite oublié les discussions remarquables qui s'engagèrent alors dans les deux Chambres, auxquelles revint deux fois, amendée, remaniée, une loi dont M. de Barthélémy a pu dire : « Peu de lois auront été l'objet de méditations plus longues et plus approfondies. » Elle fut enfin votée le 14 juin 1838 à la majorité de 216 voix contre 6 ; la promulgation eut lieu le 30 juin. Si, comme toutes les œuvres humaines, elle n'est pas parfaite, elle était du moins conçue dans un esprit assez large, assez généreux, pour permettre de réaliser un grand progrès ; elle assurait suffisamment la liberté individuelle pour qu'il n'y ait pas eu, au milieu des revendications passionnées qui se sont produites, un seul fait de séquestration qui ait pu être taxé d'arbitraire : elle a résisté à toutes les attaques, et si une pratique de quarante années a permis de reconnaître qu'elle pouvait être, sur certains points de détail perfectionnée, on n'a pas pu signaler un abus de pouvoir ; un esprit de dénigrement systématique en a seul contesté les bienfaits.

La mise en pratique de cette législation ne fut pas immédiatement facile ; les auteurs du Rapport général nous font connaître les résistances qu'il fallut briser. Elles tenaient à diverses causes, les deux plus puissantes furent les répugnances des conseils généraux à répartir entre le département et les communes les frais d'entretien des aliénés, et l'opposition des hospices à payer une indemnité, en rapport avec le nombre d'aliénés qu'ils recevaient autrefois. Nous ne croyons pas devoir insister sur des détails d'ordre purement administratif et financier ; les conflits furent, d'ailleurs,

©BIUM

éteints par le conseil d'État. Un point plus intéressant doit nous occuper, c'est l'accroissement progressif du nombre des asiles spéciaux, et la transformation qui s'opéra dans ceux habités déjà au moment de la promulgation de la loi, transformation lente, il est vrai, mais progressive à partir de 1840, à laquelle contribua puissamment l'intervention du ministre. On n'imagine pas ce qu'il fallut de circulaires, d'instructions spéciales, pour stimuler le zèle des uns, combattre les résistances des autres, imposer enfin le respect de la loi à ceux qui tentaient d'en éluder les dispositions. Un homme que sa haute intelligence, son activité et la dignité de son caractère avaient désigné au choix du ministre, M. Ferrus, avait été nommé inspecteur général du service des aliénés ; il déploya dans ces fonctions nouvelles une rare fermeté, et, convaincu de l'importance de sa tâche, il contribua, de son côté, à ramener sous le joug de la loi nouvelle ceux qui cherchaient à s'y soustraire : ses visites répétées sur tous les points de la France, lui permirent de tenir en haleine les conseils généraux, les administrateurs des hospices, les communautés religieuses ; il n'était pas de ceux que les obstacles arrêtent, et à force de patience et d'énergie, il arriva dans quelques années seulement à une réforme qui se compléta plus rapidement qu'on n'eût pu l'espérer. En 1848, la population des asiles s'était singulièrement accrue, la charge devint trop lourde pour Ferrus seul ; M. Parchappe lui fut adjoint et le seconda de tous ses efforts. Il restait, en effet, beaucoup à faire encore ; il devenait nécessaire de créer de nouveaux asiles ; les travaux d'appropriation, d'extension entrepris pour les anciens bâtiments affectés autrefois aux aliénés, étaient restés insuffisants, chaque jour les besoins grandissaient, il se produisait un résultat presque inattendu, le nombre des aliénés traités s'accroissait sans cesse. Que de fois, surpris par les chiffres des statistiques, des esprits prévenus, en ne s'arrêtant qu'à la surface des choses, n'ont-

©BIUM

ils pas jeté le cri d'alarme ! Le nombre des aliénés augmente chaque année, disait-on de toutes parts ; et ces inquiétudes nous les avons entendu formuler même de nos jours.

Ce qui augmentait, c'était la confiance des familles. Une loi d'assistance autant que de progrès était venue mettre de l'ordre là où régnait en souveraine maîtresse, l'incurie; à des traitements d'une inutile rigueur se substituait une intervention médicale bienfaissante ; l'asile n'était plus l'*in-pace* d'autrefois, et l'on pouvait sans crainte désormais confier l'un des siens à une administration vigilante, chargée par la loi d'assurer le bien-être, le traitement, la sécurité des aliénés qui lui étaient remis. Le nombre des fous n'augmentait pas, en proportion du moins de la population des asiles qui s'élevait chaque année, pour le grand bien des malades, pour la sécurité de la société; nous pouvons ajouter que la morale y gagnait singulièrement aussi, et que c'était un résultat immense de soustraire à la vue de tous, à la risée et quelquefois aux mauvais traitements, des malheureux errant sur la voie publique, étalant au grand jour leur misère et leur infirmité. Ce serait aller trop loin, cependant, que de prétendre que le chiffre total des aliénés ne se soit pas accru en France depuis trente ans. Les auteurs du Rapport étaient trop bien informés pour ne pas constater cet accroissement; ils lui ont reconnu sa juste et véritable importance, et dans, une appréciation aussi élevée qu'impartiale, ils ont déterminé l'influence des conditions générales qui favorisent dans les États modernes l'extension de la folie. Ils se sont bien gardés de faire le procès de la civilisation, ils se sont bornés à dire que l'ardeur plus vive de la lutte pour la vie, les convoitises, les ambitions de tout ordre, l'éveil donné par une émancipation généralisée, à des appétits jusque-là contenus, la facilité plus grande de s'élever au-dessus des conditions sociales dans lesquelles on avait vécu, les déceptions et les brusques revers, ont été les facteurs les plus puissants d'un produit

©BIUM

qui ne cesse pas de s'accroître. Si d'une autre part on considère que la moyenne de durée de la vie des aliénés dans les asiles s'est élevée, par le fait même d'une hygiène meilleure et de soins mieux entendus, on comprendra sans peine que le chiffre total des aliénés maintenus dans les établissements spéciaux ait suivi une progression qui n'a pas eu de temps d'arrêt, et qu'à cet impérieux besoin d'assistance ait dû enfin correspondre une amélioration dans les asiles anciens et la construction d'asiles nouveaux. De 1843 à 1852 sept asiles avaient été installés à nouveau ; à partir de 1852 le mouvement fut plus actif, et 14 établissements, soit comme service de création nouvelle, soit en remplacement d'un service mixte préexistant, mais insuffisant et mauvais, furent élevés ou complétement appropriés à leur destination. D'autres encore se modifièrent profondément, il ne resta bientôt plus que de rares quartiers d'hospice, devant servir de lieu de passage pour les aliénés destinés à être conduits à l'asile, qui par le fait seul de l'absence de la surveillance et du contrôle des inspecteurs généraux, laissaient à désirer sous tous les rapports. Malheureusement, ces refuges échappent à l'action administrative, et bien que des circulaires ministérielles aient cherché à plusieurs reprises à porter remède à une situation fâcheuse, le résultat n'a pas répondu à l'attente ; les mêmes imperfections se perpétuent avec cette ténacité regrettable que l'on rencontre là où les besoins sont mal compris, où le provisoire devenant définitif suffit à de paresseuses administrations locales. Mais ce coin sombre du tableau ne saurait inspirer des craintes sérieuses ; il sera facile, le jour où on le voudra, d'imposer les améliorations nécessaires, à moins cependant qu'un fait, dont on n'avait pas pu prévoir les conséquences, ne vienne entraver les meilleurs vouloirs. La loi de décentralisation en conférant aux conseils généraux de nouveaux droits, a permis des interprétations peu conformes aux intérêts des aliénés; elles ont déjà, dans certains départements, entravé le dévelop-

©BIUM

pement, rendu la marche en avant plus difficile, et substitué des vues personnelles à un mouvement d'ensemble qu'il était plus profitable de favoriser que de restreindre. Nous nous associons de toutes nos forces au vœu formulé par les auteurs du rapport. « Il faut que l'asile soit une institution à l'abri des interprétations variables que peuvent engendrer les fluctuations de l'opinion publique. » — La question budgétaire ne doit pas primer toute autre considération, et ce serait mal répondre aux nécessités d'un grand service que de se préoccuper exclusivement d'équilibrer un budget au détriment du bien-être, de l'hygiène des malades ; de rechercher, comme on l'a pu faire, à recevoir des aliénés du département de la Seine dans certains asiles, parce que le prix de journée payé par eux est un peu plus considérable que celui payé par le département ; il en résulte parfois un encombrement nuisible à tous les points de vue, et qui devrait être sérieusement proscrit.

Indépendamment des asiles nouveaux dont nous avons signalé la création, deux services importants ont été ouverts dans ces dernières années ; les auteurs du rapport ne pouvaient que les indiquer comme en cours d'installation, puisque leur travail s'arrête à l'année 1874. Nous ne sommes pas tenu à la même réserve, et sans nous étendre sur un sujet qui n'a pas été, qui ne pouvait pas être traité à fond, nous pouvons dire notre sentiment. La colonie des jeunes idiots installée dans les bâtiments de la ferme de l'asile de Vaucluse et confiée aux mains habiles de M. le Dr Billod, a réalisé l'un des progrès les plus impatiemment attendus. Faire vivre au grand air, dans des conditions d'une excellente hygiène de malheureux enfants idiots et imbéciles ; leur procurer avec le bien-être physique, l'éducation en rapport avec ce qui reste chez eux de facultés ou d'aptitudes, tel a été le but ; il a été atteint, et les médecins étrangers, les médecins français qui, à l'époque de notre Congrès de médecine mentale, ont visité cette annexe du grand asile, ont été

©BIUM

non moins émus que charmés. Nous ne voulons pas dire que nous n'avions rien fait encore pour ces pauvres êtres amoindris. Ce serait méconnaître les immenses services rendus à Bicêtre et à la Salpêtrière par nos maîtres ; seulement, il leur a manqué ce que Vaucluse offre de particulièrement avantageux, l'espace, la campagne avec ses riants aspects, et son influence bienfaisante sur des constitutions chétives, sur des enfants aussi incomplets dans leur développement physique que dans leur développement intellectuel.

Dans un autre ordre d'idées, la création du quartier spécial de la maison de détention de Gaillon, n'a pas été moins heureuse. Lorsqu'un condamné devenait aliéné pendant qu'il subissait sa peine, de deux choses l'une, ou il restait dans la prison, ou il était conduit à l'asile le plus voisin. La situation n'était pas moins mauvaise dans un cas que dans l'autre. Absence de soins d'un côté, introduction dans les asiles de l'autre côté, d'aliénés dont la présence était un sujet de réclamations de la part des familles des autres malades, souvent aussi, de dangers pour l'asile. Depuis longtemps frappés de cette imperfection, les inspecteurs généraux cherchaient à la faire disparaître, et c'est sur leur initiative que le nouveau service a été organisé. Les résultats ont été excellents, et l'on ne peut que souhaiter la création sur d'autres points de la France, comme annexes de maisons centrales, de quartiers spéciaux du même genre. Sera-ce le seul effort tenté par le gouvernement pour le placement des aliénés dits criminels ? Continuera-t-on à laisser ces malades mêlés à la population de nos asiles ? — Grave question qu'il ne serait pas opportun d'aborder ici, mais dont la solution préoccupe vivement les médecins aux prises avec les difficultés de la médecine légale des aliénations mentales, les magistrats eux-mêmes qui se plaignent, à bon droit, des sorties trop facilement accordées à des individus qui ont bénéficié d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement à la suite d'un crime ou d'un délit dont ils ont été déclarés irresponsables.

©BIUM

II

Dans l'œuvre si étendue, si complète que nous analysons, nous avons trouvé des divisions nettes, précises, répondant aux faces multiples de la question de l'assistance des aliénés. La première partie consacrée à une vue d'ensemble, à un exposé historique, nous a plutôt édifiés sur le passé que sur le présent. La seconde partie est consacrée tout entière à l'étude du service dans la période actuelle. Nous nous en tiendrons à des données générales, les détails doivent être cherchés dans le rapport lui-même, et ne pourraient que perdre leur importance s'ils étaient réduits par un choix que nous imposeraient les limites de notre travail.

Les établissements qui, à la date du 1er janvier 1875 avaient une existence légale, ou, plus exactement, étaient soumis aux visites de l'inspection générale, et dont la population figure dans nos tableaux statistiques, étaient au nombre de 104, à savoir :

1° Établissements placés sous la direction de l'autorité publique, art. 2, loi du 30 juin 1838.....	46
2° Établissements placés sous la surveillance de l'autorité publique, art. 3.....	58
Total.....	104

La première catégorie se subdivise comme il suit :

Établissement appartenant à l'État. (Charenton)....	1
Établissements appartenant aux départements.....	38
Établissements ayant une existence propre.....	7
Total.....	46

Les 58 établissements placés sous la surveillance de l'autorité publique se répartissent comme il suit :

18 quartiers d'hospice.	faisant fonctions d'asiles publics.....		16
	ne recevant pas d'indigents.....		2
40 asiles privés.	18 faisant fonctions d'asiles publics	appartenant à des particuliers..	2
		appartenant à des communautés religieuses	16
	22 ne recevant pas d'indigents	appartenant à des particuliers.	21
		appartenant à une communauté religieuse	1
		Total.....	58

©BIUM

Il existe encore, bien que la loi n'en reconnaisse pas l'existence, quelques quartiers d'hospice ou de dépôt de mendicité, qui conservent pendant un temps plus ou moins long un petit nombre d'aliénés. Ces malades ne devraient être maintenus que provisoirement, la prolongation de leur séjour est regrettable à tous égards, et dans un avenir prochain, il sera pourvu à une organisation meilleure du service.

Il reste en effet beaucoup à faire encore, et ce n'a pas été la faute du ministère de l'intérieur si les progrès n'ont pas été plus rapides. En France, comme en Europe, d'ailleurs, le mode d'assistance des aliénés a été critiqué avec plus de vivacité que d'à-propos. Il s'est produit divers courants d'idées dont l'application, loyalement tentée, n'a donné que de fâcheux résultats. Tour à tour, on a préconisé le système de la colonie de Gheel, sans tenir compte des conditions spéciales qui la font vivre et la rendent inimitable ; puis le système du placement chez des nourriciers, qui a dû être aussitôt abandonné que mis à l'épreuve, puis le traitement à domicile avec subvention aux familles. Partout l'aliéné a souffert ; il n'est resté debout que le système des asiles avec les exploitations agricoles annexes, et l'on n'a pas même pu, ce qui peut-être eût été désirable, éloigner des asiles les aliénés chroniques inoffensifs qui deviennent l'une des causes les plus actives de l'encombrement.

Les auteurs du Rapport devaient nécessairement toucher à la question des curables et des incurables et discuter l'opportunité de les séparer les uns des autres en créant pour ces deux catégories de maladies des asiles spéciaux. Ils l'ont tranchée dans le même sens que Parchappe, qui pensait que c'était gratuitement compliquer la solution d'un problème déjà difficile : comme lui, encore, ils ont donné la préférence au système des asiles mixtes, contenant dans des quartiers bien séparés, des hommes et des femmes. L'unité de la direction, l'économie dans les services généraux, sont

©BIUM

des éléments de premier ordre qu'il n'est pas permis de négliger. Et même, dans les créations nouvelles, dont les asiles de Saint-Yon et de Quatre-Mares à Rouen, représentent le type, bien que les établissements isolés soient exclusivement destinés à l'un ou l'autre sexe, leur voisinage presque immédiat permet de conserver cette unité des services généraux. Quant au nombre de malades qu'il convient d'admettre dans chaque maison, les divergences d'opinions étaient si nombreuses que MM. les inspecteurs généraux devaient se prononcer pour justifier la manière d'agir de l'administration. Ils n'ont pas eu grand peine à démontrer que l'institution des médecins adjoints rendait les choses bien plus simples qu'on ne le supposait au premier abord; que les complications signalées disparaissaient tout à fait, lorsque la population s'élevant au-dessus de 1,000 malades des deux sexes, on nommait deux médecins chefs de service, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes; de telle sorte, qu'en examinant, sans parti pris, ce qui se passe aujourd'hui pour nos asiles les plus peuplés, on peut dire que, ni au point de vue de l'hygiène, du bien-être des malades, ni au point de vue médical, il n'y a d'inconvénients sérieux à constituer de grands asiles avec une population de 1,000 à 1,200 malades. Ce sont même les établissements dont l'existence est le mieux assurée, avec un prix de journée moins élevé que pour les asiles à population restreinte. Il est d'expérience qu'au-dessous d'une moyenne de présence de 400 malades, l'asile doit nécessairement élever le prix de journée pour pourvoir, comme il convient, au bien-être matériel de ses habitants.

Un élément de prospérité est venu dans ces derniers temps accroître l'importance des asiles publics d'aliénés. Des quartiers spéciaux ont été réservés à une classe de malades, entretenus par leurs familles, dans des conditions supérieures à celles du régime commun. Ces quartiers bien installés, ont offert aux familles de moyenne aisance un mode d'as-

©BIUM

sistance et de traitement qui a été vite accepté ; il répondait à un besoin réel, et l'on ne peut qu'applaudir à cette création utile. Toutefois, il importe que ces quartiers ne se développent pas outre mesure pour un même asile; il serait à craindre, qu'en raison des exigences plus multipliées des familles et des malades, des complications d'un service nécessairement tout spécial, le temps et les soins du médecin en chef ne fussent absorbés au détriment des malades indigents.

Ce n'est, d'ailleurs, qu'une affaire de mesure, et notre observation vise plutôt une extension possible dans l'avenir, que l'état de choses actuel.

Quelque intérêt que présentent pour les hommes spéciaux, les détails dans lesquels entrent les auteurs du rapport sur l'installation des quartiers, sur le terrain d'assiette d'un asile, le domaine cultural, les divers systèmes de construction, nous ne saurions en présenter une analyse même sommaire. Il nous suffira de dire que cette partie du travail est traitée avec une haute compétence, et qu'elle contient des renseignements qui ne sauraient être consultés avec trop de soin, lorsqu'il s'agira soit chez nous, soit à l'étranger, d'édifier de nouveaux asiles.

Tout ce qui touche à la question des cellules, du service balnéaire et hydrothérapique est particulièrement important; il n'est pas jusqu'au mode d'arrivée de l'eau dans les baignoires qui n'ait été étudié. Le système d'introduction de l'eau chaude par le fond des baignoires est depuis longtemps condamné, il a été la cause d'accidents graves, et devrait être sévèrement proscrit. Pour notre part, si nous ne voyons pas d'inconvénients à laisser le tuyau d'eau froide s'ouvrir au fond de la baignoire, nous ne croyons pas qu'on doive laisser subsister le robinet d'eau chaude à son voisinage. Nous préférons de beaucoup le système d'un seul robinet d'eau chaude dans la salle de bains, en dehors de la portée du malade. L'eau chaude est versée au seau par le baigneur.

©BIUM

C'est un surcroît de travail, peut-être, c'est une sécurité absolue en plus.

D'ailleurs, la part de plus en plus importante que prend l'hydrothérapie dans le traitement des aliénations mentales, la nécessité d'avoir, en tout temps, pour tous les quartiers, pour tous les services, une quantité d'eau suffisante, expliquent les développements dans lesquels sont entrés MM. les inspecteurs généraux. Cette préoccupation vive n'existe pas pour la plupart des asiles qui sont sous ce rapport largement dotés ; pour d'autres, elle reste pressante, et par tous les moyens on a cherché à faire face à une consommation qui toujours est élevée, puisque d'après leurs évaluations, elle atteindrait le chiffre de 2 hectolitres par malade. Cette proportion est évidemment trop considérable, si l'on ne tient compte que des besoins immédiats de la population ; elle se justifie si l'on ajoute à ces besoins, toute la dépense de l'arrosage réclamé par la culture. Beaucoup d'asiles, alimentés les uns par les concessions des grandes villes dans les murs ou dans le voisinage desquels ils sont situés, les autres par des cours d'eau, des sources abondantes, n'ont rien à désirer. Les autres ont dû se pourvoir de machines à vapeur, de béliers hydrauliques, de manéges ; d'autres enfin, par une sage prévoyance ont installé des citernes. Mais, pour ceux même qui sont le moins favorisés, les manéges à bras sont rigoureusement proscrits, on n'a pas voulu, avec raison, soumettre les aliénés à un travail pénible, et quand ils ont à manœuvrer des appareils hydrauliques, ce n'est que pour le jardinage, et cette manœuvre se fait sans fatigue.

Un autre service, difficile aussi à organiser, est celui des vidanges dans les habitations de jour et de nuit. La préférence est partout donnée aux tinettes mobiles, comme réceptacle des matières. Ce n'est là qu'un des côtés, important il est vrai, de la question. La disposition des lieux d'aisances, leur propreté, les conditions de la surveillance,

©BIUM

sont autant de points qu'il faut étudier. Bien des desiderata restent à satisfaire, et les combinaisons multipliées, parfois ingénieuses, cherchant à résoudre un problème qui intéresse à un haut degré l'hygiène des asiles, n'ont pas souvent atteint le résultat désiré. C'est au chef de service qu'il appartient, par sa fermeté, par ses justes exigences, d'obtenir, quel que soit le système adopté, les conditions de propreté et d'entretien indispensables pour ne pas compromettre l'hygiène de l'établissement qu'il dirige.

Que peut bien coûter la création d'un asile? — Les auteurs du rapport ont pris soin de le dire, non pas d'une manière générale ni absolue, le prix de revient doit nécessairement varier avec la population de l'asile, et les conditions spéciales de lieu dans lequel il aura été installé. Nous trouvons dans un tableau des évaluations précises dont nous relèverons quelques-uns des chiffres. Ce qui est évident, c'est que les frais de construction ont presque doublé partout depuis trente ans, et que les nouveaux asiles, avec leurs dispositions meilleures, leur étendue plus vaste, leurs aménagements plus soigneusement établis, ne sont plus comparables aux anciens établissements. Il faut tenir compte aussi de la construction des quartiers de pensionnaires qui imposent une plus grande dépense; si bien qu'un écart assez considérable, parfois, peut être immédiatement constaté, écart dont la cause est facilement appréciable, et dont il convient de ne pas s'exagérer l'importance. En moyenne, le prix de la place a oscillé, depuis 1852, entre 1546 francs et 1800 francs et de 1858 à 1868, entre 1546 francs (Pau) et 2807 (Evreux).

Voici quelques chiffres.

Le Mans	1928 fr.
Sainte-Catherine d'Yseure	1217
Quatre-Mares	2129
Rodez	2182
Bassens	2021
La Roche-sur-Yon	1800

©BIUM

Auxerre	2367
Montdevergues	1692
Evreux	2807
Sainte-Anne	8512
Vaucluse	7760
Ville-Evrard	7190
Bron	4167

A ces chiffres, il convient d'ajouter environ de 350 à 600 fr. pour le mobilier. On a bien des fois vivement critiqué ces dépenses ; il est certain qu'elles constituent pour les départements de lourdes charges, mais elles ne sont pas supérieures à celles que s'imposent les autres nations, elles restent même beaucoup au-dessous, et pour ne citer que la Suisse, on voit le prix de chaque place osciller dans divers cantons de 6,000 à 10,000 francs, et l'on sait qu'aux Etats-Uniset en Angleterre, les prix sont les mêmes ; le département de la Seine est le seul qui s'en rapproche, partout ailleurs, nous restons en France dans des proportions inférieures ; ce n'est pas le moment, d'ailleurs, de s'arrêter, ni de revenir en arrière. Tous les besoins sont loin d'être satisfaits, et il manque près de 2,500 places pour que l'encombrement disparaisse. C'est là l'écart approximatif entre le nombre de places réelles et le nombre de malades admis en traitement que signalent les auteurs du Rapport. Et, détail intéressant à relever, ce ne sont pas les aliénés indigents qui causent seuls l'encombrement, ce sont ceux que les familles placent dans les asiles publics au taux de la dernière classe, et qui sont soumis au même régime, maintenus dans les mêmes quartiers que les aliénés assistés. Ce résultat tient certainement aux deux causes suivantes : à la sévérité des conseils généraux dans la discussion du budget des asiles, ayant pour effet immédiat de faire rejeter par les préfets un bon nombre de demandes d'admission d'indigents; à la facilité plus grande avec laquelle les familles se décident aujourd'hui à placer, à peu de frais, leurs aliénés dans nos asiles publics qui leur inspirent confiance. Si la pre-

©BIUM

mière cause est regrettable, la seconde est singulièrement encourageante, et notre organisation présente qui favorise dans une large mesure des déterminations aussi charitables qu'honnêtes, mérite d'être complétée partout où elle reste encore insuffisante, où la disposition des établissements permet les agrandissements et les perfectionnements désirables. MM. les inspecteurs généraux, dans toute cette partie de leur rapport, sollicitent vivement les améliorations nécessaires; leur parole éclairée, convaincue, doit être écoutée, disons mieux, doit être obéie. Quand la science élève sa voix, au nom de la plus grande des infortunes, les pouvoirs publics ne sauraient rester sourds; tant qu'il reste quelque bien à faire, l'effort doit être continué, c'est la loi du progrès; l'œuvre que nous analysons a déblayé la route; les aperçus nouveaux, les vues ingénieuses d'ensemble ou de détail y abondent; il sera facile, dans un avenir que nous espérons prochain, de répondre à ces desiderata, en tenant compte des données fournies par l'expérience d'hommes spéciaux, habitués de longue date à traiter toutes les importantes questions que soulève l'administration des asiles d'aliénés de France.

(*A suivre.*)

©BIUM

Médecine légale

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL

DU NOMMÉ C...

ACCUSÉ DE VOL

Folie simulée — Condamnation

Nous soussigné, directeur médecin de l'asile d'aliénés de Rennes, commis par jugement du tribunal civil de Dinan, en date du 2 juin 1876, à l'effet de donner notre avis sur l'état mental du nommé C..., accusé de vol ;

Après avoir prêté serment entre les mains de M. le Juge d'instruction du tribunal civil de Rennes,

Après avoir soumis l'accusé à une observation suffisante et avoir recueilli tous les renseignements de nature à nous éclairer,

Avons rédigé le rapport suivant :

Conformément à la décision du tribunal civil de Dinan, C... est venu se soumettre à notre observation à l'asile où il a été admis, le 24 juin 1876, et placé immédiatement à l'infirmerie.

Là, à son insu, il a été nuit et jour l'objet de la surveillance la plus active.

Voici les résultats des investigations auxquelles nous

©BIUM

nous sommes livré pendant son séjour dans l'établissement.

Etat physique. — C... est âgé de 54 ans ; il est de petite taille, d'une assez bonne constitution et d'un tempérament nerveux.

La tête est petite, sans déformation appréciable. Il n'y a ni embarras, ni difficulté dans la parole. La démarche est libre et assurée. L'ensemble de la physionomie exprime la tristesse. C... tient habituellement les yeux baissés lorsqu'on lui parle, et son attitude, par moments, semble trahir un certain embarras ; mais, si dans le cours de la conversation on fait allusion à certains faits qui l'intéressent, son œil s'anime, les pommettes se colorent vivement, sa physionomie prend un air résolu et déterminé qui surprend.

La sensibilité générale est conservée. Si, en effet, on pince la peau de la face dorsale de la main, l'inculpé, tout en affirmant qu'on ne lui fait pas mal, retire la main et rougit.

Toutes les fonctions s'accomplissent d'ailleurs régulièrement.

Malgré les assurances de C... qui prétend qu'il ne dort pas la nuit, ou qu'il dort très-peu, on s'est assuré toutes les nuits, et à intervalles irréguliers, qu'il reposait, au contraire, profondément ; au point qu'il ne s'est jamais aperçu qu'on venait avec une lanterne auprès de son lit.

Il a également affirmé plusieurs fois qu'il avait des maux de tête ; mais, comme après la visite, il vaquait à ses occupations habituelles, qu'il prenait régulièrement ses repas, qu'en un mot, rien chez lui ne dénotait un état de souffrance, on peut supposer que ces maux de tête étaient assez peu intenses et ne l'incommodaient guère.

Etat mental. — Dans les nombreuses conversations que nous avons eues avec C..., nous n'avons constaté aucun trouble grave, aucune lésion sérieuse des facultés intellectuelles. Il a certainement la notion du juste et de l'injuste,

©BIUM

et paraît apte à distinguer ce qui est bien de ce qui est mal. C'est ainsi, qu'interrogé sur un vol de bois commis par lui au préjudice de l'État, et pour lequel il a été condamné, il reconnaît parfaitement qu'il a eu tort ; mais il ajoute pour sa justification, que le dommage porté à l'État était bien minime, puisque c'était du bois mort. Cet aveu démontre bien qu'il a conscience du délit qu'il a commis, et le raisonnement qu'il fait pour atténuer sa culpabilité prouve bien que la portée de son intelligence est suffisante pour lui permettre d'affirmer la valeur morale de ses actes et par suite d'en être responsable.

La mémoire paraît peut-être légèrement affaiblie, mais pas autant que C... voudrait le faire croire.

Voici les faits qui sont de nature à nous le faire supposer.

Ayant sous les yeux la liste des nombreuses condamnations de C..., nous avons cherché à obtenir quelques détails sur quelques-unes d'entre elles ; mais à chacune de nos questions il répondait invariablement qu'il ne se rappelait pas, qu'il n'avait plus de mémoire, etc... Nous n'avons même pas été plus heureux, lorsque nous lui avons demandé des renseignements sur le dernier vol pour lequel il est actuellement poursuivi.

Dans la même séance continuant nos investigations, nous lui avons lu la lettre du directeur de la maison centrale de Beaulieu, dans laquelle ce fonctionnaire affirme que non-seulement C... n'a jamais donné le plus léger signe d'aliénation mentale, mais que, pendant tout le temps qu'il a passé à la maison centrale, il a encouru de nombreuses punitions pour paresse, violences et querelles. Ces révélations sur des circonstances de sa vie, que, probablement, l'inculpé supposait ignorées de nous, ont produit sur lui une vive impression : sa physionomie a changé, l'œil s'est animé, la face a rougi, et il nous a raconté alors dans le plus grand détail et avec une grande animation les nombreux incidents qui auraient motivé les punitions qu'il avait

©BIUM

encourues, prétendant que le plus souvent elles étaient imméritées ou d'une sévérité exagérée. Il avoue néanmoins que dans certaines circonstances, il a eu tort de céder aux mauvais conseils de ses camarades qui l'encourageaient à refuser le travail pour se faire mettre en cellule où l'on était mieux.

De tout ceci, il semble résulter que si la mémoire présente quelques lacunes et nous n'oserions l'affirmer, ses souvenirs sur bien des points sont trop précis pour que nous ne soyons tout disposé à mettre en doute la véracité de son assertion à ce sujet.

Il n'exite chez C... ni hallucinations, ni illusions des sens.

Dans les nombreux entretiens que nous avons eus avec lui, il nous a souvent affirmé qu'il avait des ennemis; qu'il avait toujours été condamné sur l'audition de faux témoins; qu'il avait été ruiné par la vente de son bien et de son mobilier; que l'acheteur de sa maison vendue par autorité de justice était cause qu'il avait perdu une partie de son mobilier, etc...

Nous ne trouvons, quant à nous, dans ce langage, que l'expression d'un mécontentement bien naturel, d'ailleurs; que des récriminations habituelles aux condamnés, etc.

Un fait nous a cependant frappé dans les détails qu'il nous a donnés; c'est un refus obstiné, pendant sa détention, de donner la procuration qu'on lui demandait pour réaliser les fonds nécessaires à payer les frais du procès. Cette obstination, cette opiniâtreté qu'on rencontre d'ailleurs quelquefois chez quelques habitants peu éclairés des campagnes, semble indiquer une intelligence bornée, sans grande portée, dont on pourrait trouver la cause dans la conformation du crâne, et dont il importe de tenir compte, nous le croyons du moins, dans l'appréciation de l'état mental de l'inculpé.

En ce qui concerne ses dispositions morales, C... est re-

©BIUM

présenté comme un homme irascible, haineux, vindicatif. Tel serait, d'ailleurs, d'après les témoignages que nous avons recueillis auprès des personnes compétentes et désintéressées, le fond de son caractère.

Tel est l'état actuel de l'inculpé ; et de l'exploration à laquelle nous nous sommes livré, il semble résulter que nous n'avons pu découvrir dans son intelligence ni lacune, ni désordre, ni perversité bien accusés.

Remontons maintenant à l'époque où le vol, pour lequel C... est poursuivi, a été commis, et recherchons, s'il est possible, quel était, à ce moment précis, son état mental. Nous trouvons, d'ailleurs, tous les éléments nécessaires à cette appréciation dans le procès-verbal de la gendarmerie.

Notons d'abord à son désavantage, qu'il refuse de donner des détails sur le délit qu'on lui impute, sous le prétexte qu'il ne se rappelle rien : or, comme, sur d'autres faits antérieurs ou postérieurs à ce vol, il peut donner des détails complets, il est permis d'en conclure qu'il y met au moins de la mauvaise volonté.

Nous constatons, dans cette pièce importante, que les conditions dans lesquelles le vol a été commis, que les précautions dont C... s'est entouré pour le dissimuler, que les négations qu'il a opposées ensuite à la gendarmerie, que tout, en un mot, indique que le mobile du vol n'est pas maladif: puisque C... se cache, qu'il nie, qu'il prend des précautions, c'est qu'il a conscience qu'il commet une mauvaise action.

Toutes ces circonstances enlèvent donc au vol commis par l'inculpé le caractère d'acte délirant; et il n'est pas possible d'y découvrir la plus légère preuve qu'il a agi sous l'influence d'une erreur de son imagination, ou sous l'impulsion d'un entraînement irrésistible que sa conscience réprouvait, mais que sa volonté aurait été impuissante à réprimer. Ce n'est pas ainsi qu'agissent les aliénés qui cé-

©BIUM

dent à un penchant morbide. S'ils volent, c'est le plus souvent sans motifs, sans mobile; ou bien ce mobile est une idée délirante; mais jamais ils ne sont poussés au mal par intérêt, par le désir d'asssouvir une passion quelconque: car dans ce cas-ci, ce ne seraient pas des aliénés, mais des criminels.

Conclusion.

De tout ce qui précède nous sommes autorisé à conclure que C... était en possession de son libre arbitre au moment où il a commis l'acte incriminé.

Rennes, le 10 juillet 1876.

LAFFITTE.

Par jugement en date du 20 juillet 1876, C... a été condamné à deux mois de prison.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 31 mars 1879.

Présidence de M. LEGRAND DU SAULLE.

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

Correspondance manuscrite.

M. PROSPER LUCAS s'excuse de ne pouvoir présider la Société.

M. RITTI s'excuse également, pour raison de santé, de ne pas assister à la séance.

M. LE Dr CHRISTIAN, médecin de la Maison nationale de Charenton, membre correspondant depuis 1865, demande à être nommé membre titulaire de la Société.

Sa demande est renvoyée à une commission composée de MM. Bourdin, Lunier et Dagonet, rapporteur.

M. LE Dr BELLOC adresse à M. le Président de la Société médico-psychologique une lettre chargée. M. le Président après en avoir pris connaissance déclare que cette lettre n'est pas destinée à la Société et qu'elle doit être renvoyée à la commission des actes du congrès.

Correspondance imprimée.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Cronaca del manicomio di Siena* (janvier-février 1879).

2° *Bolletino del privato manicomio Fleurent*, a Capodichino in Napoli (mars 1879).

3° Le numéro du 8 mars 1879 de la *Revue scientifique*, contenant une lettre de M. Dufay, de Blois, et une réponse de M. Azam, sur la double personnalité.

4° *Note sur les cerveaux d'aliénés en général avec la description d'un nouveau cas d'idiotie*, par M. Mierzejewski (extrait de la *Revue d'anthropologie*).

5° *Considérations anatomiques sur les cerveaux d'idiots*, par

©BIUM

M. Mierzejewski (communication faite au congrès des sciences médicales de Genève en 1877).

6° *Production artificielle d'atrophie congénitale de la rate*, par M. le professeur Masoin (communication faite à l'Académie royale de médecine de Belgique, le 25 janvier 1879).

Présentation d'ouvrages.

M. Doutrebente. — Messieurs, j'ai l'honneur de présenter à la Société un travail intitulé : *Etude clinique sur l'œil dans la paralysie générale progressive.*

L'auteur, M. le Dr Boy, ancien chef de clinique d'un ophthalmologiste distingué, M. le Dr Badal, a, sur mes conseils, examiné le fond de l'œil chez un grand nombre de paralytiques. Au mois d'août dernier, M. le Dr Brosius m'avait péniblement impressionné en me disant que depuis longtemps les médecins allemands avaient décrit dans la paralysie générale des lésions pathologiques du fond de l'œil qui, suivant lui, semblaient inconnues des aliénistes français. Je saisis l'occasion qui m'est offerte de protester contre ce reproche et d'offrir aux membres de la Société un travail sérieux, qui démontre clairement que les troubles oculo-pupillaires observés dans la paralysie générale sont, dans la majeure partie des cas, des troubles fonctionnels se produisant en dehors des lésions du fond de l'œil appréciables à l'ophthalmoscope.

M. Billod présente au nom du Dr Langlois une brochure intitulée : *Essai sur la survivance et la prééminence des premiers-nés, comme organes et fonctions.*

M. le Secrétaire général est chargé d'adresser des remerciements à M. le Dr Langlois dont le travail sera déposé aux archives.

M. Voisin offre à la Société un ouvrage qu'il vient de publier sur la paralysie générale des aliénés.

M. le Président remercie M. Voisin dont le travail sera également déposé aux archives.

M. Legrand du Saulle. — J'ai l'honneur d'offrir à la Société, au nom de leurs auteurs, deux thèses récemment soutenues à Paris par deux de mes anciens élèves, MM. les docteurs A. de Finance et E. Broquet.

Le travail très-important de M. de Finance a pour titre : *Etat mental des aphasiques. Considérations médico-légales.* L'auteur, après avoir décrit l'aphasie et ses diverses variétés, étudie

©BIUM

attentivement les modifications intellectuelles qui peuvent survenir chez les aphasiques et se trouve conduit à faire la description de l'état mental des hémiplégiques. Vous pressentez tout l'intérêt que peut présenter la relation clinique des particularités psychiques des apoplectiques. M. de Finance aborde ensuite l'examen des aphasiques devant la loi pénale et surtout devant la loi civile. L'interdiction, le conseil judiciaire, le mariage et les testaments, sont principalement l'objet de développements assez considérables. Plusieurs observations inédites frapperont votre attention, car elles constituent des espèces cliniques et des précédents judiciaires.

M. de Finance, au sortir de Bicêtre, est devenu interne à la maison de Charenton, puis médecin adjoint d'un établissement privé d'aliénés. C'est un observateur distingué. Puisse-t-il ne point abandonner la médecine aliéniste !

La thèse de M. Broquet a pour titre : *Etude médico-légale sur les conditions de l'état mental nécessaire pour tester*. C'est un commentaire, vous le voyez, de l'article 901 du code civil : « Pour faire une donation entre vifs ou un testament, il faut être sain d'esprit. »

L'auteur a décrit les dispositions légales en matière de testament, les différences intellectuelles physiologiques, la nature et la valeur des preuves produites en justice et propres à spécifier l'état mental du testateur, les maladies mentales dans leurs rapports avec la faculté de tester, les folies passagères et les actes testamentaires dénués de raison. Bien que M. Broquet, interne depuis dix-huit mois de la maison de Charenton, ait été obligé d'écourter notablement sa dissertation inaugurale, vous relèverez néanmoins chez lui des qualités très-précieuses : il a un jugement droit, il pense bien et il sait écrire.

A la veille de publier moi-même un ouvrage de plus de six cents pages sur les *Testaments contestés pour cause de folie*, renfermant cent observations, je suis heureux d'avoir pu suggérer à M. Broquet l'idée d'une thèse sur un sujet si peu connu encore et qui a été l'une des fréquentes préoccupations de ma vie scientifique.

Je demande le dépôt à nos archives des excellents mémoires de MM. A. de Finance et E. Broquet.

Communication.

M. Billod lit un mémoire par lequel il cherche à établir que si, dans le plus grand nombre des cas, pour ne pas dire dans

©BIUM

leur universalité, la paralysie générale engendre la folie et une folie spéciale qui en est un symptôme, elle peut dans certains cas, excessivement rares, venir la compliquer et constituer une maladie absolument distincte, presque indépendante.

Rapport de candidature.

M. DAGONET. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous exposer en quelques mots les titres de M. le Dr Christian, nommé récemment médecin en chef à l'établissement de Charenton, à l'appui de la demande qu'il vous adresse pour échanger son titre de membre correspondant contre celui de membre titulaire de la Société médico-psychologique.

M. le Dr Christian, après avoir été pendant environ deux ans un interne distingué de l'asile de Stephansfeld, dont j'ai été le médecin en chef, a été désigné comme médecin-adjoint à l'asile de Montdevergues, près d'Avignon, puis comme médecin en chef à l'asile de Maréville, près de Nancy.

Dans ces différentes positions, notre confrère s'est distingué par de très-intéressantes études. Je dois signaler tout d'abord sa thèse sur la pachyméningite du cerveau. Cette thèse fort remarquable et qui résumait, à cette époque, les recherches faites sur ce sujet, devait obtenir de la Faculté une mention très-honorable. La Société connaît les études que M. Christian a publiées depuis. Je mentionnerai entre autres un mémoire qui a obtenu le prix Aubanel partagé entre trois auteurs, et qui avait pour titre : *Des troubles de la sensibilité générale*. Tout récemment, notre confrère a appelé l'attention sur des points intéressants de la paralysie générale.

Les titres de M. Christian lui ont déjà mérité la position éminente de médecin en chef à l'asile de Charenton, la Société médico-psychologique voudra certainement, je n'en doute pas, s'attacher un confrère qui, sous tous les rapports, mérite son estime. Je vous propose, en conséquence, de faire droit à la demande qui vous est faite en lui décernant le titre de membre titulaire.

D'après les conclusions du rapport, M. Christian est, à l'unanimité des membres présents, élu membre titulaire.

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

M. LUNIER. — (Cette communication sera publiée ultérieurement.)

©BIUM

Après une discussion générale, les conclusions proposées par M. Lunier sont adoptées.

De la sortie à titre provisoire des aliénés en traitement.

M. Falret. — (Cette communication sera publiée ultérieurement.)

La séance est levée à six heures et un quart.

Paul Moreau (de Tours).

Séance du 28 avril 1879. — Présidence de M. Legrand du Saulle.

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

M. Masoin, de Louvain, membre associé étranger, et MM. Marchand et Parent, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance imprimée et manuscrite.

La correspondance imprimée comprend :

Bolletino del manicomio privato Fleurent, a Capodichino Napoli, numéro du 1er avril 1879.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le professeur Lamia di Brolo, de Palerme, posant sa candidature au titre de membre associé étranger. Commission : MM. Blanche, Lunier et Motet, rapporteur.

2° Une lettre de M. Lunier, secrétaire général de la société de tempérance, annonçant qu'un congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme se tiendra, en 1880, à Bruxelles ou à Stockholm, et qu'une commission composée de savants français et étrangers serait chargée de préparer le programme des questions à étudier, enfin que les sociétés savantes qui ont envoyé des délégués au congrès de Paris seraient invitées à se faire représenter par l'un de leurs membres au sein de la commission internationale.

A cette invitation, la Société médico-psychologique répond en nommant M. Billod, pour la représenter au sein de ladite commission.

M. Ach. Foville donne lecture du vœu émis par le conseil général de la Seine-Inférieure, dans sa session du mois d'avril

©BIUM

1879, pour la création, par l'Etat, d'un corps spécial de surveillants pour les asiles publics d'aliénés.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Delaye, un de ses membres correspondants, décédé à Toulouse, à l'âge de près de quatre-vingts ans. Ce savant confrère, qui a été élève d'Esquirol, a fait sa thèse, bien souvent citée, sur la paralysie générale.

M. ACH. FOVILLE rappelle que M. Delaye a partagé avec M. Foville père, le premier prix accordé par Esquirol.

Rapport sur le prix Esquirol.

M. PAUL MOREAU (de Tours) . — Messieurs, la commission composée de MM. Baillarger, Lunier, Goujon, Mitivié, Paul Moreau (de Tours), rapporteur, que la Société a désignée pour l'examen des titres des concurrents au prix Esquirol, à décerner en 1879, a eu cette année un nombre de mémoires qui surpasse de beaucoup les envois habituels. Les candidats sont au nombre de six. Jusqu'à ce jour, ce chiffre n'avait pas encore été atteint, et disons-le de suite, tous ces mémoires dénotent chez leurs auteurs un grand talent d'exposition, d'observation, parfois même quelques-uns font preuve d'une certaine originalité.

Une analyse rapide vous donnera mieux que des réflexions générales, une idée de la valeur de chacun de ces travaux.

Le mémoire n° 1 porte pour titre : De la pneumonie chez les aliénés.

L'auteur a condensé dans une vingtaine de pages l'histoire et la description classique de la pneumonie, description sur laquelle il n'y a pas lieu d'insister :

Les observations qui forment la base principale de ce travail sont au nombre de 19. Toutes sont prises soigneusement, au jour le jour, heure par heure, donnant un tableau fidèle de la marche de la maladie. Seulement on regrette de n'y pas voir figurer quelques renseignements sur les antécédents héréditaires du malade, non plus que les modifications qui ont dû se produire dans son état mental.

Enfin, il nous a été impossible de dégager aucune conclusion, car on ne saurait admettre que ce mémoire ait eu simplement pour but de démontrer que « la pneumonie et la turberculose sont un des plus grands fléaux dévastateurs de nos populations d'aliénés et que l'étude attentive et continue de leurs

©BIUM

manifestations trouve une place importante, naturelle dans le cadre si étendu de la pathologie mentale.»

Le mémoire n° 2 a pour titre : Quelques considérations sur la diarrhée chronique chez les aliénés.

L'auteur, tout en considérant la diarrhée chronique chez les aliénés comme un épiphénomène se rattachant à l'altération du cerveau, croit que l'encombrement, l'air vicié et la vie sédentaire entrent pour une part considérable dans les ravages que cette affection fait dans les asiles d'aliénés.

Ce travail basé sur une série de 7 observations très-complètes, avec tableaux de température, examen histologique des pièces ... etc., ne donne lieu à aucun aperçu nouveau ainsi qu'on peut en juger par les conclusions :

1° La diarrhée affectant la forme chronique d'emblée est très-fréquente chez les aliénés.

2° Elle atteint plus spécialement les déments et les idiots.

3° La température est ordinairement hyponormale dans le cours de la maladie et tend à redevenir normale avec l'amélioration : elle présente un maximum de + 37, 2. et un minimum de + 36.

4° On constate à l'autopsie et sur le champ du microscope les lésions classiques de la diarrhée chronique.

5° L'absence de fièvre et de douleur apparente chez les aliénés est due probablement à l'altération du système nerveux central et à celle des ganglions du grand sympathique.

Le mémoire n° 3 a pour objet : l'Etude de la dynamie ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale.

Ce travail est complet dans son ensemble et présente une originalité qui dénote chez son auteur une grande rectitude d'esprit, jointe à un remarquable talent d'exposition.

Ce mémoire est divisé en deux parties : la première comprend elle-même trois chapitres.

Dans le premier, l'auteur a fait justement ressortir tout ce qu'on est en droit d'attendre de l'étude des localisations cérébrales comme pouvant rendre compte, par les variations anatomiques de la lésion, de l'extrême diversité de l'expression symptomatique et conclut qu'en l'absence de preuves matérielles rendues impossibles par l'évolution trop précoce des symptômes, il est permis d'admettre qu'il existe une relation absolue entre les localisations cérébrales du travail morbide et la nature des phénomènes dynamiques observés.

Le 2e chapitre établit la solidarité intime avec la lésion cé-

©BIUM

rébrale, forme impulsive, surintensité et continuité avec conservation du *tonus* fonctionnel, comme marque distinctive des phénomènes dynamiques de la paralysie générale au début, quel que soit l'appareil dans lequel ils se manifestent. Il est à regretter que l'auteur n'ait pas donné une explication plus complète sur l'irrésistibilité, sur la nature impulsive de certains phénomènes qu'il fait dépendre, avec raison d'ailleurs, de la suractivité, de l'éréthisme de la couche corticale, dus à l'inflammation cérébrale. C'est là une lacune qu'il suffira de signaler pour la voir bientôt comblée.

Nous n'avons rien à dire de l'exposé des caractères particuliers de ces phénomènes dans les principales fonctions intéressées : il est bien fait.

Dans le troisième chapitre, les troubles des fonctions intellectuelles et affectives, des fonctions musculaires et locomotrices, des fonctions de reproduction, l'influence des excès alcooliques, les troubles des fonctions végétatives sont passés en revue et traités d'une façon qui mérite tout éloge.

La 2e partie contient les observations au nombre de 28 (dont 24 personnelles). « Elles forment, dit l'auteur, la partie essentielle et la base du travail ; les renseignements qu'elles renferment ont été puisés aux sources les plus authentiques et autant que possible, elles sont accompagnées de certificats médicaux constatant l'état d'exaltation du malade et la nature de cette exaltation. »

Elles sont divisées en deux séries : dans l'une ont été rangés les cas de dynamie fonctionnelle simple. Dans l'autre, les cas de dynamie fonctionnelle multiple. Rédigées avec le plus grand soin, elles font preuve chez l'auteur d'un esprit exact, attentif, pour qui les plus petits détails ont une importance réelle qu'on ne saurait laisser passer inaperçue.

Avant de terminer cette rapide analyse, nous signalerons une petite lacune à combler : nous aurions désiré voir les recherches histologiques venir confirmer les idées de localisations qui sont émises dans le cours de ce travail.

Le mémoire n° 4 traite du cancer chez les aliénés.

L'impression générale de ce mémoire est favorable : La question est bien posée, bien étudiée, les observations, au nombre de dix-sept, sont très-complètes, parfois même un peu longues. L'auteur tire de son travail les conclusions suivantes :

1° Le cancer se rencontre chez les aliénés atteints de tous les genres de folie.

©BIUM

2° Le cancer donne quelquefois lieu à des sensations que les malades interprètent dans le sens de leur délire.

3° Il ne semble exister aucune relation de cause à effet entre le cancer et la folie et réciproquement entre la folie et le cancer.

4° Le cancer n'est qu'une maladie incidente dans la folie.

Nous ferons remarquer que la question hérédité est envisagée dans ce travail à un point de vue un peu restreint, et peu en harmonie avec les idées actuelles sur ce grave sujet.

Les propositions trois et quatre des conclusions, vraies peut-être, vu le nombre relativement restreint des faits apportés par l'auteur, ne sauraient être l'expression de l'exacte vérité en considérant une plus grande quantité de faits.

Malgré ces critiques, ce mémoire prouve un esprit judicieux et profondément observateur.

Le mémoire n° 5 est intitulé : Etude sur les troubles fonctionnels dans la lypémanie.

Ce travail traite des modifications apportées au fonctionnement régulier et physiologique des grands appareils de l'économie. L'auteur a cherché à rapporter à leurs causes les altérations somatiques et à établir les relations qui existent entre ces altérations et les troubles psychiques.

Ce travail est divisé en cinq parties :

1° Étude de la sensibilité spéciale et générale.

2° Troubles de nutrition.

3° Circulation, respiration, nutrition.

4° (Appendice). Modifications des sécrétions et excrétions.

5° Observations de quinze malades venant à l'appui des théories émises dans le travail.

Nous signalerons dans ce mémoire plusieurs points défectueux. D'abord, c'est un résumé pris dans les auteurs et à part un point signalé, une intermittence, une périodicité véritable dans l'insensibilité à la douleur, chez certains malades, il n'y a rien de saillant. Il est à regretter que ce point n'ait pas été développé, car son existence constatée, fait preuve d'un esprit profondément observateur. Une seconde critique à adresser, est l'étude fort incomplète des troubles des muqueuses.

Quant aux observations, comme dans tous les mémoires, elles sont bien faites, bien redigées, très-complètes, accompagnées de tracés sphygmographiques.

Un dernier mémoire, no 6, est intitulé: Étude clinique sur les aliénés persécutés.

©BIUM

Ce mémoire n'est dans l'exposition du délire des persécutés qu'un résumé, bien fait d'ailleurs, de l'état actuel de la science sur le délire des persécutés. Les opinions des différents auteurs y sont passées en revue et convenablement traitées. Les observations au nombre de cinquante-deux, sont bien prises, parfois même un peu longues ; elles sont toutes personnelles à l'auteur qui les donne à l'appui de chaque cause, de chaque symptôme.

On peut reprocher à ce travail l'absence de conclusions, et le manque de personnalité. Les faits cités ne prouvent rien de nouveau et ne font qu'affirmer un fait connu de tous.

En résumé, Messieurs, de ces six mémoires, un seul est véritablement remarquable, le n° 3.

Les autres, tout en étant bons, manquent cependant de cette originalité qui plaît tant dans le premier cité, et sont de plus incomplets sur bien des points.

Dans tous cependant, hâtons-nous de le dire, on se plaît à reconnaître que les observations ont été prises consciencieusement, avec beaucoup de méthode et d'exactitude. Toutes viennent parfaitement à l'appui des données théoriques exposées dans la première partie des mémoires ; mais malheureusement les candidats n'ont pas toujours su en tirer un parti profitable, faire ressortir les points intéressants, curieux, de manière, nous ne dirons pas à élucider de nouvelles questions, mais simplement à poser de nouvelles questions.

Le mémoire n° 3 *seul* présente toutes ces conditions réunies. L'auteur fait preuve d'un esprit investigateur peu ordinaire, doué de vues larges, au courant de la science:

Aussi la commission vous propose-t-elle, Messieurs, de décerner à l'auteur du mémoire sur *la dynamie, ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale*, le prix Esquirol pour l'année 1878, et de renvoyer son travail au comité de publication.

Nous vous demanderons aussi, Messieurs, de vouloir bien accorder une mention spéciale pour les mémoires portant les n°s 4, 5, 6 (1), classés *ex æquo*, en seconde ligne, et votre commission reconnaissant à tous de sérieuses qualités, émet le

(1) L'auteur du mémoire n° 6 a envoyé à la Société médico-psychologique (séance du 26 mai), une lettre autorisant l'ouverture du pli cacheté qui accompagne son travail. C'est M. Ch Vollon, interne de l'asile Sainte-Anne de Paris.

©BIUM

vœu que ces manuscrits soient également renvoyés au comité de publication.

Il est procédé à l'ouverture du pli cacheté renfermant le nom du lauréat, qui est M. Régis, interne de l'asile des aliénés de Ville-Evrard.

Rapport sur le prix Aubanel.

M. Ritti. — Messieurs, il y a quatre ans, dans sa séance du 31 mai 1875, la *Société médico-psychologique,* appelée à choisir la question à émettre au concours pour le prix Aubanel qui devait être décerné au mois d'avril 1878, s'était arrêtée à la suivante:

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

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

Malgré l'intérêt du sujet à traiter, malgré la valeur du prix à décerner, aucun mémoire ne fut envoyé; pas un seul des médecins de nos asiles d'aliénés ne crut devoir entrer en lice et, s'aidant de l'expérience acquise, n'essaya de résoudre la question que vous aviez proposée. Devant cette grève d'un nouveau genre, quel parti aviez-vous à prendre? Fallait-il proroger le concours en conservant la question proposée en 1875, ou bien choisir une question nouvelle? La majorité de la Société semblait pencher vers cette dernière alternative et une commission fut instituée; mais après s'être rendu compte des difficultés qu'il y avait à choisir un sujet qui, quel qu'il fût, demanderait des développements étendus et, pour être traité avec soin, plus de temps que celui qui pouvait être accordé, cette commission, se ralliant à l'idée émise par plusieurs d'entre vous de laisser le champ libre aux candidats, vous a proposé, par l'organe de son rapporteur, M. Motet, de laisser le choix de la question à traiter aux candidats eux-mêmes et de n'admettre que les mémoires manuscrits.

« Elle espère par ce moyen, ajoutait notre honorable secrétaire général, stimuler plus directement le zèle; elle croit

©BIUM

qu'elle sera plus facilement écoutée et qu'elle ne se trouvera pas, en 1879, en présence d'une abstention aussi regrettable que celle de cette année. »

Les propositions de votre commission, vous les avez votées, Messieurs ; mais la voix de votre secrétaire général a-t-elle cette fois trouvé plus d'écho et est-elle parvenue à stimuler le zèle de nos confrères qui ont fait de la pathologie mentale et nerveuse une étude spéciale?

Oui ; car nous avons eu la satisfaction de recevoir trois mémoires, d'étendue et de valeur inégales, il est vrai, mais prouvant chez leurs auteurs, sinon de l'originalité, du moins des connaissances étendues, une véritable capacité scientifique et surtout une grande bonne volonté.

Vous avez renvoyé ces mémoires à une commission composée de MM. Dally, Falret, Luys, Mesnet et moi; ils ont d'abord été lus par chacun de nous, puis nous nous sommes réunis pour délibérer sur leur mérite respectif et prendre des conclusions. Ce sont ces conclusions que je suis chargé de vous soumettre en les appuyant des motifs qui y ont conduit.

La tâche du rapporteur est donc double; il devra d'abord vous faire connaître, au moins d'une manière abrégée, le sujet traité dans chacun des trois mémoires et faire la part de l'éloge ainsi que celle de la critique; puis vous rendre compte des délibérations de la commission.

Le mémoire n° 1 est, nous nous empressons de le dire, le plus important des trois. Il est intitulé : *Étude 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*, et porte pour épigraphe la phrase suivante : « Le somnambulisme doit désormais appartenir à la science. »

Ce travail très-volumineux, contenant près de trois cents pages d'une écriture serrée, traite une question — celle du somnambulisme — qui a longtemps présenté quelque chose de mystérieux et sur laquelle on a écrit bien des volumes sans pouvoir la résoudre, lorsque les découvertes récentes sur la physiologie du système nerveux et en particulier l'hypothèse de la cérébration inconsciente sont venues apporter des lumières nouvelles et ont permis enfin d'expliquer ce qui paraissait inexplicable. Nous rendrons justice à l'auteur de ce mémoire, en

©BIUM



disant qu'il n'est aucune de ces découvertes qu'il n'ait mise à profit et que la partie physiologique de son œuvre est au-dessus de tout éloge. Une analyse succincte vous fera, je l'espère, partager ce sentiment.

Avant de décrire les phénomènes du somnambulisme et de les expliquer, notre auteur développe les idées physiologiques sur lesquelles il va s'appuyer. Personne n'ignore aujourd'hui, grâce aux travaux de Carpenter, Laycock, Onimus, Luys, etc., qu'il existe un certain nombre de phénomènes de l'activité cérébrale — phénomènes souvent complexes — qui constituent ce que l'on a appelé la cérébration inconsciente et se distinguent des phénomènes cérébraux conscients et volontaires en ce qu'ils s'accomplissent *automatiquement*. Cet automatisme dans les actes intellectuels est entretenu par l'habitude et transmis par l'hérédité. On observe généralement que l'énergie de ces phénomènes cérébraux automatiques est en raison inverse de l'énergie des phénomènes cérébraux conscients et volontaires. Il semble même y avoir, à l'état normal, comme une sorte de lutte constante entre ces deux genres de manifestations cérébrales; aussi ne devra-t-on pas regarder comme cérébralement plus sain l'individu chez lequel les actions automatiques du cerveau sont à leur minimum.

En exposant ainsi cette doctrine nouvelle de l'automatisme cérébral, je n'ai pas cru devoir expliquer ce qu'on doit entendre par les mots : activité cérébrale consciente, activité cérébrale automatique. Notre auteur nous en donne des définitions qui peuvent être acceptées : par activité cérébrale consciente, il entend celle qui préside à la manifestation du moi, de l'être conscient de lui ; l'activité cérébrale automatique est au contraire celle qui manifeste en état d'inconscience les facultés psychiques, et qui, au moyen de ces facultés, produit des actes semblables à ceux qui émanent de notre moi, sans cependant l'intervention active de celui-ci.

Cette hypothèse de l'automatisme cérébral a pris naissance, ainsi que les auteurs qui l'ont créée l'avouent eux-mêmes, dans les découvertes de la physiologie des centres nerveux inférieurs. Le phénomène réflexe de la moelle a créé le phénomène réflexe cérébral. Notre auteur l'a bien compris ainsi, puisque, dans un paragraphe spécial intitulé : *Anatomie et physiologie de l'automatisme*, il analyse les phénomènes automatiques manifestés par la moelle, le bulbe rachidien ; il étudie les fonctions de la protubérance annulaire, des pédoncules du cerveau et enfin du cervelet.

©BIUM

C'est sur cette base scientifique solide qu'il va édifier sa théorie de l'automatisme du cerveau et de ses divers modes de manifestation dans l'état normal.

A l'état normal, les actes dirigés par l'activité automatique du cerveau sont de deux espèces. La première comprend « les mouvements, les actes qui, longtemps commandés et dirigés par l'initiative consciente du moi, sont entrés dans le domaine de l'automatisme cérébral au moyen de leur répétition, c'est-à-dire au moyen de l'habitude » ; à la deuxième appartiennent « les actes instinctifs, actes automatiques qui sont en rapport avec l'activité actuelle de l'esprit, de la conscience, et qui suivent naturellement cette activité, sans cependant que l'esprit commande et dirige ces actes. »

Comme exemples d'actes appris, puis retenus par l'effet de leur répétition, c'est-à-dire par l'effet de l'habitude, l'auteur cite la marche, certains travaux manuels exécutés machinalement, sans y penser. On connaît tous les services que rend au musicien, à l'orateur, et même à ceux qui ne sont ni musiciens ni orateurs, la mémoire automatique. « L'orthographe dont l'observance est fort difficile, dit notre auteur, semblerait ne pouvoir être pratiquée que par l'esprit ; nous avons cependant la preuve que cette pratique appartient à l'automatisme. Si la mémoire psychique hésite dans l'orthographe d'un mot, on n'a qu'à demander cette orthographe à l'activité automatique par l'écriture ; presque toujours, la main, instrument de cette activité, la trouvera, de même que le musicien qui a oublié une phrase de musique longtemps jouée, la retrouve en laissant errer ses doigts sur son instrument. »

Mais il y a plus. Les organes nerveux automatiques peuvent être tellement imprégnés d'impressions reçues par des actes antérieurement voulus et commandés souvent par l'activité consciente du cerveau, que ces actes ont pu être reproduits alors que cette activité a été abolie pour toujours. On peut en citer pour exemple le fait rapporté par le savant physiologiste anglais Lewes. Il s'agit d'un apoplectique frappé à mort qui, sans sortir du coma où il était plongé, prenait sa montre au chevet de son lit et faisait sonner l'heure avec l'air d'une profonde attention. Mais je pourrais multiplier les exemples, je préfère renvoyer aux travaux si ingénieux et si intéressants, sur cette question, publiés par MM. Luys, Herbert Spencer et un grand nombre d'autres physiologistes et psychologues. Arrivons maintenant au deuxième mode de l'activité au-

©BIUM

tomatique normale du cerveau, c'est-à-dire aux actes instinctifs naturels, non appris. Là encore, l'auteur du mémoire que nous analysons nous donne une riche moisson de faits et d'idées. Il part de ce principe: Tout ce qui est instinctif étant manifesté par le cerveau chez les animaux à sang chaud et chez l'homme par conséquent, nous devons attribuer à l'activité automatique de cet organe la science et l'initiative qui produisent les actes dont il est ici question, c'est-à-dire les expressions de la physionomie, les gestes, les attitudes du corps, en un mot, tous les phénomènes mimiques. Ces actes sont encore les différentes inflexions que peut prendre la voix, les mouvements par lesquels nous repoussons ce que nous sentons être nuisible, etc., etc. Tous ces actes automatiques instinctifs présentent les caractères des actes réflexes cérébraux. « L'activité psy-» chique du cerveau par le sentiment éprouvé, par la perception » d'un objet émouvant, d'un son, etc., réagissant sur l'activité » automatique des organes nerveux, détermine ces actes si nom-» breux et si variés sans que l'individu y pense. Ces divers » actes sont tellement préétablis par des lois, qu'ils se trouvent » toujours être identiques chez tous les individus soumis aux » mêmes causes qui les produisent. C'est ainsi que la haine, » la colère, l'orgueil, la ruse, l'admiration, etc., déterminent » chez tout individu qui les éprouve les mêmes contractions » musculaires, et par conséquent une expression semblable; et » cela, non seulement chez l'homme, mais encore chez les ani-» maux. C'est à l'occasion de ces actes instinctifs que Gratiolet » a dit: « Il est impossible d'être saisi d'une idée vive sans » que le corps se mette à l'unisson de l'idée. »

Nous allons maintenant entrer dans un autre ordre de phénomènes, ceux que présente, à l'état pathologique, l'activité automatique du cerveau. Après un court historique de cette question, dans lequel il analyse rapidement les travaux de Laycock, de Carpenter et de M. Luys sur la cérébration inconsciente, l'automatisme cérébral, l'inconscience, toutes expressions équivalentes, notre auteur étudie le cas où le cerveau, sans manifester la conscience, produit des actes semblables à ceux que le moi combine et commande. Ces cas, suivant lui, ne se rencontrent que dans des conditions nerveuses anormales, pathologiques; il se sépare donc, comme on voit, des auteurs qu'il cite dans son historique et qui acceptent que les fonctions cérébrales, même à l'état physiologique, agissent souvent, certains disent le plus souvent, d'une façon automatique ou inconsciente. Mais je n'ai

©BIUM

pas à résoudre ici cette question si difficile de philosophie biologique; j'accepterai en principe les idées de notre auteur et continuerai l'analyse de son travail.

Ce qu'il y a de plus important dans une telle étude, ce sont les faits et on sait qu'ils abondent. On peut d'abord citer deux cas dans lesquels l'être conscient assiste en quelque sorte aux actes automatiques de son cerveau, « tout en constatant lui-même que son moi n'y prend aucune part active, et qu'il ne fait que les percevoir en témoin, comme il percevrait les actes d'autrui. » Tels ces démonopathes qui prononçaient de longs discours, sans le vouloir et qui accusaient le démon de parler par leur bouche, en sorte que l'activité automatique produisait les discours, tandis que l'activité consciente les percevait tout en restant étrangère à leur accomplissement.

Un autre ordre de faits qui peuvent donner la clef de l'activité automatique du cerveau, ce sont les phénomènes qui s'observent chez les anesthésiés par l'éther, le chloroforme et autres substances. Dans le chapitre qu'il consacre à cette question, notre auteur, toujours si au courant des travaux de ses contemporains, semble oublier complétement que d'autres avant lui l'ont étudiée et en grande partie résolue. N'était-ce pas le lieu de rappeler les beaux travaux de MM. Alfred Maury, Moreau (de Tours), Lacassagne, etc.; et sa démonstration n'aurait-elle pas gagnée en importance si l'auteur avait ainsi fait appel à la science et aux expériences de ses prédécesseurs ? Quoi qu'il en soit de cet oubli, nous reconnaissons que les observations d'anesthésie par le chloroforme ou l'éther, qu'il décrit, sont intéressantes et méritent à bien des égards d'être lues et méditées. De ces observations, il croit devoir conclure que les agents anesthésiques peuvent produire au point de vue qui nous occupe, trois effets différents : 1° l'affaiblissement de l'activité consciente des hémisphères cérébraux; 2° la paralysie complète de l'activité consciente du cerveau avec persistance de l'activité automatique de cet organe et des autres actes nerveux automatiques; 3° enfin, la paralysie des deux modes d'activité du cerveau et de l'activité des organes nerveux automatiques.

Avec le chapitre III, nous entrons dans le cœur même du sujet traité dans ce mémoire, c'est-à-dire l'étude scientifique, ou plutôt la théorie physiologique du somnambulisme. « Demander à la psychologie une explication du somnambulisme, dit avec raison l'auteur, serait faire fausse route; la physiologie peut seule donner cette explication. » Aussi s'adresse-t-il sur-

©BIUM

tout à ces expériences d'anesthésie par l'éther ou le chloroforme, qui produisent, après une excitation passagère, une suspension de fonction. Cette sorte de paralysie peut n'atteindre que l'activité consciente du cerveau, et respecter son activité automatique ainsi que les facultés psychiques qu'elle a la fonction de manifester. Sous l'influence de cette activité automatique, l'individu anesthésié peut accomplir, sans l'intervention du moi, des actes semblables à ceux qu'il exécute par son activité consciente.

Le même phénomène se reproduit chez le somnambule ; comme il accomplit des actes intelligents dont il n'a aucune conscience, une fois revenu à son état normal, ne devons-nous pas conclure que son accès de somnambulisme est causé par *la paralysie de l'activité consciente du cerveau, avec persistance de son activité automatique ?*

Après avoir établi l'état organique qui produit le somnambulisme, l'auteur examine deux questions se rattachant à cette donnée de physiologie pathologique. D'abord, il se demande si la substance grise corticale consacrée à manifester les facultés psychiques est la même que celle qui manifeste le moi, cas où le somnambulisme consisterait dans une paralysie incomplète de cette substance, paralysie suffisante pour empêcher la manifestation du moi, mais insuffisante pour empêcher la manifestation des facultés psychiques ; ou bien, s'il y a dans cette substance grise corticale un groupe spécial de cellules, ou agglomérées en noyau, ou agglomérées en étendue, qui préside à la manifestation du moi, groupe qui serait distinct de celui qui préside à la manifestation des facultés psychiques. A cette première question, l'auteur donne une réponse dont il emprunte les éléments aux travaux de notre collègue, M. Luys. Vous savez que ce savant physiologiste a conclu de ses études que les différentes couches de la substance grise corticale avaient des fonctions différentes ; que la plus superficielle présidait au sensorium, la moyenne aux facultés intellectuelles et instinctives, et enfin, la plus profonde, à la transmission de la volonté par l'action. De ces données, l'auteur croit devoir déduire que le somnambulisme actif serait psychologiquement déterminé par la paralysie nerveuse de la couche la plus superficielle de la substance grise des circonvolutions avec persistance de l'activité de la couche moyenne et de la couche profonde, mais que si la couche moyenne se trouve également paralysée, on a le somnambulisme inactif, qui ne manifeste aucune faculté psychique.

©BIUM

La seconde question que se pose notre auteur est la suivante : la cause physiologique du somnambulisme étant une paralysie cérébrale particlle sans lésion organique, comment se produit cette paralysie dans le groupe des cellules nerveuses présidant à la manifestation du moi? D'après lui, elle se produirait soit par l'anémie ou l'ischémie de ces régions, soit par la congestion, soit encore par une suspension de l'activité de la substance nerveuse, suspension dépendant de cette substance. C'est là une étiologie éclectique, qui peut se soutenir ; mais n'aurait-on pas le droit de désirer que ces différentes causes fussent discutées avec plus de détails qu'elles ne le sont dans le mémoire ? En science, une démonstration vaut mieux qu'une simple affirmation.

Les phénomènes qui, dans le somnambulisme naturel ou spontané, fixent spécialement l'attention, sont au nombre de quatre :

1° Les actes accomplis.

2° L'ignorance, par l'individu à son réveil, de tout ce qui s'est passé et de ce qu'il a fait pendant son accès.

3° L'anesthésie.

4° La nature du regard.

Ces quatre ordres de phénomènes sont étudiés avec soin et les pages qui leur sont consacrées méritent d'être lues et méditées. Les faits nouveaux qui s'y trouvent, ajoutés à ceux que notre savant collègue, M. le Dr Mesnet, ainsi que d'autres observateurs ont publiés sur le même sujet, ont permis à notre auteur de donner du somnambulisme naturel une description saisissante d'intérêt, et d'une exactitude aussi rigoureuse que le comporte la difficulté de ce sujet « si ondoyant et si divers. »

Je citerai encore avec éloges, en terminant, le paragraphe consacré à l'étude de la différence qui existe entre le somnambulisme et le sommeil. Le somnambulisme étant dû, comme on l'a vu plus haut, à une paralysie de l'activité consciente du cerveau, avec persistance de son activité automatique; le sommeil et les phénomènes qu'il présente sont déterminés, dans le sommeil complet sans rêve, par le repos des deux activités du cerveau, et, dans le sommeil avec rêve, par le repos incomplet de l'activité consciente de cet organe avec repos de l'activité automatique du cerveau et des organes exclusivement automatiques.

Ici s'arrête notre tâche. La suite du mémoire n° 1, traitant en effet de questions extra-scientifiques, telles que le somnambu-

©BIUM

lisme artificiel, de l'action thérapeutique de l'état somnambulique artificiel et du magnétisme dans les affections nerveuses, hystériques, etc., votre commission a cru devoir exclure du concours cette partie de l'œuvre. Non pas qu'il n'y ait là encore en maint endroit des aperçus ingénieux, des vues utiles, des observations cliniques intéressantes de somnambulisme naturel; mais l'auteur, mettant de côté l'esprit de critique dont il nous a donné tant de preuves dans sa première partie, y montre une trop grande crédulité, il a une tendance manifeste à accepter sans examen toutes les affirmations des partisans du mesmérisme et du somnambulisme artificiel; les critiques si fermes et si judicieuses faites à ce sujet par M. Dechambre, il s'en montre pour ainsi dire formalisé et les repousse. Aussi comme il a abandonné le terrain solide de la science, nous ne le suivrons pas plus loin, nous le laisserons seul naviguer sur la mer, sans limites et semée d'écueils, du fantastique et de la crédulité; nous nous contenterons des pages de son mémoire que je vous ai analysé et qui démontrent chez leur auteur une connaissance approfondie des travaux les plus récents sur la physiologie et la pathologie du système nerveux. Quant au reste de son travail, nous le repoussons; les idées qui y sont émises, propres à leur auteur, la Société médico-psychologique n'entend sans doute pas les approuver, et votre commission, prenant les devants, a cru bien faire en n'admettant au concours que la première partie de ce mémoire.

Le mémoire n° 2, qui a pour épigraphe ces paroles de Stahl : *Firma et constans est veritas ; fluxæ sunt et evanidæ opiniones*, » est intitulé : *Etude sur les troubles du système nerveux central consécutifs aux affections diverses de l'appareil utéro-ovarien.* Ce travail est, comme vous voyez, un chapitre de ce genre de folies, appelées folies sympathiques, et qui a été étudié avec tant de soin et d'érudition par notre savant confrère, le Dr Charles Loiseau. Nous rappellerons aussi à ce sujet les travaux de MM. Belhomme et Azam, ainsi que l'importante discussion que souleva en 1857, à la Société médico-psychologique, la thèse de M. Loiseau et à laquelle prirent part Parchappe, de Castelnau, MM. Baillarger, Delasiauve, Legrand de Saulle, etc.

L'auteur du mémoire que nous allons analyser, a pris connaissance de tous ces matériaux, il les a groupés avec soin en ajoutant un grand nombre d'observations personnelles, mais l'ensemble du travail laisse l'impression suivante : c'est qu'on a

©BIUM

affaire moins à un médecin aliéniste connaissant à fond toutes les questions de médecine mentale qu'à un gynécologiste distingué, d'une érudition étendue, qui a cherché à tirer partie d'un grand nombre d'observations de troubles intellectuels à la suite de lésions utérines, que sa pratique lui a fournies. L'analyse de ce travail vous amènera, je l'espère, à partager cette opinion.

L'auteur consacre un premier chapitre d'introduction à quelques mots sur l'anatomie et la physiologie de l'utérus et de ses annexes. Ce chapitre, qui tient dix pages du manuscrit, paraîtra trop court, placé à la tête d'un traité des maladies de l'utérus ; comme préface de ce mémoire, il me paraît inutile et l'on serait tenté de rappeler le mot d'Horace :

Sed nunc non erat his locus.

Nous aurions mieux compris comme préliminaires d'un travail sur les folies sympathiques des affections utérines, l'étude des modifications, pour ainsi dire physiologiques, qu'impriment à l'intelligence, aux sentiments et au caractère de la femme, les différentes évolutions de la vie utérine normale. L'auteur en a jugé autrement, et, avant d'aborder le sujet de son travail, il nous fait encore jeter un rapide coup d'œil sur la pathologie générale des affections utérines et en particulier sur les phénomènes sympathiques qu'elles peuvent provoquer.

Avec le troisième chapitre, nous entrons réellement dans notre domaine, celui de la pathologie mentale. L'existence de la folie sympathique y est affirmée et démontrée à l'aide de faits tirés des auteurs ; les principales affections viscérales ou autres qui la provoquent y sont indiquées ; son pronostic y est étudié et considéré avec raison comme étant favorable dans la majorité des cas, la disparition du trouble mental suivant presque toujours la guérison de la maladie déterminante ; et n'y a-t-il pas lieu de rappeler à ce propos l'axiome : *Sublatâ causâ, tollitur effectus?*

Nous allons maintenant abandonner le terrain des généralités et entrer dans le domaine clinique ; le chapitre quatrième, en effet, traite la question qui fait le sujet de ce mémoire. Pour plus de clarté, il est divisé en cinq paragraphes intitulés, comme il suit : 1° Puberté ; 2° désordres de la menstruation ; 3° grossesse et accouchement ; 4° affections diverses de l'utérus et de ses annexes ; 5° ménopause.

Peu de chose et pas de faits sur le premier groupe ; sur le deuxième, c'est-à-dire sur les désordres de la menstruation,

©BIUM

huit observations empruntées à divers auteurs, puis statistique tirée de l'ouvrage d'Esquirol; mais pas un mot, nous le regrettons, du travail, si substantiel et si nourri de faits, de notre regretté confrère, Berthier (*Des névroses menstruelles, ou la menstruation dans ses rapports avec les maladies mentales et nerveuses*. Paris, 1874). Le paragraphe consacré à la grossesse et à l'accouchement est très-court, trop court, à notre avis; que de choses, en effet, il y avait à emprunter à un ouvrages que l'auteur a oublié de nous citer, au savant volume publié par Marcé (*Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*. Paris 1858)! Il a lu et cité, il est vrai, le savant mémoire d'Esquirol; toutefois ce n'est pas à cet illustre aliéniste qu'il a pu emprunter les éléments de l'affirmation suivante : « Dans la folie des femmes nouvellement accouchées, on remarque la prédominance des idées tristes avec des impulsions au meurtre. » Les chiffres, donnés par les meilleurs auteurs, semblent démontrer le contraire; ainsi Marcé, pour ne citer que lui, dit, en parlant de la folie des nouvelles accouchées : « Sur 44 malades, j'ai trouvé 29 cas de manie, 10 cas de mélancolie, 5 cas de folie partielle, et 2 cas seulement d'affaiblissement intellectuel passager. » Puis il ajoute : « La prédominance de la manie chez les nouvelles accouchées est un fait qu'il n'est pas sans intérêt de noter, car chez les nourrices la forme mélancolique est au moins aussi commune que la manie; le nombre des monomanies est à peine égal au cinquième des cas de manie (p. 191). »

Nous arrivons au quatrième groupe, à celui des affections diverses de l'utérus et de ses annexes; c'est le plus important du chapitre. On sent que l'auteur est là sur son véritable terrain; c'est là aussi que se trouvent le plus grand nombre de ses observations personnelles, qui sont toutes prises avec soin et dont la plupart sont une confirmation éclatante de ce qui a été dit précédemment du pronostic des affections mentales sympathiques. L'auteur a eu raison de dire que des faits surtout vient la lumière; en réunissant ainsi ceux qu'il a eu l'occasion d'observer, il arrive à convaincre son lecteur et à faire surtout œuvre scientifique. Ces observations sont classées dans l'ordre suivant : d'abord les métrites et les altérations du col, au nombre de 21; puis les déplacements et déviations de l'utérus au nombre de 10; les tumeurs de diverse nature, polypes, fibromes etc., au nombre de 11 et enfin 16 cas de cancer. Vous n'attendez pas de nous une analyse détaillée de ces différents faits; qu'il vous suffise d'apprendre que dans les 21 cas d'ulcération

©BIUM

du col ou de métrites, il y a eu 10 guérisons; 8 guérisons et 2 améliorations, sur les 10 cas de déplacement de l'utérus, etc.

Parlerons-nous maintenant des pages consacrées à la ménopause et aux névroses cérébro-spinales sympathiques des affections diverses de l'appareil utéro-ovarien? Cette analyse nous mènerait bien loin; mais nous manquerions à notre devoir si nous ne disions que, dans ces deux chapitres, se trouvent plus d'un fait à noter, plus d'une observation curieuse, intéressant à la fois et le gynécologiste et l'aliéniste.

En résumé, travail intéressant, dénotant un savoir approfondi de la pathologie utérine et des efforts réels pour se mettre au courant des connaissances relatives à notre spécialité. Malheureusement tombant du côté où il penche, l'auteur a donné trop de place dans son mémoire à ce qu'il sait le mieux, à la pathologie utérine; aussi la partie qui nous intéresse surtout en a un peu souffert et aurait mérité de plus amples développements.

Le pouls et la circulation des aliénés étudiés à l'aide du sphygmographe, tel est le titre du mémoire n° 3. Il porte pour épigraphe cette phrase de notre illustre et regretté physiologiste, Claude Bernard : « La douleur psychique retentit sur l'économie comme l'excitation mécanique douloureuse d'un » nerf. Comme celle-ci, elle a toujours le sympathique pour » instrument de son action.... »

L'étude du pouls chez les aliénés a été, jusqu'ici, faite surtout au point de vue de la quantité, c'est-à-dire du nombre des pulsations. On connaît à ce sujet les travaux publiés par Leuret et Mitivié, par Earle, Guy, Marcé, etc. Mais il y avait un autre point de vue à rechercher, celui de la qualité du pouls; cette étude n'a pu être entreprise d'une façon scientifique que depuis la remarquable et ingénieuse invention de M. Marey. C'est à l'aide du sphygmographe seul, en effet, qu'il est possible d'obtenir des renseignements précis et pour ainsi dire mathématiques sur les modifications que subit le pouls dans les différentes maladies. Vous connaissez tous l'important travail que Lorain a publié sur cette question (*Le pouls, ses variations et ses formes diverses dans les maladies*, Paris, 1870). On trouve même dans ce livre quelques tracés du pouls chez les aliénés.

L'auteur du mémoire no 3, s'inspirant des travaux de Lorain et de Marey ainsi que de ceux d'auteurs allemands sur le même sujet, s'est engagé dans la voie difficile des recherches sphyg-

©BIUM

mographiques chez les aliénés. En lisant son travail, et en examinant les 142 tracés qu'il contient, nous comprenons sans peine les paroles suivantes, qui terminent l'introduction : « Pour assembler les matériaux de ce mémoire, il nous a fallu beaucoup de temps, beaucoup de patience, essuyer beaucoup de rebuffades, multiplier des contacts qui ne sont pas toujours agréables. Si le résultat ne répond pas à l'effort, qu'on excuse l'auteur en faveur de sa bonne volonté. »

Un tel travail, qui est tout dans les détails, ne peut s'analyser; pour bien faire comprendre les résultats obtenus, il faudrait mettre sous vos yeux les tracés sphygmographiques obtenus, montrer leurs ressemblances et leurs différences, vous faire saisir les nuances, car tout ici est dans les nuances. Mais, ce qui importerait surtout, ce serait de connaître les conclusions qu'il y a à tirer de ces nombreuses observations; or l'auteur a jugé à propos de n'en tirer aucune. Nous devons regretter cette abstention. Mais après tout, n'en soyons pas trop surpris; de pareilles recherches ne comportent peut-être pas de conclusions ou, pour être plus juste, n'en comportent peut-être pas encore.

Je me contenterai donc de vous faire connaître, d'une façon très-succincte, les recherches de notre confrère. Il étudie d'abord le pouls dans les différentes formes de manie; nous indique ses nombreuses variétés; nous démontre que, dans le paroxysme de l'agitation maniaque, il est caractérisé : 1° par sa fréquence extrême, 2° par la faible amplitude du tracé, 3° par un fréquent arrondissement général de la courbe, etc.

Un autre chapitre traite du pouls dans la mélancolie. Chez le mélancolique « le pouls, avait dit Esquirol, est ordinairement lent, faible et concentré, quelquefois très-dur, » Notre auteur a confirmé cette observation de l'illustre aliéniste; car il nous apprend, en langage scientifique moderne, que « les tracés sphygmographiques qu'on recueille chez les malades atteints de mélancolie varient dans des proportions assez grandes, mais que d'une façon générale, ils se rapprochent d'autant plus de la ligne droite, que la dépression est plus prononcée. » Pour la démonstration de cette assertion, il n'y a qu'à lire les différents paragraphes de ce chapitre, à examiner les tracés qui accompagnent les observations citées; on peut en effet étudier successivement le pouls dans le délire mélancolique simple, dans les formes anxieuses de la mélancolie compliquée de stupeur, dans les délires partiels chroniques, etc.

Nous ne suivrons l'auteur ni dans la description des tracés du

©BIUM

pouls dans la paralysie générale, ni dans l'étude de l'athérome chez les aliénés ; mais nous nous arrêterons un instant au chapitre qu'il a consacré à l'étude des maladies du cœur dans la folie.

Les auteurs, qui se sont occupés des affections cardiaques chez les aliénés, ont surtout recherché leur degré de fréquence, Les chiffres qu'ils ont trouvés varient beaucoup ; ainsi Esquirol donne la proportion de 1 sur 15, Webster, 1 sur 8; Bayle. 1 sur 6 ; Calmeil et Thore. 1 sur 3; Bazin, 3 sur 343,.... etc. Comme on voit, il n'y a rien à conclure de ces chiffres contradictoires, si ce n'est que les affections du cœur sont plutôt rares que fréquentes chez les aliénés.

Mais une autre question se présente : les maladies du cœur impriment-elles à la folie un cachet spécial ou, autrement dit, y a-t-il un type cardiaque de folie, si l'on peut s'exprimer ainsi ? Morel semble partager en partie cette idée, lorsqu'il dit : « J'ai remarqué chez ces mêmes malades (ceux atteints d'hy» pertrophie de cœur et d'insuffisance de l'orifice auriculo» ventriculaire) le retour périodique d'idées systématiques » bizarres, des tendances hypochondriaques, et souvent j'ai con» staté des hallucinations spéciales qui surgissaient avec l'aug» mentation de l'obstacle à la circulation et avec la congestion » cérébrale qui en était la suite. Ces hallucinations sont ordi» nairement d'une nature terrifiante et cela ne doit pas éton» ner. » (*Traité des maladies mentales*, p. 159.)

Notre auteur, qui cite d'ailleurs ce passage, est-il, par l'étude de ses observations arrivé aux mêmes conclusions ? Oui ; mais il ajoute un fait nouveau, c'est le caractère impulsif des accès de folie. « Le caractère impulsif de la folie de ce malade (dont » il reproduit l'observation) est assez remarquable, dit-il, pour » que nous y insistions. Nous ne sommes pas encore absolu» ment fixé sur les rapports qu'il peut y avoir entre le caractère » impulsif de la folie et les lésions valvulaires du cœur ; pour » cela les exemples nous manquent, et deux ou trois observa» tions ne suffisent pas pour trancher la question ; cependant » il est bon de signaler ces faits, et de rappeler que chez les » impulsifs, nous avons fait voir que les accès sont presque tou» jours accompagnés de modifications graves dans la circula» tion, telles que accélération des battements, palpitations, in» termittences, etc., symptômes ordinaires des affections du » cœur, principalement de l'orifice mitral. » On trouve ici à peu près les mêmes conclusions que celles auxquelles est arrivé

©BIUM

récemment un médecin allemand, le Dr Wilkowski, de Siegburg et que notre auteur rappelle dans son mémoire : « Dans tous les cas d'insuffisance mitrale, comme dans tous les cas d'affection cardiaque, il y a chez les aliénés un facteur psychique commun constituant la note dominante de la maladie ; c'est un besoin incessant de mouvement présentant le caractère de l'inconscience et de l'irrésistibilité. » (*Annales méd. psych.* nº de juillet 1878). Est-ce là le dernier mot de la science sur cette question ? Nous ne le croyons pas et de nouvelles observations cliniques, prises avec soin, pourront seules confirmer ou infirmer les affirmations et du médecin allemand et de notre auteur. Quoi qu'il en soit, nous devons féliciter ce dernier des quelques faits intéressants qu'il nous a fait connaître et qui font du chapitre que nous venons d'analyser un des plus intéressants de son mémoire.

En résumé ce travail prouve chez son auteur beaucoup de travail, une patience à toute épreuve, l'habitude de l'observation clinique ; mais trop voué à une sorte d'empirisme pur, il voit trop le fait brut et n'essaie pas de tirer de l'accumulation d'observations une idée générale, une conclusion qui prouverait chez lui, outre la faculté d'observation, ces qualités d'induction si utiles au savant.

Messieurs, vous venez d'entendre l'analyse des mémoires qui ont été envoyés pour le prix Aubanel ; j'ai fait la part de l'éloge et celle de la critique. Il me reste maintenant à vous faire connaître les décisions de la commission.

La première impression de tous les membres a été qu'il n'y avait pas lieu d'accorder le prix ; mais reconnaissant que les travaux qui ont été envoyés pour le concours du prix Aubanel offraient cependant certaines qualités ; que le mémoire nº 1 contenait une partie remarquable et qui mérite à bien des points de vue vos suffrages ; que les mémoires nº 2 et nº 3 dénotent de grands efforts de travail, des habitudes d'observation et des connaissances réelles, votre commission vous propose :

1º De n'accepter au concours que la première partie du mémoire nº 1, d'en exclure la seconde à cause des assertions extra-scientifiques qu'elle contient et dont la Société ne veut et ne peut aucunement accepter la responsabilité.

2º De décerner à l'auteur du mémoire nº 1 une récompense de 1,200 fr., mais uniquement pour la première partie de ce mémoire, celle qui a été analysée dans ce rapport.

©BIUM

3o D'accorder à chacun des auteurs des deux autres mémoires, nº 2 et nº 3, une somme de 300 fr. comme encouragement.

4o De reporter, au prix à décerner en 1881, les 600 fr. restants.

Les conclusions de la commission sont mises aux voix et adoptées. L'ouverture des plis cachetés apprend que l'auteur du mémoire nº 1, à qui est décernée une récompense de 1.200 fr. est M. le Dr Prosper Despine, de Marseille ; les auteurs des mémoires nos 2 et 3, qui ont obtenu chacun 300 fr., à titre d'encouragement, sont MM. les Drs V. de Fourcauld, ancien interne de Saint-Lazare, et Cullerre, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés d'Auxerre.

Des rapports entre la syphilis et la paralysie générale.

M. Ach. Foville donne sur ce sujet lecture d'un mémoire (Voir *Annales méd.-psych.*, nº de mai 1879, p. 353).

M. Lunier croit très-sage la dernière conclusion du travail de M. Foville, celle qui dit qu'en présence d'un malade offrant les symptômes de la paralysie générale, il est bon de rechercher avec soin s'il n'a pas des antécédents syphilitiques, et, dans ce cas, d'instituer un traitement spécifique. Quant au point de savoir s'il existe des signes distinctifs entre la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique et la paralysie générale proprement dite, il pense qu'il est possible d'en trouver. Quoi qu'il en soit, il citera deux cas qu'il a pu observer. Le premier est celui d'un syphilitique à accidents tertiaires, dont l'affection paralytique guérit au bout d'un an à dix-huit mois de traitement ; il est à observer que ce malade ne présentait ni délire ambitieux, ni dilatation inégale des pupilles. Le second cas est celui d'un individu, pour lequel le médecin avait porté le diagnostic de paralysie générale. Néanmoins, ce n'est pas la paralysie générale ordinaire, à symptômes bien tranchés ; ainsi, on constate l'absence de délire ambitieux, l'absence de dilatation inégale des pupilles ; mais on observe la démarche ordinaire, le tremblement et les pleurnicheries du paralytique. C'est un syphilitique qui a déjà suivi un traitement spécifique ; ce traitement sera repris et on peut espérer sinon la guérison au moins une amélioration sérieuse. Dans tous les cas, M. Foville vient de soulever une question importante, qui mérite d'être discutée et complétée .

Sur la proposition de M. le Président, la question des rapports qui existent entre la syphilis et la paralysie générale est mise à l'ordre du jour des prochaines séances.

La séance est levée à six heures. Dr Ant. Ritti.

©BIUM

REVUE D'ANTHROPOLOGIE

Analyse des Bulletins de la Société d'Anthropologie. Années 1874, 1875 et 1876.

SOMMAIRE.

Facultés mentales des animaux comparées à celles de l'homme. — Prédominance de l'hémisphère cérébral gauche. — Cerveau d'une imbécile. — Idiots aztèques. — Recherches à faire sur les idiots, dans les asiles d'aliénés. — Plusieurs cas de microcéphalie avec autopsie. — Déformations artificielles du crâne. — Scaphocéphalie et Plagiocéphalie. — Instruments et recherches craniométriques.

Nous avons à régler un arriéré considérable avec les bulletins de la société d'anthropologie; pour réparer, autant que possible, ce retard que nous regrettons, nous allons mentionner rapidement ceux des travaux contenus dans les volumes de 1874, 1875 et 1876, qui ont le plus de rapports avec les études médico-psychologiques ; il nous arrivera, parfois, dans cette analyse de suivre plutôt l'analogie des sujets que l'ordre chronologique.

M. Dally s'est chargé de faire connaître à la société d'anthropologie un ouvrage considérable de M. J. C. Houzeau, intitulé : « Études sur les facultés mentales des animaux comparées à celles de l'homme (1). » Nous ne saurions mieux faire que d'imiter M. Dally, en citant un long passage de l'auteur qui explique de la manière suivante l'origine de ces études.

« Pendant un séjour de cinq ans dans les parties les moins » habitées du Texas et dans les régions pastorales du Nord » du Mexique, dit l'auteur, mon attention fut attirée vers l'é- » tude des facultés mentales des animaux. Je vivais à l'air » libre, au milieu de la nature, et j'avais sans cesse sous les » yeux le spectacle des actes divers qu'exécutent différentes

(1) Bulletin, 1874, p. 29.

©BIUM

» espèces de mammifères, d'oiseaux, de reptiles et d'insectes. » Je voyais les animaux dans un état d'indépendance et de » liberté qu'ils ne peuvent point conserver dans les pays civi- » lisés. J'avais en même temps autour de moi des spécimens » de la société humaine dans ses différents degrés de dévelop- » pement, depuis le sauvage cruel, qui n'a pas de demeure » fixe, pas d'agriculture, presque pas d'outils, pas d'histoire et » à peine des traditions, jusqu'à l'homme de la civilisation » moderne, construisant le télégraphe et le chemin de fer. » J'avais donc sous les yeux, autour de moi, et comme dans » un même tableau, la série entière des degrés. Commençant » aux espèces inférieures, je pouvais étudier en même temps » les classes les plus élevées du règne animal, et comparer » dans leurs manifestations de l'instinct et de l'intelligence, » l'homme à l'état sauvage, à l'état barbare et dans la civili- » sation.

» Je m'aperçus alors qu'il faut vivre auprès des différentes » sociétés, soit d'hommes, soit d'animaux, pour les bien con- » naître. Je fus étonné de la variété d'actions, concourant à » leur but déterminé, que certains animaux exécutent. Je » compris alors, pour la première fois, l'étendue du rôle des » facultés mentales dans l'existence des différentes espèces. » Mais après avoir consacré beaucoup de temps à cet examen, » je reconnus aussi que mes observations étaient insuffisantes » pour tracer un tableau complet des facultés mentales des » principales espèces d'animaux et de l'homme pris dans ses » différents degrés de progrès social. J'avais en quelque sorte » la clef de ces études, mais combien d'espèces sont demeurées » en dehors du champ qui m'était accessible ? Combien d'au- » tres n'ont jamais été suivies d'une manière spéciale par » d'habiles et patients observateurs ? J'essayai donc de réunir, » à mes propres observations, les matériaux acquis précédem- » ment, et c'est ce travail que je vais me hasarder de présenter » ici. »

L'auteur rattache l'ensemble des facultés mentales à trois types qu'il désigne sous les titres suivants : l'automate, l'être intelligent, l'être sociable. A l'automate ressortissent les sensations, les instincts, les habitudes ; à l'être intelligent, les sentiments, les passions, les idées ; à l'être sociable, enfin, appartiennent les phénomènes du langage, de la famille, de la société.

Ces indications suffisent pour indiquer le but et le cadre de

©BIUM

l'ouvrage sur lequel nous ne saurions nous arrêter davantage; disons, toutefois, que M. Dally en parle en termes très-élogieux.

« Pourquoi Gratiolet a-t-il trouvé les circonvolutions cérébrales gauches en avance sur celles du côté opposé ? Pourquoi M. le professeur Broca localise-t-il, au moins d'une manière générale, la faculté du langage articulé dans la troisième circonvolution gauche ? Pourquoi sommes-nous presque tous droitiers ? »

Ces diverses questions constituent un problème unique pour lequel M. le docteur A. Debourges propose la solution suivante (1) :

« Si l'on interroge la physionomie du centre circulatoire et » de ses dépendances les plus proches, si l'on examine de » quelle façon se détachent de l'aorte les troncs artériels portant la vie au cerveau, on constatera, sans peine, qu'en raison » de la voie à parcourir, l'apport du sang, à gauche, sera, » dans un temps donné, plus considérable ; d'où nutrition plus » active et plus puissante de l'hémisphère de ce côté, ou du » moins de la partie antérieure.

» Le tronc brachio-céphalique fait, avec la crosse, un angle » assez prononcé pour briser le flot nourricier et retarder son » engagement dans le canal droit ; rien de semblable de » l'autre côté pour la carotide primitive. Ici, courant presque » direct, trajet sans brisure appréciable, transport facile du » fluide sanguin, et, comme résultat, précocité plus grande » du développement cérébral gauche avec toutes ses conséquences. »

M. le Dr Pozzi a fait, à l'occasion du cerveau d'une imbécile (2), une communication qui a servi de point de départ à une nouvelle discussion sur la question, toujours pendante, des rapports entre le développement physique du cerveau et celui des facultés intellectuelles, qui a provoqué plusieurs autres présentations se rattachant au même sujet.

Il s'agissait d'une fille de dix-huit ans, à intelligence très-peu développée, qui n'avait rien pu apprendre à l'école ; rentrée chez ses parents, elle fut employée à conduire une vache paître dans le bois voisin; là elle devint enceinte du fait d'un

(1) Bulletin, 1874, p. 613.
(2) Bulletin, 1874, p. 772.

©BIUM

berger et fut conduite à Paris, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Lorain, pour faire ses couches ; vingt jours après l'accouchement elle succomba à une septicémie rapide. De la description, extrêmement minutieuse, faite par M. Pozzi, il résulte que le cerveau présentait de nombreuses et importantes particularités qui, en l'absence de tout renseignement, eussent suffi pour en indiquer la provenance.

La simplicité, la grosseur et l'état lisse des circonvolutions rappellent, d'une manière frappante, l'encéphale de la Vénus hottentote.

Quelques-unes des anomalies anatomiques constatées doivent être attribuées à un arrêt de développement ; c'est ainsi notamment, que la scissure de Sylvius est entr'ouverte, de manière à laisser voir le lobule de l'insula, comme cela a lieu chez le fœtus à terme.

Mais il est d'autres particularités qui échappent à cette interprétation. Telles sont le grand développement du pli courbe la présence étonnamment accusée de la scissure perpendiculaire externe, la maigreur ou l'absence de certains plis de passage, l'importance du lobe occipital.

Rien de tout cela ne s'observe dans le cerveau du fœtus ; ces anomalies se rencontrent, au contraire, dans le cerveau des singes anthropoïdes ; l'auteur considère donc leur existance chez l'homme, comme des phénomènes de réversion, sans vouloir aller plus loin que la constatation pure et simple du fait, ni prétendre y chercher un argument pour le triomphe d'une théorie. Il se contente de tirer de ses recherches les conclusions suivantes :

« 1° Le poids de l'encéphale n'a pas une valeur absolue » dans la détermination du degré de l'intelligence ; il doit, » assurément entrer en ligne de compte ; mais à côté des » données qu'il nous fournit, on doit placer ceux que nous » donne la morphologie, et ceux que nous fait espérer l'ana- » lyse microscopique.

» 2° La morphologie des circonvolutions est un facteur des » plus importants du problème cérébral ; l'obtusion congéni- » tale de l'intelligence coïncide, presque constamment, avec » une grande simplicité des plis cérébraux.

» 3° Cette simplicité paraît résulter d'un arrêt de dévelop- » pement.

» 4° Certaines dispositions morphologiques ne peuvent re-

©BIUM

» cevoir l'interprétation précédente. Elles constituent un état » anormal dans l'espèce humaine, aussi bien à la période fœ- » tale qu'à l'âge adulte, et se rapprochent d'un état normal » dans les espèces inférieures. ..

» En d'autres termes, à côté de véritables anomalies *rever-* » *sives, par arrêt de développement*, on trouve des anomalies » *reversives par déviation du développement.* »

A la suite de cette communication, M. Broca reprenant la comparaison du cerveau de l'homme et de celui des singes anthropoïdes a montré que les différences qui ont été signalées comme existant entre eux, n'existent réellement pas, ou sont sans importance ; un seul caractère les différencie réellement, c'est le plus grand développement du cerveau de l'homme.

Mais, ajoute M. Topinard, cette différence de quantité est énorme, et elle suffit pour établir, entre l'homme et son plus proche voisin, une distance bien grande. En effet, le gorille et l'homme ayant sensiblement la même taille, la capacité moyenne de la cavité crânienne est, chez le premier, de 500 centimètres cubes, tandis que chez l'homme blanc, elle est de 1,500 centimètres cubes, en chiffres ronds ; il y a donc, entre eux, une différence du simple au triple.

Dans la séance suivante, le même M. Topinard présenta à la société les deux microcéphales mexicains (1), qui sous le nom d'Aztèques, avaient déjà été montrés à Paris, en 1855, et qui y étaient revenus, au bout de dix-neuf ans, un peu grandis, mais toujours aussi idiots.

Après l'échange de quelques remarques relatives aux idées de C. Vogt qui attribue la microcéphalie à la suture prématurée des os du crâne, tandis que d'autres considèrent l'arrêt de développement du cerveau lui-même, comme le phénomène initial qui entraîne les autres à sa suite, M. Paul Bert fit une proposition spécialement intéressante pour les lecteurs habituels des *Annales*.

Ayant rappelé que, dans les asiles d'aliénés, se trouvent quelques individus plus ou moins semblables à ceux qui venaient d'être présentés à la société, il demanda que celle-ci se mît officiellement en rapport avec les directeurs de ces asiles pour obtenir d'eux tous les renseignements possibles, et éviter de laisser perdre des pièces intéressantes pour l'étude. Il signala également l'utilité qu'il y aurait à prendre les pho-

(1) Bulletin, 1873, p. 826.

©BIUM

tographies de ces sujets et à les accompagner de notes relatives à leur état psychologique.

Cette proposition ayant été appuyée par MM. Broca et Lunier, une commission fut immédiatement nommée et chargée, tout à la fois, de rédiger des instructions qui seraient envoyées dans chaque asile, et de centraliser tous les renseignements fournis.

Depuis quatre ans qu'elle est nommée, cette commission a-t-elle songé à remplir la mission dont elle avait été chargée? Nous ne le pensons pas et nous le regrettons, car le programme envoyé par la société d'anthropologie, dans les asiles d'aliénés, aurait été, pour les médecins de ces établissements, un stimulant scientifique, qui leur fait trop souvent défaut, et des recherches entreprises dans un but déterminé, et sur un plan identique, auraient fourni des résultats préférables à ceux que l'on peut attendre d'efforts isolés et sans direction. Mais il n'est jamais trop tard pour bien faire, et même après avoir été oublié pendant quelques années, ce sujet d'études, s'il était repris aujourd'hui, n'aurait rien perdu de son importance ni de son actualité.

Quoiqu'il en soit de cette digression, la microcéphalie, ainsi remise à l'ordre du jour de la société, y tint une place importante. Nous trouvons, d'abord (1), une description très-détaillée des deux soi-disant Aztèques, présentés par M. Topinard; cette description faite par M. Hamy, et accompagnée d'excellents portraits des deux sujets, dessinés par M. Duhonnet, peut surtout se prêter à d'intéressantes comparaisons avec les travaux analogues parus une vingtaine d'années plus tôt, lors de la première tournée des sujets, en Europe, et dus à MM. Darren, en Amérique; Richard Owen, Conolly, en Angleterre; Saussure, Jules Guérin, Serres, Peisse, Baillarger, en France; Carus, Leubuscher, en Allemagne, etc. M. Hamy est arrivé à considérer les microcéphales en question, comme des métis issus d'un croisement indéterminé de nègre et d'Indien, dans lequel le dernier de ces deux éléments prédominerait considérablement; et, sans pouvoir déterminer plus rigoureusement leur origine, il constate leur ressemblance frappante avec les bas-reliefs sculptés des ruines de Palenqué (Mexique); d'où MM. Lunier, Topinard, Broca inférèrent que les figures re-

(1) Bulletin, 1875, p. 39.

©BIUM

présentées sur ces bas-reliefs représentaient elles-mêmes des idiots et des microcéphales que l'on avait érigés en sorte d'idoles ou de demi-dieux, par un sentiment analogue à celui qui fait que, dans certains pays, les idiots et les fous sont encore considérés de nos jours comme des êtres sacrés que l'on protège et que l'on honore.

M. Mierzejewski, le savant aliéniste de Saint-Pétersbourg, vint, à son tour, fournir des renseignements précis sur le cerveau d'un microcéphale étudié par lui (1), il s'agissait d'un idiot mort, à cinquante ans environ, qui avait toujours végété dans un état complet d'apathie morale et physique, sans que son intelligence et son langage aient jamais dépassé les facultés d'un enfant d'un an et demi. Le cerveau pesait seulement 369 grammes, ce qui, par comparaison au poids du corps, représentait un rapport de 1 à 250; c'est-à-dire que c'est l'exemple connu dans la science où le poids du cerveau est proportionnellement le plus faible. Par sa forme, par la disposition de ses circonvolutions, de la scissure de Sylvius, des lobes frontaux et pariétaux, il se rapproche du cerveau d'un fœtus humain de neuf mois, ou même encore moins avancé. De nombreuses préparations microscopiques de la substance grise ont été faites, et elles ont montré que les éléments nerveux et le tissu interstitiel avaient conservé leur structure normale et leurs rapports réciproques habituels. Mierzejewski remarque que de toutes les parties du cerveau, la surface des lobes paracentraux est celle qui, de beaucoup, est proportionnellement le moins étendue et que ce sont ces lobes dont l'arrêt de développement est le plus prononcé; or ce sont ces lobes paracentraux qui contiennent les plus grandes cellules des circonvolutions (cellules géantes, Betz), et on est disposé à les considérer comme des centres essentiellement moteurs. N'y a-t-il pas lieu de se demander, dès lors, si l'arrêt de développement de ces lobes ne fournirait pas l'explication de l'extrême apathie dans les mouvements volontaires manifestée par le malade pendant toute sa vie. Sans prétendre résoudre encore cette question, l'auteur cite, dans le même ordre d'idées, un autre idiot microcéphale qui s'était fait remarquer, pendant sa vie, par son agitation et son excessive mobilité, et dont le cerveau était remarquable par le prodigieux développement des lobes paracentraux.

(1) Bulletin, 1875, p. 464.

©BIUM

Dans un autre cas de microcéphalie, observé par M. Guéniot, et présenté à la société par M. Broca (1), la mort était survenue à l'âge de deux ans et trois mois et l'encéphale complet, avec les membranes, ne pesait que 406 gr.; mais l'atrophie portait surtout sur l'hémisphère cérébral droit qui pesait 52 grammes de moins que le gauche; la région pariétale droite du crâne présentait une dépression rentrante assez notable, répondant à la partie la plus atrophiée du cerveau ; dans ce cas, par conséquent, l'atrophie cérébrale avait été le phénomène primitif et c'est elle qui avait entraîné une modification correspondante, dans la forme du crâne, nouvel argument contraire à la théorie de Vogt et de Virchow, d'après laquelle la soudure prématurée des sutures serait la cause de la microcéphalie.

Enfin, M. Broca présenta un dernier cas, encore plus extraordinaire (2). Il s'agissait d'une petite fille âgée de trois mois et demi, dont l'anus était imperforé et le rectum s'ouvrait obliquement dans le vagin ; l'enfant étant parvenue à un état de dépérissement très-alarmant, une opération chirurgicale fut tentée *in extremis*, mais malgré une amélioration passagère, la mort survint au bout d'une quinzaine de jours. Le crâne était excessivement petit et l'encéphale entier ne pesait que 104 grammes ; c'est de beaucoup le plus faible poids qui ait jamais été constaté sur un être humain, né vivant, et il est d'environ cinq fois moindre qu'il ne devrait l'être chez un enfant qui a vécu quatre mois.

Le cerveau minuscule ne remplissait pas toute la cavité crânienne ; l'enveloppe osseuse avait pris un développement plus considérable que celui du viscère qu'il contenait et l'intervalle avait été comblé par une accumulation de liquide céphalo-rachidien compensateur; les anomalies cérébrales étaient nombreuses, mais elles ne correspondaient à aucune phase de l'évolution ordinaire du cerveau, soit chez l'homme, soit chez les animaux.

La microcéphalie est loin d'être la seule anomalie crânienne sur laquelle ait été fixée l'attention de la société ; il y a été question à plusieurs reprises des déformations tant artificielles que pathologiques du crâne. Les premières sont surtout fréquentes parmi les populations plus ou moins sauvages des

(1) Bulletin, 1875, p. 275.
(2) Bulletin, 1876, p. 85.

©BIUM

pays éloignés, telles que celles des deux Amériques, surtout de l'Amérique méridionale et en particulier d'Ancon, au Pérou. Moridière les a récemment signalées chez les Anamites. Nous ne nous y arrêterons pas. Mais ce n'est pas seulement chez les savants ou dans l'antiquité que ces procédés sauvages ont été en vogue ; de nos jours, les Drs Foville père, Delaye, Lunier ont signalé la fréquence en Normandie, à Toulouse, dans les Deux-Sèvres, d'une déformation très-caractérisée de certains crânes, déterminée par la manière vicieuse dont les nourrices avaient l'habitude de coiffer les enfants à l'aide d'un bandeau qui comprimait la tête, circulairement, au-dessus du front. M. Broca a rappelé ces faits à l'occasion d'un crâne venant d'un malade décédé à l'Hôtel-Dieu de Rouen, et présenté par M. Féré ; il a en même temps constaté que les médecins aliénistes avaient signalé les inconvénients très-grands que ces pratiques entraînaient, non seulement au point de vue de la forme du crâne mais aussi au point de vue des troubles intellectuels consécutifs. Il a pu ainsi montrer, sur un certain nombre de crânes d'enfants très-jeunes et déformés, des points d'ostéite avec vermoulures tant internes qu'externes, correspondant exactement aux points sur lesquels la pression s'était exercée (1) ; enfin, il a constaté que, dans nos pays, au moins, les exhortations médicales n'étaient pas restées infructueuses, et que ces déformations dues à la coiffure vicieuse des nouveau-nés avaient considérablement perdu de leur fréquence. A cette occasion, M. Parrot a fait observer que chez les enfants très-jeunes, des déformations crâniennes pouvaient être dues encore à deux autres causes ; l'une serait l'habitude de laisser ces enfants couchés pendant de longues heures et toujours sur le même côté, surtout sur le côté droit, ce qui déterminerait l'enfoncement du temporal et du pariétal de ce côté ; l'autre tiendrait à ce que le cerveau est parfois affecté, chez les enfants atrepsiques, d'une atrophie partielle et unilatérale qui déterminerait la rétraction de la partie crânienne avoisinante (2).

Nous devons nous arrêter plus longuement sur l'étude de deux conformations vicieuses qui s'écartent de l'harmonie habituelle des formes de la cavité crânienne, et qui sont désignées sous les noms de *Scaphocéphalie* et de *Plagiocéphalie*.

(1) Bulletins, 1875, p. 199, 438, 504.
(2) Bulletin, 1876, p. 411.

©BIUM

Par scaphocéphalie (1) on entend une forme de crâne dans laquelle les deux pariétaux étant réunis sur la ligne médiane par l'effacement de la suture sagittale, le développement en largeur du crâne se trouve entravé, tandis que la projection compensatrice du frontal en avant et de l'occipital en arrière lui donne une longueur exagérée ; les pariétaux eux-mêmes sont, presque toujours, considérablement allongés. On a comparé cette forme à celle d'une barque, d'où le nom qui lui a été imposé. Cette anomalie est relativement très-rare. M. Hamy a pu dire qu'il n'y en avait pas plus de quarante cas bien connus dans la science.

Par contre, les théories proposées pour expliquer cette anomalie sont nombreuses. Voici les principales :

1° Minchin, médecin irlandais, et le professeur Baër, de Saint-Pétersbourg, frappés de l'absence de la suture sagittale et du peu de relief des bosses pariétales, ont exprimé l'opinion que les deux points d'ossification latéraux qui existent d'ordinaire au centre des pariétaux, et qui servent de point de départ à leur formation en envoyant des irradiations dans toutes les directions, font défaut dans la scaphocéphalie, et sont remplacés par un point d'ossification unique situé sur la ligne médiane, donnant naissance par son développement symétrique des deux côtés de cette ligne à un os unique qui serait un os biparietal.

2° M. Calori, de Bologne, auquel s'est rallié M. Giraldès, admet comme cause de scaphocéphalisme une déformation primitive de l'encéphale, qui amènerait, d'une manière consécutive, une anomalie correspondante du crâne, le contenant se moulant pour ainsi dire sur le contenu.

3° Une troisième théorie, portant le nom de théorie de Wirchow, et qui aurait déjà été adoptée par beaucoup d'autres auteurs, tels que Welcker, Davis, Schrode, Thurnam, Huxley, Wyman, Laager, attribue la scaphocéphalie à l'oblitération prématurée et pathologique de la suture sagittale ; les bords des os internes des os pariétaux dont le rapprochement constitue cette suture, seraient, pendant la vie intra-utérine, le siége d'un travail inflammatoire qui aurait pour effet d'amener leur adhérence, leur fusionnement et de produire même, à leur ligne de réunion, une sorte de crête saillante ; les os ainsi soudés sur la ligne médiane ne pourraient plus se déve-

(1) Bulletins, 1874, p. 349, 836 ; 1875, p. 23, 443.

©BIUM

lopper dans le sens de leur largeur, ce qui les forcerait à s'allonger d'une manière inusitée, et projetterait le frontal en avant et l'occipital en arrière.

4° M. Morselli accepterait la théorie précédente de l'oblitération prématurée de la suture sagittale, mais au lieu de l'attribuer à une altération pathologique des os, il l'expliquerait par une simple anomalie ostéogénique, c'est-à-dire que les deux points d'ossification des os pariétaux, au lieu d'être situés, comme cela est la règle, au centre de ces os, seraient exceptionnellement placés beaucoup plus haut, à très-peu de distance de la ligne médiane; il en résulterait que les deux os en voie de formation se rencontreraient très-promptement par leurs bords limitrophes et ne tarderaient pas, en se pénétrant réciproquement par leurs irradiations, à se confondre en un seul et à former une crête médiane.

De ces quatre théories, celle de Virchow qui attribue la scaphocéphalie à une oblitération prématurée et pathologique des pariétaux est celle qui paraît réunir le plus de partisans ; c'est celle que MM. Broca et Hamy ont soutenue devant la société d'anthropologie, à l'occasion de la présentation de plusieurs crânes présentant cette conformation. M. Hamy a résumé toutes ses recherches sur ce sujet, par la formule suivante, qui, sous une forme succincte, réunit tous les éléments importants de la question : « Il résulte de mes recherches que la scapho-» céphalie est bien une conséquence de la synostose des deux » pariétaux, que cette synostose est un résultat d'un processus » pathologique, susceptible d'être rangé parmi les états in-» flammatoires, enfin que la déformation n'a lieu que si la » soudure commence pendant la vie intra-utérine à une époque » assez voisine des débuts de l'ossification de la voûte crâ-» nienne. Toute synostose plus tardive du même os est im-» puissante à produire la scaphocéphalie, sur laquelle les » centres nerveux ne paraissent exercer, d'ailleurs, aucune » influence marquée. »

La plagiocéphalie, ou déformation oblique ovalaire (πλαγίος, oblique) (1), consiste en une asymétrie du crâne prononcée, et telle que le diamètre le plus considérable, au lieu d'être longitudinal et antéro-postérieur et d'être situé sur le plan médian, devient oblique et diagonal ; dans ces cas, en même temps que l'un des deux diamètres obliques augmente, l'autre

(1) Bulletin, 1876, p. 442.

©BIUM

diminue; en d'autres termes, il y a saillie plus ou moins considérable de la bosse frontale d'un côté, et de la bosse occipitale du côté opposé, et atténuation des deux autres.

Des communications faites à la société, sur ce sujet, par MM. Topinard, Parrot et Broca, il résulte que la plagiocéphalie peut être le résultat de causes très-diverses se rattachant à trois types; les unes sont mécaniques, les autres pathologiques ou organiques, les dernières posthumes.

I. *Causes mécaniques*. — *a*. Certaines déformations artificielles volontaires, telles que celles que l'on observe fréquemment sur les crânes de l'Amérique méridionale, en particulier sur ceux d'Aucon (Pérou).

b. Des déformations involontaires signalées par M. Guéniot et dues à l'attitude vicieuse donnée aux très-jeunes enfants par les nourrices.

c. La déformation, suite d'atrepsie, décrite par M. Parrot et tenant à l'atrophie partielle du cerveau.

II. *Causes pathologiques et organiques*. — *a*. Il faut citer en première ligne l'oblitération prématurée de l'une des moitiés de la suture coronale, ou de la suture lambdoïde, étudiée par Virchow, en même temps que les autres oblitérations analogues.

b. Le torticolis chronique, datant de l'enfance, ou même de l'adolescence. Non-seulement, cette affection produit constamment l'atrophie de la moitié correspondante de la face, mais elle entraîne aussi une irrégularité très-notable et quelquefois très-considérable des deux diamètres obliques du crâne. M. Broca pense que, dans ces cas, la flexion latérale des vaisseaux, à la partie supérieure du cou, oppose un léger obstacle à la circulation céphalique, et que cela suffit à la longue pour nuire à la nutrition et à l'accroissement de la moitié correspondante de la face et du crâne.

c. Le rachitisme; dans cette affection, les os du crâne n'opposent plus à la poussée cérébrale une résistance régulière, et la symétrie du crâne, qui résulte de l'exacte pondération de l'accroissement du crâne et de celui du cerveau, fait place, dans beaucoup de cas, à une asymétrie qui revêt, assez souvent, la forme de la plagiocéphalie.

d. La surdi-mutité; s'appuyant sur plusieurs cas qui lui font penser que chez les sourds-muets la troisième circonvolution frontale gauche est habituellement atrophiée, M. Broca se demande si cette atrophie elle-même n'est pas, parfois,

©BIUM

assez considérable pour entraîner, à sa suite, une plagiocéphalie plus ou moins marquée, et il dit avoir déjà rencontré deux faits à l'appui de cette vue.

III. *Causes posthumes.* — La plagiocéphalie peut, enfin, être quelquefois une déformation posthume, due à l'action exercée sur le crâne, par l'humidité ou le poids des terres; elle pourrait alors être facilement confondue avec la plagiocéphalie pathologique, notamment celle causée par le rachitisme. Mais le diagnostic différentiel est facile lorsque le crâne est accompagné du maxillaire inférieur. En effet, dans les cas de déformations pathologiques, ayant existé pendant la vie, ce dernier os s'adapte parfaitement aux cavités glénoïdes, ce qui n'a pas lieu lorsque la déformation est postérieure à l'inhumation.

M. Topinard a signalé, en outre, la fréquence tout à fait inusitée de la plagiocéphalie dans une série de 525 crânes venant de la collection d'Esquirol. Dans cette collection, l'asymétrie des fosses cérébrales et cérébelleuses serait plus fréquente et plus accusée que dans aucune autre série de crânes ordinaires. Comme les crânes de la collection d'Esquirol proviennent, pour la plupart, de sujets aliénés, il y a lieu de présumer que le défaut de symétrie du crâne et du cerveau est en rapport plus ou moins intime avec le développement des maladies mentales.

Nous terminerons cette rapide analyse, où nous sommes obligé d'omettre bien des questions intéressantes, mais ne se rattachant pas directement aux études médico-psychologiques, par l'indication de différentes communications faites par M. Broca, dans le but de rapprocher, de plus en plus, les études craniométriques de la perfection. Deux nouveaux instruments ont été proposés par lui; l'un est un goniomètre facial médian (1), à l'aide duquel il est facile de mesurer différents angles céphaliques, notamment l'angle facial de Camper et celui de Jacquard; l'autre instrument permet de déterminer exactement et d'exprimer par des chiffres le degré de courbure des différents points de la surface du crâne; ce caractère n'avait jamais été exprimé que d'une manière vague et un peu arbitraire; on se contentait de dire que telle ou telle région du crâne était saillante ou déprimée, renflée ou effacée,

(1) Bulletin, 1874, p. 359.

©BIUM

convexe ou aplatie, etc. Le cyclomètre (1) est destiné à remédier à cet inconvénient. Nous ne pouvons que signaler ici l'existence de ces deux instruments et renvoyer, pour leur description et la manière de les employer, aux détails très-longs et minutieux contenus dans les bulletins.

M. Broca a signalé, en outre, les variations que pouvaient présenter les expériences de jaugeage de la capacité crânienne, suivant le degré d'humidité ou de sécheresse des crânes. Il a constaté que les crânes exhumés d'un sol plus ou moins humide subissent, en se desséchant, une rétraction considérable, par suite de laquelle leur capacité peut diminuer de plus de vingt centimètres cubes. Il faut donc se méfier des expériences de cubage pratiquées sur des crânes récemment exhumés ; pour que les mensurations de ce genre puissent se prêter à un examen comparatif, il faut que les crânes qui en sont l'objet soient exhumés depuis plusieurs mois.

L'humidité des crânes, reproduite expérimentalement après leur complet desséchement, produit des effets tout à fait comparables à ceux qui sont le résultat du séjour dans la terre. Au contraire, les changements hygrométriques naturels ne déterminent, dans la capacité crânienne que des variations tout à fait insignifiantes et dont on peut ne tenir aucun compte dans les études craniométriques.

---

(1) Bulletin, 1874, p. 676.

A. Foville.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS.

Mental Science

Analyse par MM. les docteurs DUMESNIL et PONS

(1er trimestre 1876)

SOMMAIRE.

Thomas Laycock — *Cérébration réflexe, automatique et inconsciente. — Histoire et critique.*
Herbert C. Major — *Observations sur le cerveau du chacma-babouin.*
W. Lander Lindsay — *L'esprit chez les plantes.*
T. S. Clouston — *Classification des maladies mentales de Skae.*
D. Yellowlees — *La folie plaidée dans les cas de meurtre — Le cas de Tierney.*
W. Julius Mickle — *Cas de paralysie générale, avec violentes attaques épileptiformes unilatérales, etc.*
Notes et cas cliniques. — Notes du trimestre. — Revue. — Notes et nouvelles.

L'article de M. le Dr Ireland sur la « cérébration inconsciente » dont nous avons récemment rendu compte, a servi de prétexte au Dr Laycock pour écrire une savante étude sur cette question philosophique. Le célèbre professeur d'Edimbourg tient avant tout à rendre à chacun ce qui lui appartient et à établir dans quels points sa doctrine se sépare de celle de Carpenter. Son travail, qui a toute l'importance d'une brochure est surtout formé de citations nombreuses empruntées aux écrits de l'auteur lui-même et à ceux d'autres savants.

Il n'est pas susceptible dès lors d'être présenté sous la forme d'une analyse sommaire. M. Laycock y discute tour à tour les idées du docteur Carpenter, de Sir W. Hamilton et de Mgr Manning et trouve une bonne occasion de présenter en même temps, sous une forme brillante, son œuvre philosophique, depuis la découverte de l'action réflexe du cerveau, découverte qui lui appartient sans conteste, jusqu'à la doctrine des *motions et énergies,* et à la belle hypothèse de la mémoire organique, basée sur les lois de l'évolution et de la réversion ancestrale.

©BIUM

Sous la signature de M. Herbert Major paraît une bonne page d'anatomie comparée. Ce médecin a eu l'occasion d'analyser au microscope un cerveau de babouin (*cynocephalus porcarius*), et reproduit ici avec les résultats de son examen, quelques remarques intéressantes sur les éléments histologiques de l'encéphale de l'homme et du singe.

Les études topographiques d'anatomie comparée sont relativement nombreuses. Owen, Huxley, Turner, Gratiolet, Meynert, Marshall, etc. ont attaché leurs noms à des recherches pleines d'intérêt sur le cerveau des singes considéré dans son ensemble, sa conformation, et ses qualités physiques.

Il n'en est pas de même de la structure intime de cet organe. Il y a là un champ d'observations à peu près inexploré, et l'auteur de ce mémoire a le mérite d'avoir fait de louables tentatives pour différencier dans leurs éléments le cerveau de l'homme et celui des quadrumanes. M. Herbert Major s'est servi de la méthode de Clarke dans l'examen de la pièce anatomique qu'il a eue en sa possession.

Plusieurs portions ont été préalablement durcies dans l'acide chromique; puis des sections minces ont été pratiquées dans diverses directions. Les parties sectionnées ont été colorées par le bois de campêche ou le carmin, déshydratées par l'alcool, rendues transparentes par l'huile de girofle et traitées enfin par le baume de Canada. Ce procédé est celui qui donne, selon l'auteur, les résultats les plus satisfaisants.

L'étude consciencieuse à laquelle s'est adonné notre distingué confrère perd un peu de son intérêt quand on remarque que l'examen attentif des six couches de la substance grise n'a fait que lui confirmer le fait avancé par d'autres savants, savoir : que l'aspect général de ces divers feuillets chez le singe ne diffère pas sensiblement des mêmes feuillets chez l'homme si bien décrits dans l'admirable travail de Meynert.

Nous insisterons seulement sur la seconde partie de ce mémoire, dans laquelle sont résumées les quelques différences de détail que l'auteur a cru constater par un examen plus approfondi.

Ces différences portent sur trois points :

A. L'examen histologique de l'écorce cérébrale révèle l'existence d'une variété de cellules de couleur pâle, aux contours mal définis, au noyau volumineux.

Cette variété, qui existe chez l'homme, paraît beaucoup plus

©BIUM

abondante chez le singe. M. Herbert Major, qui n'a vu qu'un cerveau de singe, fait à ce sujet la réserve suivante.

Il se pourrait que l'élément figuré qu'il a décrit fût un élément de forme transitoire.

En pareil cas le caractère différentiel indiqué par lui perdrait beaucoup de sa valeur.

B. La comparaison du volume des cellules cérébrales chez l'homme et le babouin peut servir aussi à les distinguer.

On trouve en effet dans certaine région de l'écorce une différence notable du volume des cellules, au profit de l'homme. Cette région est le second feuillet de la substance grise des lobes frontaux et pariétaux. Si l'on voit, dans ces points, quelques cellules aussi grandes chez le singe, que celles d'un cerveau humain, elles s'y trouvent en petit nombre. On peut affirmer que le système de grandes cellules, qui a été nommé « système de la corne d'Ammon », est beaucoup plus important chez l'homme. Or, on remarquera que ces éléments prédominent dans la portion antérieure des hémisphères cérébraux, où est le siége présumé des facultés élevées; de plus, que si l'on descend dans l'échelle animale, ces éléments sont de plus en plus rares; enfin, qu'ils sont d'abord attaqués par la dégénérescence sénile et que leur altération correspond chez le vieillard à celle des facultés mentales.

C. Le caractère le plus important serait, d'après M. Herbert Major, le nombre des prolongements afférents à chaque cellule. Une étude attentive lui a permis de conclure avec certitude que ce nombre, et par suite l'étendue des collections des cellules est plus considérable chez l'homme que chez le babouin. Cette remarque s'applique surtout aux grandes cellules pyramidales de la deuxième couche. Non-seulement les prolongements y sont plus nombreux chez l'homme, mais encore ils s'enchevêtrent d'une façon plus inextricable.

Il ne faut pas oublier que ce mémoire s'appuie seulement sur l'étude d'une pièce unique. Si d'autres observations venaient confirmer le fait avancé par notre savant confrère, ce fait prendrait dès lors une grande importance. Le rôle que jouent dans l'idéation ces prolongements intercellulaires paraît confirmé par d'autres faits dont on n'a pas donné jusqu'ici une explication satisfaisante. Chez le fœtus de huit mois, les cellules de l'écorce ont universellement la forme et l'aspect de corps ronds, nucléaires, sans trace de prolongements. Ce n'est que plus tard

©BIUM

dans la vie que ces prolongements apparaissent, alors que se développe l'activité cérébrale.

Chez les animaux inférieurs, le lapin par exemple, les cellules n'ont que de rares prolongements. Enfin, dans le processus atrophique qui correspond à la sénilité, le premier phénomène qui se manifeste est la disparition de ces fibres connectives. On pourrait conclure de tous ces faits réunis que le nombre des prolongements des cellules de l'écorce est en relation directe avec la puissance du fonctionnement mental, qui sera d'autant plus parfait que les connexions entre les cellules seront plus abondantes.

« L'esprit chez les plantes, » voilà un titre qui certes étonnera plus d'un lecteur, si habitué qu'on soit aux hardiesses de M. Lauder Lindsay. Ce titre n'est point une vaine figure, il exprime nettement les prétentions de notre savant confrère qui, après avoir doté les animaux d'une âme et d'une conscience, veut étendre aujourd'hui au règne végétal cette suprême prérogative. Il établit d'abord dans ce curieux travail que, dans le domaine physiologique, un grand nombre de phénomènes sont communs aux animaux et aux plantes. En voici l'énumération :

Respiration, circulation, nutrition, digestion (d'une nourriture animale), sécrétion (d'un suc analogue au suc gastrique), absorption, luminosité, caloricité, état électrique; sommeil, fatigue (suivie de l'action bienfaisante du repos) ; mouvement spontané, maladies analogues, faculté d'être influencé par les poisons atmosphériques ou gazeux, d'être modifié par les irritants chimiques ou mécaniques, par la lumière et l'obscurité, le chaud et le froid ; contractilité, hérédité, mimique.

Les traités spéciaux de botanique confirment sans exception tous ces faits remarquables, dont quelques-uns peuvent paraître au premier abord inacceptables. Mais M. Lauder Lindsay va plus loin encore et trouve chez les plantes les éléments de l'esprit, affirmant ainsi dans toute sa rigueur l'assimilation qu'il a promise. Le nombre de qualités mentales dont il est parvenu à les douer est vraiment extraordinaire. Nous en donnons la liste :

Sensation, comprenant la sensibilité et l'irritabilité ou excitabilité, sentiment, pouvoir excito-sensorimoteur, réflexe ou automatique, mémoire organique, conscience, instinct, sympathie, préférence, prédilection ou partialité, inclination ou attachement et leur réciproque, antipathie ou aversion, choix, adop-

©BIUM

tion d'un parti, volition ou volonté, découverte et rectification d'une erreur, pouvoir de s'accommoder aux circonstances comprenant : mouvement d'adaptation, choix d'une conduite, d'un acte, faculté d'éviter ou de surmonter des obstacles mécaniques; action intentionnelle, emploi de moyens dans un but donné; sens de l'existence; polarité ou sens de la direction; individualité et excentricité; notion des conséquences, jugement, discernement, bon sens, perfectionnement par l'expérience, spontanéité de l'effort ou de la tentative, répétition de cet effort, échec, investigation et expérimentation, épreuve ou essai; désir, convoitise ou appétit; emploi de moyens naturels ou artificiels, calcul et détermination de la distance et de l'espace, patience, persévérance comprenant la résolution ou le caractère résolu, énergie ou activité avec leurs opposés : lenteur, paresse, indifférence, apathie, léthargie, prudence, pouvoir d'acquérir des connaissances et d'en tirer parti.

Détachons quelques exemples frappants de ce mémoire curieux et plein d'érudition.

La sensibilité générale analogue à la sensibilité cutanée des animaux existe chez les plantes; certaines d'entre elles sont manifestement impressionnées par le froid et les changements atmosphériques, au point que quelques-unes, la pimprenelle par exemple, ont pu servir à pronostiquer le temps. *La dionea muscipula* et la *drosera rotundifolia* sont des plantes insectivores. Qu'une mouche vienne à se poser sur le limbe de leur feuille, la feuille se replie sur l'imprudent insecte, qui est aussitôt digéré par des sucs spéciaux et sert à la nutrition de la plante.

Si au lieu d'un insecte c'est une pierre qui est offerte à l'avidité de la plante, elle est saisie par la feuille mais relâchée aussitôt. Comment ne pas voir dans cet acte complexe, l'intention, l'acte motivé, la volonté, la faculté du discernement et l'antipathie.

Le pouvoir de préférer ne se limite pas chez les plantes aux aliments. Les plantes grimpantes choisissent en se développant la position la plus avantageuse et la direction qu'elles prennent dénote un degré remarquable de jugement et de *bon sens*. Les lianes de l'Amérique refusent absolument de pousser contre certains arbres et l'on s'explique leur mauvaise volonté quand on reconnaît que ces arbres sont trop faibles pour les supporter. D'autres lianes s'enroulent d'abord autour d'un arbre, puis l'abandonnent, rectifiant ainsi une erreur commise.

Les vrilles de la *bignonia capreolata* ne s'enrouleront jamais autour d'un tube en verre ou en zinc et se replient sur elles-

©BIUM

mêmes plutôt que de s'appliquer sur un support qui n'est pas à leur convenance (Darwin). La *bignonia speciosa* cherche en se développant le terrain de son goût et tâtonne jusqu'à ce qu'elle ait trouvé à s'insérer dans un trou bien sombre et on la voit dans cette recherche abandonner un trou pour pénétrer dans un autre. Nous avons ici la recherche, l'exploration, l'observation et enfin la découverte.

L'effort spontané existe chez la *drosera* dont les feuilles se meuvent vers les mouches qui se posent dans leur voisinage. La *drosera filiformis* s'approche vivement de l'insecte qui s'est arrêté à la distance d'un demi-pouce de sa feuille, jusqu'à ce que la plante puisse saisir sa victime.

On voit dans cet exemple curieux la faculté de calculer la distance et l'espace.

Toutes les plantes témoignent de leur préférence, de leur attachement pour un sol, pour un climat propre, donnant ainsi la preuve de leur véritable individualité. Elles ressentent la peine et le plaisir et possèdent par conséquent le sens de l'existence.

Cette incursion dans le domaine de la physiologie végétale conduit M. Lauder Lindsay à cette conclusion hardie, que les plantes sont pourvues d'appareils de sensibilité analogues à nos sens spéciaux.

Les sens des plantes encore inconnus de notre science pourraient être désignés provisoirement par le nom vague *d'énergies* que leur a déjà donné le professeur Laycock. Leur fonctionnement nous démontre l'existence d'une conscience analogue à celle des animaux, siégant dans un système nerveux d'une nature particulière.

La réponse aux attaques dirigées par le Dr Browne contre la classification du regretté professeur Skae ne s'est pas fait longtemps attendre. M. Clouston dans un travail fort étendu relève une à une les nombreuses accusations dont le nouveau système nosologique a été l'objet, et s'efforce de démontrer la bonté de ce système. Nous pensons qu'il est inutile d'insister sur cette polémique. Elle est peu intéressante pour nos lecteurs qui ont pu déjà, par les analyses très-complètes publiées à cette place, se faire à cet égard une opinion définitive. S'il nous est permis seulement de formuler une opinion après l'éminent directeur du « Mental Science », nous ferons remarquer qu'une classification des maladies mentales n'aura donné des preuves de son excellence que lorsqu'elle sera universellement adoptée par le

©BIUM

corps médical. L'acceptation des praticiens doit seule la consacrer. Or, on ne peut pas dire que le système du docteur Skae soit entré dans la pratique, même en Angleterre où le nom du docteur Skae est en vénération. En attendant qu'une bonne classification soit trouvée, l'ancien classement d'Esquirol est encore celui qui est le plus généralement adopté et il ne cédera probablement pas de longtemps la place à un autre. Cela dit, il faut regretter avec M. Clouston la forme de l'article écrit par le docteur Brown; une grande personnalité comme celle du professeur Skae avait certainement droit à tous les respects.

Le docteur Yellowlees, ayant été appelé à donner son avis avec le docteur Robertson sur un cas de meurtre commis par un homme dont les antécédents présentent quelque particularité, a tiré de l'examen de cet individu une étude médico-légale remarquable. Notre confrère se déclare, dans ce travail, partisan de la responsabilité partielle, qui du reste a été admise dans la cause.

Le crime a été commis dans un puits de mine. Un ouvrier tue d'un coup de pic son compagnon de travail, avec lequel il avait de fréquentes altercations. Après avoir accompli son acte meurtrier, il se retire froidement sans éveiller l'attention, et sa conduite à partir de ce moment ne présente rien d'insolite. L'instruction démontre par de nombreux témoignages fournis par les autres ouvriers, que cet homme ne paraissait pas aliéné avant l'événement. Il ne s'est donc pas montré aliéné ni avant ni après le meurtre. Mais l'enquête a prouvé, que seize ans auparavant, il a fait un séjour prolongé dans un asile d'Irlande. Cet accès d'aliénation mentale avait succédé à la perte d'un de ses enfants. Trois ans avant le meurtre il a eu un nouvel accès de folie dans des circonstances analogues. C'est un homme bizarre, de caractère morose, peu communicatif, mais sa conduite pendant tout le temps qu'a duré le procès n'a permis de constater chez lui aucun trouble de l'intelligence.

Les docteurs Yellowlees et Robertson ont considéré cet homme comme ayant eu les facultés affaiblies par les deux attaques antérieures d'aliénation mentale. Selon eux, il n'avait pas le contrôle complet de ses actes. Nos confrères ont été assez heureux pour faire adopter leur manière de voir au jury et Tierney (c'est le nom de l'accusé) a été reconnu coupable de meurtre, mais recommandé fortement à l'indulgence.

Ce verdict mitigé a eu pour résultat un nouvel examen du

©BIUM

condamné par le docteur Briscoe, médecin inspecteur général des prisons, et les médecins de la prison de Glascow et, finalement, la commutation de la peine capitale en celle de la servitude pénale à vie.

M. Yellowlees s'applaudit de voir enfin les cours de justice, se départir de ce principe inique en vertu duquel tout individu était regardé comme sain d'esprit ou aliéné sans l'admission de degrés intermédiaires. Il fait ressortir dans une discussion remarquable ces états mixtes dans lesquels un homme est véritablement atteint de folie partielle qui peut troubler sans la détruire la libre appréciation de ses actes et amoindrir sans l'annuler entièrement son pouvoir de contrôle.

Au cours de cet intéressant travail, nous trouvons quelques réflexions fort justes. Notre confrère critique avec raison l'usage en vertu duquel le médecin expert est appelé à donner son témoignage dès le début de l'affaire, sans avoir pu s'instruire pendant les débats d'autres dépositions qui pourraient éclairer son jugement. Dans l'intérêt de la cause même, le témoignage du médecin devrait être fourni le dernier. Ensuite, il se demande pourquoi, dans une affaire capitale, le tribunal refuse d'entendre la femme du prévenu dont le témoignage peut être quelquefois d'une extrême importance.

Une observation de paralysie générale a fourni à M. Julius Mickle, directeur médecin de l'asile de Grovehall à Londres, les éléments d'une étude clinique aussi intéressante que complète.

Le sujet est un militaire de trente-quatre ans, de constitution robuste. L'affection remonte à deux mois environ, elle est marquée par un état maniaque violent avec délire des grandeurs. La motilité est considérablement altérée et il y a des attaques d'épilepsie nocturne. Quatre ans après son admission, ce malade présente une série d'attaques convulsives. L'auteur insiste sur la description de ces convulsions; nous reproduisons intégralement l'exposé sommaire qu'il en donne dans le commentaire savant dont il fait suivre l'observation suivante : « les parties, dit-il, qui ont été le siège de phénomènes convulsifs étaient d'abord l'angle droit de la bouche et le côté droit de la face et des yeux, ensuite le bras droit. Les spasmes étaient surtout cloniques. Par degrés d'intensité, les convulsions se rangeaient dans l'ordre suivant : côté droit de la bouche et de la face, yeux, tête, cou, bras, main, membre inférieur droit. Les muscles oculaires, tho-

©BIUM

raciques, et abdominaux de chaque côté étaient aussi légèrement impliqués. »

Entre les attaques, il y a de l'hémiplégie droite. Le malade est dans un état de demi-conscience et aphasique. A partir du douzième jour, l'aphasie est remplacée par un état intermédiaire entre l'amnésie et l'hétérophasie.

Il se fait ensuite une légère amélioration dans l'état physique et mental. Elle dure trois mois, après lesquels de nouvelles attaques se manifestent. Le malade s'affaiblit graduellement et succombe cinq mois après son entrée à l'asile.

L'autopsie de la tête est donnée avec détails. On peut dire qu'elle est complète; c'est la partie la plus remarquable de ce travail, dans lequel l'auteur s'est vu contraint de s'inscrire contre la doctrine nouvelle des localisations.

Passons sur l'asymétrie du crâne, la description de ses parois, l'injection de la dure-mère, l'opacité de l'arachnoïde à la base, la congestion sanguine de tout l'encéphale, moins marquée dans la région frontale antérieure gauche, et arrivons de suite à la lésion caractéristique de la paralysie générale étudiée surtout au point de vue de sa répartition. Elle comprend toute la circonvolution frontale gauche, la pariétale ascendante et une partie de la surface latérale du lobule pariétal supérieur. Les membranes sont épaisses, résistantes, très-vascularisées, surtout à la surface latérale et supérieure du côté droit du cerveau. Elles adhèrent à la couche corticale en certains points où un mince feuillet de neurine est interposé entre elles et la surface des circonvolutions. Cette lésion s'observe sur les circonvolutions suivantes désignées exactement par M. Mickle :

Seconde annectante externe; angulaire; partie supérieure de la supra-marginale, et de la seconde et troisième temporo-sphénoïdale; moitié postérieure de la première frontale, et la seconde frontale dans sa plus grande partie. La lésion existe à un degré moindre sur l'autre annectante et la troisième frontale; à un degré moindre encore à la frontale ascendante. La pariétale ascendante est intacte. A la surface interne de l'hémisphère gauche, ces altérations sont très-marquées à la scissure pariéto-occipitale, et moins apparentes à l'extrémité antérieure, et moins encore aux régions frontale et pariétale, au-dessus de la scissure du corps calleux. Elles s'étendent sur presque toute la surface inférieure du lobe gauche, y compris les circonvolutions de l'orbite où l'adhérence est intime.

A droite, l'adhérence des membranes et la décortication de la

©BIUM

substance grise manquent sur les circonvolutions occipitales et annectantes ; légères sur quelques proéminences pariétales; plus légères encore sur les temporo-sphénoïdales. La région frontale et surtout la surface supérieure de la première frontale sont aussi légèrement atteintes.

M. Julius Mickle recherche, dans un paragraphe très-étendu, jusqu'à quel point les expériences de Ferrier, qui ont créé la théorie des localisations cérébrales, peuvent s'adapter au cas actuel, et ses conclusions ne sont pas favorables à la doctrine du savant physiologiste. En effet, si la théorie des localisations avait été confirmée par l'observation du malade, les troubles musculaires qu'il a présentés auraient dû correspondre à une disposition différente dans la topographie des lésions. Le tableau suivant que nous reproduisons fidèlement et qui est d'une remarquable netteté, indique que le siège de ces lésions aurait dû être :

Pour la bouche et la langue.	Ascendante frontale gauche et portion postérieure de la troisième frontale gauche (près de leur réunion).
Pour la face.	Ascendante frontale gauche près de la portion postérieure de la seconde frontale gauche.
Pour le bras.	Division supérieure de l'ascendante frontale gauche, et de l'ascendante pariétale (et première frontale ?)
Pour les mouvements latéraux de la tête et des yeux, et dilatation des pupilles.	Parties de la première et deuxième frontale.

Or, on a vu que les points affectés de l'écorce cérébrale ne sont pas ceux qui sont indiqués dans l'exposé qui précède.

La savante étude de M. Mickle, que le défaut d'espace nous contraint d'abréger, contient encore des remarques utiles sur le poids du cerveau et de chaque hémisphère considéré séparément, sur la densité de cet organe, sur la nature de la lésion qui a produit les convulsions (méningo-encéphalite), sur l'hémiplégie temporaire qui les a suivies et qui était, d'après notre confrère, de nature épileptique et sur le trouble du langage. On doit le classer selon M. Mickle parmi les aphasies qui se produisent chez les épileptiques surtout dans les cas de convulsions

©BIUM

uni-latérales, lorsque le spasme commence au côté droit de la bouche et de la langue.

Au chapitre des « Notes et cas cliniques », M. Georges Shearer, de Liverpool, publie un cas singulier de lésion de la fonction coordinatrice.

Un homme de quarante-deux ans, adonné aux travaux intellectuels, membre actif et zélé d'une société de penseurs et de savants est pris un jour subitement d'une lassitude insurmontable et contraint de s'adosser à un mur. Le lendemain, pendant qu'il écrit, il se voit dans l'impossibilité de continuer le travail commencé. Il éprouve « une sensation extraordinaire, — la peur d'écrire — et un sentiment de distraction qui l'oblige à s'arrêter malgré lui ». Toutes les tentatives qu'il fait pour terminer son travail pendant cette journée et les jours suivants demeurent infructueuses. Le lendemain, il parvient à écrire une demi-page, puis un mot l'arrête, c'est le mot « weather ». Il lui est impossible de le terminer ou de le remplacer par un autre. Chaque fois qu'il veut écrire, il est sous le coup d'une terreur indéfinissable jointe à des troubles sensoriels bizarres. Il lui semble que quelque chose s'échappe de son cerveau, que sa tête se vide. Il n'y a d'ailleurs aucune douleur ni sensation pénible. La conscience est parfaite. D'autres fois, au moment de ses accès, c'est une idée délirante qui l'envahit. Il croit qu'une trappe va s'ouvrir sous lui ou qu'il va trouver un homme pendu à une potence. Il remarque qu'après qu'il s'est reposé, son état s'améliore ; ainsi, après le repos du dimanche, il éprouve le lundi un mieux sensible.

Cet homme exerce des fonctions officielles qui l'obligent à signer; dans l'impossiblité d'écrire sa signature, il se résout à la remplacer par sa marque. Mais plus tard, il s'aperçoit qu'il peut signer les yeux fermés et il finit par arriver par un patient exercice à écrire successivement les yeux fermés, puis avec un seul œil ouvert et enfin avec les deux yeux pendant un temps qui n'excède pas 25 ou 30 minutes. Le trouble singulier que présente ce malade n'a rien de commun avec la paralysie des écrivains. Il ne se complique pas de spasme musculaire ni de douleurs périphériques, mais il s'accompagne au moment des accès d'une sensation de fatigue s'étendant à tout le côté gauche, assez intense pour l'empêcher de marcher. La lecture fatigue ce malade encore plus que l'action d'écrire, et l'on peut se demander

©BIUM

si l'angoisse qu'il ressent ne provient pas d'une sensation spéciale transmise par l'œil au cerveau.

Cet homme a eu dans sa jeunesse une affection de l'œil gauche qui lui rendait invisibles les segments inférieurs des corps. Il est actuellement myope de l'œil gauche et présente en outre un tic des lèvres et des paupières.

M. Shearer ne pense pas que la maladie oculaire ait quelque rapport avec le trouble fonctionnel dont on vient de lire la description.

Dès le début, ce malade a été pris d'une diarrhée cholériforme qui a pu être traitée avec succès par les bains froids. Chaque fois qu'il persistait à vouloir écrire, la faiblesse du bras s'étendait au membre inférieur et finalement à l'intestin sur lequel se produisait un véritable effet drastique.

M. Shearer se demande si cette névrose singulière résulte d'une lésion du cervelet ou de la moelle épinière, ou enfin de la présence d'un caillot dans la partie droite de la couche optique.

On observe parfois chez les épileptiques des guérisons inespérées. La malade dont M. Edmunds Bancks Whitcombe, médecin adjoint de l'asile de Birmingham, rapporte l'histoire en fournit un exemple remarquable.

Cette femme, âgée de trente ans, est idiote au moment de son entrée; elle a par mois dix à vingt attaques, en général nocturnes. Elle est irrégulièrement réglée et perd chaque fois abondamment; chaque époque menstruelle est marquée par une augmentation du nombre des attaques. Elle devient profondément anémique. Douze ans après son admission, elle est atteinte d'un rhumatisme articulaire qui prend bientôt la forme chronique. L'année suivante, une arthrite consécutive du genou droit nécessite l'amputation de la cuisse. A partir de cette époque, son état physique et mental s'améliore. Elle est toujours sous le coup de la diathèse rhumatismale, la colonne vertébrale s'infléchit et les deux poignets sont douloureux. L'épilepsie a complètement disparu et l'intelligence s'est développée. Depuis deux ans, cette femme avait cessé d'être réglée.

Le Dr Howden, d'Haddington, rend compte d'un examen nécropsique pratiqué sur un épileptique de trente ans, ayant succombé à une série d'attaques. Nous relevons dans cette autopsie, qui ne présente d'ailleurs rien de bien particulier, l'adhérence de

©BIUM

la dure-mère aux os et la dilatation extrême des ventricules qui contiennent chacun environ trois onces de liquide.

Les « Notes du trimestre » contiennent quelques fragments pleins d'intérêt du quarante-troisième rapport annuel de l'asile d'aveugles de Massachusets. Le docteur Howe y raconte par quel moyen il est parvenu à faire l'éducation de Laura Bridgman. Cette jeune fille, âgée de six ans, aveugle, sourde et dépourvue presque entièrement du sens de l'odorat, paraissait condamnée pour toute sa vie aux ténèbres dans lesquelles l'avait plongée sa triste condition physique. Il n'en a rien été, cependant, grâce au célèbre médecin de Boston, qui, avec une constance et une ardeur dignes d'un apôtre, s'est voué à son éducation. Nous détachons de cette histoire saisissante d'intérêt le passage où sont racontées les premières tentatives faites par M. Howe pour mettre l'intelligence de cette infortunée en rapport avec le monde extérieur. Nous laisserons parler notre confrère :

« Mon principal but était de la rendre capable de reconnaître les vingt-quatre signes qui représentent les lettres de l'alphabet. Je choisis d'abord de courts monosyllabes, de sorte que le signe à apprendre était aussi simple que possible. Je plaçai devant elle, sur la table, une plume et une épingle (en anglais *pen* et *pin*), et, lui faisant reconnaître les doigts de l'une de mes mains, je les plaçai dans les trois positions qui, dans l'alphabet des sourds-muets, font les lettres *p*, *e*, *n*, et je les lui fis comprendre à plusieurs reprises, de manière à les graver dans son esprit. Je répétai la même manœuvre avec l'épingle un nombre de fois considérable. Elle comprit enfin que les signes étaient complexes, que le signe du milieu, qui était un *e* dans un cas, différait du signe du milieu, qui était un *i*, dans l'autre cas. Le premier pas était fait ; cet exercice fut répété des centaines de fois jusqu'à ce que finalement l'association fût établie dans son esprit entre le signe composé de trois signes et exprimés par trois positions de mes doigts, et l'objet lui-même. De sorte que, lorsque je lui présentais la plume, elle répétait elle-même le signe complexe, et, lorsque je formais moi-même le signe avec mes doigts, elle saisissait triomphalement la plume et me la tendait comme pour me dire : « Voilà ce que vous désirez. »

M. Howe nous fait passer, dans son rapport, par les diverses phases de cette œuvre laborieuse. Laure connut d'abord les lettres de l'alphabet, et apprit ensuite à lire et à écrire par la

©BIUM

méthode des aveugles. L'espace nous manque pour rendre compte des difficultés qu'a eues à surmonter notre éminent confrère, et les moyens ingénieux qu'il a employés pour les vaincre, constatons seulement que le résultat a été splendide. L'élève lisait couramment et était capable de s'appliquer à elle-même un chapitre et un verset de l'Écriture. Elle entretient avec ses amis une correspondance suivie ; elle est aujourd'hui âgée de quarante-quatre ans, et son éducation est complète.

Dans un autre passage de son rapport, M. Howe fait une remarque utile sur la contagion de la danse de Saint-Guy. Cette affection ne se transmettrait pas seulement par l'imitation, puisque des enfants aveugles, vivant ensemble, deviennent tour à tour choréiques par une sorte d'influence épidémique.

Mentionnons encore, dans le même rapport, un paragraphe très-curieux sur les suppléances des sens. La finesse de l'ouïe chez les aveugles est de notoriété vulgaire. Mais on a moins souvent l'occasion d'observer le développement extraordinaire de l'odorat pour suppléer à l'absence d'autres sens. L'exemple cité par M. Howe d'une jeune fille sourde, aveugle et muette, à laquelle son odorat permet, comme au chien légendaire, de distinguer une personne par l'odeur de ses gants, est vraiment surprenante. Mais ce qui est bien plus singulier, c'est que l'élève du docteur Howe est impuissante par ce procédé à distinguer le frère de la sœur, probablement parce que les deux gants ont une odeur de famille qui met en défaut l'odorat de la jeune fille.

Ce chapitre contient quelques lignes intéressantes sur le prétendant Edward Stuart, par M. C. Ewald. Cet auteur décrit en termes saisissants la décadence morale et intellectuelle dont ce prince fut frappé dans la seconde partie de sa vie, et il n'hésite pas à faire dépendre ce changement, de l'ivrognerie qui fut le vice capital du vaincu de Culloden. D'après M. Ewald, le prince Edward Stuart était un dipsomane.

Le procès Tichborne fournit à notre confrère l'occasion d'une sortie pleine de malice contre la crédulité humaine. Il demande si les personnes qui croyaient autrefois à la sincérité de l'imposteur méritent aujourd'hui plus de confiance parce qu'elles ont admis son imposture. Selon lui, aucune de ces croyances n'est basée sur l'exercice rationnel des facultés mentales. Aucune de ces personnes n'a raisonné. Elles ont toutes subi l'in-

©BIUM

fluence émotionnelle des débats, suivi le courant de l'opinion, et sont arrivées à changer leur sympathie en une haine féroce par l'effet d'une véritable contagion mentale.

La « Revue » contient l'analyse du vingt-neuvième rapport des inspecteurs de l'aliénation mentale, 1875, et le dix-septième rapport annuel de la commission générale des inspecteurs d'Ecosse, 1875.

Elle annonce, en outre, la publication du second volume de l'ouvrage d'Auguste Comte, et de deux ouvrages d'auteurs anglais, dont voici les titres :

1° *Psychologie chrétienne* : L'âme et le corps dans leur corrélation et leur contraste, nouvelle traduction du traité de Swedenborg : *De commercio animæ et corporis*, avec préface et notes justificatives, par T. M. Gorman.

2° *Réforme efficace de l'homme et de la société*, par Henri Travis.

M. le docteur Bucknill a résigné ses fonctions d'inspecteur de la chancellerie pour l'aliénation mentale. Sa démission est annoncée aux « Notes et nouvelles. »

L'université d'Edimbourg vient d'adopter deux innovations qui intéressent les aliénistes. Les aspirants au grade de bachelier en médecine pourront faire un stage de trois mois dans les asiles en compensation d'un temps égal passé dans un dispensaire. Les candidats au titre de docteur peuvent, à la place des questions de philosophie morale primitivement exigées, traiter des questions de psychologie médicale.

(2e trimestre 1876).

John M. Diarmid. — *Injections hypodermiques de morphine dans l'aliénation mentale.*
Daniel Hack Tuke. — *De l'assistance passée et présente des aliénés aux Etats-Unis.*
J. B. Gasquet. — *De l'emploi de l'analogie dans l'étude et le traitement des maladies mentales.*
P. Maury Deas. — *Une visite à une colonie d'aliénés.*
James S. Donald. — *Note sur l'aliénation mentale dans la Guyane anglaise.*
Isaac Ashe. — *Quelques observations sur la paralysie générale.*
Notes et cas cliniques. — Revue. — Notes et nouvelles.

M. John Diarmid, médecin adjoint de l'asile de Perth, a écrit un mémoire très-étendu sur les injections hypodermiques

©BIUM

de morphine chez les aliénés. Il étudie avec soin, dans ce travail, les indications et les contre-indications de cette méthode thérapeutique, qui a donné entre ses mains des résultats remarquables.

Le traitement par les injections sous-cutanées est de beaucoup préférable à l'administration de la morphine par la bouche, sur laquelle il a les avantages suivants : il ne cause pas la constipation. Introduite par les voies digestives, la morphine produit en effet la constipation, en arrêtant les contractions péristaltiques de l'intestin, et paralysant la sécrétion des glandes. M. Diarmid admet, en conséquence, que les troubles gastriques causés par la morphine résultent d'un effet local et non de l'action de cet agent sur les centres nerveux.

Le procédé thérapeutique est plus facile à appliquer et à étudier. La méthode opératoire est simple, et l'on sait que toute la morphine injectée agira sur l'économie sans déperdition possible. En outre, l'action du médicament est incomparablement plus rapide et plus intense, aussi devra-t-il être administré avec prudence et surveillé de très-près.

La méthode hypodermique offre de grands avantages chez les mélancoliques. Un malade atteint de mélancolie a pu recevoir quarante injections quotidiennes sans éprouver d'accident du côté des voies gastriques. Mais c'est surtout chez les paralytiques maniaques que le procédé trouve son application. La comparaison des effets produits par le médicament introduit par la bouche et par le tissu cellulaire ne doit laisser aucune hésitation.

Un malade absorbe par la bouche 3/4 de grain de morphine et dort une heure ; la même dose injectée sous la peau lui procure douze heures de sommeil (Hunter).

Notre confrère a employé aussi les injections sous-cutanées de morphine dans la manie récurrente, la manie chronique et la démence avec agitation. Le nombre total des injections pratiquées par lui est de cent onze. La dose a varié entre 1/4 et 2/3 de grain. Le traitement a été suivi de succès quatre-vingt douze fois.

Les malades qui se refusent à tout traitement et n'acceptent pas la nourriture ressentent généralement de bons effets de cette méthode. Chez d'autres, elle peut être un moyen précieux pour les amener à résipiscence, et à ce titre on doit l'admettre comme ressource dans le traitement moral. M. Diarmid cite l'exemple d'un maniaque intraitable qui, après une seule in-

©BIUM

jection, devint docile. Plus tard, quand il avait des velleités de révolte, la seule vue de la seringue suffisait pour le faire rentrer dans l'ordre.

Les injections hypodermiques trouvent encore leur emploi dans l'agitation des paralytiques, elle cède parfois rapidement à ce moyen après avoir résisté à d'autres sédatifs tels que le chloral, la jusquiame, le haschisch, etc. Elles exercent aussi une action très-remarquable sur les aliénés gâteux; quatre déments ont pu être débarrassés, grâce à elle, de leurs habitudes malpropres. Notre confrère donne de ce fait singulier l'explication suivante : la volonté n'est pour rien dans l'occlusion des sphincters, dont elle détermine au contraire l'ouverture. La paralysie des centres idéo-moteurs, déterminée par la morphine, s'oppose à l'action de la volonté pour produire l'ouverture intempestive de ses anneaux musculaires, et le malade ne souille pas son lit.

Le docteur Ward a guéri ainsi, dit-il, un épileptique de ses attaques. M. Diarmid a été moins heureux, et a pu seulement traiter avec succès l'agitation qui complique l'affection convulsive. Lorsque l'effet du médicament tarde à se produire, certains moyens peuvent être employés à titre d'adjuvant. Le premier est le bain chaud, en seconde ligne se place la teinture de *cannabis indica* et en troisième ligne le chloral.

On a accusé les injections de morphine d'amener la constipation. M. Diarmid s'élève contre cette erreur et affirme qu'elles produisent souvent, au contraire, un effet tout opposé. Il cite les expériences du professeur Bennet qui, en injectant sous la peau des chiens du méconate de morphine, a déterminé, entre autres symptômes, de la diarrhée. Notre confrère a observé le même phénomène chez des malades.

L'accident le plus fâcheux qui soit à craindre est le vomissement. On l'a constaté 37 fois sur 413 injections. Il est extrêmement rare chez les paralytiques et les mélancoliques, peu fréquent chez les maniaques; il se montre de préférence chez les déments et les épileptiques. On l'observe surtout quand l'injection a été faite le matin, aussi convient-il, autant que possible, de la faire le soir. Il se manifeste d'autant plus facilement que les fonctions gastriques sont déjà troublées. Le vomissement a paru, d'après les recherches statistiques de l'auteur, plus fréquent chez les femmes. Les expériences faites sur les animaux ont montré que l'action de la morphine est en raison directe du poids de l'animal. Il n'en est pas de même pour

©BIUM

l'homme, mais l'on a constaté que la tendance à vomir était d'autant plus marquée que le cerveau était plus altéré par l'aliénation mentale (démence). Les maladies mentales curables présentent rarement cette complication.

Le vomissement est combattu avec efficacité par le café, mais l'action de cet agent n'est que passagère. M. Diarmid conseille, après le docteur Mac-Intosh, de joindre à la morphine son antagoniste physiologique, et d'injecter en même temps la morphine et l'atropine.

Un état dépressif grave peut suivre chez certains malades l'administration de la morphine par la voie cutanée, aussi doit-on s'assurer préalablement de l'état des organes et s'abstenir de ce moyen dans les cas d'affection cardiaque ou de maladie de l'encéphale.

Les injections sont rarement indiquées plus de trois ou quatre fois. Employée avec prudence, cette méthode thérapeutique donne des résultats préférables à ceux que procurent tous les hypnotiques en usage (chanvre indien, chloral, bromure de potassium). Notre confrère cite 329 succès sur 394 injections. Il n'a jamais observé la formation d'abcès au lieu de la piqûre. Il a opéré dans la région deltoïdienne. Le liquide employé était une solution d'acétate de morphine acidulée par l'acide acétique. L'excès d'acide était neutralisé par la potasse. Le titre de la solution était d'un grain de sel pour douze gouttes de véhicule.

L'histoire de l'assistance des aliénés aux États-Unis a été très-heureusement résumée par le docteur Daniel Hack Tuke. La première tentative pour améliorer le sort de ces malades a eu lieu en Pensylvanie, où une pétition, adressée à la chambre des représentants, eut pour résultat la fondation de l'asile de Philadelphie. Cela se passait en l'année 1751.

Vingt et un ans plus tard, l'Etat de Virginie construisit un asile à Willambourg (1772). A partir de cette époque, il s'écoula un temps considérable avant que la situation des aliénés pût être améliorée, car ce n'est qu'en 1817 que nous voyons s'élever l'asile de Francfort dans le voisinage de Philadelphie. L'année suivante est ouvert l'asile de Mac-Lean, à Sommerville (Massachusets). Puis sont construits, à des dates très-rapprochées, l'asile de Bloomingdale (asile d'aliénés de New-York city hospital) (1821), le Hartford Retreat, Connecticut (1824), et enfin l'asile de Colombia, en 1827.

©BIUM

1832 est une année mémorable dans l'histoire des asiles aux États-Unis. Elle marque l'intervention directe des gouvernements dans l'évolution de cette œuvre philantropique. Jusque-là, tous, sauf l'État de Virginie, lui avaient refusé leur initiative. « En cette année, dit M. Tuke, l'État de Massachusets » éleva un asile à Worcester, et dès lors les États regardèrent » comme un devoir, non-seulement de seconder les efforts des » autres, comme en Pensylvanie, mais encore de fournir la » *totalité* des fonds nécessaires à l'érection d'hôpitaux pour les » aliénés. » Ce mouvement favorable prit naissance sous l'influence de la propagation d'idées nouvelles, et surtout grâce aux efforts généreux d'une femme de bien, miss Dix, dont le nom est inséparable, en Amérique, de celui de charité.

En 1836, l'exemple de Massachusets fut suivi par l'État de New-Hampshire. Grâce à l'initiative de quelques personnes influentes, parmi lesquelles il faut citer le général Peaslee, le président Pierce, Son Excellence Cones, feu Charles Fox, l'asile de cet Etat fut construit à l'aide des deniers publics et des souscriptions particulières. Il n'a été achevé que neuf ans plus tard.

De nombreux établissements ont été élevés depuis par le soin des divers gouvernements. Nous nous bornerons à mentionner ceux de Maine-Island, 1840; de l'Etat de New-York à Utique, 1843; de New-Jersey, 1844; de Rhode-Island, etc. Ce dernier asile a été construit sur les plans du docteur Bell, à son retour d'Europe, en 1845.

Les rapports nombreux écrits par les médecins contiennent des documents statistiques très-intéressants. Le docteur Jarvis, de Massachusets, nous apprend qu'il existait dans cet Etat, en 1855, un aliéné sur 427 et un idiot sur 1,034 habitants. On y comptait 2,632 aliénés, et 1,087 idiots. 1,284 aliénés étaient en liberté ou dans des *poor houses;* 1,141 étaient dans les hôpitaux spéciaux; 207 disséminés dans des refuges, maisons de correction, geôles et hospices. Parmi les idiots, 670 se trouvaient à la charge de leurs familles, 417 étaient entretenus par les deniers publics.

Le docteur Bell, en 1856, écrivait que le nombre des hôpitaux pour aliénés dans les Etats-Unis, qui était dix-neuf ans auparavant de 6, était alors de 40 à 50; tandis qu'il y avait autrefois 500 places de malades environ, on en comptait 10 à 11.000.

Ce médecin distingué s'élève fortement dans son rapport

©BIUM

contre le mélange des sexes, les fréquentes visites des familles aux malades, et l'abus de la contrainte. Le corps médical s'occupe dès lors avec une ardeur nouvelle des études que comporte l'œuvre entreprise. Grâce aux efforts des psychologues américains, un vote du corps législatif de New-York charge en 1855, une commission du soin d'étudier les moyens de combattre l'intempérance.

Les docteurs Howe et Wilbur s'adonnent au traitement des idiots et se font dans cette spécialité une notoriété illustre. Le docteur Wilbur était en 1852 directeur de l'asile d'idiots de l'Etat de New-York.

Il s'en faut toutefois qu'il n'y ait plus rien à faire pour les aliénés aux États-Unis. Dans l'Etat de Massachusets, il y avait en 1869, deux mille aliénés ou idiots non assistés. Tout récemment encore on voyait dans l'Etat de New-York un nombre considérable d'aliénés placés dans des Work-houses et des geôles, dans une condition misérable (*American Journal of insanity*). Un mémoire rédigé par la socité de médecine de Pensylvanie, en 1868, appelle l'attention du gouvernement sur la triste situation où se trouvent les aliénés ; alors est décidée l'érection de l'hôpital de Dauville dont la première pierre a été posée en 1869. Mais le document le plus saisissant sur la matière, est le rapport *of Public Charities* (Pensylvanie) publié en 1873 ; il y est fait une peinture navrante des souffrances des malheureux fous dans les prisons. « Il y avait, dit ce rapport, dans les hospices et les prisons de Pensylvanie deux fois autant d'aliénés pauvres qu'en 1861, époque à laquelle, miss Dix obtint la construction de l'asile d'Harrisbourg... » Les hôpitaux contiennent, dit le rapport de 1874, 764 aliénés, les poor-houses en logent 1352 et enfin 1075 sont placés à l'hospice de Philadelphie.

Notre distingué confrère de Londres met sur le compte de la nature lourde des Allemands qui composent en majeure partie la population de Pensylvanie, la lenteur des améliorations dans ce pays, où les docteurs Ray et Kirbride font de louables efforts pour obtenir une assistance plus complète. M. Tuke appelle l'attention sur les imperfections de la loi en vigueur dont le *Board of public Charities* a déjà demandé la révision, parce qu'elle prive un grand nombre d'aliénés d'être assistés dans les hôpitaux en temps utile.

Quoi qu'il en soit, on peut affirmer que la situation des aliénés s'améliore tous les jours aux États-Unis.

©BIUM

Dans une lettre qu'il écrivait en 1873 à M. Tuke, le docteur Ray lui apprenait que chaque État de l'Union, à l'exception de Delaware et un ou deux des nouveaux Etats, était pourvu d'un ou plusieurs hôpitaux destinés aux aliénés, et que ces établissements ne laissaient rien à désirer. Les Etats de l'Ouest, *Ohio*, *Iowa*, *Illinnois*, *Indiana*, construisent sans relâche de nouveaux hôpitaux ou agrandissent leurs anciens.

Le docteur Ray se plaint de la difficulté qu'offre le recrutement des gardiens dans les asiles des États de l'Atlantique, excepté la Nouvelle-Angleterre.

Le même médecin donne, un an plus tard, les détails suivants :

Un autre asile a été commencé à Warrene, au Nord-Ouest de la Pensylvanie. Dans la Nouvelle-Angleterre, tous les aliénés sont assistés, aucun n'a besoin d'être recueilli dans les poor houses. L'état de New-York réfractaire jusqu'à ce jour, a cinq asiles en construction ; lorsque l'agrandissement projeté des asiles déjà existants sera accompli, on peut espérer que l'assistance des aliénés y sera complète. New-Jersey a agrandi son hôpital à Trenton ; il peut contenir cinq à six cents malades. Un autre asile de même capacité est construit à Maristonn. L'hôpital de Maryland est de dimensions suffisantes. Dans l'hôpital de Washington sont recueillis environ cinq cents aliénés, provenant de l'armée, de la marine et du district. Tous les États de l'Ouest ont au moins un hôpital ; beaucoup en ont davantage. Une des premières améliorations introduites dans les nouveaux États après leur annexion a été la construction d'un asile pour les aliénés. Les États du Sud, ont au moins un asile chacun, mais la guerre les a tellement appauvris qu'ils ont grand peine à pourvoir à leur entretien.

M. Tuke ne pense pas que l'accroissement relatif des aliénés soit réel en Amérique. Si les aliénés y sont en plus grand nombre qu'autrefois, il faut attribuer cette augmentation à l'immigration toujours croissante et à l'augmentation de la population normale. Il termine cet intéressant exposé par un plaidoyer éloquent en faveur de nos confrères d'Amérique accusés d'abuser du restraint vis-à-vis de leurs malades. Les médecins américains n'ont pas adopté entièrement le système de nulle contrainte et ils appliquent la force dans quelques cas spéciaux, mais ils ne méritent pas la réputation qu'a voulu leur faire une lettre adressée au journal *The Lancet*, à la date du 13 novembre 1875. M. Tuke fait justice des calomnies con-

©BIUM

tenues dans cette lettre en reproduisant la réponse écrite par M. John Bucknill au même journal, en février 1876. L'éminent aliéniste qui a parcouru l'Amérique tout récemment, et visité avec soin les asiles de ce pays, en dit assez pour procurer à nos confrères, s'ils en avaient besoin, une entière réhabilitation.

La science mentale est en retard sur les autres branches de la médecine. Ce point n'est pas contesté. M. Gasquet, médecin de Saint-George's Retreat, propose pour la faire avancer, l'emploi de la méthode comparative et il essaie dans la courte note qu'il a publiée, de trouver des analogies entre les maladies mentales simples et un groupe d'affections qui sont regardées comme leurs similaires, les névroses. Les analogies d'aspect sont d'autant plus saisissantes que la même thérapeutique paraît avoir raison de la névrose et de la vésanie. Passons rapidement en revue cette étude originale qui mériterait peut-être d'être poussée plus avant.

La mélancolie est similaire de la névralgie. Leidesdorf a déjà constaté l'analogie qui existe entre ces deux affections. Les conditions qui leur donnent naissance sont identiques. Ce sont l'anémie et la nutrition incomplète. L'étude comparative de la mélancolie et de la névrose met en évidence cert ine relation frappante.

Il y a un état moral particulier. Le malade est indifférent et oublieux de ses devoirs. Les deux affections sont remarquées d'abord par de l'hyperesthesie et ensuite par la perte de la sensibilité. Enfin, au risque de paraître fantaisiste, M. Gasquet compare le besoin de mouvement des mélancoliques aux spasmes, tremblements et autres troubles moteurs présentés par les individus affectés de névralgie. La thérapeutique de ces deux affections offre aussi de nombreux points de contact, tout le monde connaît l'efficacité de la morphine, intus et extra, chez les névralgiques et les lypémaniaques. Les toniques et les stimulants qui rendent de véritables services dans le traitement de la névralgie pourraient aussi trouver leur emploi dans celui de la mélancolie et l'auteur cite avec conviction le phosphore, l'arsenic, le fer, le bromure de potassium. Ce dernier agent qui est si utile dans la névralgie d'origine utérine, a fait ses preuves dans une affection mentale qui lui est similaire, la mélancolie climatérique.

Il existe une véritable parenté entre les états d'exaltation mentale et les perturbations du système nerveux moteur. C'est

©BIUM

avec raison qu'on a appelé la chorée de l'enfance une folie musculaire; quels que soient la nature et le siége de la chorée, notre confrère admet d'après Jaccoud qu'elle naît à la suite d'un trouble circulatoire des centres nerveux.

L'excitation des vaso-moteurs de la moelle amène l'augmentation du calibre des vaisseaux, la congestion consécutive et enfin l'ataxie motrice. Une condition semblable des hémisphères cérébraux produirait la manie ou ataxie intellectuelle. Les deux maladies dépendent donc d'un processus identique. Cela posé, il est aisé de reconnaître de nombreux points de contact. La chorée se manifeste à l'époque de la seconde dentition, la manie entre vingt et trente ans. Dans les deux cas, les portions affectées du système nerveux (moelle et cerveau) subissent une évolution critique. Elles acquièrent leur pleine activité, mais la fonction coordinatrice n'est pas encore solidement établie. Les deux maladies qui sont imputables aux mêmes causes peuvent être enrayées par une pyrexie. Au début, la chorée ne se manifeste qu'avec les mouvements volontaires; de même la manie naît à la suite d'une excitation mentale, et disparaît par le retrait de tout stimulant externe.

Passant ensuite au traitement, M. Gasquet remarque que les deux affections ont une marche naturelle et peuvent guérir spontanément. Il constate le résultat fâcheux d'une intervention intempestive et critique l'abus du chloral qui, en rendant les artères plus dilatables, peut produire l'incurabilité. S'il y a lieu d'appliquer un traitement, les mêmes moyens réussiront dans la chorée et la manie. L'utilité du bromure de potassium est indiscutable.

Notre confrère conseille dans la manie les pulvérisations d'éther, le drap mouillé, l'arsenic à haute dose (Von Ziemssen), les sels de zinc et de cuivre (Vanderkolk).

On observe quelquefois la guérison de la manie chronique. Lorsqu'elle a lieu, elle est due évidemment à un arrêt du travail destructif du tissu nerveux. Le seul changement organique qui puisse y correspondre est une perversion de la fonction vaso-motrice. Cette considération a conduit M. Gasquet à chercher les analogues de la manie chronique dans les névroses du système vaso-moteur. La première à laquelle il a pensé est le goître exophthalmique. L'assimilation est acceptable jusqu'à un certain point.

C'est une névrose continue comme la manie chronique, marquée comme elle par une fréquence persistante du pouls. La

©BIUM

manie peut apparaître dans le cours de la maladie de Graves et Jaccoud attribue son explosion à l'extension du trouble originel, du centre cilio-spinal au centre vaso-moteur voisin qui gouverne la circulation intra-crânienne. Inutile d'ajouter que les médications reconnues efficaces dans la maladie de Graves seront indiquées dans la manie chronique. Citons seulement : la quinine, la digitale, le bromure de potassium (associé ou non au fer), la belladone et surtout la galvanisation (Von Dresch, Eulenburg).

La migraine est une autre névrose des centres vaso-moteurs. Elle est d'après Bois-Reymond l'effet d'une contraction tonique des fibres musculaires lisses. Une autre forme selon Eulenburg est due à la dilatation anormale des vaisseaux. On reconnaît les deux variétés de migraine par l'examen de la face et des pupilles. Le traitement diffère dans les deux. Eulenburg emploie dans la première, l'ergot, la quinine et le café; dans la seconde les inhalations de nitrite d'amyle. Les mêmes moyens sont d'un usage rationnel dans la manie chronique en tenant compte de l'état du grand sympathique. L'auteur insiste sur l'emploi du haschisch contre la manie chronique avec paralysie des vaisseaux. Cette variété est aussi avantageusement modifiée par la fève de Calabar. Quant à l'état opposé, il pense toujours en vertu du principe d'analogie qu'il sera combattu fructueusement par les inhalations de nitrite d'amyle, la belladone et l'atropine en injections sous-cutanées.

Les hallucinations de l'ouïe sont comparées par M. Gasquet au tic de la face, du cou et de la langue. Ces phénomènes ont pour caractère commun la chronicité, l'intermittence et une ténacité remarquable. Ils semblent dépendre ordinairement de l'influence directe d'une lésion des hémisphères qui paraît occasionnellement être la cause du tic-tic convulsif. L'électricité qui guérit quelquefois les tics de la face est impuissante dans le traitement de l'hallucination, parce que le nerf auditif est trop profondément situé pour ressentir l'influence d'un courant faible.

Enfin, le délire aigu trouve son analogue non dans les névroses, mais dans les pyrexies à forme typhoïde. Comme elles, cette vésanie grave reconnaît ponr cause un empoisonnement du sang par les produits non éliminés de nos tissus. Elle est justiciable de la même thérapeutique et M. Gasquet préconise la digitale et, après J. Harley, la belladone comme méritant le plus de confiance.

©BIUM

A la séance du 1er octobre de l'association médicale de East Cheshire, M. Maury Deas, raconte les impressions qu'il a recueillies d'un voyage à Gheel.

L'honorable directeur de l'asile du comté de Cheshire, est enchanté de sa visite au village belge, dont il narre l'histoire à ses confrères sans oublier la légende de sainte Dymphné. Il explique avec détails, l'organisation bien connue de la colonie d'aliénés et s'étend sur les avantages d'un système qui procure aux malades, avec une liberté relative, une vie confortable. Il ne s'arrête pas aux inconvénients dont le premier est de priver les « pensionnaires » de Gheel d'une assistance médicale régulière et complète. Tout le monde admettra néanmoins la justesse des réflexions par lesquelles M. Maury Deas, termine son intéressant petit chapitre : « Le fait manifeste qu'il importe de » constater est qu'il est possible de garder plus de mille aliénés, » au sein d'une société dont ils font partie, jouissant des avan- » tages de la vie de famille, heureux, satisfaits, bien soignés, » ne réclamant pas l'emploi de la contrainte, mais gouvernés » seulement par la douceur et la confiance mutuelle qui existe » entre eux et leurs gardiens... Il importe de savoir, et c'est là » une considération éminemment pratique, qu'un nombre con- » sidérable d'aliénés chroniques pourraient dans des circons- » tances favorables jouir d'une liberté beaucoup plus grande » et vivre d'une existence plus naturelle que celle qui est pos- » sible dans l'intérieur des asiles. »

L'aliénation mentale présente dans la Guyane anglaise une physionomie toute particulière, à cause des nombreuses races qui habitent ce pays. A ce titre, le mémoire écrit par M. James Donald, médecin résident de l'asile de Berbice, offre un intérêt véritable. Dans l'établissement se trouvent mélangés des Indiens occidentaux, des coolies de l'Inde orientale, des Chinois, des Portugais et des Africains. Cette population bigarrée a ses caractères spéciaux pour chaque race. La statistique de ce pays, fournit quelques chiffres intéressants. En 1871, tandis que l'Angleterre et le Pays de Galles, pour une population de 22,704,108 habitants, comptaient 1 aliéné pour 388 habitants, la Guyane anglaise pour une population de 193,491 habitants comptait seulement 1 aliéné sur 1,200 âmes de population. Les aliénés figurent dans la colonie dans la proportion de 0,91 pour 1000, et les diverses races dans les proportions suivantes :

©BIUM

créoles de l'Inde occidentale, 0,41 ; coolies 0,82 ; Portugais, principalement de Madère, 1,00 ; Chinois, 1,59.

Le quart des malades de l'asile de Berbice sont créoles de la colonie et des Barbades et en général de race noire.

La forme d'aliénation la plus commune chez eux, est la manie compliquée de conception d'un caractère religieux. Quelquefois la mélancolie religieuse suit les accès de manie. La fréquence du délire religieux chez les créoles s'explique par l'ardeur des sentiments pieux dans cette partie de la population. Ce délire se retrouve encore chez les Africains où le fanatisme est plus ardent que chez les créoles. Les Africains s'adonnent encore aujourd'hui, malgré la sévérité de la loi anglaise, aux pratiques des cultes d'Obéak et à la sorcellerie. Le diagnostic de l'aliénation mentale chez eux est parfois difficile à cause du peu de développement de leur intelligence qui fait qu'on peut les regarder la plupart du temps comme de simples imbéciles.

Les coolies (immigrants de l'Inde orientale) sont à l'asile dans la proportion de 50 p. 100. Ils sont maniaques ou déments. Le coolie maniaque est violent, et sujet à des impulsions; aussi l'homicide et le suicide ne sont pas rares chez ces malades. Heureusement, la période aiguë de leur affection est fort courte. Il en guérit relativement un grand nombre, et M. James Donald explique ce résultat heureux par les conditions hygiéniques meilleures que l'asile leur procure. L'existence des coolies dans la Guyane est, en effet, misérable. C'est parmi eux qu'on trouve surtout les mangeurs de terre. D'après le docteur Thomas Murray, ce goût dépravé existe chez deux catégories d'individus : 1° ceux auxquels leur religion défend l'usage de la viande ; 2° les paresseux qui aiment mieux souffrir d'inanition que travailler pour vivre.

Les Chinois sont peu nombreux à l'asile de Berbice. L'épilepsie et la manie épileptique sont communes chez eux, surtout chez les femmes dont les attaques affectent une grande violence. Le rôle de l'opium dans la production de cette névrose paraît douteux à notre confrère, qui remarque que les coolies font un usage aussi fréquent de cette drogue, sans qu'il y ait parmi eux beaucoup d'épileptiques. La forme d'aliénation la plus ordinaire chez les Chinois est la mélancolie tranquille. Les Portugais admis à l'asile sont en général vieux et débilités, atteints de démence sénile ou de mélancolie. Leur santé

©BIUM

physique est mauvaise et ils sont emportés rapidement par une affection intercurrente.

Les maladies les plus meurtrières à l'asile de Berbice sont la phthisie, la dyssenterie et l'affection paludéenne.

La cause la plus fréquente de folie est l'intempérance, qui fait surtout des ravages parmi les créoles et les Portugais. Les Chinois et les coolies fument l'opium, mais cet usage est loin d'être aussi commun qu'en Orient. Au reste, notre confrère ne peut se prononcer sur son influence.

On admet généralement que les causes de l'aliénation mentale dans les pays tropicaux sont l'insolation, la lèpre et la fièvre intermittente. L'insolation n'est pas rare dans le pays et M. James Donald ne l'a jamais vue aboutir à une affection mentale. Il a observé un seul cas de lèpre compliqué de trouble mental, la forme d'aliénation était la manie intermittente avec des intervalles de lucidité parfaite. Quant à la folie paludéenne admise par l'école de Sydenham, et observée par Baillarger et Hoffmann, notre confrère n'y croit pas et pense que lorsque des troubles mentaux compliquent l'infection paludéenne, ils résultent de l'anémie consécutive du cerveau. La situation topographique, mal choisie, de Berbice l'expose aux miasmes paludéens, aussi les fièvres intermittentes y sont-elles communes et cependant on n'a jamais pu établir une relation directe entre l'aliénation mentale et la fièvre ; mais il est juste d'ajouter que la fièvre quarte qui, d'après Sydenham, se complique de troubles vésaniques, est très-rare dans le pays.

La nature de la paralysie générale est encore aujourd'hui un champ ouvert aux hypothèses. Les efforts qu'a faits M. Isaac Ashe, directeur de l'asile de Londonderry, pour mettre en lumière les théories de cette affection, ont d'autant plus de mérite que ce médecin a eu rarement l'occasion de l'observer. Elle est en effet fort rare dans son pays. Pour ne citer qu'un exemple, elle est inconnue dans la ville de Belfast, qui a 200,000 habitants et où il se consomme une quantité énorme d'alcool. Le mémoire qu'a lu M. Ashe, en août 1875, à la séance annuelle de l'association médico-psychologique, à Dublin, est plein d'originalité.

La partie statistique de ce travail laisse un peu à désirer, mais ce n'est point la faute de l'auteur. Confiant dans la solidarité confraternelle, il a eu l'idée d'envoyer aux médecins des circulaires contenant des questions relatives à la distribution

©BIUM

de la paralysie générale. Deux cents questionnaires ont été lancés dans différentes directions ; il lui en a été retourné..... vingt-cinq. Il faut convenir que notre confrère d'Irlande n'a pas eu de chance avec le corps médical. Les rares documents qu'il a recueillis lui ont servi toutefois à poser des conclusions nouvelles touchant les théories de la paralysie générale.

Il a constaté d'abord la rareté extrême de la paralysie générale dans l'Irlande et sa fréquence dans l'Ecosse et l'Angleterre.

Cette répartition inégale est indépendante de la race. En effet, des comtés irlandais de race saxonne jouissent de l'immunité des autres provinces de l'Irlande. Le comté d'Antrim en est un exemple. D'autre part, des comtés anglais où domine la race celtique ont autant de paralytiques que les autres comtés d'Angleterre. L'auteur cite Cornwall et Glamorganshire.

Cette statistique lui a appris en outre que dans le peuple la maladie se développe surtout parmi les ouvriers des manufactures, tandis que les paysans en sont généralement préservés. M. Ashe ne pense pas que l'alcool soit coupable des méfaits qu'on lui attribue, car on en consomme relativement autant dans les villes irlandaises que dans les autres points du Royaume-Uni. Il donne, en certains endroits, à Belfast, par exemple, des preuves frappantes de son innocuité, mais notre confrère est tenté d'incriminer comme élément important de la paralysie générale, l'usage des boissons à base de malt dont on fait en Ecosse et en Angleterre une énorme consommation. Ces boissons contiennent pour la plupart des principes toxiques. Le *coculus indicus*, étudié par Péreira, qui entre dans la composition de ce liquide, détermine d'après cet auteur un ensemble de symptômes qui se rapprochent de l'affection paralytique.

Mais la partie capitale du mémoire de M. Ashe est formée par la nouvelle théorie qu'il propose. Quand on examine la physionomie d'ensemble de la paralysie générale, on voit qu'elle présente quelques traits saillants qui sont :

1. Dégénérescence graisseuse de tous les tissus : muscles volontaires, muscles lisses, os, glandes, cerveau.

2. Elimination des éléments terreux des os, d'où résulte la grande tendance aux fractures.

3. Développement excessif du penchant sexuel.

©BIUM

4. Convulsions épileptoïdes.

5. Alternatives d'excitation et de dépression.

Or, il est une intoxication dont l'expression symptomatique offre une remarquable similitude avec le syndrôme décrit plus haut ; c'est l'intoxication lente par le phosphore.

Péreira mentionne la tendance du phosphore à produire la gangrène et les convulsions. La carie du maxillaire qui complique l'empoisonnement par cet agent, démontre la diminution des éléments solides de l'os. Le phosphore produit la dégénérescence graisseuse de tous les tissus, ainsi que l'établit une belle observation publiée par le professeur Crocq, de Bruxelles, dans la *Presse médicale belge*, en 1872.

On constate par l'empoisonnement phosphoré l'injection et la vascularisation du cerveau. Le même effet est produit dans la paralysie générale, affirme M. Ashe, qui cite à l'appui de son assertion un article paru dans le 59e numéro du *Mental science*, sous la signature du docteur Franz Meschede.

Enfin, il faut mentionner encore pour compléter cette analogie, l'élévation de la température qu'on observe chez les paralytiques et les individus empoisonnés par le phosphore. Les deux affections affectent donc un processus identique. M. Ashe n'hésite pas à conclure à l'identité de nature et prétend que la paralysie générale est produite par l'action toxique du phosphore de l'économie.

La paralysie générale affecte de préférence les individus d'une activité mentale extraordinaire, c'est-à-dire dont les cerveaux sont très-*phosphorisés*. Elle se montre surtout chez les marchands retirés des affaires qui ont pendant longtemps surmené leur fonctionnement cérébral dans un cercle étroit. Voici, d'après M. Ashe, par quel mécanisme prend naissance la paralysie. Pendant tout le temps que ces hommes ont travaillé, le phosphore de leur cerveau s'est oxydé et s'est éliminé à l'état d'acide phosphorique. Mais le jour où ils se condamnent au repos, le phosphore annexé contenu dans leur cerveau n'est plus transformé par l'activité mentale. Il est absorbé en nature par le sang et il se produit une véritable auto intoxication. Notre confrère fait remarquer que les analyses du Dr Merson (West-Riding asylum Reports, pour 1874), ont démontré la diminution de l'acide phosphorique dans les urines des aliénés. Le phosphore agit en nature sur l'économie et il s'élimine comme dans l'intoxication directe, par les voies respiratoires à l'état d'acide hypophosphoreux.

©BIUM

En définitive, l'auteur ne voit dans la grande fréquence de la paralysie générale parmi les Anglais et son incroyable rareté chez les Irlandais qu'une seule cause, la différence du régime. Ceux-là se nourrissent de céréales, nourriture *phosphorisée*, ceux-ci de pommes de terre, substance non-phosphorisée.

Au chapitre des « Notes et cas cliniques » sont consignées une série d'observations intéressantes.

L'hématome de l'oreille a été traité avec succès par M. Georges Hearder, directeur de l'asile du comté de Joint, par les applications du vinaigre cantharidé. Ce médecin publie six observations où ce topique a eu pour résultat de préserver l'oreille des déformations qui suivent l'hématome lorsqu'on le laisse à lui-même ou qu'on l'incise. L'un des malades était un paralysé général. Il s'est bien trouvé du traitement. Toutefois M. Hearder pense qu'on pourrait s'en abstenir chez les individus affectés de paralysie générale, à cause de la tendance aux escharres. Un autre aliéné, une femme, a eu successivement un hématome à chaque oreille. Le premier a été traité par l'incision, le second par les cantharides et on peut apprécier sur le même sujet les résultats obtenus. Un des malades a vu naître son hématome à la suite d'une chute sur l'oreille ; l'origine traumatique de la tumeur a été bien évidente. Le malade a guéri sans déformation de l'oreille.

Le chloral peut donner lieu à des troubles mentaux, ainsi que le démontrent quatre observations rapportées par le Dr Hunter Mackenzie, médecin résident de l'infirmerie du district de Ashton-under-Lyne. La première est celle d'une femme de cinquante-cinq ans, atteinte d'une affection cardiaque, chez laquelle le chloral a été employé pour combattre l'insomnie. Elle eut un accès de manie avec hallucinations de l'ouïe et illusions de la vue. La deuxième malade qui était rhumatisante avec des altérations valvulaires du cœur, a été plongée dans une sorte d'ivresse suivie de convulsions hystériques. Ce résultat paraît justifier la théorie qui veut que le chloral agisse sur l'économie après s'être transformé en chloroforme. On sait en effet que ce dernier corps détermine des convulsions hystériques. Le troisième cas est celui d'une choréique de soixante ans, traitée concurremment par le chloral et le bromure de potassium. Elle est devenue maniaque. Un fait digne de remarque, est l'amendement du trouble moteur qui a

©BIUM

coïncidé avec l'invasion de l'affection mentale. La quatrième observation est intéressante, parce que le chloral a été alternativement prescrit et suspendu et que l'apparition et la disparition alternantes du trouble mental a rendu manifeste l'action du médicament sur le cerveau. Tous les malades qui ont présenté ces accidents étaient rhumatisants et de tempérament nerveux. Deux avaient les fonctions cardiaques atteintes.

M. Edmond Bancks Whitcombe, médecin adjoint de l'asile de bourg de Birmengham, a décrit l'observation d'un épileptique glouton, qui, suffoqué par le bol alimentaire, a été sauvé par la trachéotomie. L'ouverture du larynx a permis de retirer par la plaie les aliments engagés dans le canal respiratoire. On a pratiqué la respiration artificielle pendant vingt-cinq minutes sur le malade qui était en état de mort apparente. Il a été rendu à la vie après un temps considérable. Le tube laryngien a été retiré peu d'instants après l'opération. Il y a eu une légère hémorrhagie dont on a conjuré le danger en plaçant le malade dans le décubitus latéral pour permettre au sang de s'écouler au dehors.

Une observation de manie aiguë terminée par la mort en onze jours, est publiée par M. Cedric Hurford, directeur de l'asile de Moorcroft-House (Midlesex). Dès le début, l'état général du malade était mauvais, le pouls élevé et l'alimentation à peu près impossible. Le quatrième jour s'est manifestée une arthrite du coude gauche. En même temps l'agitation paraît tomber et le malade devient conscient, mais il s'affaiblit graduellement et succombe. L'autopsie a montré, outre l'adhérence de la dure-mère au niveau du sinus longitudinal supérieur, un épanchement considérable de sérosité à la base du cerveau. L'examen micrographique n'a pas été fait et l'état des différents viscères est passé sous silence. Malgré le résultat négatif qui paraît fourni par l'examen cadavérique, M. Hurford croit pouvoir incriminer la syphilis dans le cas présent. Le malade était syphilitique à son entrée à l'asile et il présentait avant de mourir, une éruption confluente d'acné à la région dorsale et à la poitrine.

Un cas chirurgical des plus curieux a été observé dans le service du Dr Frédéric Skae. Un homme qui avait depuis longtemps des idées de suicide se tire deux coups de pistolet dans la tête, puis se jette à la rivière. Il en est retiré par ses amis,

©BIUM

qui l'amènent à l'asile d'aliénés. Au moment de son admission, il a la tête enveloppée de linge et affirme être grièvement blessé. On constate seulement que le côté droit du visage et l'oreille droite sont souillés d'une poussière noire teintée de sang. *Le conduit auditif externe contient une goutte de sérosité.* Cet homme s'exprime avec facilité, son langage est cohérent et l'articulation des mots ne présente aucune gêne. La langue sort aisément et sans déviation de la cavité buccale. Le médecin se croit autorisé, à la suite de cet examen, à ne pas tenir compte des affirmations de cet homme et croit pouvoir admettre que l'arme dont il s'est servi était chargée à poudre. L'attitude du malade ne présente rien d'insolite jusque vers le milieu de la nuit. Il devient alors agité et bruyant et son isolement est jugé nécessaire. Il est mis en cellule et c'est là que le gardien le trouve mort le lendemain matin. Il est couché sur le ventre, la face contre son matelas et paraît avoir succombé à l'asphyxie pendant une convulsion. La mort a eu lieu, juste 48 heures après sa tentative de suicide. L'autopsie, ordonnée par les magistrats, a permis de découvrir une fracture de l'os pétreux et de la branche montante du maxillaire inférieur. Au milieu des esquilles osseuses était une bourre de pistolet. La fracture communiquait directement avec le conduit auditif externe.

La « Revue » contient une analyse très-longue et très-détaillée des ouvrages suivants :

Arthur Schopenhauer, *sa vie et sa philosophie*, par Helen Zimmern.

Motion vitale comme un mode de motion physique, par Charles Bland Radcliffe.

Leçons cliniques sur les maladies mentales, professées à la Salpêtrière, par le Dr Auguste Voisin. L'auteur de l'analyse termine son consciencieux travail en « recommandant la lecture de l'ouvrage du praticien distingué de la Salpêtrière, ouvrage qui renferme les résultats d'investigations conduites dans un véritable esprit scientifique. »

De la mise à la retraite des employés dans les hôpitaux anglais d'aliénés : son principe, ses règles et son application, par Lauder Lindsay.

Les « Notes et nouvelles » donnent le compte rendu de la réunion trimestrielle de l'association médico-psychologique tenue à Edimbourg le 14 décembre, sous la présidence du docteur Laycock.

©BIUM

Après la présentation par le Dr Clouston de plusieurs pièces anatomiques, plusieurs discussions intéressantes se sont engagées. La lecture du travail de l'éminent président sur la cérébration réflexe a été l'occasion d'un brillant discours où il a traité dans un langage élevé et profond ce point délicat de métaphysique.

Le Dr Fraser a lu ensuite un mémoire intitulé : « histoire et autopsie d'un idiot kalmouck. » Ce mémoire devait être prochainement publié.

A propos d'un article sur la folie impulsive, publié dans le *medical Times and Gazette* et lu à l'association par le Dr Maclaren, quelques réflexions instructives ont été faites par les Drs Jamieson, Clouston, Maclaren et Campbell sur les différentes causes qui produisent la folie impulsive. Elle peut résulter de l'état épileptique, d'une action réflexe du cerveau (Clouston), de la masturbation (Campbell).

Enfin le docteur Skae a donné lecture de deux mémoires écrits, le premier par le Dr Roric et ayant pour titre : « Remarques sur la législation des aliénés en Ecosse ; » le deuxième par le Dr Fraser, intitulé : « Expérience d'une année sur l'abandon des cours d'isolement. »

Le 30 novembre 1875, les directeurs d'asiles d'aliénés d'Irlande se sont réunis en assemblée générale, dans le but de discuter les moyens d'améliorer leur propre situation et celle de leurs asiles. Plusieurs résolutions excellentes ont été votées.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Étude clinique sur l'œil dans la Paralysie générale progressive, par le Dr Ph.Boy(Thèse de Paris 1879).

Les altérations de l'œil dans la paralysie générale ont été l'objet de nombreux et importants travaux depuis le jour où M. Baillarger appela l'attention sur ce symptôme si remarquable : l'inégalité des pupilles.

Mais tandis que les troubles oculaires extérieurs, directement appréciables, sont acceptés par tous d'une manière à peu près uniforme, les lésions des parties profondes, infiniment moins accessibles, restent encore fort discutées.

Cela tient à ce que l'emploi de l'ophthalmoscope nécessite une précision et une habileté peu ordinaires, et que bon nombre de phénomènes présentés comme états morbides, ne sont en réalité que des variétés physiologiques, qu'il n'est possible d'apprécier et de saisir qu'au prix d'une longue habitude et d'une pratique pour ainsi dire journalière.

Ancien chef de clinique d'un ophthalmologiste distingué, réunissant par conséquent toutes les conditions désirables pour mener à bonne fin une telle entreprise, M. le Dr Boy a, sur les conseils du Dr Doutrebente, choisi pour sujet de thèse *l'Étude clinique de l'œil dans la Paralysie générale.* Abandonnant le terrain si aride et si dangereux de la pathogénie pour se consacrer exclusivement au côté purement symptomatique, l'auteur a eu surtout pour but d'étudier les diverses altérations oculaires qui peuvent se présenter dans le cours de cette affection. Après avoir passé en revue les divers travaux, tant français qu'étrangers, relatifs à ce point spécial de pathologie mentale, il a rapporté le résultat de ses propres recherches sur 72 paralytiques de l'asile de Ville-Evrard, chez lesquels il a successivement examiné : 1° *les altérations oculo-pupillaires visibles à l'œil nu* (changements d'état du globe oculaire et des pupilles); 2° *les troubles fonctionnels* (vision des couleurs, acuité visuelle); 3° *les lésions des parties profondes.*

©BIUM

Ce travail, très-consciencieux, émanant d'un spécialiste depuis longtemps rompu aux difficultés et aux délicatesses de l'examen ophtalmoscopique, nous paraît élucider et résumer très-exactement, pour ne point dire définitivement, au point de vue clinique, la question des altérations de l'œil dans la paralysie générale.

Il fait honneur à son auteur et sera certainement consulté avec fruit.

En voici les conclusions:

Le symptôme le plus constant est l'inégalité pupillaire, 2 fois sur 3 environ.

La dilatation est plus fréquente que la contraction.

La pupille droite est plus souvent dilatée que la pupille gauche.

Les pupilles sont, à peu près dans la moitié des cas, paresseuses à la lumière et à l'accommodation, et même quelquefois immobiles.

La pupille la plus atteinte dans ses fonctions, c'est-à-dire la plus malade, est la pupille dilatée.

L'ouverture pupillaire est rarement déformée.

Dans les cas de rémission, l'inégalité pupillaire disparaît ; mais réapparaît si la maladie revient à sa période d'état, pour disparaître encore s'il survient une nouvelle amélioration.

Dans les cas de paralysie générale à marche aiguë et rapide, on observe une contraction persistante des pupilles.

L'examen ophthalmoscopique donne les résultats suivants :

L'atrophie pupillaire commençante ou confirmée se rencontre de 5 à 10 fois sur 100 cas.

On remarque plus souvent des altérations vasculaires telles que la dilatation, des veines surtout, l'altération des parois et des taches hémorrhagiques sur leur trajet, ou bien une congestion généralisée du fond de l'œil.

Quant aux autres symptômes, tels que la convexité des globes, l'état particulier des sourcils, etc., il suffit de les signaler car ils ne sont ni assez fréquents, ni spéciaux à la paralysie générale». Régis.

©BIUM

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Traité des maladies du système nerveux, comprenant les maladies du cerveau, les maladies de la moelle et de ses enveloppes, les affections cérébro-spinales, les maladies du système nerveux périphérique et les maladies toxiques du système nerveux; par M. Hammond, professeur des maladies mentales et nerveuses à l'Université de New-York, etc...

Traduction augmentée de notes et d'un appendice; par le Dr F. Labadie-Lagrave, ancien interne lauréat des hôpitaux, de la faculté et de l'Académie de médecine, etc. 1879, in-8, XXIV-1280 pages avec 116 figures intercalées dans le texte. Librairie J.-B. Baillière. Cart., 22 fr.

— Etude critique sur les localisations spinales de la syphilis; par le Dr L. J. Julliard, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Lyon. 1879, in-8, J.-B. Baillière.

— De la déviation conjuguée de la tête et des yeux; Contribution à l'étude des localisations cérébrales; par le Dr J. Grasset agrégé, chargé du cours de clinique annexe des maladies des vieillards. 1 broch. in-8. Montpellier, 1879.

— Etude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie; par le Dr Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, etc. 1 vol. in-8. Paris 1879. Ad. Delahaye, éditeur.

— Etudes sur le dédoublement des opérations cérébrales et sur le rôle isolé de chaque hémisphère dans les phénomènes de la pathologie mentale; par J. Luys, membre de l'Académie de médecine. Broch. in-8, Paris 1879, G. Masson, éditeur.

— Instructions générales pour les recherches anthropologiques à faire sur le vivant; par P. Broca, 1 vol. in-12, cart. Paris, 1879, G. Masson.

— Il principio della sapienza; par M. Antonino Pennisi Mauro; Napoli, 1878; br. in-12.

— L'epidemia di istero-demonopatie in Verzegnis; par le Dr Fernando Franzolini. Reggio-Emilia, 1879; vol. in-8.

— Studii di termometria cerebrale negli alienati; par les Drs D. Maragliano et G. Seppilli. Reggio-Emilia, 1879; br. in-8.

— Idiocy; par le Dr Fred. Bateman. London, 1879; br, in-8.

— Annual report of the royal Edinburgh asylum for the insane; for the year 1878; br. in-8.

— Mechanical restraint in English asylums; par le Dr Lauder Lindsay; br. in-8, 1879.

— Rapport sur l'inspection générale des aliénés dans le canton de Fribourg; par M. le Dr Girard de Cailleux; Bâle, 1879, vol. in-8.

— L'alcool et l'absinthe; par le Dr Deligny. Amiens 1879, br. in 8.

— Etude sur les rémissions dans la paralysie générale; par M. le Dr Schils; thèse de Paris, 1879; in-8.

— De la mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale; par M. le Dr A. Giraud. Bordeaux, 1879; br. in-8.

©BIUM

ASSOCIATION MUTUELLE

des médecins aliénistes de France.

Assemblée générale du 28 avril 1879.

Présidence de M. Baillarger.

L'assemblée s'est tenue, comme les années précédentes, au domicile du président, 8, rue de l'Université.

M. le Dr Falret fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier qu'il avait été chargé d'examiner conjointement avec M. Legrand du Saulle et M. Labitte. Il déclare, qu'après examen, il a trouvé les comptes exacts et les pièces à l'appui régulièrement établies.

M. le président annonce à l'assemblée que M. le ministre de l'intérieur confirme à l'association la subvention de 1,500 fr. et le département de la Seine celle de 1,000 fr. qu'ils ont l'habitude de lui accorder tous les ans.

L'assemblée décide que des remerciements seront adressés à M. le ministre de l'intérieur et à M. le préfet de la Seine.

M. le président donne la parole à M. Mitivié, secrétaire, pour la lecture du rapport annuel.

Messieurs,

Quand une association du genre de la nôtre, inspirée par le dévouement confraternel le plus pur, soutenue par le libre concours de chacun, quand, dis-je, cette association compte quatorze années d'existence, quand ses finances sont dans un état des plus prospères, tout en ayant répondu à tous les besoins qui se sont fait connaître, quand le nombre de ses membres, tout en subissant les oscillations inévitables, ne se dément pas, l'on peut dire, sans témérité, qu'elle est fondée à tout jamais; et son généreux inspirateur, en considérant son œuvre avec satisfaction, est en droit de recueillir les témoignages de reconnaissance de tous ceux à qui il a contribué à faire du

©BIUM

bien. Les lettres de vos pensionnaires sont pleines de ces témoignages ; je suis sûr d'être l'interprète de vos sentiments en en attribuant la plus grande part à notre zélé président.

Ici, Messieurs, sur ce terrain de la charité où disparaît toute rivalité, où le même sentiment anime tous ceux qui s'y rencontrent, se sont bien vite donné rendez-vous tous ceux à qui il était fait appel ; aussi avons-nous, presque dès le début, atteint le chiffre maximum de nos membres.

En 1866, le lendemain de notre naissance, nous comptions 62 membres ; en 1870, nous arrivions à 126, chiffre à peu près le plus élevé auquel nous puissions tendre, nous adressant à une spécialité relativement restreinte.

Ce n'est pas à dire cependant que notre association soit une œuvre fermée, puisque le paragraphe 7 de nos statuts ouvre la porte, à titre de membre honoraire, à quiconque voudra nous honorer de son généreux concours.

Dans le courant de cette année, nous avons à déplorer la mort de deux de nos plus anciens membres. Je veux parler :

1° de la perte du docteur Jean Meynial, directeur médecin de l'asile d'Aurillac, membre sociétaire depuis 1867, décédé à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, après avoir consacré de longues années au service de l'établissement témoin de son zèle et de son dévouement.

2° De la mort toute récente du docteur Delaye, aliéniste distingué chargé du service des aliénés de la Haute-Garonne de 1827 à 1858, fondateur et pendant de longues années directeur d'une maison de santé à Toulouse, ancien professeur à l'école de médecine de cette ville, membre fondateur de notre association depuis 1866, auteur de travaux justement estimés, etc., etc. Loyauté et droiture, dévouement sans bornes à ses malades, désintéressement complet, charité inépuisable, telles furent quelques-unes des qualités de cet homme de bien.

Vous vous joindrez à moi, Messieurs, pour envoyer un dernier adieu à ces regrettés confrères.

Vous me permettrez aussi de rendre un dernier hommage à la mémoire de l'illustre M. Trélat, bien qu'il nous eût quitté depuis plusieurs années. Nous ne pouvions nous faire à cette retraite prématurée, aussi fut-elle pour nous un vrai deuil de famille. Il s'est éteint à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, après avoir donné son dévouement et ses soins aux aliénés de la Salpêtrière pendant près de quarante ans, et s'être fait un nom à jamais ineffaçable dans la science par de nombreux travaux.

©BIUM

Membre de la Société médico-psychologique, il en fut deux fois le président. Nous eûmes l'honneur de le compter comme membre fondateur et conseiller de notre œuvre de 1865 à 1876.

A ces pertes douloureuses vient s'ajouter la retraite volontaire des docteurs Duffour, Icart, Teilleux et Fèvre.

Ces vides laisseraient à 113 le nombre des membres de l'association, mais nous avons trois nouvelles adhésions à vous annoncer; celle du docteur Peybernès, médecin adjoint de l'asile de Quatre-Mares.

M. Ritti, médecin à Charenton.

M. Donnet, médecin à l'asile de Naugeat (Haute-Vienne).

Notre effectif se monte donc à 116 membres, ainsi décomposés:

Membres fondateurs.	58
Membres sociétaires.	55
Membres honoraires.	3
	116

Ne vous effrayez pas, Messieurs, de ce chiffre de 116; nos vides seront bientôt comblés, j'en ai la ferme espérance. Une dizaine de nouveaux venus dans le personnel du service des aliénés nous donneront certainement leurs concours; nous avons pris la liberté de leur envoyer nos statuts et nous ne doutons pas qu'ils se feront des nôtres dès qu'ils connaîtront notre œuvre, son but et ses services rendus.

En 1878, les recettes ont atteint la somme de 9,550 fr. 60 ainsi répartie:

Cotisations.	3,615	
Subvention ministérielle.	1,500	
Allocation départementale	1,000	
Subventions d'asiles.	1,150	
Intérêts des capitaux.	2,155	60
Don	100	
	9,550	60

Ces chiffres vous montrent que le ministère de l'intérieur et le département de la Seine nous continuent leur bienveillant appui; nous les en remercions.

Vous voyez aussi une recette de 100 fr. due à la générosité de M. Georges Labitte qui a voulu signaler son entrée parmi nous par ce don, qu'il en reçoive l'expression de notre grati-

©BIUM

tude, et puisse son exemple inspirer de nombreux imitateurs.

Nous n'avons pas, cette année, à vous signaler la souscription de nouveaux asiles départementaux ; nous continuons à n'en compter que 13. C'est peu si nous rapprochons ce chiffre de celui des 64 établissements publics consacrés aux aliénés. Nous ne cesserons de faire appel à leur concours, M. Billod a ouvert la voie, 13 asiles l'ont suivi dans cette heureuse initiative, il y va de l'honneur de tous de les imiter. Nous recommandons donc à qui de droit ce concours fructueux pour notre œuvre, concours qui, sans obérer aucun budget, n'est après tout qu'une véritable dette de reconnaissance. Les 13 établissements souscripteurs sont :

Les asiles de Dôle	100
Mont-de-Vergues	100
Aix	50
Quatre-Mares	100
Saint-Yon	100
La Roche-Gandon	100
Saint-Dizier	50
Saint-Lizier	50
Auxerre	100
Prémontré	100
Armentières	100
Pau	100
Toulouse	100
	1150

Les dépenses et achats de valeur pour l'année 1878 se montent à la somme de 9161 fr. 80,

Ainsi décomposée :

Secours à une veuve de fonctionnaire ayant appartenu au service des aliénés, mais ne faisant pas partie de l'association	800 »
Secours à la sœur d'un médecin directeur honoraire, membre fondateur	300 »
Secours à un ancien interne de Charenton	200 »
Secours à la veuve d'un ancien interne d'asile	200 »
Secours à sept veuves de médecins d'asile, membres fondateurs ou sociétaires	3.150 »
Frais d'administration	66 20
Placement de fonds, achat d'un titre de rente 5 pour 100, de 200 francs	4.445 60
	9.161 80

©BIUM

Ce nouveau placement de fonds porte le capital au chiffre total de 46.430 fr. 20, calculé au prix d'achat, savoir :

2 titres de rente 5 p. 100, de 1.450	28.402.20
2 titres de rente 3 p. 100, de 160	3.243 55
43 obligations du Midi	13.465 80
4 obligations de Lyon.	1.318 65
Total	46.430 20

A cette somme, il faut ajouter 75 fr. restant à recouvrer pour 1878.

Nous avons, comme par le passé, calculé le capital au prix d'achat, si nous tenions compte de la valeur actuelle, nous pourrions vous indiquer un chiffre approchant de 55.000 fr.

Cette réserve faite conformément à nos statuts pour préparer et assurer l'avenir de notre œuvre, nous a permis de distribuer jusqu'à ce jour une somme totale de 35.700 fr.

Récapitulation des recettes de 1867 à 1789.

ANNÉES.	COTISATIONS.	SOUSCRIPTIONS des asiles, allocations ministérielles et départementales.	DONS Plus-value et remboursement de valeurs.	INTÉRÊTS ET RACHATS de cotisations.	TOTAUX.
	fr.	fr.	fr. c.	fr. c.	fr. c.
1865 et 1866	5.800			58 40	5 858 40
1867	3.630	100	1.375 »	243 55	5.348 55
1868	3.590	875		377 30	4.842 30
1869	3.600	650		530 15	4.780 15
1870	3.664	725		638 65	5.027 65
1871	3.405	650		723 60	4.778 60
1872	3.370	1.200		784 75	5.354 75
1873	3.380	2.150		1.001 45	6.521 45
1874	3.335	2.250	1 404 75	1 486 »	8 475 75
1875	3.260	2.450		1.772 »	7.482 »
1876	3.390	3.450		1.835 50	8.675 50
1877	3.380	3.450	100 »	1.983 75	8.913 75
1878 (1)	3.645	3.650	100 »	2.155 60	9.550 60
Total.....	47.449	21.600	2.979 75	13.590 70	85.619 45

(1) Y compris les recettes à recouvrer.

©BIUM

En jetant un coup d'œil rétrospectif sur nos dépenses, vous verrez que nos secours ont suivi une marche progressive ayant pour point de départ 650 fr. et arrivant maintenant à un chiffre annuel de 6.000 fr.

Récapitulation des dépenses de 1868 *à* 1879.

ANNÉES.	SECOURS.	FRAIS d'administration	TOTAUX.
1865 et 1866	650	146.50	796.50
1867	1550	64.45	1.614.45
1868	1950	144.40	2.094.40
1869	1500	51.70	1.551.70
1870	1300	51.10	1.351.10
1871	1800	66.60	1.866.60
1872	2200	78.65	2.278.65
1873	3200	147.30	3 347.30
1874	3250	74.65	3.324.65
1875	3800	51.90	3.851.90
1876	4700	63.55	4.763.55
1877	5150	56.35	5.206.35
1878	4650	66.20	4.716.20
Totaux	35.700	1063.35	36.763 35

Les recettes de l'année courante peuvent s'évaluer approximativement à 9.550 fr., savoir :

Cotisations	3.600
Souscriptions d'asiles	1.150
Allocation ministérielle.	1.500
Allocation du département de la Seine.	1.000
Intérêts des capitaux.	2.300
	9.550

Sur cette somme, conformément à l'article 16 des statuts, nous pouvons distribuer en secours 6.300 fr.

Le Conseil, dans ses dernières séances, a alloué sur l'exercice 1879 les secours suivants :

A quatre veuves et à un fils de médecins d'asiles, membres fondateurs ou sociétaires, 1.500 fr.

©BIUM

Ces secours donnés laissent disponible la somme de 4.800 fr. sur laquelle le Conseil a décidé de vous proposer d'accorder :

1° La continuation du secours de 600 fr. que vous avez accordé depuis votre fondation à la veuve d'un fonctionnaire du service des aliénés, ne faisant pas partie de l'Association.

2° La faculté d'augmenter de 200 fr. ce secours, si dans le cours de l'année le Conseil le juge nécessaire.

3° Un secours de 300 fr. à un ancien interne de Charenton.

4° Un secours de 200 fr. à la veuve d'un ancien interne d'asile.

Ces différentes sommes versées laisseront disponibles 3.500 fr. pour pourvoir aux besoins prévus du 2e semestre de 1879 et aux besoins nouveaux qui pourraient surgir.

Ces propositions sont votées à l'unanimité.

M. le Président. Par application de l'art. 9 des statuts, nous devons procéder au renouvellement du Conseil.

Les membres sortants et rééligibles sont :

MM. Mesnet,
Rousselin,
Moreau (de Tours),
Billod,
Semelaigne,

Ils sont réélus à l'unanimité.

La séance est levée à 4 heures.

Dr Mitivié.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— Par arrêté du Ministre de l'intérieur et des cultes, en date du 18 avril 1879, M. le docteur Delasiauve, ancien médecin des aliénés de la Salpêtrière, a été nommé médecin honoraire de cet établissement.

— *Arrêté du 12 mai* 1879. M. le Dr Langlois, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse a été nommé médecin en chef de la section des hommes de l'asile de Maréville (Meurthe).

— *Arrêté du 31 mai* 1879. M. Guignard, directeur de l'asile de Marseille, a été admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur honoraire.

— *Arrêté du 31 mai* 1879. M. Cartaux, sous-directeur des tramways de Marseille, a été nommé directeur de l'asile de la même ville en remplacement de M. Guignard, M. Cartaux a été placé dans la 4e classe de son grade (4000 fr.).

NÉCROLOGIE.

Théodore Auzouy. — Le 9 mai dernier est décédé, à Bordeaux, M. le Dr Théodore Auzouy. Ce médecin distingué, qui a consacré près de vingt-cinq ans de son existence au service des aliénés, était né le 11 juin 1819. Successivement médecin adjoint à l'asile de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire) et médecin en chef de l'asile de Maréville, il fut en 1860, nommé directeur-médecin de l'asile de Pau. On connaît les immenses services que M. Auzouy a rendus dans ces nouvelles fonctions : d'abord création d'une colonie agricole, puis fondation d'un nouvel asile, qui fut construit dans l'espace de trois ans, enfin transfèrement des malades de l'ancien asile dans le nouveau. On a pu voir à l'Exposition universelle de 1878 le plan en relief de l'asile Saint-Luc et M. Auzouy, lors du congrès des médecins aliénistes, se plaisait à expliquer à ses collègues la situation des différents services de ce qu'il pouvait à juste titre appeler sa *création*.

Les devoirs administratifs n'empêchaient pas M. Auzouy de se livrer à des travaux scientifiques. Observateur judicieux, écrivain distingué, il a enrichi la collection des *Annales médico-psychologiques* d'un grand nombre de mémoires, parmi lesquels nous citerons principalement les suivants :

Du délire des affections, ou de l'altération des sentiments affectifs, 1858 ;

©BIUM

Des troubles fonctionnels de la peau et de l'action de l'électricité chez les aliénés, 1859 :

Des pesants ou faibles d'esprit à un degré qui atténue la responsabilité morale sans la faire disparaître, 1860 :

Des fermes asiles ou de la colonisation des aliénés, 1864;

De l'asile Saint-Luc, à Pau, 1869, etc.

Nous ne serions pas complet si nous ne rappelions aussi les nombreux rapports médico-légaux que ce savant confrère a publiés et qui dénotent tous une grande sûreté de jugement.

Tous ces travaux avaient acquis à notre regretté et savant confrère une réputation bien méritée dans tout le sud-ouest de la France ; aussi, lorsqu'une chaire de clinique des maladies mentales fut créée à la nouvelle faculté de médecine de Bordeaux, elle échut naturellement à M. Auzouy. Malheureusement la maladie dont il portait déjà alors en lui le germe ne lui a pas permis de faire même sa première leçon. Il a été enlevé à l'affection des siens et à l'estime de tous ceux qui l'ont connu, à un âge où il aurait pu rendre encore bien des services à la science et à l'humanité.

A. R.

PRIX DES ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

Le prix des *Annales médico-psychologiques*, pour l'année 1879, et 400 fr. ont été décernés à M. le Dr Mabille, médecin adjoint à l'asile des aliénés de Blois, pour un intéressant mémoire sur la circulation chez les aliénés mélancoliques.

Une récompense de 200 fr. a été accordée à M. le Dr Taguet, médecin en chef de la section des hommes de l'asile des aliénés de Marseille.

Nous rappellerons à cette occasion que ce prix, de la valeur de six cents francs, sera de nouveau décerné l'année prochaine et les concurrents devront envoyer leurs mémoires, accompagnés du pli cacheté habituel, avant le 1er janvier 1880, à la rédaction des *Annales médico-psychologiques*, 6, rue de l'Université.

STATUE DE PINEL.

On se rappelle que la Société médico-psychologique, en sa séance du 25 mars 1878 et après la lecture d'un rapport de M. Legrand du Saulle, a émis le vœu que la statue de Pinel fût érigée sur la place publique qui précède l'entrée de la Salpêtrière (V. *Annales méd. psych.*, nº de juillet 1878). Ce vœu vient de recevoir un commencement de satisfaction. Le conseil général de la Seine, en effet, dans sa séance du 1er mai 1879, a voté une subvention de 2.000 fr. à la Société médico-psychologique, qui a pris l'initiative de l'érection d'une statue à Pinel et a émis le vœu que cette statue fût élevée sur la place de la Salpêtrière.

La Société médico-psychologique, dans sa dernière séance (mai 1879), a voté à son tour une somme de mille francs et a nommé un comité directeur. Ce comité a commencé ses tra-

©BIUM

vaux et son secrétaire, M. Motet, vient d'adresser la circulaire suivante aux membres de la Société médico-psychologique :

Monsieur et cher collègue,

J'ai l'honneur de vous informer que la commission nommée par la Société médico-psychologique en vue de la souscription à ouvrir pour l'érection d'une statue de Pinel, a commencé ses travaux.

Elle a pensé qu'il convenait, avant de solliciter les adhésions en France et à l'étranger, de réunir les souscriptions des membres de la Société médico-psychologique. Cette première liste serait immédiatement publiée, et, comme nous, vous ne pouvez douter de l'influence qu'elle exercera de tous côtés.

Je vous serais donc particulièrement obligé de me faire connaître dans le plus bref délai possible, la somme que vous vous proposez de verser. Le comité publiera sa première liste dans le n° des *Annales médico-psychologique* paraissant le 1er juillet.

Vous trouverez, d'autre part, le chiffre des souscriptions recueillies jusqu'à ce jour,

Recevez, très-honoré collègue, l'assurance de mes sentiments les plus distingués. A. MOTET.

Première liste.

Le conseil général de la Seine.	2 000
La Société médico-psychologique	1.000
M. le Dr Sémelaigne.	300
M. le Dr Ch. Pinel petit-fils.	200
M. le Dr J. Falret	300
La *Gazette des hôpitaux*	100
M. le Dr Legrand du Saulle.	100
M. le Dr Baillarger.	200
M. le Dr Blanche	300
M. le Dr Lunier	50
M. le Dr Motet.	50
M. le professeur Ball.	100
M. le Dr Machelard	10
M. le Dr J. Christian	30
M. le Dr Ant. Ritti.	30
Total.	4.770

CONCOURS DES MÉDECINS DE BICÊTRE.

Le concours pour les deux places de médecins vacantes à l'hospice de Bicêtre, a été ouvert, le lundi 9 juin dernier, avenue Victoria, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique.

Le jury du concours est, comme l'on sait, composé de sept membres, qui sont : MM. Cazalis, président, Delasiauve, Woillez, Moissenet, Billod, Espiau de Lamaëstre et Legrand du Saulle.

Les candidats, au nombre de six, sont MM. Bergeron, Bourneville, Charpentier, Doutrebente, Pinel et Voisin.

©BIUM

Le sujet de l'épreuve écrite (anatomie et physiologie du système nerveux) a été : *des circonvolutions cérébrales* (anatomie et physiologie). Les épreuves cliniques communes auront lieu à l'Hôtel-Dieu et à la Charité; quant aux épreuves cliniques sur les maladies mentales, elles se feront à l'asile Sainte-Anne et à l'hospice de la Salpêtrière.

CONCOURS POUR L'INTERNAT DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE.

M. Hérold, préfet de la Seine, vient de décider qu'il ne serait désormais nommé dans les asiles d'aliénés de la Seine aucun interne n'ayant pas subi les épreuves d'un concours régulier. Une commission a été chargée, par arrêté préfectoral, de donner son avis sur le programme et les conditions du concours de l'internat des asiles d'aliénés. Cette commission est composée de :

M. Béclard, conseiller général de la Seine, professeur de la Faculté de médecine, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, *président;*

M. Ball, professeur de clinique de maladies mentales à la Faculté de Paris;

MM. Billod, Espiau de Lamaëstre, médecins-directeurs des asiles d'aliénés de Vaucluse et Ville-Evrard.

M. Dagonet, médecin en chef de l'asile des aliénés de Sainte-Anne;

M. Magnan, médecin répartiteur au bureau d'admission de Sainte-Anne;

M. Pozzi, chirurgien-adjoint du service des aliénés, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Vœu émis par le Conseil général de la Seine-Inférieure dans sa session du mois d'avril 1879 pour la création, par l'Etat, d'un corps spécial de surveillants pour les asiles publics d'aliénés.

Le rapport général adressé à M. le Ministre de l'intérieur sur le service des aliénés en 1874, par MM. les Inspecteurs généraux du service, rapport imprimé à l'imprimerie nationale en 1878, contient, dans l'énumération des desiderata un paragraphe spécial consacré au personnel de surveillance des asiles. Après avoir signalé les difficultés que rencontre le bon recrutement de ces auxiliaires, MM. les Inspecteurs généraux s'expriment ainsi :

» Nous pensons qu'une réforme sur ce point serait un des » meilleurs et des plus indispensables compléments de l'organisa- » tion des asiles, et que, pour avoir de bons serviteurs, capables » de seconder les efforts des médecins, il faudrait former un » corps spécial de surveillants d'asiles, tout comme on a for- » mé un corps de gardiens pour les prisons, les bien payer » et leur accorder une retraite ; alors, seulement, on pourra » choisir et conserver les bons ».

Cette proposition répondait trop bien aux intérêts les mieux entendus des asiles publics d'aliénés pour ne pas y être accueillie avec la plus grande faveur. A peine a-t-elle été connue de

©BIUM

la commission de surveillance des asiles de la Seine-Inférieure, que celle-ci appréciant les avantages que l'asile de Quatre-Mares aurait à recueillir de cette réforme, a tenu à s'associer à un aussi utile projet. Le président de la commission, M. le Dr Lesouëf, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui pendant son internat a été attaché au service de M. Baillarger, à la Salpêtrière, a bien voulu prendre, au sein du Conseil général dont il fait partie, l'initiative d'un vœu dans ce sens et ainsi conçu :

« Considérant que les difficultés que présente dans les asiles » d'aliénés, le recrutement des infirmiers, dont le bon choix » intéresse à un si haut degré le bien-être des malades confiés » à leurs soins;

» Le conseil général de la Seine-Inférieure émet le vœu » que M. le Ministre de l'intérieur mette à l'étude l'organi- » sation d'un corps spécial de surveillants des asiles d'aliénés, » analogue à celui qui existe pour les prisons. »

Le rapporteur M. Emile Letellier ayant donné son entière approbation à la proposition, le projet de vœu fut immédiatement adopté.

Le Conseil général de la Seine-Inferieure vient donc de montrer, une fois de plus, combien il s'intéresse à toutes les mesures qui peuvent contribuer à l'amélioration du service des aliénés, et il s'est acquis par là un nouveau titre à la reconnaissance des médecins d'asiles.

Il est à espérer qu'il trouvera bientôt de nombreux imitateurs.

COURS DE PSYCHIATRIE DES UNIVERSITÉS DE L'EMPIRE ALLEMAND.

Nous croyons devoir reproduire, à titre de renseignement, l'indication des cours de psychiâtrie et de maladies nerveuses qui se font, pendant le semestre d'été 1879, dans les Universités de l'Empire allemand. Ils sont au nombre de 43, répartis ainsi qu'il suit sur les 20 villes universitaires. (Les noms en italiques sont les noms des professeurs).

Berlin : *Westphal*, *Sander*, *Mendel*, *Wernicke*, *M. Bernhardt*, *Remack*, *Adamkiewicz*.
Bonn : *Burger*.
Breslau : *Berger*, *Neumann*.
Erlangen : *Penzold*, *Leube*, *Hagen*.
Fribourg en Brisgau : *Engesser*, *Kirn*, *Bäumler*.
Giessen : *Spamer*.
Göttingen : *L. Meyer*, *Marmé*.
Greifswald : *Eulenburg*, *Arndt*.
Halle : *Seeligmüller*, *Hitzig*, *Krœmer*.
Heidelberg : *Erb*, *Fischer*, *Schultze*, *Fürstner*.
Iéna : *Nothnagel*, *Siebert*.
Kiel : *Quinke*, *Dähnhardt*.
Kœnigsberg : *Meschede*.
Leipzig : *Brenner*.
Marburg : *Cramer*.
München : *Fischer*, *von Gudden*.

©BIUM

Rostock. »
Strasbourg : *Witkowsky*, *Jolly*.
Tubingen : *Leichtenstern*.
Wurzburg : *Emminghaus*, *von Rinecker*.
(*Centralblatt für Psychiatrie*, nº du 15 mai 1879.)

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Élucider l'histoire des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie.

Prix 5.000 fr. — Clôture du concours : 1er avril 1880.

Les mémoires écrits en latin, en français ou en flamand doivent être adressés francs de port, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

Les mémoires doivent être anonymes et revêtus d'une épigraphe répétée sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des auteurs.

Hospice de la Salpétrière. — Cours public de pathologie mentale. M. le docteur Luys a repris ses leçons sur la structure du cerveau et la pathologie mentale, le dimanche 11 mai, à neuf heures un quart (salle des consultations à l'infirmerie générale, et les a continuées les dimanches suivants à la même heure).— Le cours, cette année, a pour objet l'étude des circonvolutions cérébrales et celle de la paralysie générale.

ERRATUM.

M. le Dr Foville nous signale une omission involontaire dans son récent travail sur les *Rapports entre la syphilis et la paralysie générale* (no des *Annales* de mai 1879). A la page 381, il aurait dû dire que l'observation de M. J. Falret, relative aux paralysies partielles des muscles de l'œil avait été publiée par M. le Dr Billod, dans son intéressant Mémoire sur l'*Amaurose et l'inégalité des pupilles dans la paralysie générale*.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris. — Imp. de E. DONNAUD, rue Cassette, 1.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

LE PLI COURBE

N'EST NI LE SIÈGE DE LA PERCEPTION DES IMPRESSIONS VISUELLES NI LE CENTRE DES MOUVEMENTS DES YEUX

Par le Dr Clovis GALLOPAIN

Médecin adjoint de l'asile des aliénés d'Évreux.

Nous avons déjà publié (1) l'observation d'une épileptique qui n'avait présenté, pendant la vie, aucun trouble de la vision et chez laquelle nous avons trouvé, à l'autopsie, une absence de développement du lobule pariétal inférieur; nous publions aujourd'hui deux nouvelles observations démontrant d'une façon évidente que le pli courbe n'a aucune action sur la vision, la dilatation des pupilles et les mouve-

(1) *Annales médico-psychologiques*, mai 1878.

©BIUM

ments des globes oculaires. Mais nous devons préalablement nous occuper d'une observation recueillie par M. le Dr Dartigolles, et présentée à l'Académie de médecine (1) au nom de M. Oré (de Bordeaux), par M. Broca, qui trouve là une confirmation du rôle physiologique attribué au pli courbe; cette observation a pour titre :

Fracture du crâne. Dépression considérable avec enfoncement de l'occipital au niveau et au-dessous de la suture pariéto-occipitale gauche. La dépression atteint la ligne demi-courbe supérieure de l'occipital. Désordre du mouvement et du langage. Troubles de la vue. Guérison avec retour des facultés perdues, constatée deux ans et deux mois après l'accident.

« Cette observation, ajoute M. Broca, présente un réel intérêt au point de vue des localisations cérébrales. Il s'agit d'un employé de chemin de fer qui, s'étant penché en dehors d'un wagon en marche rapide, se heurta la tête contre un réservoir d'eau; le coup ayant porté à gauche et en arrière, il en résulta une fracture avec enfoncement de l'occipital; le blessé perdit connaissance pendant plusieurs jours, et l'on constata des troubles de la locomotion du côté droit; en même temps il avait perdu la parole. Après quelque temps, il essaya de parler et parla le patois de sa ville natale; ce ne fut que plus tard qu'il recommença à faire usage du français qu'il parlait d'habitude déjà depuis longtemps; ce n'est donc pas seulement la faculté d'articuler qui, chez ce malade, fit défaut pendant quelque temps, mais il eut aussi une véritable perte de mémoire. Quoi qu'il en soit, il vit peu à peu disparaître les troubles de la locomotion, la difficulté d'articuler, l'impossibilité de parler une autre langue que celle de sa ville natale, et il ne lui resta qu'une certaine difficulté dans les mouvements de

(1) Séance du 22 nov. 1878, in *Gazette des hôpitaux* du 14 novembre 1878.

©BIUM

l'œil, en outre l'acuïté visuelle était diminuée. Or c'était précisément au niveau du pli courbe, point qui d'après les expériences de Ferrier et d'autres physiologistes correspond précisément au centre du mouvement des yeux, que se trouvait le fragment enfoncé. Cette observation confirme donc de tous points les idées admises sur les localisations cérébrales. »

Une lecture attentive de cette observation nous porte à donner aux principaux symptômes observés une interprétation pathogénique qui, selon nous, ne peut permettre d'attribuer à une lésion du pli courbe les troubles oculaires observés.

Nous devons d'abord remarquer que la lésion du pli courbe n'a pas été vérifiée, et que, quand il s'agit de localisations cérébrales, on ne doit rattacher un symptôme à une lésion que quand l'un et l'autre ont été nettement constatés ; dire, en effet, que le pli courbe est lésé parce que l'on observe des symptômes correspondant aux fonctions qui lui sont attribuées, c'est admettre ce qu'il faut démontrer.

Mais nous tenons surtout à montrer que la lésion est ici complexe et n'est nullement limitée au point fracturé ; rappelons-nous, en effet, que le train était en *marche rapide*, et que, par suite, le choc de la tête contre le réservoir d'eau a été violent et a déterminé non-seulement une fracture, mais aussi et surtout une commotion cérébrale, affection dont le mécanisme a été si bien étudié récemment par M. Duret (1). Selon cet auteur, toute violence sur les os du crâne détermine la formation d'un « cône de dépression » avec projection brusque, dans toutes les voies ouvertes, du liquide céphalo-rachidien ; le liquide ainsi projeté produit, dans des points plus ou moins éloignés, des lésions de la substance nerveuse, et entraîne surtout la rupture des petits vaisseaux. Or, le malade de M. Oré a présenté : une

(1) *Archives de physiolog. norm. et pathol.*, 1878.

©BIUM

perte de connaissance pendant plusieurs jours, des troubles de la locomotion du côté droit, de la difficulté dans l'articulation des mots, une perte de la mémoire, tous symptômes qui s'expliquent difficilement si l'on n'a en vue que la fracture de l'occipital, et dont on ne peut se rendre compte que par l'existence d'une commotion cérébrale. Les lésions sont donc loin d'être limitées au point fracturé, et, dans ce cas, il nous paraît impossible d'attribuer exclusivement au pli courbe, plutôt qu'aux autres parties lésées, les troubles oculaires observés.

Des considérations précédentes nous conclurons que l'observation, présentée par M. Broca à l'Académie de médecine, ne peut servir à confirmer les idées admises sur les fonctions du pli courbe.

M. Ferrier, qui a cru démontrer que le pli courbe est le siége de la perception des impressions visuelles et le centre des mouvements des yeux, abandonne lui-même, dans ses derniers travaux (1), ses premières idées théoriques, et est actuellement disposé à conclure que le pli courbe de l'homme n'est peut-être pas le siége du mouvement des yeux.

OBSERVATION I (2).

Lypémanie. Pas de troubles visuels. Phthisie pulmonaire. Lésion du pli courbe droit. Plaques jaunes.

Roz. Julien, âgé de 25 ans, est entré à l'asile des aliénés d'Évreux le 31 août 1867.

Le certificat médical d'admission porte que ce malade entre fréquemment dans des accès de fureur pendant lesquels il profère contre ses parents, et en particulier contre son père, des menaces de mort.

---

(1) Analyse in *Progrès médical* du 18 janvier 1879. p. 40.

(2) Les deux observations qui servent de base à ce travail, ont été recueillies dans le service de M. le Dr Broca directeur-médecin en chef.

©BIUM

L'observation médicale, rédigée au moment de son entrée à l'asile, constate que Roz... est atteint de folie lypémaniaque entée sur une faiblesse d'esprit voisine de l'imbécillité; il n'a jamais pu rien apprendre à l'école; il répond à peine quand on lui parle; il est triste, sans énergie morale ni physique, paresseux et craintif; il a quelquefois des accès d'agitation maniaque.

De 1868 à 1877, R... s'est presque constamment montré dans le même état mental; c'est un lypémaniaque sombre et taciturne, incapable de tout travail, et qui reste quelquefois plusieurs mois sans vouloir prononcer une seule parole.

Novembre 1877. — R... a beaucoup maigri depuis quelques mois, il est pâle, très-anémique et est actuellement atteint d'une bronchite; l'auscultation fait en outre reconnaître qu'il est tuberculeux : le murmure vésiculaire est très-affaibli au sommet gauche où l'on entend des craquements assez nombreux.

Février 1878. — La tuberculose fait des progrès; R... a perdu l'appétit; il a souvent des vomissements et s'affaiblit beaucoup.

Septembre 1878. — R... est tellement faible qu'il garde presque continuellement le lit.

Il ne présente aucun trouble dans les mouvements des yeux, la vue est bonne des deux côtés, les pupilles sont égales.

13 *Décembre*. — Mort.

AUTOPSIE.

La pie-mère est œdématiée; elle se détache facilement de la substance corticale à laquelle elle n'est adhérente qu'en un seul point; la moitié droite de cette membrane présente une vascularisation très-prononcée, les vaisseaux y sont gorgés de sang.

Cerveau. — (1,280 gr.)

Hémisphère droit. — La substance corticale de la moitié

©BIUM

antérieure de la première et de la deuxième circonvolution frontale est jaune et ramollie.

Au niveau du pli courbe, la pie-mère est adhérente à la substance corticale qui est rougeâtre et ramollie surtout dans la moitié supérieure de ce pli.

État sablé de la substance blanche.

Hémisphère gauche. — La substance corticale du lobe occipital et de la face interne de la première circonvolution frontale présente plusieurs plaques jaunes, en général peu étendues.

A la coupe, on reconnaît que cet hémisphère est bien moins congestionné que le droit.

Cervelet et bulbe. — (200 gr.) Pas de lésion.

Poumon droit. — Pas d'adhérences pleurales ; granulations miliaires très-abondantes de la plèvre ; quelques tubercules au sommet.

Poumon gauche. — Adhérence intime de la plèvre viscérale et de la plèvre pariétale ; le poumon ne crépite pas ; il est criblé de tubercules à divers degrés d'évolution ; plusieurs cavernes de dimension variable. Autres viscères sains.

OBSERVATION II

Alcoolisme chronique. Démence avec accès d'agitation maniaque. Pas de troubles oculaires. Apoplexie. Pachyméningite hémorrhagique. Lésion du pli courbe droit. Sclérose du rein gauche.

Cheval... (Louis), ouvrier de filature, âgé de 61 ans, est entré à l'asile des aliénés d'Evreux, le 16 novembre 1878.

D'après les renseignements qui nous sont fournis, le père et la mère de ce malade n'ont jamais présenté aucun symptôme d'aliénation, mais un de ses cousins est mort aliéné. Ch... a eu, étant jeune, la petite vérole, et n'a fait depuis aucune autre maladie ; il s'est toujours montré intelligent, mais facilement irritable. Il s'est livré, toute sa vie, à des excès alcooliques sans cependant aller souvent jusqu'à l'i-

©BIUM

vresse; il buvait beaucoup d'eau-de-vie, surtout le matin à jeun; il s'est souvent trouvé dans la misère et a cessé de travailler depuis huit ans; ses parents et ses voisins ne se sont aperçus du trouble de ses facultés intellectuelles que depuis trois ans: son intelligence et sa mémoire s'affaiblissaient et il parlait toujours seul en marchant. Depuis un mois, il ne sortait plus et restait dans sa chambre; il ne dormait pas, devenait sombre, méchant; il menaçait et battait sa femme, et se livrait à des actes excentriques et désordonnés: il déchirait ses vêtements, brisait tout ce qui se trouvait sous sa main et s'est un jour montré nu à sa porte; il était en outre très-malpropre et faisait ses ordures dans sa chambre.

Le certificat médical d'admission constate que ce malade a eu, à différentes reprises, des accès d'agitation maniaque, et que, depuis longtemps, il n'obéit qu'à des impulsions instinctives; il est très-porté au vol.

18 *novembre*. — Ch... est atteint de démence; sa mémoire est à peu près nulle, son intelligence très-affaiblie; ses idées sont incohérentes et ses réponses n'ont le plus souvent aucun rapport avec les questions qu'on lui adresse. Il n'a pas conscience de sa situation, reste généralement immobile à sa place et se montre calme depuis le jour de son arrivée à l'asile.

Le malade marche bien et ne présente pas de trace de paralysie dans les membres; la vue est bonne des deux côtés, les pupilles sont égales et il n'y a aucun trouble dans les mouvements des yeux.

19 *novembre*. — Ch... a été très-agité la nuit dernière; il se levait, à chaque instant, de son lit pour se livrer à des actes désordonnés, il a parlé et crié toute la nuit; gâteux.

20 *novembre*. — Même agitation; refuse de manger depuis hier; on le nourrit à l'aide de la sonde œsophagienne.

22 *novembre*. — Même état de violente agitation.

Ch... ne présentait le soir rien de particulier; il a été trouvé mort dans son lit à 3 heures du matin; il était couché

©BIUM

sur le côté gauche; la face et tout le côté gauche étaient cyanosés, et la pupille droite plus dilatée que la gauche.

AUTOPSIE.

Les os du crâne sont très-épais.

Méninges. — Après avoir incisé la dure-mère, on constate que des caillots sanguins sont appliqués sur la face interne de cette membrane; ces caillots, qui ont de 5 à 8 centimètres de long, 2 ou 3 de large et une épaisseur de 1 à 2 millimètres, recouvrent la plus grande partie de la face interne de la moitié gauche de la dure-mère; à droite, les caillots sont bien moins nombreux. Après avoir enlevé les caillots sanguins par le lavage, on remarque que la face interne de la dure-mère présente une vascularisation très-intense et est tapissée par des néo-membranes très-minces contenant dans leur épaisseur de nombreux petits hématomes dont le volume varie d'une tête d'épingle à une lentille. Les mailles de la pie-mère sont infiltrées de sérosité sanguinolente qui est surtout abondante au niveau du lobe sphénoïdal gauche et de la circonférence de l'hémisphère gauche du cervelet; les veines de ces régions sont gorgées de sang.

La pie-mère se détache facilement de la substance corticale. Les vaisseaux de la base ne sont pas athéromateux.

Hémisphère droit. — En plusieurs points, la substance corticale est le siège d'une altération qui consiste dans une coloration d'un jaune rosé et dans un ramollissement tellement prononcé que la substance nerveuse se désagrége complètement sous un filet d'eau; ces points sont les suivants : pli courbe dans toute son étendue, tiers postérieur de la première circonvolution temporale, moitié postérieure de la deuxième et de la troisième circonvolution temporale, extrémité postérieure du lobule pariétal supérieur et extrémité antérieure de la première circonvolution occipitale dans l'étendue d'une pièce de 1 franc.

Notons aussi un piqueté vasculaire et une coloration rosée

©BIUM

de la substance corticale de la circonvolution de l'hippocampe, de la circonvolution crêtée et de la face interne de la première circonvolution frontale.

Dans le reste de l'hémisphère, la substance corticale présente une coloration et une consistance normales. Six kystes de la grosseur d'un pois se trouvent dans l'épaisseur du plexus choroïde.

Des coupes pratiquées dans l'hémisphère permettent de constater que la substance blanche n'est le siége d'aucune lésion appréciable à l'œil nu, et que sa consistance est normale.

Hémisphère gauche. — La substance corticale présente des altérations semblables à celles que nous avons notées dans l'hémisphère droit.

Un piqueté vasculaire très-prononcé avec ramollissement de la substance grise corticale existe au niveau des points suivants : tiers inférieur des deux circonvolutions centrales, tiers antérieur du lobule du pli courbe, moitié postérieure de la première et de la deuxième circonvolution temporale, moitié antérieure de la première et de la deuxième circonvolution occipitale.

La première circonvolution frontale présente seulement une coloration rosée.

Des coupes pratiquées dans l'hémisphère permettent de constater que la substance blanche a une consistance normale, mais qu'elle est le siège d'une congestion très-prononcée.

Cervelet et bulbe sains.

Poumon droit. — Congestion à la base; tubercules au sommet; adhérences pleurales.

Poumon gauche. — Très-congestionné; tubercules au sommet; nombreuses ecchymoses sous-pleurales.

Le cœur et le foie paraissent sains.

L'aorte est légèrement athéromateuse.

Le tissu de la rate est résistant.

Rein droit. — (165 gr.). Pas de lésion.

©BIUM

Rein gauche. — (80 gr.). Le tissu cellulaire qui entoure le rein est enflammé et se présente sous forme d'une masse compacte très-adhérente à la capsule du rein. La capsule est très-épaissie (1 millimètre à 1 millimètre et demi) et est tellement adhérente qu'il est impossible de la détacher sans entraîner en même temps une partie de la substance corticale du rein. La surface du rein, dans les points où l'on a pu détacher la capsule, est granuleuse et rouge; à la coupe, on constate que la substance corticale et la substance médullaire sont très-atrophiées.

La capsule surrénale gauche est très-congestionnée. Œdème du gros intestin et de l'iléon.

Réflexions. — Dans cette observation, nous remarquerons qu'il n'a existé, pendant la vie du malade, aucun trouble dans la vision ni dans les mouvements des yeux, et cependant, à l'autopsie, nous avons trouvé que le pli courbe droit était ramolli dans toute son étendue; à gauche, il n'existait qu'une lésion assez limitée du lobule du pli courbe.

Quant à l'inégalité pupillaire, qui a été constatée après la mort, et qui a ainsi succédé immédiatement à l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne qui a tué le malade, il est évident que l'on ne peut, en aucun cas, l'attribuer à une altération du pli courbe, puisque c'est la pupille droite qui était dilatée et que le pli courbe gauche, comme nous l'avons vu, ne présentait aucune lésion.

Ainsi, l'œil gauche, qui correspond au pli courbe ramolli, est resté normal même après l'attaque d'apoplexie.

Cette observation nous paraît aussi intéressante au point de vue des lésions de l'alcoolisme chronique, qui est une des causes principales de la pachyméningite interne. Kremiansky et après lui Neumann, dit Rosenthal (1), dans leurs expériences sur les chiens, ont produit artificiellement la pachy-

---

1) *Traité clinique des maladies du système nerveux.*

©BIUM

méningite par l'empoisonnement chronique par l'alcool, en raison de la congestion prolongée et de la dilatation des artères. Chez l'homme, c'est aussi l'alcoolisme chronique qui fournit le plus de cas de pachyméningite spontanée. M. Magnan (1) est bien moins affirmatif ; car, à la suite de ses expériences sur les chiens, il déclare n'avoir jamais vu de néo-membranes sur la face interne de la dure-mère, mais cependant « que la pachyméningite n'est pas très-rare dans l'alcoolisme chronique. »

Nous regardons également l'alcoolisme comme ayant été la cause de la néphrite interstitielle du rein gauche, que nous avons trouvée chez notre malade, bien qu'ici les auteurs semblent se prononcer plutôt pour la négative. M. Magnan (2) dit que les reins offrent, chez la plupart des chiens alcoolisés, une teinte jaunâtre de la substance corticale ; mais il ne parle pas de sclérose. M. Jaccoud (3) regarde l'alcoolisme comme cause de néphrite interstitielle ; mais il ajoute que cette intoxication donne bien plus souvent lieu à la néphrite parenchymateuse. M. Lécorché (4) s'exprime à ce sujet d'une façon assez dubitative. L'intoxication alcoolique, dit-il, jouirait également, d'après Grainger-Stewart et contrairement à l'opinion de Dickinson, du fâcheux privilège de provoquer souvent l'apparition de la sclérose rénale. Enfin, M. Lancereaux nie absolument tout rapport de cause à effet entre l'alcoolisme et la néphrite insterstitielle. « L'abus des boissons alcooliques, dit-il, (5) est considéré en Angleterre, en Allemagne et en France par quelques médecins, qui se font l'écho des opinions des savants étrangers, comme une cause fréquente de la néphrite interstitielle. Cette manière de

(1) *Étude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme*, 1871.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Traité de pathologie interne.*
(4) Néphrite interstitielle hyperplasique ; in *Arch. gén. de méd.*, 1874.
(5) *Dictionnaire encyclopédique*, 3e série, t. 3, 1876.

©BIUM

voir, que j'avais acceptée autrefois, me paraît complètement inexacte. » A cela, M. Lancereaux donne pour raison que l'alcool est absorbé par l'estomac, et qu'il n'y a jamais qu'une très-faible proportion de cette substance qui arrive aux reins, puisqu'elle a dû préalablement traverser les poumons qui en ont éliminé une plus ou moins grande partie. Aussi, pour lui, l'altération des reins dans l'alcoolisme n'est pas la sclérose (effet d'une affection irritante locale), « mais une dégénérescence graisseuse qui est la conséquence de la modification générale imprimée à l'organisme tout entier, modification qui se traduit surtout par la dégénérescence stéatosique des tissus. »

©BIUM

PATHOLOGIE

DE LA NÉCESSITÉ D'ASSOCIER LE TRAITEMENT MORAL A L'HYDROTHÉRAPIE POUR COMBATTRE EFFICACEMENT L'ÉTAT NERVEUX

Par le Dr GILLEBERT D'HERCOURT

En 1853, dans le mémoire que j'ai adressé à l'Académie de médecine de Paris, sur le traitement de la *surexcitabilité nerveuse* par l'hydrothérapie, j'insistais sur les avantages qu'offre au profit de ce traitement l'adjonction d'une bonne direction morale aux pratiques hydriatiques que, dans une semblable intention psychologique, je conseillais de varier autant que possible tant dans la forme que dans la température.

On a pu juger par l'observation *d'agoraphobie* que j'ai communiquée à la société de médecine de Paris, que je joins l'exemple au précepte. C'est qu'en effet l'expérience m'avait appris depuis longtemps qu'autant que les hypochondriaques les névropathes ont besoin d'une direction morale.

Or, je ne trouve pas cette proposition inscrite dans les œuvres de mes collègues en hydrothérapie. L'hygiène et la gymnastique y sont, il est vrai, grandement recommandées; mais il n'y est pas question de traitement moral. De la

©BIUM

part de ces auteurs est-ce un simple oubli?... Est-ce un silence volontaire ?... Quoi qu'il en soit, il m'a paru utile d'appeler l'attention sur ce point.

Si, n'admettant pas la nécessité de cette association dans le traitement de l'état nerveux, quelqu'un me soupçonnait de confondre cet état, la névropathie protéiforme ou le nervosisme, avec l'hypochondrie, l'hystérie et la mélancolie, qui réclament le secours d'une direction morale, je m'empresserais de repousser cette supposition.

Dans le cours de ma carrière, j'ai soigné de nombreux malades atteints de diverses affections nerveuses; j'ai eu par conséquent de nombreuses occasions de me former au diagnostic de chacune d'elles, et de me créer une opinion.

Aussi, allant au-devant d'une semblable supposition, j'exposerai ici incidemment mon opinion, non telle que je l'ai déjà développée dans mon mémoire à l'Académie et dans une communication faite, en 1859, à la société de médecine de Lyon, à l'occasion de la discussion académique sur le nervosisme de M. le Dr Bouchut, mais résumée aussi succinctement que possible.

L'état nerveux, ou la névropathie protéiforme, ou le nervosisme, me paraît consister dans des troubles apyrétiques plus ou moins généraux et continus des phénomènes de l'impressionnabilité et de l'innervation, autrement dit, dans l'exaltation ou l'affaiblissement de cette *propriété vitale*, que les anciens auteurs avaient désignée sous les noms *d'irritabilité, d'incitabilité, de sensibilité et d'excitabilité*, et qu'aujourd'hui on appelle *pouvoir sensitivo-moteur, ou aptitude réflexe*.

Ces troubles se manifestent toutes les fois qu'il existe originellement ou accidentellement, ainsi que Cerise l'a dit, un défaut de rapport entre les éléments médullaires et artériels de l'activité nerveuse, soit centrale, soit périphérique ; par exemple, lorsque le sang étant riche en principes actifs, le système nerveux est peu développé ou affaibli ; ou bien lors-

©BIUM

que le système nerveux étant convenablement constitué, c'est le sang artériel qui se trouve appauvri. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'un des deux éléments est insuffisant à la consommation de la force nerveuse ; de là les troubles du pouvoir sensitivo-moteur ; de là l'état nerveux.

Celui-ci est fréquemment consécutif à une longue maladie soit aiguë, soit chronique, à des douleurs névralgiques prolongées, à une discrasie sanguine, comme la chlorose ou les diverses espèces d'anémies ; il peut encore être produit par des causes morales, une mauvais éducation y prédispose.

Mais la cause déterminante la plus commune de l'état nerveux procède de l'altération des rapports mutuels et nécessaires de l'excitabilité et de l'excitation. L'unité harmonique de l'organisme, le bien-être qui en résulte, en un mot, la *santé* n'existe que lorsqu'il y a un équilibre parfait et constant entre ces deux facteurs de la vie. Quand cet équilibre fait défaut, on voit l'excitabilité ou s'accroître par le manque d'excitation, ou diminuer et même s'épuiser par l'excès des stimulations. A ce propos M. Ferrand fait remarquer que les mêmes agents, qui sont capables de provoquer et d'exagérer les facultés sensitivo-motrices, peuvent se montrer capables aussi de les épuiser et de les anéantir selon la dose à laquelle on les dispense.

Dans le mémoire en question j'ai cité l'observation d'un malade qui, jouissant d'une bonne santé, était devenu névropathique par cela seul que, pour satisfaire plus amplement son goût pour la musique, il avait cessé toutes ses relations extérieures, qu'il ne sortait qu'une fois par mois et que tout son temps était employé à jouer de la basse ou de la flûte. Par ce genre de vie, il avait porté le trouble dans son système nerveux, en se privant de certaines excitations et en augmentant la dose de quelques autres. Du système nerveux ce trouble s'était propagé aux appareils de la sensibilité et du mouvement ; ainsi ce malade tombait en syn-

©BIUM

cope s'il venait à sentir, même de loin, l'odeur de la fumée de tabac; il ne pouvait se tenir debout sans éprouver le vertige; même assis, il devait avoir la tête appuyée contre un obstacle fixe.

C'est à peine s'il est besoin de faire remarquer que le défaut d'équilibre entre l'excitabilité et l'excitation a pour conséquence directe l'altération du rapport normal entre l'élément médullaire et l'élément artériel de l'activité nerveuse, et que dès lors, au lieu de concourir à l'exercice régulier des fonctions, les excitations portent le trouble dans les organes, et n'y produisent que des phénomènes de congestion sanguine ou d'épuisement nerveux.

De ce qui précède il me semble résulter la nécessité de distinguer deux degrés dans l'état nerveux : 1° celui où cet état a eu pour cause première la privation d'excitement et 2° celui qui au contraire provient de l'abus de l'excitement. Dans le premier cas, le moins fâcheux, parce que alors l'intégrité des forces actives n'est pas compromise, les malades ne sont que *surexcitables* ; dans le second cas, où le *vires in actu* est épuisé, les malades sont *surexcités*. Dans les deux cas l'excitabilité n'est qu'exaltée ou affaiblie ; mais elle n'est pas pervertie. Je crois cette autre distinction également nécessaire, car la perversion des facultés sensitivo-motrices provoque seule les goûts et les sensations bizarres et les troubles de l'intelligence, qui ne se rencontrent pas dans l'état nerveux pur et simple.

Je n'énumèrerai pas les nombreux symptômes de l'état nerveux, cela m'entraînerait trop loin; ce n'est pas d'ailleurs sur ce point que les opinions se divisent. Mais je rappellerai que les unes et les autres présentent toujours un caractère de grande mobilité et de variabilité qu'on ne rencontre pas dans d'autres affections analogues. « *Varium et mutabile semper*, a dit Sandras, est un des attributs les plus sûrs et les plus communs de l'état nerveux. » En effet dans cet état les dispositions physiques et les dispositions morales sont in-

©BIUM

finiment et subitement variables et mobiles. Peut-il y avoir là de quoi nous surprendre, quand nous savons que la maladie qui nous occupe, consiste dans des troubles de l'excitabilité, et que l'attribut de cette propriété vitale est d'être incessamment sollicitée par des influences soit extérieures, soit intérieures les plus diverses ? En effet les phénomènes de l'impressionnabilité et de l'innervation, que ces causes déterminent, doivent naturellement être aussi divers et aussi mobiles que ces mêmes causes ; comme elles, ils doivent se déplacer avec une égale rapidité et se succéder dans le même ordre. Dans l'état de santé cette sollicitation et la réaction qui en est la conséquence passent inaperçues ; mais dans l'état de surexcitabilité nerveuse, c'est autre chose ; toute impression quelle qu'elle soit devient une cause de souffrance par l'impuissance plus ou moins prononcée où sont désormais les organes énervés ou névrosés soit de reçevoir cette impression, soit de la transmettre ou de réagir contre elle. C'est pourquoi les gens devenus surexcitables sont incommodés par la lumière, par le bruit, par la chaleur ou par le froid, quelque modérés qu'ils soient; chez eux les excitations internes retentissent douloureusement au sein des organes ; pour eux encore les plus simples opérations intellectuelles sont une source de fatigues : tantôt on voit ces malades tomber en syncope pour avoir respiré les odeurs les moins prononcées et les plus communes, tantôt c'est le contact de l'air qui les offusque ; ce sont leurs vêtements qui les agacent ; c'est le moindre exercice qui épuise leurs forces. Toutes leurs fonctions sont pénibles, un rien les exalte ou les trouble. En un mot, il semble que la faculté de sentir se soit, chez ces pauvres malades, convertie par sa propre exagération en une source de maux en apparence plus divers les uns que les autres.

On a dit que l'état nerveux n'a pas de symptôme pathognomonique, et que ceux qu'on lui attribue se rencontrent dans l'hystérie et dans l'hypochondrie.—Mais alors qu'est-ce donc

©BIUM

que cette multiplicité et cette variété de troubles apyrétiques s'exerçant spécialement sur les phénomènes de l'impressionnabilité et de l'innervation d'une façon continue, quoique variant de siège et de formes, mais ne faisant jamais défaut dans l'état nerveux, tandis qu'on ne les rencontre pas toujours dans l'hystérie et dans l'hypochondrie, qu'est-ce donc, si ce n'est pas un symptôme pathognomonique dont la caractéristique peut être exprimée en deux mots : *surexcitabilité nerveuse ?*

Lorsque cette mobilité de symptômes se fait remarquer chez les hystériques et chez les hypochondriaques, c'est que l'état nerveux accompagne l'une ou l'autre névrose, ou que celles-ci se sont superposées au premier. M. Baillarger semble s'être rangé à cette opinion, quand il a admis qu'il pouvait y avoir l'hystérie et l'hypochondrie à l'état de simplicité ; l'hystérie et l'hypochondrie associées à l'état nerveux, enfin l'état nerveux sans hystérie et sans hypochondrie. Pour moi, je n'hésite pas à dire qu'on chercherait en vain chez les purs névropathes, d'une part, le clou et la boule hystériques, l'hyperesthésie ovarienne, la coïncidence de l'hyperesthésie et de l'analgésie, la parésie, les convulsions, et les contractures ; d'autre part, la nosomanie, les sensations bizarres, la tristesse habituelle et sans fondement, et les conceptions délirantes.

Donc l'état nerveux, qu'on l'appelle névropathie protéiforme ou nervosisme, est un syndrome à part, qui n'est ni l'hystérie ni l'hypochondrie, ni la mélancolie ; il a pour symptômes pathognomoniques la mobilité et la variété des troubles de l'impressionnabilité et de l'innervation, en un mot l'hypersthénie ou l'hyposthénie des *facultés sensitivo-motrices.*

Impatients ou résignés, les purs névropathes n'exagèrent ni l'intensité ni les conséquences de leurs maux ; ils ne s'en effrayent pas déraisonnablement ; ils s'appliquent même volontiers à les atténuer ; mais, dépourvus d'énergie morale

©BIUM

et mal dirigés, ils adoptent le plus souvent un genre de vie contraire au rétablissement de leur santé; les uns, n'osant faire un pas ni tendre les bras, gardent le lit; quelques-uns devenus frileux à l'excès se couvrent sans mesure, ou, supportant mal la chaleur, recherchent incessamment le froid; d'autres, soit debout, soit couchés, prennent des attitudes singulières; tantôt ils gardent l'immobilité, tantôt ils marchent avec rapidité; j'en ai vu se transporter d'un point à un autre de leur appartement en glissant à reculons sur le parquet, etc., etc.

Ces actes, qu'à priori on pourrait traiter d'excentricités, ne sont pas, chez les névropathes, inspirés par une imagination malade; ils sont la conséquence tout à la fois du désir d'éviter la douleur et d'une observation de soi-même, que n'ont éclairée ni les notions d'une bonne hygiène ni celles de la physiologie. D'ailleurs ces actes ont un but déterminé, et si les moyens, qui sont employés pour l'obtenir, ne sont pas toujours les meilleurs, ils n'ont rien de déraisonnable. Ainsi le malade, qui se condamne à vivre dans l'obscurité ou dans le silence, explique que c'est par ce que la lumière ou le bruit le font souffrir; si tel autre ne parle pas, c'est que la conversation le fatigue; si telle femme glisse à reculons sur le sol, c'est parce que la marche en avant lui cause de vives douleurs dans les cuisses et dans le bas du ventre ; et ainsi des autres.

Eh bien ! ces malades, attachés à leur nouveau genre de vie par la crainte ou par l'espérance, ne pourront en être détachés que par une bonne direction morale.

Je ne conteste pas que, par son action tonique et perturbatrice, la douche hydrothérapique puisse momentanément faire cesser certains malaises, dissiper une douleur névralgique, ou l'un de ces états spasmodiques auxquels les névropathes sont assez sujets.

Que l'usage quotidien de cette douche, bien dirigé et suffisamment prolongé, pourra reconstituer les forces du

©BIUM

malade et ramener l'équilibre dans ses fonctions. J'admets même encore que ce résultat pourra ainsi modifier indirectement les dispositions morales du sujet. Mais combien de temps il faudra pour en arriver là ! et combien de malades, perdant patience, abandonnent le traitement !

Je ne saurais trop insister sur ce point : tous les névropathes sont généralement plus ou moins irritables, méticuleux et irrésolus ; ils obéissent à des idées préconçues, et ils opposent le plus souvent une force d'inertie aux prescriptions du médecin; dans de telles conditions, le praticien ne pourra triompher de leurs maux s'il néglige de joindre les influences morales aux pratiques du traitement balnéaire.

Donc, que la névropathie n'existe encore qu'en germe, ou qu'elle ait déjà troublé les dispositions physiques et les dispositions morales, le médecin doit indispensablement s'appliquer à calmer les irrités, à exciter les nonchalents, à entraîner à l'action les irrésolus, à vaincre les préjugés, à réformer les habitudes mauvaises, à régler fermement toutes les conditions de la vie, et souvent, dès le principe, à penser et à agir pour son malade incapable ou intimidé. — Que faire pour remplir ces diverses indications ? — Je ne saurais le dire sans dépasser les bornes de ce travail. D'ailleurs, on le sait, la médecine morale ne consiste pas dans des formules déterminées et toujours idendiques ; celles-ci doivent au contraire être variées suivant les circonstances et suivant les sujets. Ainsi que l'a dit excellemment le Dr Devay, « c'est au médecin qu'il appartient de saisir l'attitude qui lui convient le mieux à lui-même pour inspirer la confiance, et pour s'emparer de l'âme de son malade. »

Je dirai cependant que, pour assurer le succès de ses soins, le médecin doit en ces circonstances unir une grande douceur à une grande fermeté, et user d'une patience à toute épreuve ; qu'il doit encore montrer une sollicitude constante envers son malade, et que ses prescriptions, même les

©BIUM

moins importantes, seront faites avec autorité sans quoi il n'en sera pas tenu compte. A cet égard, j'ai trouvé un précieux enseignement dans le récit suivant que me fit une de mes malades, dont je vais raconter l'histoire « Avec son ton bienveillant, me dit-elle, le Dr Marjolin me disait : il faut marcher. Je n'en fis rien, car je redoutais beaucoup les souffrances que la marche me causait.— La femme Laroche me dit sur un ton impératif : Marchez! — J'ai marché. J'eusse peut-être aussi bien obéi au Docteur s'il m'eût parlé plus fermement qu'il l'a fait. » Je conclus encore de là que, lorsque la persuasion reste sans effet il faut employer l'intimidation.

Au commencement de cette communication, j'ai dit que, dans le traitement de l'état nerveux, j'ai pour principe de varier les applications hydrothérapiques. Comment ne pas le faire quand on doit combattre des troubles aussi variés que ceux qu'on observe chez les névropathes? N'est-ce pas en effet le cas de proscrire l'unicité et l'uniformité du régime balnéaire, trop généralement pratiqué aujourd'hui grâce à l'influence de Louis Fleury ? Je varie donc non seulement la température, mais encore la forme des applications hydrothérapiques. Cependant au début du traitement, lorsque j'ai affaire à un malade très-névrosé, je me garde bien de provoquer chez lui des excitations trop fortes, ce qui aurait lieu si je me servais d'eau froide ; j'emploie pour lui de l'eau tempérée à 26°, 28° ou même 30° centigrades, me bornant alors à varier seulement le mode d'administration ; et je continue à procéder ainsi jusqu'à ce que l'action *directement* sédative de l'eau à cette température, ait assez amoindri la grande susceptibilité tactile du sujet pour me permettre sans inconvénient l'usage de l'eau froide, auquel néanmoins je n'arrive que par degrès progressivement et plus ou moins lentement abaissés. Parvenu à ce point, je fais varier en même temps la température et la forme des applications balnéaires, soit générales, soit locales,

©BIUM

prenant pour guides en cela les diverses indications fournies par le malade.

Mais la soustraction plus ou moins intense de la chaleur animale n'engendre pas seulement des effets physiques et des effets physiologiques, elle donne encore lieu indirectement à des phénomènes psychiques, grâce aux différentes excitations qui résultent tant du contact de l'eau, tantôt froide et tantôt tiède, et des manipulations qui l'accompagnent, que des perceptions qui en sont les conséquences. Si, dans les maladies où la sensibilité n'est que médiocrement intéressée, on n'a pas à tenir compte de ces effets psychiques, il n'en est pas de même de l'état nerveux dont les symptômes essentiels sont constitués par des troubles de la faculté de sentir. Qu'on se représente un névropathe nonchalant, irrésolu, méticuleux, vivant dans des conditions impropres à modifier heureusement les troubles de sa sensibilité, et restreignant ainsi le champ de ses perceptions ; eh bien ! chez ce malade, réduit à l'inertie, on verra la variété des sensations, dues aux diverses pratiques hydriatiques, exciter et varier les positions, provoquer de l'initiative, et de concert avec la direction morale, l'entraîner, à son insu, dans une voie d'activité physique et morale, qui sera pour lui le commencement de la guérison.

Je terminerai cette communication par le récit de quelques observations qui serviront d'appui à la thèse que je soutiens en ce moment.

1re *observation.* — Mlle M..., jeune personne de 17 à 18 ans, enfant gâté très-irritable, au tempérament lymphatique, à l'aspect chlorotique et assez mal réglée, me fut amenée par son père, qui me raconta que, depuis plus de six mois, sa fille ne pouvait pas quitter le lit, ni se tenir debout sans être aussitôt prise de vertige, de palpitations et d'oppression; que, privée d'appétit, elle mangeait fort peu et ne dormait pas ; enfin que depuis trois mois environ, elle éprouvait chaque jour, sou-

©BIUM

vent jusqu'à six fois, des crises nerveuses pendant lesquelles il fallait six hommes pour la tenir..... D'après M.. M..., ces crises commençaient par des pleurs, de petits cris et des sanglots, puis survenaient une grande agitation, des étouffements et des mouvements désordonnés du tronc et des membres. Il affirmait que, pendant ces crises, la malade ne perdait pas connaissance et qu'elle n'avait pas de convulsions. J'ai supposé d'après cela qu'il ne s'agissait que de ces états spasmodiques qu'on observe chez les femmes nerveuses à la suite d'une vive contrariété ou d'une pénible émotion. Leur répétition journalière était sans doute la conséquence de l'habitude, peut-être aussi de nouvelles irritations domestiques si faciles à naître, le plus souvent sans prétexte, chez les gens névrosés. Quant aux tiraillements et aux mouvements des membres et du tronc, ils étaient probablement causés par l'état spasmodique et entretenus par la mauvaise habitude que l'on a généralement de vouloir contenir par la force les personnes atteintes de spasmes nerveux ; il est en effet remarquable que, plus on retient leurs membres, plus on oblige les malades à faire effort pour se débarrasser de la contrainte.

La demi-journée, qui s'écoula après l'arrivée et l'installation de notre chlorotique, se passa sans accident ; le père, chargé de grands intérêts, partit le soir même, laissant sa fille aînée auprès de la cadette malade. Le lendemain matin, pendant que l'on préparait dans la chambre de Mlle M... tout ce qui était nécessaire pour le premier traitement prescrit (une lotion générale à l'eau tiède avec frictions avec la main nue), notre jeune malade se tourmenta et annonça qu'elle allait prendre une crise. Aussitôt la sœur aînée, effrayée, s'écria qu'il fallait vitement aller chercher le docteur et amener six hommes. — J'arrivai seul, alors que la crise paraissait imminente, la malade répétant d'une voix entrecoupée par les sanglots : « je vas... prendre... ma crise ; » — et sa sœur réclamant toujours six hommes et de l'éther. — Pourquoi de l'éther ? Pourquoi six hommes ? dis-je avec le plus grand calme ; je suffis et je ferai tout ce qui sera nécessaire. — Mais monsieur, elle va se faire mal ; elle va se frapper contre le mur ! — Nous l'en empêcherons bien. — Qu'on tire le lit au milieu de la chambre ; entourons la malade ; surveillons-la, mais laissons-la libre. — Celle-ci répétait toujours en sanglotant qu'elle allait prendre sa crise... Eh bien ! mon enfant, lui dis-je, ne vous gênez pas ; faites comme chez vous. Là, vous en preniez six par jour, c'est bien

©BIUM

le moins que vous en ayez une ici, ne fût-ce que pour me la faire voir. Allons !... commencez !... je vous attends !... A ce langage exprimé toujours avec calme et avec douceur, les sanglots cessèrent, et la crise ne vint ni ce jour-là, ni les jours suivants ; désormais il n'en fut plus question.

Ainsi, du premier coup et seulement par une simple influence morale, j'avais empêché la crise imminente et rompu l'habitude de son retour. Cette élimination, si rapidement et si heureusement opérée, simplifia l'état pathologique et rendit la cure hydrothérapique plus facile. Mlle M... s'y prêta volontiers et les bons résultats du traitement ne se firent pas longtemps attendre. Après deux mois de séjour dans l'établissement, la malade rentra chez elle débarrassée de son état nerveux, se tenant debout, marchant facilement, mangeant avec appétit, et débarrassée de ses oppressions et de ses vertiges.

2e *observation.* — Une jeune fille de 22 ans environ, Mlle L..., brodeuse pour ornements d'église, à la suite de privations, d'un travail assidu et sédentaire, d'un amour longtemps contrarié, et enfin d'un profond chagrin causé par la mort de son fiancé, mort survenue presque subitement pendant les préparatifs de son mariage, était affectée depuis un certain temps d'*anémie hypohémique* à un haut degré. Outre les symptômes particuliers à cette maladie, elle avait des hallucinations de la vue et de l'ouïe, comme cela arrive quelquefois chez les anémiques. Mlle L... voyait le sol jonché de cadavres et de corps de moribonds qui l'appelaient à leur secours. Cela avait lieu plus particulièrement quand elle se trouvait seule ; toutefois la présence d'autres personnes n'empêchait pas toujours le phénomène de se produire ; il suffisait pour cela que Mlle L... ne prît pas part à ce qui se passait autour d'elle. Ce n'est pas cependant que la conversation s'opposât toujours à ses visions, car, un jour que je l'entretenais dans le jardin, en attendant son tour de passer à la douche, elle me disait : « Pendant que je vous parle, je vois des cadavres et des moribonds étendus sur le sol ; j'entends des voix qui m'appellent au secours ; et voici qu'un des derniers monte sur mes épaules pour se faire transporter dans un lit. »

La raison de cette jeune fille était saine. Elle savait très-bien que ce qu'elle voyait ou entendait était faux ; elle ne croyait pas à l'existence réelle de ces corps, et elle ne se dérangeait pas pour accéder aux prières qu'elle entendait. Dans

©BIUM

l'établissement, nul autre que moi ne connaissait ce qui se passait en elle; elle gardait à ce sujet un secret impénétrable pour tout le monde; elle ne s'effrayait pas de ces fausses perceptions; je ne dirai pas qu'elle semblait y prendre plaisir ; mais je suis certain que, lorsqu'elles avaient lieu, soit nonchalance, soit que la malade subît alors une sorte de fascination, elle ne faisait rien pour s'y soustraire.

Aussi, lorsque je la surprenais immobile, pensive et ayant la vue fixée sur le sol, je m'empressais d'aller interrompre sa rêverie, en l'entretenant de sujets moins lugubres. En outre, je m'appliquai à lui créer dans l'établissement une vie active et agréable. En raison de sa bonne tenue, je n'eus pas de peine à la faire accepter par Mme de L... pour compagne de sa jeune fille, également pensionnaire de la maison; je lui imposais toujours un rôle dans les jeux et les charades en action qui s'exécutaient au salon, et je la faisais participer aux promenades et aux autres divertissements qui avaient lieu au dehors.

Cet entraînement moral produisit les meilleurs effets; les hallucinations de l'ouïe et de la vue cessèrent, et d'un autre côté l'anémie se modifia très-avantageusement sous l'influence du traitement hydrothérapique, principalement composé de piscines et de douches à l'eau froide, et d'un régime alimentaire tonique et réparateur. Mlle L... rentra dans sa famille complètement guérie et reprit ses travaux sans éprouver de nouvelles atteintes de son ancienne maladie.

3me *observation*. — Madame L..., 32 ans ; brune ; tempérament sanguin ; mariée depuis douze ans, n'ayant pas eu d'enfant, a été bien réglée depuis l'âge de quinze ans jusqu'à vingt-cinq ans. A cet âge, elle eut une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle les règles diminuèrent tout en revenant à des époques régulières. Cette dame vivait dans une très honorable aisance; son mari, quoique jeune encore, avait cédé sa charge; elle avait un intérieur agréable, et jusqu'ici elle n'avait éprouvé aucun chagrin.

Cependant tout à coup, sans cause appréciable pour les siens, elle ferme sa porte à ses connaissances, elle fuit le monde, elle néglige sa toilette et elle ne sort plus qu'avec son mari ; puis bientôt elle ne quitte plus ses appartements, et enfin elle garde le lit presque constamment. Elle devient de plus en plus triste et indifférente à tout ce qui autrefois l'intéressait beaucoup; elle est profondément découragée. Alors survinrent l'inappétence, les

©BIUM

envies de vomir, les digestions laborieuses, des souffrances indéfinissables dans le ventre, des battements à l'épigastre, une céphalalgie constante, et l'amaigrissement.

La malade gardant le secret le plus absolu sur la cause de ses souffrances, et refusant ou n'exécutant qu'imparfaitement les remèdes qui lui étaient prescrits, il ne fut pas possible de lui apporter le plus faible soulagement. Son découragement et sa tristesse allèrent en augmentant jusqu'au moment où, vaincue par les instances pressantes de sa mère, elle se laissa conduire chez moi.

Son impressionnabilité et sa défiance d'elle-même étaient alors excessives. La rencontre d'une personne quelconque lui causait un tremblement général, et empourprait son visage. Elle n'avait pas de sommeil, et elle aurait volontiers refusé la nourriture, tant son inappétence était grande. Ce n'est pas qu'elle eût du dégoût pour la vie, — au contraire ; mais elle se croyait incurable. Elle pensait que son mal résidait dans son ventre, qu'il ne pourrait être dissipé que par une opération chirurgicale, et elle se disait que celle-ci serait certainement mortelle. En somme elle déclarait qu'elle n'était venue chez moi que pour obéir à sa mère, que son refus de tout traitement désespérait ; et elle ajoutait qu'elle savait bien que tout ce que l'on ferait serait inutile.

Evidemment pour ce cas la direction morale devait être un des éléments indispensables du traitement ; aussi j'y employai tout mon zèle, et à force de sollicitude et d'encouragements de toutes sortes, je finis par obtenir la confidence du secret que Mme L... avait jusqu'ici caché à tout le monde. Elle me raconta que, dans un moment où elle avait ses règles, recevant quelques amis de son mari, elle crut ressentir pour l'un deux un sentiment qui lui parut coupable. Sincèrement attachée à ses devoirs, que jusque-là elle avait remplis avec affection, elle craignit d'y manquer et, pour se mettre plus en garde contre une faiblesse et ne pas laisser deviner son secret, elle résolut de ne recevoir personne. Telle était donc la singulière origine de sa tristesse et de ses maux, que sa mauvaise hygiène avait prodigieusement accrus.

Eclairé sur la cause de ses dispositions physiques et morales, il me fut plus aisément possible de les modifier. Je m'appliquai en conséquence à lui montrer la puérilité de ses craintes premières, à lui donner l'assurance de sa guérison, à lui rendre la confiance en elle-même en lui faisant remarquer que, tout im-

©BIUM

pressionnée qu'elle fût dans le principe, elle avait eu la force de résister à la tentation. A cet effet j'avais chaque jour avec elle de longues conférences durant lesquelles, étant devenue un peu expansive, elle s'écriait quelquefois : j'ai perdu mon équilibre ! oh ! rendez-moi mon équilibre ! — Ce fut dans le cours de l'une de ces conférences que je lui dis : « Je vous affirme, madame, que vous sortirez d'ici *forte et ferme*. » Certes je ne m'attendais pas à l'effet que devaient produire ces simples paroles prononcées, il est vrai, avec l'accent de la conviction. L'esprit de Mme L... en fut si vivement impressionné qu'elle me les rappela le lendemain et les jours suivants. Je compris que j'avais enfin trouvé un levier et j'en tirai parti, en renouvelant souvent les mêmes assurances.

Dès le principe je m'étais montré sévère quant à sa manière d'être vis-à-vis de ses copensionnaires ; j'exigeais qu'elle vînt manger à la table commune, et qu'elle se vêtît convenablement, la menaçant à ce sujet de lui faire honte devant le monde et de la renvoyer changer de vêtement, si ceux qu'elle portait n'étaient pas convenables ni disposés avec une certaine recherche. Au reste, ce ne fut pas seulement à elle que je dus adresser des remontrances. Au début j'avais exigé que la malade ne vît pas son mari pendant un certain temps. Lorsque j'autorisai une première entrevue, madame L..., heureuse au delà de oute expression à l'idée de revoir son mari, s'était empressée d'acheter différents objets de toilette à son usage ; elle n'eut rien de plus pressé que de les lui montrer. J'assistai à cette exhibition, à laquelle M. L..., causant politique avec un groupe d'hommes, faisait si peu attention, que sa pauvre femme lui répéta plusieurs fois d'un ton lamentable : « Mais, Alexandre, dis-moi au moins si tu trouves ces foulards et ces cravates à ton goût. » L'autre lui répondit enfin : « Eh! ma femme, c'est toujours bien ces choses-là ? » J'intervins pour forcer le mari à se montrer plus reconnaissant de l'attention de sa femme. C'est ainsi que souvent la médecine morale doit s'appliquer non seulement aux maades mais encore à leurs proches. Enfin il résulta de tout cela que madame L..., qui n'avait accepté le traitement que pour plaire à sa mère, le suivit sans répugnance ; qu'elle crut à la possibilité de sa guérison ; qu'elle prit volontiers plus de soin de sa personne, et que sa tristesse se dissipa insensiblement, et fit place à une bonne et franche gaieté. Les troubles de l'impressionnabilité et de l'innervation cessèrent complètement ; les digestions devinrent bonnes et régulières, le sommeil calme et les règles se rétablirent.

©BIUM

J'ai revu plusieurs fois depuis, à de longs intervalles, cette intéressante dame ; je me suis assuré que sa santé et son moral étaient toujours excellents. Son traitement hydrothérapique avait consisté d'abord dans des enveloppements humides suivis de frictions dans une petite baignoire avec de l'eau à 25°, puis en bains de siège, en douches et en piscines à l'eau froide, ceinture abdominale, et lavements frais.

4e *observation.* — L'observation par laquelle je terminerai cette communication, est celle d'une dame de 44 ans, habitant la province et ayant dans le monde un rang élevé, tant par son éducation et sa fortune que par la position occupée par son mari. Son tempérament très-lymphatique l'avait prédisposée, dans son enfance, à une foule d'indispositions de nature scrofuleuse, telles que : Engelures, conjonctivites, orgeolets, rhumes, maux de gorge, etc. Réglée à 15 ans, elle l'était encore à l'époque où cette observation a été recueillie. Mariée de bonne heure, elle eut deux enfants qu'elle n'a pas allaités. L'un d'eux, héritier du tempérament de sa mère, porte sur l'une des cornées une tache d'albugo à la suite d'une ophthalmie contractée dans son bas âge. A partir de sa seconde couche, Mme de R... eut une couperose de la face ; des rhumes et des maux de gorge fréquents, se succédant à des intervalles divers ; puis de la difficulté à chanter et à parler, qui fut attribuée à une maladie du larynx ; un peu plus tard, la malade remarqua qu'elle éprouvait en dansant quelque fatigue dans la matrice et de la chaleur dans les entrailles. — En 1836, elle eut, dit-elle, une fièvre muqueuse qui fut traitée par les sangsues et les émollients, et à la suite de laquelle elle éprouva une si grande faiblesse générale qu'elle fut obligée de garder le lit pendant trois mois. Cependant, ses forces revinrent ; mais, après quelques mois, nouvelles souffrances dans la matrice ; leucorrhée, pesanteur dans le bas-ventre et difficulté à marcher. Traitement thermal à Aix en Savoie sans résultat. Consultation à Lyon au retour d'Aix ; pose d'un pessaire. Mieux qui ne fut que momentané, car bientôt après, les souffrances du côté de l'utérus reparurent et augmentèrent d'intensité ; l'écoulement leucorrhéïque prit une teinte jaunâtre et devint plus abondant. La malade partit alors pour Paris, et resta près de deux ans à Tivoli, où elle reçut d'abord les conseils et les soins des docteurs Marjolin et Chomel, qui lui firent plusieurs cautérisations, dont elle se trouva bien, mais qui ne lui rendirent pas la faculté de marcher. La femme Laroche, fort en vogue à cette époque, fut

©BIUM

chargée de la masser. C'est à cette date que se reporte la réflexion que j'ai citée plus haut, relativement à l'obéissance que la malade avait refusée aux encouragements de Marjolin, et qu'elle accorda volontiers à la femme Laroche, qui lui avait dit impérativement : Marchez ! — Toutefois, le mieux que Mme de R... ressentit du massage ne fut ni grand, ni de longue durée; dans ses meilleurs moments, elle ne fit jamais plus de cinquante pas de suite. D'ailleurs, durant ces alternatives de mieux et de mal, la malade devenait de plus en plus excitable; ses douleurs se multipliaient; sa vue et son ouïe devenaient de plus en plus impressionnables; elle cessa de pouvoir lire et écrire; l'usage de la parole lui devint pénible et souvent impossible; ses nuits furent troublées par des accidents nerveux divers : douleurs dans les yeux, barres au-dessus des sourcils, insomnie, etc... Elle prit des bains de mer; on ôta et on remit successivement le pessaire en bilboquet, recommandé par Marjolin et Chomel. Il sembla que, sous l'influence de ces moyens, les forces étaient un peu revenues et que la marche fut moins pénible. Mais les règles ayant manqué à deux ou trois époques, on crut devoir combattre quelques signes de pléthore par des sangsues; il s'ensuivit une rechute des plus graves. La sensibilité, soit générale, soit spéciale, acquit rapidement un degré d'exagération extrême; l'état nerveux s'accusa alors formellement. A cette époque, la malade eut, dit-elle, un vague désir du froid; elle alla en conséquence à Uriage prendre des douches froides sous la direction du Dr Vulfranc Gerdy; elle y retourna l'année suivante, mais l'amélioration qu'elle en retira ne fut pas durable; une courte promenade suffisait pour amener une rechute, c'est-à-dire le retour des douleurs utérines, qui entraînaient toujours une plus grande difficulté à marcher et à parler.

Tous ces traitements n'ayant apporté que de courts adoucissements à ses maux, de guerre lasse, la malade se confina dans un appartement isolé, qu'elle fit rendre aussi obscur que possible, et où elle resta six années à peu près, en compagnie seulement de sa mère dévouée et d'une femme de chambre, et n'y recevant qu'une fois par jour son mari, son fils et sa fille, qui devaient se borner à s'informer à voix très-basse de la santé de la malade, et auxquels souvent celle-ci ne répondait que par signes.

C'est à cette existence que le docteur Richard, ancien directeur de l'Ecole de médecine de Lyon, arracha Mme de R...

©BIUM

pour me la confier. Prévenu par mon honorable confrère, je choisis et je fis préparer un appartement suivant les exigences de cette malade. Elle vint à l'établissement dans une chaise de poste dont les ouvertures étaient fermées par des rideaux de drap noir ; en guise de voile, la malade avait un tablier de fort taffetas noir, et de plus, elle n'avait pas cessé pendant tout le voyage, bien que le ciel fut très-sombre ce jour-là, de tenir appliqué sur ses yeux un mouchoir de batiste non déplié. Pour la sortir de la voiture, son valet de chambre l'enleva, la déposa sur un pliant, et, à l'aide de la femme de chambre, la monta dans son appartement.

Quoique l'y visitant tous les jours une ou deux fois, pendant la première semaine, je ne pus prendre aucune idée de sa personne, plongée qu'elle était dans une obscurité complète. Cependant, ce fut durant ces visites que je pus être renseigné sur son passé et sur le présent, soit par elle-même, soit par sa mère, quand la malade ne pouvait ou ne voulait plus parler. Dans ce dernier cas, elle confirmait ou rectifiait par signes les faits racontés par sa mère ; lorsque survenait la fatigue de la voix, elle faisait des signes pour indiquer qu'elle ne pouvait plus parler et qu'il fallait s'adresser à sa mère.

En résumé, chez Mme de R... l'état nerveux s'était superposé à de nombreuses et longues souffrances qui avaient eu pour origine d'abord une mauvaise constitution, ensuite une affection utérine. Au moment où la malade entrait à l'établissement, l'état névropathique se révélait par une excessive impressionnabilité des sens de la vue et de l'ouïe, par de l'hyperesthésie cutanée ; par des douleurs névralgiques et musculaires occupant successivement et alternativement diverses parties du corps et spécialement le bas-ventre et le haut des cuisses, où elles se manifestaient sous l'influence de la marche ; par de la céphalalgie souvent provoquée par la chaleur extérieure ; par une douleur fixe au coccyx, enfin par le besoin de changer fréquemment de position : elle ne pouvait en effet conserver quelque temps la même position sans éprouver ce qu'elle appelait des meurtrissures, et elle avait remarqué qu'elle se soulageait, même debout, en variant ses attitudes. Au lit, elle n'employait ni traversin, ni oreiller ; elle avait la tête nue, et elle se couvrait légèrement le corps. Ne pouvant supporter aucune pression, dans le jour, elle n'avait pas de corset, et elle ne portait qu'une robe de chambre, à peine liée à son corps par une légère ceinture. Quand elle était debout, immobile, elle avait

©BIUM

souvent les deux poings appuyés sur les hanches, le visage incliné vers le sol et un pied en avant, tantôt l'un, tantôt l'autre. Si elle voulait aller d'un point à un autre de son appartement, elle glissait à reculons sur le parquet pour éviter les douleurs que la marche en avant lui causait dans le bas-ventre et dans les cuisses. Malgré tout cela, l'appétit était assez bon, et les digestions, quoique lentes, étaient exemptes de gêne.

D'après ce récit on pourrait supposer que cette malade était triste et quinteuse ; il n'en était rien. Malgré ses nombreuses rechutes elle n'avait pas perdu l'espoir de guérir, et d'ailleurs elle ne se montrait pas exigeante sous ce rapport, car elle eût été satisfaite, disait-elle, de recouvrer l'état de santé qu'elle avait avant sa dernière rechute. Cependant elle s'effrayait aisément outre mesure pour les moindres causes ; il est vrai que des circonstances imprévues et de minime importance avaient été les causes ordinaires du retour ou de l'aggravation de ses maux ; il n'était donc pas surprenant qu'elle se créât souvent et sans raison des motifs d'inquiétude. Ainsi, elle se demandait quelquefois si elle n'avait pas conservé trop longtemps telle attitude; si elle n'avait pas porté le pied trop en avant. Ne s'était-elle pas exposée à une trop grande lumière ? N'avait-elle pas trop marché ? Sa guérison ne viendrait-elle pas trop tôt ? Ne vaudrait-il pas mieux, à ce point de vue, que son traitement fût moins actif ? — En voiture, c'était une secousse, un cahot, ou les chevaux en s'emportant qui pouvaient lui causer une rechute, etc. etc... D'un autre coté, l'attention et la réflexion étaient pour elle une cause de fatigue, aussi elle les évitait au même degré que la marche.

Contre de semblables souffrances, vis-à-vis d'un caractère aussi méticuleux et ayant malheureusement pour appui l'expérience du passé, tout traitement, quel qu'il fût, devait forcément être sans résultat, du moment qu'il n'était pas secondé par une bonne direction morale. C'est en effet, sans parler des évacuations sanguines si peu opportunes, ce qui était arrivé spécialement pour les bains de mer, pour le traitement thermal suivi soit à Aix soit à Uriage, et pour l'hydrothérapie, bien qu'elle fût dirigée par un médecin expérimenté.

C'est pourquoi, ayant tout d'abord reconnu l'indispensable nécessité de la direction morale dans le traitement d'un cas de nervosisme aussi prononcé, je m'y appliquai avec toute l'énergie et toute la constance dont je suis capable.

Au début je me montrai pour Mme de R... plein de sollicitude,

©BIUM

compatissant, prudent à l'excès et disposé à accepter facilement ses craintes et à en tenir compte ; en conséquence je consentis à lui faire servir ses repas chez elle, et à lui faire suivre dans son appartement ses premiers exercices hydrothérapiques, à savoir, des enveloppements humides suivis de lotions froides à la main nue. Cette manière d'être et de faire rassura la malade à mon endroit, m'acquit promptement sa confiance et me permit de modifier tout doucement, il est vrai, les habitudes depuis si longtemps contractées par elle ; par exemple, de temps en temps, et, comme par une inadvertance que je m'empressais de réparer, j'élevais la voix un peu plus haut en parlant; j'obtins chaque jour qu'elle laissât pénétrer un peu plus de lumière dans sa chambre, tout en l'autorisant alors à conserver son voile de taffetas ; successivement je fis remplacer celui-ci par une mousseline, puis par une gaze ; enfin je fis porter la malade au dehors.

Pour ne point offusquer sa pusillanimité, par mes entretiens je la préparais à accepter sans résistance les prescriptions que je méditais pour elle ; mais je me gardais bien de lui faire connaître le jour de leur application, afin de lui éviter l'angoisse de l'attente ou de la surprise. C'est quand je la jugeais suffisamment préparée que je lui annonçais que le moment était venu de passer à une pratique nouvelle ; ce qui se faisait sur-le-champ. De cette manière je l'entraînais progressivement à compléter son traitement hydrothérapique, pour lequel, outre les premiers exercices mentionnés plus haut, j'ai employé les piscines, diverses douches, les bains de siège et les irrigations vaginales ; et je l'habituai petit à petit et au fur et à mesure que son impressionnabilité diminuait, à vivre comme tout le monde, à manger à la table commune et à paraître au salon.

Afin d'écarter encore de son esprit tout motif d'incertitude ou d'irrésolution, j'inscrivais chaque jour suivant les besoins, sur une pancarte pendue dans sa chambre, le nombre et la nature de ses exercices balnéaires ; le temps que chacun d'eux devait durer; les heures où ils devraient avoir lieu ; pendant combien de minutes la malade devait marcher après chacun d'eux ; les heures de son lever et de son coucher et celles de ses repas. Dans la même intention, un jour où elle voulait faire des cadeaux à ses enfants et à diverses personnes de sa famille, je l'accompagnai dans un grand magasin pour l'aider au choix des étoffes qu'elle désirait acheter. Grâce à mon intervention ce choix quoique considérable, fut terminé en très-peu de temps et sans

©BIUM

hésitation, à la grande satisfaction de la malade et aussi, on le comprend, à celle du marchand.

Petit à petit je lui prescrivis un peu de lecture et d'écriture, et enfin je lui fis scier chaque jour, matin et soir, un rondin de bois. « Mon ami, me dit à ce propos l'excellent docteur Richard, comment avez-vous fait pour décider cette belle dame à scier du bois? — Tout simplement, répondis-je à mon honorable confrère, en m'appliquant à lui démontrer que cela lui était insdispensable. »

En effet, par les soins que je prenais à écarter de son esprit toute préoccupation, à régler sa conduite et à intervenir dans tous ses actes, je rendais son existence facile et exempte de tout souci. Elle le sentait, et ce sentiment corroborait sa confiance en moi; c'est pourquoi elle m'obéissait aveuglement. Aussi, il arriva qu'après un certain temps de calme moral et d'apaisement physique, faisant un retour sur elle-même, et reconnaissant qu'elle partageait sans peine et sans souffrance la vie commune, elle cessa d'être aussi craintive et irrésolue; elle prit de la confiance en elle-même, elle acquit un certain entrain, puis bientôt elle rechercha les distractions que, dans le principe, je devais lui imposer. Alors la cause était gagnée! le double traitement moral et hydrothérapique avait triomphé de ce long martyre.

Mme de R.., nous quitta, après quatre mois de traitement, étant débarrassée de ses douleurs et de son excessive impressionnabilité. Elle revint l'année suivante faire un nouveau traitement, plutôt pour consolider le succès de sa première cure que par nécessité.

Je pourrais aisément joindre d'autres observations à celles qui précèdent; mais je crois avoir suffisamment démontré dans mon travail la nécessité d'unir la direction morale à l'hydrothérapie dans le traitement de l'état nerveux et les bons effets qui résultent de cette association.

©BIUM

DE

LA DYNAMIE

OU

EXALTATION FONCTIONNELLE

AU DÉBUT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. Emmanuel RÉGIS
Interne de l'Asile de Ville-Evrard

(*Mémoire qui a obtenu le prix Esquirol pour l'année* 1879)

OBSERVATIONS

PREMIÈRE SÉRIE. — Observations de dynamie fonctionnelle simple.

Observation I

Exaltation très-marquée de l'intelligence et des sentiments affectifs survenant huit mois avant la séquestration. Prédominance des signes physiques. Fracture de jambe.

M. P. L..., artiste, âgé de 59 ans, offre, physiquement et intellectuellement, les signes caractéristiques des races supérieures. Doué d'une intelligence remarquable, il s'est élevé, par son travail, à une position des plus brillantes. Pendant plus de quarante ans il a travaillé sans relâche, et mené la vie intellectuelle la plus active, ce qui a pu avoir, à la longue, une influence fâcheuse sur son état mental. Toujours est-il qu'il y a huit mois environ, on s'est aperçu qu'il devenait d'une mobilité excessive, et que son

©BIUM

activité habituelle faisait graduellement place à une suractivité intellectuelle des plus marquées.

M. L... entreprend œuvres sur œuvres ; plein d'ardeur et d'une fécondité extraordinaire, il ne se repose pas un instant et exécute mille travaux. Bientôt, les projets les plus divers se heurtent dans sa tête ; il passe rapidement d'un sujet à un autre, et de conceptions en conceptions en arrive à développer les théories morales et philosophiques les plus merveilleuses. Il veut que les torts soient redressés et les abus réformés ; il ne cesse de demander l'amélioration des classes ouvrières et la suppression des armées permanentes ; frondeur des vices, il réclame la moralisation de la société et le retour à une éducation sévère. Il parle et discute avec une verve et une vivacité fébriles ; ses écrits, pleins d'ardeur et d'enthousiasme, portent l'empreinte d'une conviction profonde, et dénotent une grande exaltation des sentiments affectifs. M. L... se montre plein de tendresse pour sa famille et pour ses amis ; il prodigue à tous sa sympathie la plus vive. Rencontre-t-il un malheureux ? — Vite il court à lui, l'amène à son domicile, l'habille, le fait manger, le renvoie comblé de cadeaux, et souvent même emprunte de l'argent au premier venu pour lui faire une plus large aumône. Un rien l'émeut et le fait pleurer ; il ne peut lire une poésie, voir un enfant, un tableau, un spectacle de la nature, sans être attendri jusqu'aux larmes ; il s'entoure de chiens, de chats, d'oiseaux, qu'il se met à aimer tout à coup avec passion, et auxquels il prodigue les soins les plus empressés.

Bientôt, cette exaltation ne connaît plus de bornes ; M. L... verse l'argent à pleines mains, il veut adopter de petites filles pauvres ; il écrit lettres sur lettres, et développe ses idées charitables et humanitaires avec plus de fougue et de passion que jamais.

Le 20 juillet 1878 il entre à l'asile de X... Le certificat de quinzaine du médecin directeur est ainsi conçu :

« M. L..., entré le 20 juillet 1878 pour une démence paralytique, présente une *grande suractivité intellectuelle*, écrit *lettres sur lettres*, fait quarante *dessins* par jour, *pérore des heures entières* ; est d'ailleurs docile et facile à diriger ; doit être maintenu. »

Dès le lendemain de son arrivée en effet, M. L... s'empare d'un album qu'il garnit entièrement dans l'espace de deux jours, et sur lequel il trace pêle-mêle des portraits, des poésies et des discours. Ses conceptions, sans être bien remarquables, conservent encore une certaine valeur et dénotent une supériorité

©BIUM

intellectuelle évidente. Ses dessins surtout, quoique pour la plupart inachevés, témoignent d'un réel talent d'imagination.

M. L... peint sur son album tous les types qui se présentent à lui ; il croque les médecins, les gardiens, les malades, les agités dans leurs attitudes les plus bizarres. Bientôt, il se prend d'une pitié des plus sympathiques pour les pauvres fous, et particulièrement pour un jeune lypémaniaque qu'il ne veut plus quitter, qu'il fait manger, causer, promener, qu'il tutoie avec tendresse, et qu'il veut absolument guérir en le caressant et en lui parlant de sa famille et de ses amis. En même temps, il se lance dans de longues considérations sur les hospices d'aliénés, critique le système en vigueur, propose aux médecins de remplacer les quartiers d'asile par de charmants cottages, et leur conseille de procurer aux malades les plus grandes distractions.

Malgré cette activité continuelle de son intelligence, M. L... ne délire jamais, et loin de manifester les idées expansives ordinaires aux paralytiques, il se montre très-émotif, pleure au moindre mot, et se dit parfois très-malheureux loin de sa famille.

Les symptômes physiques, plus accusés, remontent à trois mois environ. Ils consistent en : 1° *lenteur et hésitation dans la parole;* 2° *inégalité pupillaire;* 3° *légère incertitude dans la démarche*, occasionnée par un certain degré *d'incoordination* dans les mouvements.

Le malade est doux et tranquille.

A dater du mois de novembre 1878, l'excitation intellectuelle diminue progressivement et fait place à un commencement de *démence* ; les symptômes physiques s'accentuent, principalement les phénomènes d'*ataxie*. M. L... n'a point de délire.

Le samedi 30 novembre, M. L... s'endort sur une chaise ; en se réveillant, il tombe, son pied gauche porte à faux et se renverse en dehors ; les gardiens présents croient à une simple foulure. On porte le malade sur son lit, et on reconnaît l'existence d'une fracture complète de la jambe, siégeant au niveau du quart inférieur. Le fragment supérieur du tibia, en forme de V, fait saillie par sa pointe et semble prêt à déchirer les téguments (1). — (Appareil de Scultet provisoire, compresses d'eau blanche.)

---

(1) Biaute, *de la Paralysie générale comme cause prédisposante pathologique des fractures.* (*Annales méd. psychologiques*, 5e série, t. 15, novembre 1876.)

©BIUM

Aucun mouvement fébrile ne se produit ; le malade conserve sa bonne humeur ; il mange comme d'habitude.

Le 2 décembre, application d'un appareil plâtré.

L'état du malade est toujours très-satisfaisant.

Observation II

Exaltation de l'intelligence survenant deux ans avant la séquestration. Actes délictueux. Faillite. Emprisonnement. Philanthropie. Accès de délire aigu. Mort.

M. R... (Ernest), négociant, âgé de 37 ans, appartient à une famille honorable, dans laquelle il n'a jamais existé d'aliénés. Intelligent, mais nonchalant et sensuel à l'extrême, il s'est fort peu occupé de ses affaires, et sans commettre de grands excès, a toujours vécu en véritable épicurien.

En 1874, il prend tout à coup la direction de ses intérêts, et subitement, fait preuve d'une activité intellectuelle remarquable. Inventions et découvertes, projets économiques et financiers, opérations commerciales les plus diverses, il tente tout, exploite tout avec une hardiesse et une fougue qui tiennent du délire.

Les premières spéculations sont couronnées de succès, mais la catastrophe ne tarde pas à survenir ; M. R... est declaré en faillite, et peu après condamné à l'emprisonnement pour banqueroute frauduleuse.

Sorti de prison en décembre 1875, il se remet aux affaires avec plus d'ardeur et d'activité que jamais. De moins en moins scrupuleux, il commet des actes d'une indélicatesse extrême, et en arrive à faire des dépenses et des achats qu'il est dans l'impossibilité absolue de payer. En même temps, il se pose en philanthrope, développe à tout instant ses projets de réforme sociale et économique, et compose sur ce sujet des ouvrages qu'il essaie de faire imprimer.

Arrêté le 4 mars 1876, au moment où il pérorait en pleine rue, il entre à l'asile de X... le 7 mars suivant.

Là, le malade continue à donner les preuves les plus évidentes de la surexcitation de ses facultés. Il débite de grands discours, écrit lettres sur lettres, compose des vers, et développe dans de nombreuses pages un système économique dont il veut doter son pays. Ses projets, quoique impraticables, renferment des aperçus originaux qui leur donnent un certain mérite.

©BIUM

M.R...est doux et tranquille. Ses pupilles sont inégales et très-resserrées, sa parole légèrement hésistante, son visage rouge et congestionné.

Le mois suivant, il est pris tout à coup d'un délire général avec idées ambitieuses incohérentes, puis survient un accès de délire aigu qui l'emporte en quelques jours.

Observation III

Exaltation très-prononcée de la fonction locomotrice se prolongeant pendant deux ans. État stationnaire consécutif.

M. P..., célibataire, âgé de 40 ans, est d'une constitution vigoureuse, d'un tempérament sec et nerveux. Il n'a jamais existé, paraît-il, d'aliénés dans sa famille.

Intelligence ordinaire et peu brillante, M. P... a longtemps occupé dans le commerce l'emploi de commis voyageur. Sobre et réservé, il a toujours fait preuve d'un zèle extrême pour le travail.

Dans les derniers mois de l'année 1876, il quitte sa place brusquement, sans motif, dans le seul but de vivre désormais à sa guise et en dehors de tout assujettissement. Mais à peine libre, il se sent pris d'un irrésistible besoin de voyager ; il traverse la France, court de ville en ville sans jamais s'arrêter, et toujours en chemin, toujours en marche, semble obéir à une force aveugle qui le domine et le pousse en avant. A son retour, ce besoin incessant d'activité le suit et l'obsède plus que jamais ; M. P... fait de huit à dix lieues par jour, il marche du matin au soir, et quelquefois même se lève la nuit pour se promener.

Rien n'avait encore éveillé l'attention des parents, qui ne songeaient point à s'inquiéter de ces déplacements continuels. Mais il y a six mois environ, M. P... change visiblement de caractère et d'habitudes ; il devient loquace, bavard ; il parle vite, sur un ton élevé, et gesticule avec animation. Un mois plus tard, surviennent des idées expansives, sans surexcitation marquée de l'intelligence et sans projets ambitieux. Le malade se dit très-robuste ; il vante sa constitution, ses jarrets d'acier, sa résistance à la fatigue, et met ses muscles à nu pour en faire admirer la puissance et les vigoureux contours.

La suractivité locomotrice est loin de diminuer avec l'apparition de ces nouveaux symptômes ; M. P... ne peut tenir

©BIUM

en place, il est toujours en mouvement et dort très-peu la nuit. Bientôt, il est repris du besoin de voyager, et le 11 mai 1878 il quitte B..., sa ville natale, pour se rendre à Paris. Là, il recommence ses courses, visite la ville en tous sens, dépasse les murs, parcourt la banlieue, revient sur ses pas, si bien qu'après trois jours de pérégrinations ininterrompues, il est arrêté se promenant dans le bois de Boulogne à 1 heure 45 m. de la nuit.

Il entre à l'asile de X... le 18 mai 1878.

Le malade passe immédiatement dans la cour de son quartier, et là, sans la moindre hésitation, sans chercher à se reconnaître, comme un homme en partie conscient encore, il se met à marcher aussitôt d'un air sastisfait et dégagé. L'heure des repas n'interrompt qu'un instant cette promenade, qui recommence un instant après, pour ne cesser définitivement qu'au moment du coucher.

Le lendemain et les jours suivants, même état d'activité exubérante ; nous interrogeons le malade, et nous constatons chez lui l'existence des symptômes suivants d'une paralysie générale à la première période :

a. Dans l'ordre physique : 1° *lenteur et embarras de la parole* ; 2° *inégalité pupillaire* à peine apparente ; 3° *mouvements vermiculaires* des lèvres et des muscles de la face.

b. Dans l'ordre intellectuel : 1° *commencement d'affaiblissement des facultés* ; 2° *idées expansives* sans délire appréciable.

M. P... répond assez bien aux questions qu'on lui pose ; il précise les faits et les dates. Interrogé sur les promenades incessantes auxquelles il se livre, il répond qu'elles lui sont absolument nécessaires, et réclame instamment sa sortie afin d'avoir au dehors un champ plus vaste à parcourir.

Le certificat de quinzaine du médecin en chef est ainsi conçu :

« M. P..., entré le 18 mai 1878 pour une *Démence paralytique*, se montre très-satisfait de sa personne ; *suractivité physique* très-prononcée, *se promène toute la journée* ; embarras de la parole ; à maintenir. »

Pendant trois mois cette activité reste la même ; le malade se promène toute la journée. Très-fier de son talent de marcheur, il presse le pas lorsqu'on le regarde, et le soir venu, fait plusieurs fois le tour du préau au pas de course, pour montrer qu'il est encore frais et dispos.

Son allure est absolument typique. Chez lui, il n'existe pas

©BIUM

uniquement de l'ambulomanie ; ce ne sont pas seulement les muscles spéciaux à cet acte physiologique qui entrent en jeu dans la progression ; son corps tout entier semble prendre une égale part au mouvement. Il marche en se dandinant d'un côté et d'autre, tandis que ses deux bras ballottent et oscillent constamment comme deux longs pendules, et que sa tête se fléchit et se redresse d'une façon pour ainsi dire automatique. Vient-il à s'arrêter un instant pour vous parler, il piétine sur place, et de ses deux bras toujours actifs, exécute une série de gestes de toute nature qu'il parvient à grand'peine à maîtriser, lorsque par hasard on l'y contraint.

Au commencement du mois de juillet, M. P... devient triste tout à coup ; il ne marche plus, reste assis toute la journée, et refuse absolument de manger ; il a en même temps des idées vagues d'hypochondrie ; on le nourrit à la sonde. Cet état dure cinq à six jours, au bout desquels le malade redevient gai, souriant, expansif, et recommence à marcher de plus belle. A dater du mois de septembre, la suractivité locomotrice diminue progressivement en même temps que les signes de démence s'accentuent. Puis le malade entre dans une période de calme absolu dans laquelle il se trouve encore aujourd'hui.

Son affection ne fait que des progrès lents et insensibles.

M. P... n'a jamais tenté de s'évader.

Observation IV

Suractivité locomotrice durant six mois. Évasion. Réintégration. Forme rapide. Mort.

Louis G..., 46 ans, tourneur en cuivre, est un bon chef de famille et un excellent ouvrier qui n'a jamais fait d'excès.

Sa maladie remonte déjà à plusieurs mois, mais elle n'a été reconnue qu'il y a quelques jours, alors qu'est apparu le délire ambitieux, et que se sont produits des actes entièrement déraisonnables.

Les renseignements donnés sur le compte de G... nous ont appris que depuis cinq mois environ, il manifestait une grande exaltation physique avec suractivité locomotrice des plus remarquables. Il avait cessé toute occupation et passait ses journées hors de son domicile, se livrant à des promenades interminables, sans autre but que celui de satisfaire le besoin de marcher qui le tourmentait. Le plus souvent, il se rendait à la

©BIUM

campagne, et là, se mettait à courir dans les bois et à travers champs, quelquefois même sans prendre ni repos ni nourriture.

Quelque temps après, il fut pris d'un délire maniaque avec idées de satisfaction, conceptions orgueilleuses et loquacité intarissable, qui finirent par amener sa séquestration.

G... entre le 4 décembre 1876 à l'asile de X... accompagné du certificat médical suivant :

« Démence paralytique. Excitation maniaque. Conceptions délirantes orgueilleuses. Loquacité. Divagations. *Activité pathologique*. Contentement absurde. Projets et actes déraisonnables. »

L'examen du malade fait constater l'existence des symptômes suivants : 1° *commencement d'affaiblissement* des facultés intellectuelles et de la mémoire ; 2° *délire ambitieux* avec idées de richesse ; 3° *hésitation de la parole* ; 4° *inégalité pupillaire*.

A l'asile, la suractivité locomotrice dure encore pendant quelques mois. Le malade est toujours en mouvement et cherche constamment à s'évader. Il réussit un jour à escalader le mur de son quartier, mais il est repris et réintégré presque aussitôt.

Au mois de mars 1877, il tombe presque subitement dans un état de démence avec agitation désordonnée, et il succombe le 2 mai 1877 dans le marasme le plus complet.

Observation V

Excitation génésique durant six mois. Délire des grandeurs. Dysenterie. Mort.

Claude B..., limonadier, âgé de 48 ans, entre à l'asile de X... le 28 janvier 1876.

Ce malade n'a pas d'antécédents héréditaires, mais il est gras, replet, et d'un tempérament fortement congestif

Depuis environ dix-huit mois, il est brouillé avec son associé, ce qui a beaucoup nui à la prospérité de son commerce, et fâcheusement influé sur son moral. Dans le courant du mois d'août 1875, B..., qui n'avait jamais abusé des plaisirs sexuels, se met tout à coup à fréquenter les femmes et se livre aux plus grands excès vénériens. Incomplètement satisfait de rapports conjugaux, cependant poussés à l'extrême, il commet encore au dehors des actes scandaleux, s'affichant avec des femmes de mauvaise vie, et passant une partie de ses nuits dans les maisons de prostitution.

©BIUM

Bientôt après, B.., sentant ses facultés s'affaiblir et la netteté de son intelligence lui échapper peu à peu, entre spontanément à l'asile de C..., où il reste environ quatre mois. Au bout de ce temps, une légère amélioration s'étant produite, il sort, et reprend la direction de ses affaires; mais il retombe presque aussitôt, son excitation génésique reparaît avec violence, et après plusieurs jours de débauche publique et d'actes scandaleux, il est arrêté et séquestré à l'asile de X...

Il se présente à nous avec les symptômes ordinaires de la paralysie générale au début : *tremblement des lèvres et de la langue, hésitation dans la parole, pupilles légèrement inégales, démarche un peu embarrassée; optimisme exagéré, idées de richesses, démence commençante.*

Quelques jours après, survient une attaque apoplectique qui laisse après elle un peu de déviation de la bouche et de la face, ainsi que de la gêne dans les mouvements des membres du côté droit. L'excitation génésique a complètement disparu. Puis la maladie suit son cours normal, le délire des grandeurs, l'incohérence et la démence augmentent progressivement, et deux ans après, au mois de février 1878, B... meurt des suites d'une dysenterie.

Observation VI

Hérédité probable. Excitation génésique survenant huit mois avant la séquestration. Forme rémittente.

Marie M..., couturière, âgée de 30 ans, est une jeune femme peu développée, et qui présente, physiquement et intellectuellement, des marques certaines d'hérédité morbide.

Plusieurs membres de sa famille sont en effet faibles d'esprit, et un de ses oncles est dans un état de paralysie (?).

Marie M... a quitté la province il y a quelques années pour venir chercher de l'ouvrage à Paris; et peu après, sous l'influence de ce travail d'acclimatement considéré à bon droit comme dangereux, elle a été atteinte d'une fièvre typhoïde à forme grave. Après une convalescence fort longue, elle a repris son travail et a continué de mener, comme par le passé, une vie calme et régulière.

Il y a huit mois environ, se sont manifestés des changements notables dans son caractère et ses habitudes : Marie M..., jusque-là laborieuse et rangée, est devenue nonchalante, paresseuse, hardie; bientôt, perdant toute réserve et toute retenue,

©BIUM

elle s'est livrée au plaisir des sens avec passion, et a cessé tout travail pour mener l'existence la plus déréglée. Aussi n'a-t-elle pas tardé à être arrêtée et conduite à St-Lazare, sous la double inculpation de *débauche* et de *vagabondage*.

Elle entre à l'asile de X..., le 12 juin 1877, accompagnée du certificat médical suivant:

« Début probable d'une paralysie générale. Affaiblissement intellectuel. Diminution de la mémoire. Embarras léger de la parole. Inégalité pupillaire. *Existence débauchée. Vagabondage.* Ordonnance de non-lieu. »

Marie M... se présente à nous avec les signes ordinaires de la paralysie générale à forme mélancolique avec *conceptions hypochondriaques* et *idées vagues de persécution*.

Bientôt, sa maladie devient franchement rémittente, et semble ne faire aucun progrès.

L'année suivante, la malade, encore à la première période de la paralysie générale, est transférée dans un autre asile. Elle n'a pas de délire.

Observation VII

Excitation génésique survenant plusieurs mois avant la séquestration. Viol. Mort rapide par syncope.

M. R... (Georges), homme de lettres, âgé de 52 ans, appartient à une famille honorable, dans laquelle il n'a jamais existé d'aliénés. D'une intelligence remarquable, et d'un goût très-prononcé pour les lettres, il s'est livré de bonne heure à des travaux intellectuels excessifs, qui ont surmené ses facultés, et peuvent avoir eu quelque influence sur le développement de sa maladie. La mort de sa femme, survenue il y a quelques années, l'a profondément affecté, et à dater de cette époque, il est tombé dans un état de mélancolie qui ne l'a pas quitté depuis. Petit à petit, il a perdu son goût pour l'étude, et a fini par prendre tout travail en aversion; il y a plusieurs mois, il a commencé de manifester des idées érotiques, et bientôt, sous l'influence d'un besoin de satisfactions sexuelles immodérées, il a perdu toute pudeur, et a mené la vie la plus licencieuse, tenant des propos grossiers, et fréquentant au su de tous les maisons de prostitution; cette excitation génésique devenant de plus en plus vive, M. R... a tenté de violer deux petites filles, ce qui a amené sa séquestration.

Il entre à l'asile de X... le 14 août 1876.

©BIUM

Son certificat d'entrée est ainsi conçu :

« Affaiblissement intellectuel. Diminution de la mémoire. *Instincts pervers ; tendances érotiques.* Crainte d'être poursuivi par la gendarmerie. Actes inconscients ; *aurait tenté d'abuser de deux petites filles.* »

Le malade paraît déprimé ; il conserve toujours quelques idées de persécution, et manifeste les mêmes tendances érotiques. Les signes physiques de la paralysie générale, jusqu'alors peu apparents, ne tardent pas à s'accentuer ; en même temps survient une excitation des plus violentes, si bien que peu de temps après, M. R... meurt des suites d'une syncope.

Observation VIII

Excitation génésique ; salacité. Paralysie générale à forme dépressive. Idées hypochondriaques. Refus d'aliments. Mort.

Louise C..., âgée de 58 ans, journalière, entre à l'asile de X... le 19 septembre 1876.

On n'a pu obtenir de renseignements précis sur sa famille, ni sur sa vie antérieure. On sait seulement que depuis quelques semaines elle se livrait malgré son sexe et son âge à la débauche la plus grossière, qu'elle provoquait les passants dans la rue par des gestes et des paroles obscènes, et qu'elle se livrait en public à de honteuses exhibitions ; ce qui a motivé son arrestation et son internement à l'asile de X...

Le certificat d'admission constate chez elle :

« État maniaque. Démence. Idées de persécution. Empoisonnée par le médecin de l'hôpital Beaujon. Hypochondrie. Accès de fureur ; brise et jette tout par les fenêtres ; *provoque les passants. Préoccupations obscènes.* »

Quelques jours après l'entrée de la malade, apparaissent les signes physiques d'une paralysie générale à forme mélancolique, avec idées vagues de persécution et conceptions hypochondriaques violentes qui finissent par amener un refus complet d'aliments. C... se plaint qu'on lui a fait boire du vitriol, qu'on lui a jeté de la poudre sur la tête ; ces drogues lui ont obstrué les intestins, elle est bouchée ; ses poumons sont pourris.

La malade s'affaiblit progressivement, et meurt un mois et demi plus tard par suite d'inanition.

©BIUM

Observation IX

Accès dipsomaniaque trois mois avant la séquestration. Délire des grandeurs. Marasme. Mort.

Pierre C..., journalier, âgé de 55 ans, est un homme robuste et bien portant, qui n'a point d'antécédents héréditaires reconnus. D'une intelligence ordinaire, mais laborieux à l'extrême et doué d'un bon naturel, il a mené une vie des plus régulières, en même temps que des plus actives.

Au mois de mars dernier, C..., qui n'avait jamais fait d'excès d'aucun genre, abandonne tout à coup son travail et se met à boire avec une véritable frénésie. Il passe toutes ses journées chez les marchands de vin et dans les cafés, et là, comme sous l'influence d'une excitation impulsive, boit avidement tout ce qui lui tombe sous la main. Toujours en état d'ivresse, il rentre le soir chez lui, et se livre à des accès de fureur qui en font un objet d'épouvante pour sa famille. Son ménage, jusqu'alors paisible, devient un véritable enfer, si bien qu'après une querelle domestique très-vive, ayant ameuté les voisins, il a été arrêté et séquestré, le 16 juin 1876, à l'asile de X...

Il entre, accompagné du certificat suivant :

« Démence paralytique. Excitation maniaque par intervalles. Affaiblissement marqué de la mémoire et de la volonté. Divagations incohérentes. Idées de fortune et de grandeurs. *Excès alcooliques récents.* »

A l'asile, il tombe presque aussitôt dans un état maniaque des plus violents, avec délire incohérent de richesses et de grandeurs. Ses pupilles sont inégales, sa parole est embarrassée. Au bout de quelques mois, l'accès maniaque finit par se calmer et fait place à un état de démence tranquille. La maladie suit son cours normal et le 6 septembre 1877, C..., dément et gâteux, meurt des suites d'une congestion cérébrale.

Observation X

Hérédité ; accès dipsomaniaque survenant huit mois avant la séquestration. Double forme. Mort.

Le nommé O. B..., âgé de 47 ans, commissionnaire, habitant Paris, entre à l'asile de X... le 16 avril 1873.

C'est un homme de taille moyenne, trapu, vigoureux, les

©BIUM

épaules larges, le cou court, la face rouge et congestionnée. Plusieurs membres de sa famille ont été aliénés.

O..., sans être un modèle de sobriété, et quoique se grisant parfois, n'avait jamais commis de véritables excès alcooliques, lorsqu'il y a huit mois environ, il abandonne son travail et s'adonne avec fureur à la boisson. Boire était devenu pour lui un besoin irrésistible; il le faisait avec passion, d'une façon impulsive en véritable dipsomane; courant de café en café dans un état d'ivresse presque constante, insatiable, négligeant tous ses devoirs, abandonnant son domicile, et n'y réapparaissant que pour reprendre presque aussitôt son existence débauchée.

Bientôt, il a eu des hallucinations de la vue, et il a été pris d'une excitation maniaque des plus vives. Il a été arrêté faisant scandale dans la rue, et séquestré, le 15 avril 1873, à l'asile de X...

Son certificat d'admission constate qu'il est atteint de :

« *Délire alcoolique aigu.* Illusions des sens; excitation turbulente; actes extravagants. Aphonie ébrieuse.

Les jours qui suivent son entrée, O... continue à donner des signes d'excitation et paraît toujours en proie à des hallucinations nocturnes. Mais bientôt, la cause de stimulation disparue, il redevient calme, les hallucinations cessent, et il tombe dans un état de demi-stupeur avec mutisme volontaire, qui dure environ trois mois. La marche est gênée, les mains et la langue tremblantes, les pupilles fortement inégales.

Au mois de juillet survient une période d'agitation maniaque accompagnée de cris, d'actes de violence et de délire ambitieux.

Le malade succombe le 7 octobre, par suite de la violence persistante de cette agitation.

Observation XI

Accès dipsomaniaque trois mois avant la séquestration. Forme ambitieuse. Rémission incomplète. Transféré.

A... (Louis-Félix), âgé de 39 ans, n'a point d'antécédents héréditaires.

C'est un ouvrier peu laborieux, dissipé, porté vers les femmes. Il a eu la syphilis, il y a un an, et n'a point suivi de traitement énergique, de sorte qu'il porte encore des traces non contestables de diathèse syphilitique. Il a toujours aimé la boisson, mais n'en a jamais fait un usage immodéré. Il y a trois mois, il a éprouvé de violents maux de tête qui l'empê-

©BIUM

chaient, dit-il, de travailler. Presque en même temps, s'est manifestée chez lui une tendance irrésistible pour le vin et les liqueurs fortes. Il s'est mis à boire avec fureur et a commis de violents excès alcooliques; après plusieurs jours de libations ininterrompues, il a été arrêté et séquestré le 9 novembre 1877 à l'asile de X...

Son certificat d'admission est ainsi conçu :

« Démence paralytique. Affaiblissement de l'intellect très-marqué. Diminution sensible de la mémoire. Incapable de travailler. Insomnie. *Excès alcooliques récents*. Accidents syphilitiques. Conscience incomplète de ses actes. »

A... tombe presque aussitôt dans un état d'excitation assez vive, avec idées de satisfaction et de fortune exagérées; sa parole est hésitante et ses pupilles inégales.

Au mois de mars 1878 survient une rémission incomplète; le malade devenu tranquille est transféré le 22 mai dans un autre asile.

DEUXIÉME SÉRIE. — Observations de dynamie fonctionnelle multiple.

Observation XII

Excitation génésique et accès dipsomaniaque survenant quatre mois avant la séquestration. Hérédité. Forme maniaque. Agitation persistante.

R... (Laurent), 36 ans, cocher de fiacre, entré à l'asile de X..., le 13 juin 1878.

Son oncle paternel est mort à Bicêtre d'une affection mentale inconnue; son père est un faible d'esprit adonné à la boisson depuis de longues années.

Pour lui, à l'opposé de ses camarades, il a toujours été sobre et rangé, adorant sa famille, travaillant avec ardeur, et rapportant fidèlement le soir le gain de sa journée.

Vers le mois de mars 1878, R... commence à éprouver de violentes céphalalgies qui le privent souvent de sommeil. Bientôt, son caractère et ses allures se modifient sensiblement; il devient mobile, emporté; la sobriété dont il avait fait preuve jusqu'alors fait subitement place à un accès de dipsomanie. Il passe la journée entière et une partie de ses nuits chez les marchands de vin; il rentre presque toujours ivre, et dans cet état, crie et tempête contre les siens qu'il effraye par la violence de sa fureur. En même temps, ses appétits sexuels se

©BIUM

trouvent excités au plus haut point, il se livre sans mesure à l'acte vénérien et s'emporte contre sa femme lorsqu'elle lui refuse satisfaction.

Un jour, après un coït déjà plusieurs fois répété, R... sous l'empire d'une ardeur génésique insatiable, s'approche encore de sa femme; repoussé par elle, il se livre à un tel débordement de menaces et d'injures, que la pauvre femme, affolée, s'enfuit, et va se réfugier chez sa belle-mère; R... continuant son scandale, ne tarde pas à être arrêté, et nous arrive deux jours après.

Il se présente avec les symptômes d'une paralysie générale au début, sans signes physiques apparents. Les pupilles sont légèrement contractées, mais égales, la parole est nette, et la démarche aisée; du côté intellectuel, on note un certain degré d'affaiblissement des facultés, un délire incohérent de richesses et de grandeurs, des idées expansives, et enfin quelques hallucinations.

Dès son entrée, R... tombe dans un état d'agitation maniaque violent, dans lequel il se trouve encore au mois de décembre 1878.

L'état intellectuel est toujours le même; l'inégalité pupillaire est survenue; le malade maigrit et a beaucoup perdu de ses forces.

Observation XIII

Excitation génésique et accès dipsomaniaque survenant six mois avant la séquestration. Hérédité probable. Rémission.

M. H..., entrepreneur, âgé de 46 ans, entre à l'asile de X... le 4 avril 1878.

Son père est mort, dit-on, de paralysie; pour lui, quoique d'une intelligence très-ordinaire, il n'a jamais rien présenté d'anormal au point de vue intellectuel; il a eu, à deux reprises, des accidents saturnins, mais a toujours joui, physiquement, d'une assez bonne santé.

Il n'a jamais fait d'excès d'aucun genre; sa conduite a toujours été régulière, et sa vie toujours laborieuse.

Au mois de novembre 1877, il s'opère un brusque changement dans ses allures; il devient actif, suffisant, d'une mobilité extrême; il passe rapidement d'un travail à un autre, est toujours sur pied, ne dort pas, et fait preuve d'une extrême voracité. Mais le fait le plus remarquable, c'est qu'il éprouve

©BIUM

en même temps, et d'une façon irrésistible, le besoin de boire et d'accomplir l'acte vénérien. Passion pour la femme et pour le vin, excès génésiques et excès de boisson, voilà quels ont été les phénomènes les plus saillants de la période d'invasion de sa maladie. Sa femme nous a avoué qu'il était constamment dans un état de demi-ivresse, et qu'à toute heure de jour et de nuit il accomplissait l'acte conjugal.

M. H... a eu également, à cette époque, deux attaques congestives, accompagnées de perte de connaissance pendant plusieurs minutes.

Trois mois après l'apparition de ces prodromes surviennent des idées expansives auxquelles s'ajoutent bientôt des conceptions orgueilleuses et des idées de richesses.

H .. se dit très-riche, il va faire des entreprises superbes, il est en affaires avec l'État. Comme il est sans cesse en mouvement et qu'il gaspille de tous côtés sa petite fortune, on prend le parti de le séquestrer.

Il se présente à nous avec les symptômes d'une paralysie générale à forme intellectuelle, sans signes physiques apparents. Les pupilles sont normales, la parole et la démarche n'offrent point d'hésitation appréciable; mais l'intelligence est profondément altérée, et le malade semble s'acheminer rapidement vers la démence. Sa mémoire est affaiblie, son délire des richesses est toujours aussi prononcé; pendant quelques jours il tombe dans un état semi-gâteux.

Le mois suivant, une amélioration se produit; les idées sont moins confuses, la conscience plus nette, mais les idées de richesses ne sont pas entièrement disparues, et l'intelligence est encore sensiblement affaiblie.

Deux mois plus tard, H... sort en rémission, état dans lequel il se trouve encore aujourd'hui.

Observation XIV

Accès dipsomaniaque et excitation génésique six mois avant la séquestration. Péritonite aiguë. Mort.

D... (César-Auguste), 44 ans, épicier, entre à l'asile de X... le 9 août 1876.

Ce malade, de constitution robuste, mais d'un tempérament sanguin, n'a jamais eu de maladies graves et ne présente aucune tache héréditaire au point de vue mental. Il a grandi et

©BIUM

vécu dans sa boutique; il est marié et père de famille; il n'a jamais fait d'excès.

Depuis un an environ, il est sujet à de violentes céphalalgies qui surviennent sous l'influence de la moindre cause, et s'accompagnent chaque fois d'un peu d'excitation.

Il y a six mois, il s'est vu forcé d'abandonner la direction de ses affaires, tout travail intellectuel étant devenu pour lui trop pénible et trop fatigant. C'est alors que rompant avec les habitudes de tout son passé, en dépit de son âge et des remontrances de sa famille, D... s'est tout à coup plongé dans la débauche, passant ses jours et ses nuits dans les cafés et les maisons de prostitution, s'enivrant sans cesse, et commettant les plus grands excès vénériens. Dans les derniers temps, il buvait beaucoup d'absinthe, et en était venu au point de faire scandale dans les rues, provoquant toutes les femmes, et se livrant à de honteuses exhibitions. Bientôt, il a commencé de parler fortune et grandeurs, se disant très-riche et se croyant le plus grand commerçant d'Europe.

Un jour, après un scandale public, il est arrêté, séquestré et nous arrive avec le certificat suivant :

« Démence paralytique. Excitation maniaque. Divagations orgueilleuses. Projets ambitieux. Embarras de la parole. *Excès alcooliques récents. Propos et actes obscènes.* »

Les jours suivants, l'excitation diminue, mais l'embarras de la parole augmente, et le malade exprime les projets les plus orgueilleux. Propriétaire d'une fabrique d'absinthe, il va donner sa marchandise pour rien, car il est riche de plusieurs millions. Peu à peu les facultés mentales s'affaiblissent, et deux mois plus tard, D... meurt des suites d'une péritonite aiguë.

Observation XV

Accès dipsomaniaque et suractivité locomotrice. Première séquestration. Evasion. Deuxième séquestration quelques jours après. Délire des grandeurs. Transféré.

U. I... entre à l'asile de X... le 31 janvier 1878.

Il est fils naturel, est marié, et exerce la profession de restaurateur. Intelligent et laborieux, il a toujours su faire prospérer son commerce.

Au mois de juillet dernier, il commence à faire preuve d'une mobilité excessive ; rien ne peut l'occuper, il va et vient, et ne sait rester un instant en place. Bientôt, il quitte son domicile

©BIUM

et entreprend un long voyage. A son retour, loin de paraître plus calme, il se montre encore très-excité et plus mobile que jamais. Il s'adonne à la boisson, s'enivre presque constamment et mène une vie tellement désordonnée, que sa famille le fait admettre dans une maison particulière, d'où il sort peu de temps après, par évasion.

De retour chez lui, il recommence ses excès de boisson et se met à courir de tous côtés. Quelques jours après, il est arrêté et séquestré de nouveau après une dispute avec un cocher qu'il ne voulait point payer.

Il entre à l'asile de X..., accompagné du certificat suivant :

« Manie. Début il y a quatre mois. Paraît *s'être évadé* d'un asile privé. Prédominance d'idées ambitieuses, fortune, honneurs, etc. Arrêté pour refus de payer une voiture. »

A son entrée, le malade paraît très-excité. Ses idées sont confuses, il croit que sa famille est auprès de lui. Son intelligence et sa mémoire sont affaiblies. Il fait preuve d'une grande loquacité, et exprime les projets les plus ambitieux ; il veut agrandir les mers, il est riche à plusieurs millions, etc. Sa parole est hésitante, et sa pupille gauche est plus dilatée que la droite.

Il ne dort presque pas, et passe ses journées à marcher et à gesticuler dans la cour de son quartier.

Au bout de quelque temps, l'excitation diminue, le malade devient tranquille, ses facultés s'affaiblissent davantage, le délire ambitieux devient plus marqué et plus incohérent.

Le 27 juillet, il est transporté dans un autre asile.

Observation XVI

Accès dipsomaniaque et suractivité locomotrice. Première séquestration Évasion. Deuxième séquestration quinze jours après. Transférée.

D... (Jeanne-Catherine), femme B..., est une couturière âgée de 34 ans, dont le père est alcoolique.

Son mari raconte qu'elle a toujours eu un faible pour la boisson, sans avoir commis de véritables excès. Ce n'est que vers le mois de janvier 1874 qu'elle a commencé de s'enivrer régulièrement. Le jour, elle courait chez les marchands de vin, et le soir, elle buvait encore chez elle tout ce qui lui tombait sous la main. Bientôt elle cesse complètement de travailler, elle s'enivre constamment, et dans cet état se met à

©BIUM

courir au dehors, passant quelquefois la nuit hors de son domicile.

Arrêtée pour vagabondage, elle entre en juillet à la Salpêtrière, en sort peu de temps après par évasion, se livre de nouveau à la boisson et reprend son existence vagabonde.

Arrêtée de nouveau en état d'ivresse, elle entre à l'asile de X... le 7 août 1874.

Son certificat d'entrée est ainsi conçu.

« Excitation maniaque suite *d'excès alcooliques*. Divagations. Idées ambitieuses. *Evadée de la Salpêtrière*. Paralysie générale au début très-probable. »

Les jours suivants, le diagnostic se confirme et les symptômes physiques de la paralysie générale ne tardent pas à survenir. La malade offre dès le début une suractivité locomotrice des plus marquées ; elle est toujours en mouvement, marche du matin au soir, et cherche constamment à franchir les murs. Deux mois après, elle tombe dans un état de démence tranquille, avec persistance du délire ambitieux, embarras prononcé de la parole, et inégalité pupillaire.

Le 23 décembre 1874, elle est transférée dans un autre asile.

Observation XVII

Accès dipsomaniaque et suractivité locomotrice quelque temps avant la séquestration. Évasion.

V...(Jean), maçon, âgé de 44 ans, originaire de la Hte-Vienne, habitant Paris, entre à l'asile de X... le 29 décembre 1874.

Il résulte des renseignements fournis par sa femme, qu'il n'a jamais existé d'aliénés dans la famille, que V... était intelligent, sobre et laborieux, mais que depuis quelques mois il avait abandonné tout travail, passant une partie de ses journées à courir dehors, et se livrant sans mesure à l'usage du vin et des liqueurs fortes. Dans les derniers jours, alors surtout qu'il était excité par la boisson, il exprimait des idées ambitieuses et se disait très-riche ; ses nuits étaient troublées par des cauchemars et par des visions terrifiantes. Il passait tout son temps à courir au hasard dans les rues, s'arrêtant à chaque pas chez les marchands de vin, où il a fini par être arrêté, ainsi que le constate son certificat d'admission :

« Folie générale, délire des grandeurs et des richesses. Hallu-

©BIUM

cinations. Arrêté pour n'avoir pu payer sa consommation chez un marchand de vin.»

Pendant un mois, le malade reste dans un état d'excitation maniaque avec hallucinations, délire des grandeurs et activité désordonnée; sa parole est hésitante et ses pupilles légèrement inégales.

Plus tard, l'agitation se calme, mais V... continue à présenter des symptômes de suractivité locomotrice. Il n'a pas un instant de repos, marche d'un pas pressé et cherche constamment à s'évader, en ramassant divers objets qu'il empile pour s'exhausser. Le délire des grandeurs et les signes de la paralysie générale existent toujours.

Enfin le 2 mars, trompant la vigilance des gardiens, il réussit à franchir les murs et à s'échapper.

Observation XVIII

Accès dipsomaniaque. Excitation génésique et suractivité locomotrice six mois avant la séquestration. Évasion. Réintégration. Transféré.

M. C. P..., âgé de 36 ans, comptable, habitant Paris, appartient à une famille chez laquelle il n'existe pas d'antécédents héréditaires au point de vue vésanique.

Intelligent et bien doué, M. P... s'acquittait parfaitement de ses fonctions et menait une vie calme et régulière.

A l'âge de 35 ans et demi, il commence à éprouver des céphalalgies violentes qui reviennent par intervalles et le privent presque entièrement de sommeil. Bientôt, on constate un changement notable dans son caractère et ses habitudes; il est moins assidu à son travail, fait de longues courses à pied, et manifeste un goût de plus en plus prononcé pour les plaisirs dont il n'a jamais abusé jusqu'alors. Au bout de peu de temps, sa conduite devient réellement scandaleuse; il passe presque toute sa journée à boire et à s'enivrer dans les cafés, fréquente assidûment les maisons de prostitution, et s'absente quelquefois plusieurs jours, pendant lesquels il voyage et marche constamment.

Renvoyé de son bureau pour inconduite et manque d'assiduité, il se plonge dans la plus honteuse débauche, et ne tarde pas à être arrêté.

Il nous arrive, le 5 avril 1876, avec le certificat suivant:

« Accidents cérébraux à forme paralytique. *Habitudes alcooliques et de débauche*. Alcoolisme chronique avec accès sub-

©BIUM

aigus. Tremblement. Hésitation de la parole. Intervalles lucides. Demande un plus long examen pour déterminer la part de l'alcoolisme. »

Le malade se présente à nous avec les symptômes d'une paralysie générale à la première période : affaiblissement des facultés intellectuelles, idées de satisfaction, propos incohérents, parole embarrassée, pupille droite plus large et activité pathologique.

Pendant sept mois, la maladie reste à peu près stationnaire et ne fait que de très-lents progrès. M. P... est toujours en mouvement, il marche la plus grande partie de la journée et essaie plusieurs fois de s'échapper.

Enfin le 11 novembre, il réussit à s'évader ; il est réintégré deux jours après.

A dater de son retour, les manifestations de suractivité diminuent progressivement, en même temps que les symptômes de démence s'accentuent.

Le 6 février 1877, le malade est transféré dans un autre asile.

Observation XIX

Exaltation intellectuelle et physique durant deux ans. Spéculations multiples, pertes d'argent. Suractivité locomotrice. Trois évasions. Tentatives réitérées. Passage à la démence. Marche régulière de la maladie.

M. G..., âgé de 53 ans, est un homme de haute taille et de constitution robuste. C'est un ancien banquier fort distingué, qui, parvenu à une certaine aisance, a cédé sa maison et quitté le tourment des affaires pour le repos de la vie de famille. A part quelques excès de travail tout au plus probables, M. G... n'offrait prise, ni par le fait de son origine, ni de son propre chef, au développement de la folie paralytique ; seul, le brusque changement d'existence auquel il s'est trouvé soumis, paraît avoir eu, chez lui, une importance étiologique réelle.

Toujours est-il que, peu après ce passage d'une vie active à une vie sédentaire, est apparu le premier symptôme morbide, caractérisé par la brusque stimulation de cet organisme à demi usé. Frappés comme d'un violent coup de fouet, le système cérébral et l'appareil locomoteur se sont réveillés tout à coup pour fonctionner plus activement et avec une énergie nouvelle.

Dès lors, M. G... éprouve le besoin de se mouvoir et d'exercer ses facultés. Brusquement, il se remet aux affaires, hasarde

©BIUM

à l'insu de tous de forts capitaux, et fébrilement, sans réflexion, s'engage dans des spéculations hardies qui compromettent sa fortune et celle d'amis trop confiants; tandis que, physiquement aussi actif, il passe toutes ses journées dehors, courant dans les rues, chez les banquiers, à la Bourse, sans se lasser jamais et sans aucun répit.

Bientôt, cette activité devient dévorante. M. P... rêve de grandes entreprises; son esprit est obsédé par un flot incessant d'idées nouvelles; toutes les semaines il se rend à la campagne, et là, soit pour se soustraire à l'excitation cérébrale qui le dévore, soit plutôt sous le coup d'une stimulation musculaire irrésistible, il passe deux jours entiers en marche, chassant avec ardeur, montant à cheval, gravissant les sentiers montagneux et les rochers escarpés, courant dans les bois, ou bêchant de longues heures en plein soleil, sans jamais satisfaire cet impérieux besoin d'action qui le tourmente et ne lui laisse aucun repos.

La famille du malade, témoin de cette activité aussi violente que soudaine, ne paraît pas s'en effrayer et le laisse agir à sa guise, avec d'autant moins d'appréhension qu'il ne présente pas d'autre fait anormal. Il n'a eu, en effet, ni céphalalgie, ni accès congestifs; sa parole reste nette, et loin de manifester des idées ambitieuses, il cache avec soin ses spéculations et le mauvais résultat qu'elles ont produit. Il témoigne à sa famille les sentiments les plus affectueux et les plus expansifs.

Pour ouvrir les yeux des parents, il a fallu que cette suractivité, déjà si grande, prenne les proportions de la vraie folie. Le 20 mars, M. G... écrit coup sur coup *cinquante lettres*, qui, tombées entre les mains de sa femme, lui révèlent enfin l'état de son mari, la nature de ses spéculations et les pertes d'argent qui les ont suivies.

Cinq jours plus tard, le 25 mars 1878, M. G... est séquestré à l'asile de X...

Il se présente à son entrée avec les symptômes suivants d'une paralysie générale au début :

1° Dans l'ordre physique :

a) Frémissements des lèvres, surtout manifeste au moment de l'émission des mots.

b) Légère hésitation de la parole, réellement sensible après une conversation un peu longue ou une lecture à haute voix.

c) Pupilles contractées, mais égales.

d) Besoin exagéré d'activité.

©BIUM

2° Dans l'ordre intellectuel :

a) Commencement d'affaiblissement des facultés sans démence véritable.

b) Idées vagues de persécution, survenant par intervalles et s'accompagnant de pleurs.

La plupart des symptômes observés à l'entrée persistent sans modifications durant une période de trois mois. L'activité intellectuelle reste stationnaire, et continue de se traduire par les combinaisons commerciales les plus diverses; l'exaltation des sentiments affectifs se manifeste par un grand amour pour les malades et les idées les plus bienveillantes sur le mode de traitement des fous; l'activité physique, soumise à l'influence du nouveau milieu, change subitement d'allures, et revêt une forme nouvelle, la tentative d'évasion.

Chez notre malade, du jour de son entrée jusqu'au mois de juillet suivant, la suractivité physique n'a eu qu'un mobile et qu'un but : l'évasion.

Pendant quatre mois entiers, il ne s'est pas passé de jour que M. G... ne cherchât à s'évader par toutes sortes de moyens; libre, il franchissait les palissades, ou s'armait de divers objets pour les détruire; camisolé, il cherchait encore à briser les clôtures, soit en se servant de son épaule comme d'un bélier, soit en dérobant, à l'aide de ses bras emprisonnés, des couteaux et des fourchettes dont il se servait en les plaçant entre ses dents. Trois fois, ses tentatives ont été couronnées de succès. Une première fois, le 23 avril, M. G... s'évade et n'est retrouvé que déjà bien loin, après plusieurs heures de marche; deux autres fois, il est repris à quelques pas de l'asile. Douches et punitions de toute sorte s'émoussent constamment contre cet irrésistible besoin. « *Je ne puis m'en empêcher*, » disait le malade.

Enfin, après quatre mois, ces tentatives perpétuelles cessent peu à peu, à mesure que les phénomènes de démence s'accentuent. L'embarras de la parole augmente, l'inégalité des pupilles survient, la conscience est très-obtuse. M. P... entre dans la deuxième période.

©BIUM

Observation XX

Exaltation générale des fonctions durant un an. Deux évasions avortées. Transféré.

M. T... (Georges), âgé de 43 ans, percepteur, entre à l'asile de X... le 24 juin 1876.

Son certificat d'admission, très-détaillé, est ainsi conçu :

« M. T... (Georges), percepteur, est atteint, depuis plusieurs mois déjà, de troubles intellectuels, caractérisés tout d'abord par l'excitation maniaque, des actes désordonnés et complètement en désaccord avec les habitudes de réserve et de convenance de sa vie passée; ces troubles ont depuis un mois surtout pris une forme plus nettement accentuée; les conceptions délirantes ambitieuses se sont fait jour; les projets de réforme financière et militaire même les plus extravagants se sont succédé; aujourd'hui, M. T . se dit ministre, marquis de Chantereine, sauveur de la France, riche à millions; ces troubles intellectuels sont symptomatiques d'une paralysie générale dans laquelle les signes physiques sont encore peu apparents, mais cependant déjà saisissables, etc., etc. »

Cette période initiale d'excitation maniaque signalée dans le certificat précédent, a été des mieux caractérisées. M. T... a commis de violents excès alcooliques et vénériens; il a mené la vie la plus active et la plus remuante, et a présenté des signes non moins évidents d'exaltation intellectuelle.

A son entrée, le malade est dans un état d'activité prodigieuse et continuelle; il parle avec volubilité, débite de longues phrases, gesticule, se remue, écrit de longs discours. Son esprit excité forme projets sur projets. Il veut apporter des modifications radicales dans l'organisation de l'armée et le prélèvement des impôts, il dresse des plans de campagne, qu'il dit irrésistibles, contre la Prusse, il veut réformer la société, améliorer le sort des classes pauvres, guérir les malades, consoler tous ceux qui souffrent, etc.; il écrit sur tous les bouts de papier qu'il peut trouver sous sa main, et parle avec une fougue et une chaleur inouïes.

Du côté physique, l'activité n'est pas moins grande; M. T... cherche à s'évader par tous les moyens possibles; il brise les carreaux et escalade les barrières; ce n'est qu'au prix d'une surveillance incessante que l'on parvient à l'empêcher de s'enfuir; dès qu'on n'a plus l'œil sur lui, il franchit d'un bond le mur

©BIUM

de clôture. Deux fois il a été repris ainsi, courant déjà dans la campagne.

Les signes physiques ne s'accentuent pas.

Six mois après, le malade, à peu près dans la même situation d'esprit et de corps, est transféré dans un autre asile.

Son certificat de transfert est ainsi conçu :

« Paralysie générale avec conceptions délirantes orgueilleuses; projets de réforme financière et militaire; activité désordonnée. »

Observation XXI

Exaltation multiple trois mois avant la séquestration. Exaltation intellectuelle et physique prédominante. Évasion.

Le nommé J. M..., commerçant, célibataire, âgé de 44 ans, entre à l'asile de X... le 24 mars 1876.

J... n'a point de famille connue. Nous avons su par ses amis que depuis environ trois mois il menait la vie la plus active et la plus désordonnée, ne prenant plus un instant de repos, faisant de longues courses à pied, abusant des femmes et de la boisson, parlant, écrivant sans cesse, et développant avec chaleur les projets sociaux les plus inconcevables. Il manifestait une pitié profonde pour les pauvres, et dans les derniers temps leur faisait l'aumône avec une prodigalité excessive.

Il nous arrive avec le certificat suivant :

« Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire ; propos incohérents ; idées ambitieuses ; *projet de réformer la société française, d'améliorer la situation des malheureux,* d'organiser le travail sur un plan nouveau ; *activité désordonnée.* »

A l'asile, le malade continue à donner les signes d'une exaltation des plus marquées. Il parle d'une façon emphatique, gesticule, discute pendant des heures entières, écrit lettres sur lettres, dans lesquelles il revient sans cesse sur son sujet de prédilection, le bonheur social et l'amélioration des classes pauvres. Il cherche constamment à s'échapper.

Le mois suivant, apparaît l'inégalité pupillaire ; la parole et la démarche conservent la même aisance; l'activité est toujours la même.

Le 15 juin 1877, J..., toujours à la première période, et présentant la même exaltation intellectuelle et physique, s'évade en franchissant le mur de son quartier.

©BIUM

Observation XXII

Exaltation multiple plusieurs mois avant la séquestration. Évasion.

S... (Guillaume), âgé de 44 ans, marchand de in, entre à l'asile de X... le 1er juillet 1876.

Sa maladie remonte à quatre mois environ. A dater de cette époque S..., qui faisait déjà des excès de boisson, s'est mis à boire avec fureur et a mené la vie la plus agitée et la plus extravagante. Il avait cessé tout travail, passait tout son temps soit à boire soit à courir au hasard dans les rues, et se livrait à des spéculations commerciales diverses, dans lesquelles il a dissipé une partie de sa fortune.

Arrêté en état d'ivresse, il nous arrive avec le certificat suivant :

« *Délire alcoolique. Excitation intellectuelle violente.* Divagations orgueilleuses. Projets d'achat et de libéralité extravagants. Actes déraisonnables. Insomnie. »

Le malade se présente avec les symptômes ordinaires d'une paralysie générale au début : Inégalité pupillaire, hésitation de la parole, affaiblissement intellectuel, projets ambitieux mêlés à des préoccupations hypochondriaques. S... veut acheter mille pièces de vin et les distribuer aux pauvres, abolir la mendicité en augmentant le salaire des ouvriers, rendre à la France sa situation prospère, provoquer des souscriptions en faveur des malheureux, etc. Il ne reste pas un instant en place, il parle, gesticule en marchant, et cherche constamment à s'évader. En même temps, il se plaint de souffrances générales, et spécialement de douleurs dans l'estomac.

Cette excitation, entrecoupée par des moments de calme, persiste pendant près d'un an; les facultés ne sont pas très-affaiblies, la démarche est toujours aisée. L'exaltation intellectuelle diminue peu à peu, tandis que les idées hypochondriaques tendent à prédominer et sont très-accusées à certains moments.

L'exaltation physique est toujours aussi vive.

Le 13 juin 1877, dans l'après-midi, S... s'évade et n'est pas retrouvé.

Le certificat dressé au moment de l'évasion porte :

« Paralysie générale avec excitation et préoccupations hypochondriaques. Le malade, sans être dangereux pour la sûreté

©BIUM

des personnes, se fera certainement reprendre, tant il est désordonné dans ses actes et dans ses propos. »

Observation XXIII

Exaltation intellectuelle et physique un an avant la séquestration. Évasion.

M. D... (Jacques), âgé de 41 ans, commerçant, est un homme d'une intelligence moyenne et d'un tempérament fortement sanguin.

Sans présenter de tare au point de vue mental, et sans être positivement dégénérés, ses parents n'en sont pas moins intellectuellement fort incomplets.

Pour lui, après une vie des plus calmes, passée tout entière dans le commerce, il a présenté tout à coup, vers l'âge de 40 ans, des signes de dérangement intellectuel. Sous le coup d'une excitation générale subite, il a voulu donner une extension considérable à son commerce, et dans ce but, s'est livré à des spéculations hardies qui ont compromis sa fortune. Toujours en mouvement et hors de chez lui, il ne cessait de courir, en quête d'une combinaison nouvelle. Sous prétexte de se gagner des clients et de faire lui-même ses achats, il voyageait presque constamment dans la province, et parcourait toutes les villes sans séjourner dans aucune.

De retour à Paris, il a fondé un grand restaurant, l'a abandonné bientôt sous prétexte que cette partie ne lui convenait point, et s'est mis à la tête d'une maison de deuil, dans laquelle il a encore dépensé une partie de sa fortune.

M. D... est séquestré et nous arrive le 5 décembre 1874.

A son entrée, on constate chez lui l'existence des symptômes suivants d'une paralysie générale au début : excitation maniaque continuelle, idées ambitieuses, projets extravagants se succédant avec une rapidité extrême, activité désordonnée de l'esprit, satisfaction maladive, inégalité pupillaire, hésitation de la parole, suractivité physique très-prononcée. Le malade ne peut rester en repos; il cherche si souvent à s'évader, qu'on est obligé de le maintenir au moyen de la camisole de force. En même temps, il fait part de ses vastes projets à tout le monde; il parle et gesticule avec une vivacité remarquable; il écrit et dessine sur tous les bouts de papier, sur les murs et même sur les dalles.

©BIUM

Un mois après, le 9 janvier 1875, le malade, toujours sous le coup de ce besoin incessant de mouvement, s'évade, et n'est point retrouvé.

Certificat au moment de l'évasion :

« Paralysie générale avec prédominance d'idées ambitieuses ; *activité désordonnée,* excitation maniaque. »

Observation XXIV

Exaltation multiple. Séquestration. Évasion. Réintégration. Nouvelle évasion.

H... (T.-Isidore), 42 ans, marchand de vin, domicilié à Paris, entre à l'asile de X... le 24 juin 1875.

L'hérédité n'a pu être constatée chez lui. Comme tous les gens de sa profession, H... avait l'habitude de boire, et s'enivrait de temps en temps. Il y a quatre mois environ, son penchant pour les boissons a subi une recrudescence remarquable, et les excès alcooliques, de fréquents qu'il étaient, sont devenus continuels. En même temps H... a donné les preuves d'une excitation intellectuelle et physique des plus marquées ; à tout instant, mais surtout lorsqu'il était excité par le vin, il pérorait, gesticulait et développait d'une façon emphatique les idées politiques et sociales les plus diverses. Il disait même qu'il écrivait toutes ses pensées et ses théories, et qu'il allait les faire imprimer en plusieurs volumes qui feraient certainement sensation.

Séquestré à Bicêtre, comme atteint d'excitation maniaque avec alcoolisme, il en sort par évasion au bout de quelques jours, reprend sa vie désordonnée, et après une semaine de libations et de vagabondage, est séquestré de nouveau et nous arrive le 24 juin 1875.

Il se présente avec les symptômes d'une paralysie générale au début, sans autre signe physique que l'inégalité pupillaire. Il manifeste physiquement et intellectuellement une activité prodigieuse. Son esprit travaille sans cesse et forme des conceptions toujours nouvelles. H... prétend qu'il est allé lui-même se faire arrêter pour jouer une pièce à sa femme. Il nous écrit, dans de longues pages, le récit de son séjour à Bicêtre, et nous y trouvons à chaque pas des traits d'esprit et des plaisanteries piquantes. H... parle sans cesse en gesticulant d'une façon emphatique. L'état physique est en rapport avec cette excitation de l'intelligence. Le malade n'a pas un instant de repos, il

©BIUM

marche d'un pas rapide, et cherche sans cesse à s'évader. Deux jours après son entrée, il franchit d'un bond le mur de clôture, et se laisse reprendre aussitôt après. Un mois et demi plus tard, le 8 août 1875, il s'évade de nouveau et n'est pas retrouvé.

Le certificat d'évasion est ainsi conçu :

« Ce malade, entré à l'asile pour y être traité d'une paralysie générale avec délire ambitieux et *activité exubérante*, s'est évadé en escaladant un mur de clôture. Évadé déjà de Bicêtre et de Ste-Anne, ce malade nécessite une surveillance de tous les instants que son agilité rend illusoire; aussi, devrait-il être renfermé à la sûreté de Bicêtre. »

Conclusions.

1° La paralysie générale débute très-souvent par un *stade d'exaltation* ou *de dynamie fonctionnelle*, pendant lequel les fontions de l'organisme subissent, simultanément ou isolément, un accroissement d'activité.

2° Cette exaltation fonctionnelle est le résultat du travail irritatif qui s'opère à cette époque dans le cerveau ; entre elle et ce travail existe une solidarité intime : ils offrent la même marche et les mêmes caractères.

Intense lorsque l'irritation est *intense*, *légère* lorsque l'irritation est *légère*, cette exaltation *s'étend* à *toutes* les fonctions, se circonscrit à *quelques-unes* ou se localise à *une seule*, suivant que l'irritation est *générale*, *circonscrite* ou *localisée* ; elle présente les mêmes temps d'arrêt et les mêmes exacerbations; elle apparaît et cesse avec elle. Il est rationnel d'admettre que les fonctions exaltées sont celles dont le centre cérébral est atteint par le travail morbide.

3° Quelle que soit la fonction intéressée, ces phénomènes d'exaltation se font remarquer par leur *intensité*, leur *persistance* et leur caractère presque toujours *impulsif*. Toute-

©BIUM

fois, pour si *intense* et si *prolongée* que soit leur exaltation, les fonctions ne présentent jamais de *fatigue apparente*.

4° *L'exaltation intellectuelle* atteint de préférence les sujets prédisposés par leur origine, leur éducation, ou leur profession; elle se manifeste par un besoin *incessant* et *irrésistible* d'actes intellectuels; il s'y joint dans certains cas une *exaltation* plus ou moins marquée des *sentiments affectifs*.

5° *L'exaltation physique*, non moins fréquente, porte surtout sur la *fonction locomotrice*. Elle se traduit par un *besoin de mouvement incessant* et *irrésistible*, et par des *tentatives réitérées d'évasion*, lorsque les malades sont déjà séquestrés.

6° *L'excitation génésique* offre les mêmes caractères de *fréquence* et *d'irrésistibilité*. Les malades éprouvent des désirs immodérés, insatiables, et ne reculent devant rien pour les sastisfaire.

7° Un certain nombre de malades, jusqu'alors très-sobres, commettent à cette époque de *violents excès alcooliques*. Ces excès revêtent le type impulsif de la *dipsomanie*; ils sont occasionnés le plus souvent par le besoin général d'action qui s'impose aux malades, et très-probablement aussi par l'irritation d'une partie spéciale du cerveau.

8° *Les appareils de la vie végétative* ont aussi leur part dans cette exaltation fonctionnelle. Leur suractivité est plus ou moins marquée suivant les cas. La *température* peut atteindre un maximum de 38° 5, la *circulation* un maximum de 100 pulsations, la *respiration* un maximum de 40 mouvements respiratoires; *l'appétit* et la *soif* sont également augmentés. Le chiffre de l'*urée* contenue dans l'urine ne se modifie pas sensiblement; mais les urines peuvent renfermer une certaine quantité de *glycose*, ce qui tiendrait à *l'extension* ou à la *localisation* du travail irritatif au centre *de la fonction glycogénique*, dans le plancher du quatrième ventricule.

©BIUM

9° L'étude de cette période d'exaltation prodromique de la paralysie générale est réellement importante; évoluant à un moment où l'expression symptomatique est encore douteuse, elle peut en effet éclairer le diagnostic, provoquer une intervention d'autant plus efficace qu'elle ne subit aucun retard, modifier enfin le pronostic d'une maladie regardée comme incurable, peut-être parce qu'elle n'a encore été *étudiée* et *traitée* qu'à une époque déjà bien *éloignée de son véritable début.*

©BIUM

ARCHIVES CLINIQUES

22

ASILE DE SAINT-GEMMES. — M. BILLOD.

Paralysie générale survenant comme complication dans le cours d'une folie simple (1).

SOMMAIRE. — Idées de persécution par des *gnômes*. — Hallucinations de l'ouïe et de l'odorat ; illusions du goût. — Au bout de plusieurs mois, symptômes de la paralysie générale ; délire des grandeurs et de richesses; excitation violente, embarras de la parole. — Disparition des idées de grandeurs et de richesses. — Diminution progressive de l'excitation. — Réapparition des idées de persécution par les *gnômes*. — Persistance de l'embarras de la parole. — Démence paralytique. — Mort.

Après avoir été regardée par les premiers observateurs comme une complication de l'aliénation mentale, ou tout au moins comme une maladie intercurrente et absolument distincte de cette même aliénation mentale, la paralysie générale est généralement considérée aujourd'hui comme une entité pathologique spéciale dont la folie constitue l'un des principaux symptômes et reçoit même, de ce chef, la dénomination de folie paralytique.

C'est là un point de science que les médecins de nos jours, et en particulier nos confrères et maîtres, MM. Baillarger et Calmeil, ont mis hors de toute contestation, et dont l'importance est telle qu'on peut, à bon droit, le considérer comme une véritable conquête de la médecine contemporaine.

Je ne viens donc pas réagir contre cette doctrine, qui ne compte pas de partisan plus convaincu que moi. Je veux

(1) Cette observation a été lue à la séance de la Société médico-psychologique du 31 mars 1879.

©BIUM

seulement chercher à établir que, si dans le plus grand nombre des cas, pour ne pas dire dans leur universalité, la paralysie générale engendre une folie et une folie spéciale qui en est un symptôme, elle peut, dans certains cas excessivement rares, venir la compliquer et constituer une maladie absolument distincte, j'oserais presque dire indépendante. Dans l'espèce, la folie et la paralysie, au lieu d'être unies par le lien pathogénique qui les unit d'ordinaire et qui fait de la première de ces deux affections un symptôme de la deuxième, forment deux espèces distinctes ayant leurs caractères propres et marchant parallèlement, en quelque sorte, l'une à l'autre. L'observation que je vais citer me semble réaliser sous ce rapport un type d'autant plus remarquable qu'il contient tout à la fois, la preuve et la contre-preuve de la donnée que je cherche à établir. Mais, avant tout propos, je crois devoir faire observer que rien ne me semble devoir s'opposer à ce que l'on admette de semblables faits, tout en les considérant comme des exceptions, et des exceptions tellement rares qu'on peut dire qu'elles confirment la règle.

On peut se demander, en effet, pourquoi les aliénés à folie simple ne seraient pas exposés aussi bien que des sujets sains d'esprit, à devenir paralysés généraux ; pourquoi ils seraient plus préservés de la paralysie générale, que d'une pneunomie, par exemple, ou de toute autre maladie intercurrente ; pourquoi, enfin, l'aliénation mentale créerait à ceux qui en sont atteints, une immunité contre la paralysie générale. Ceci posé, je passe à la relation du fait qui me semble fournir une réponse péremptoire à ces diverses questions.

Il s'agit d'un aliéné, entré dans mon service, à l'asile de Saint-Gemmes, dans les premiers mois de l'année 1866, et dont l'état mental était caractérisé par les conceptions délirantes les plus bizarres. L'idée prédominante était qu'il était travaillé à l'intérieur par des milliers d'êtres qu'il appelait des *gnômes* et qui lui occasionnaient les sensations

©BIUM

les plus diverses : tantôt ils lui chatouillaient l'oreille gauche; tantôt ils l'affamaient en mangeant le suc de sa nourriture (*sic*) ; tantôt aussi, ils lui faisaient subir des opérations et lui coupaient, par exemple, des membres entiers qui repoussaient aussitôt, il est vrai ; ils lui agrandissaient l'orbite de l'œil qu'il avait perdu (le malade était borgne), avec une langue qui était aussi grande que celle d'un bœuf. Il y en a, disait-il, qui couchent dans mon oreiller, et qui me parlent, surtout dans l'oreille gauche. Ils lui avaient dit, entre autres choses, que son père et sa mère devaient le déshériter, ce qui était, prétendait-il, une affreuse calomnie, car ses parents étaient, il en était bien sûr, incapables d'une telle méchanceté à son égard. Les *gnômes* devaient lui envoyer un aveugle de la même cave, disaient-ils, qui lui couperait les bras et les jambes pour se les approprier, et qui lui arracherait son dernier œil.

L'association de l'idée de cave et d'aveugle, repose ici sur une réminiscence du «Caveau des aveugles», au Palais-Royal, où le malade allait quelquefois. C'est lui, du moins, qui le dit.

Ces *gnômes*, enfin, lui faisaient respirer de mauvaises odeurs, et ils dénaturaient la saveur de ses aliments.

En résumé, on constatait chez ce malade, avec les conceptions délirantes dont je viens de présenter un spécimen, des troubles de la sensibilité générale, des hallucinations de l'ouïe et de l'odorat et des illusions du goût. Du reste, aucun embarras de la parole, et, en un mot, aucun signe qui, de loin ou de près, réveillât l'idée d'une paralysie générale.

Cet état durait, avec les mêmes caractères, depuis plusieurs mois, lorsqu'un jour, le 29 juin, nous constatâmes une modification dans les manifestations du délire.

Les *gnômes*, qui existaient par milliers, ne sont plus que deux ; ils ont des têtes de veau sans yeux, sans oreilles, leur langue est picotée. Elastiques comme du caoutchouc, ils

©BIUM

grossissent en plein air, et se réduisent à rien lorsqu'ils sont privés d'air ; ils ont été élevés à Jérusalem à l'aide de souscriptions des conseillers municipaux et des conseillers de préfecture. L'un s'appelle *Elisabeth* et l'autre *Amélie* ; la première a 48 ans, la seconde 18 ; elles sont logées dans la cave de l'électricité ; elles ont beaucoup de cervelles et parlent la langue des Hébreux.

On observe alors un peu d'excitation ; le 26 juillet, on voit poindre une idée de grandeur ; le malade dit qu'il est directeur de la fabrique de toiles de M. Joubert, à Angers, et qu'il gagne 180,000 francs par an.

Un peu plus tard, l'excitation augmente, et nous croyons remarquer un peu d'embarras dans la parole ; depuis ce moment, le malade abandonna successivement les conceptions qui caractérisaient son aliénation première, et les remplaça par des idées de grandeur et de richesse. Le 21 décembre, il reprocha à M. Chauvin, interne, de lui avoir pris ses millions et de s'être présenté à sa place à l'empereur.

L'excitation redoubla, et l'embarras dans la parole devint de plus en plus manifeste ; le diagnostic de la paralysie générale ne laisse plus alors aucun doute, mais il nous semble que, dans l'espèce, cette paralysie générale avait le caractère d'une maladie intercurrente à l'aliénation mentale dont le malade a été d'abord atteint, et jouait, par rapport à cette même aliénation, le rôle d'une véritable complication.

Telle était notre appréciation relative aux rapports qui devaient exister chez le malade entre l'aliénation mentale et la paralysie générale, lorsqu'une modification nouvelle survenue dans l'état du malade est venue la confirmer en nous apportant ce qu'on pouvait appeler l'appoint d'une contre-preuve à l'appui de notre manière de voir. Nous vîmes, en effet, au bout d'un certain temps, les idées de grandeur et de richesse disparaître, l'exaltation diminuer

©BIUM

progressivement, tandis que reparaissaient les idées de persécution par les *gnômes*, avec tous les troubles mentaux et sensoriaux qui caractérisaient le délire primitif ; l'embarras dans la parole, toutefois, persistait.

Dans notre opinion, il y a eu ici une rémission de la paralysie générale. Mais, la rémission, dans ce cas, était relative et se trouvait caractérisée, non par un retour à la lucidité qui préexistait à tout délire, chez le malade, mais bien par un retour à l'état mental qui avait précédé l'apparition des premiers symptômes de la paralysie générale, ainsi que de la folie spéciale. Ce n'était, enfin, qu'une rémission, car le retour du délire primitif n'a été que momentané et les signes de la paralysie générale n'ont pas tardé à s'accentuer ; seulement, lorsqu'ils reparurent, l'état mental qui l'accompagnait se trouva expurgé des idées de grandeur et de richesse qui l'avaient d'abord caractérisé, et prit immédiatement les caractères d'une démence sans délire, que nous vîmes progresser sensiblement.

Le malade est mort quelques mois après, dans un état de marasme paralytique. Malheureusement, l'autopsie n'a pu être pratiquée.

Ainsi, on le voit, aliénation mentale simple avec son délire spécial ; dans le cours de cette aliénation mentale, symptômes de paralysie générale surgissant avec le délire qui lui est propre et remplaçant le délire primitif ; réapparition de ce dernier délire dans une rémission de la paralysie générale ; enfin, recrudescence de cette dernière avec état mental revêtant les caractères de la démence à l'exclusion de tout délire, et, finalement, mort dans le marasme paralytique, rien ne manque à cette observation pour démontrer l'indépendance, dans l'espèce, de la paralysie générale et de la folie préexistante. J'ai, par devers moi, deux faits du même genre, mais, ils sont moins probants, parce qu'ils ne présentent pas la contre-preuve d'une rémission générale intercurrente.

©BIUM

23

MAISON DE CHARENTON. — M. ACH. FOVILLE.

Folie sympathique à la suite de brûlures.

Sommaire. — Vastes brûlures sur tout le corps avec du vernis fondu. — Un mois après, stupeur qui dure un mois. — Excitation maniaque intense, avec prédominance d'idées orgueilleuses. — Sorti non guéri.

B... est entré, le 5 mai, dans un établissement d'aliénés. Il est âgé de quarante-sept ans, ordinairement bien portant, sans prédisposition héréditaire fâcheuse; il est tourneur en bois; très-habile dans ce métier, il a fini, après avoir commencé par être simple ouvrier, par devenir patron, et par avoir un atelier d'une certaine importance. Il était ordinairement sobre, d'un caractère vif et emporté, mais bon et bienveillant, et il vivait en bonne intelligence avec sa femme et ses amis. Le 3 août de l'année dernière, il s'est fait, avec du vernis fondu, des brûlures très-étendues sur tout le corps; sa vie a été très-sérieusement en danger, et, au bout de six mois, il présente encore, à côté de cicatrices très-étendues, des plaies qui n'ont aucune tendance à la cicatrisation.

Au commencement de septembre, il éprouva quelques troubles digestifs, consistant surtout en vomissements et en nausées; deux jours après, il tomba dans la stupeur; il restait abattu, ne parlant pas, paraissant ne s'intéresser à rien et avoir perdu toute mémoire. Cet état apathique dura un mois. Il fut remplacé par une exaltation générale, qui, depuis, ne s'est jamais démentie, et qui, dans ces derniers temps, est devenue si violente, qu'elle ne permet pas de garder le malade chez lui.

Pendant tout le temps du séjour de B... dans l'asile, il n'a cessé de présenter une excitation maniaque très-intense. Tous ses mouvements sont exaltés, toutes ses paroles sont impérieuses, sa voix est toujours éclatante; jamais sa pro-

©BIUM

nonciation n'a montré le moindre embarras. Ce qui domine surtout, chez lui, c'est la haute opinion qu'il a de sa personne, de ses talents, de ses facultés, en un mot de tout ce qui le concerne ; sans cesse, il se vante d'avoir fait, dans son genre d'industrie, des inventions merveilleuses. Le jour même, où, sans être guéri, il décide sa femme à le remmener, il s'écrie avec orgueil : « L'industrie constitue » une armée ; la plupart y sont soldats, mais moi, je suis » officier supérieur. Depuis que je suis enfermé, on s'étonne » à Paris de voir la tabletterie en souffrance; il ne se fait » plus de jolis modèles, ni d'inventions ; je vais sortir et » tout cela va changer; le goût va renaître et l'on s'aper- » cevra partout de mon retour. »

Jamais B... n'a montré le moindre symptôme de lésion dans les mouvements; jamais il n'a eu de conceptions délirantes systématisées, basées sur des hallucinations.

Remarques. — Cette observation offre un exemple bien net de folie sympathique. Il serait difficile, en effet, de ne pas admettre que le trouble intellectuel a été l'effet de la réaction des brûlures sur le cerveau. Ce trouble a d'abord eu le caractère de la stupeur, mais, au bout d'un mois, celle-ci a été remplacée par une excitation maniaque très-violente qui, après neuf mois, conservait toute son intensité. Le malade n'a pas de délire proprement dit ; mais tous ses actes, toutes ses paroles, toutes ses idées portent le cachet de l'exaltation, de l'exagération orgueilleuse, surtout en ce qui concerne sa personnalité. Il est difficile de ne pas voir là, une véritable prédominance d'idées de grandeurs, symptomatique d'une excitation maniaque.

Mais cette excitation, avec délire des grandeurs, ou plutôt avec exagération de la personnalité et optimisme personnel, doit-elle être considérée comme constituant un début de paralysie générale? Bien qu'elle ait succédé à une période de dépression, comme cela arrive si souvent dans la folie paralytique, nous ne croyons pas que, dans ce cas,

©BIUM

celle-ci soit en cause. En effet, il n'y a jamais eu aucun trouble de la motilité, ni le moindre embarras de la parole; il n'y a jamais eu non plus de symptôme de démence, ni même de délire. B... était très-exalté, il s'exagérait sans doute son habileté, sa valeur industrielle et commerciale, mais il n'avait pas, à proprement parler, de conceptions délirantes; nous pensons donc que son état doit être rattaché à la manie simple, et non à la folie paralytique.

24

ASILE DE MARÉVILLE. — M. MABILLE, INTERNE DU SERVICE.

Lypémanie consécutive à une atrophie musculaire progressive (1).

Sommaire. — Atrophie musculaire progressive remontant à deux ans. — Alcoolisme probable. — Pas d'hérédité. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe de nature érotique, illusions, délires hyponchondriaque et de persécution consécutifs. — Mort. Autopsie.

En 1875, C..., âgé de soixante ans, aubergiste, vint à l'hôpital de Gray (Haute-Saône), se plaindre de faiblesse générale des membres. Les médecins constatèrent une perte de la force musculaire, sans cause manifestement appréciable : le malade avait dû se livrer à quelques excès alcooliques. Pendant ces deux années, C... qui s'affaiblissait chaque jour, était resté très-calme, lorsque, dans les mois d'octobre et de novembre 1877, survinrent des symptômes d'excitation tels qu'on dut le transférer à Maréville, le 26 novembre 1877, service de M. le docteur Christian.

C... est un homme de petite taille, d'un tempérament lymphatique. Il ne marche que difficilement et on est obligé de le soutenir. Il est assez calme au moment de son entrée, mais refuse les aliments qui lui sont offerts. Le malade

(1) Cette observation a été prise dans le service de M. le Dr Christian, médecin en chef de l'asile de Maréville.

©BIUM

prétend qu'il est entouré d'envieux qui le poursuivent et veulent sa mort. Pendant la nuit, des femmes de mauvaise vie viennent se livrer, depuis plus d'un an, sur sa personne, à des actions honteuses; elles s'attachent à ses parties génitales; il les voit, il les sent. Elles ont de grands voiles blancs, pénètrent dans sa couche et lui enlèvent ses forces et son énergie. Il s'irrite alors contre elles, crie, menace et frapperait ceux qui l'entourent, s'il le pouvait.

C... se livre à un flux intarissable de paroles souvent incohérentes et la plupart du temps puériles; ses facultés sont affaiblies, mais ce qui domine chez lui, ce sont les idées de persécution et hypochondriaques. Les mauvaises femmes lui ont donné toutes sortes de maladies, elles sont la cause de tout ce qui lui arrive.

L'examen du malade montre que les muscles du pied, des jambes et des cuisses sont atrophiés et d'une flaccidité très-grande. Il en est de même de ceux de la région dorsale: le grand dorsal, le trapèze, les muscles de la masse commune ont presque totalement disparu ; les omoplates font une saillie considérable, les muscles des sus et sous-épineux sont diminués de volume. De même pour les muscles du bras, de l'avant-bras et ceux de la main.

Les pupilles sont inégales; la pupille droite très-contractée et moins large que la pupille gauche.

Pas d'embarras de la parole ; sensibilité normale, sensations thermiques conservées.

La contractilité électrique des muscles atrophiés est faible en certains endroits, intacte dans d'autres.

Température et pouls normaux.

La vue est affaiblie ; la démarche incertaine, vacillante. Déglutition normale. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

Rien de particulier du côté des organes digestifs, respiratoires et circulatoires.

Cette situation se prolongea depuis le mois de janvier

©BIUM

jusqu'au mois de mai. Pendant ce temps, C... fut obligé de garder le lit presque continuellement. Ses hallucinations érotiques continuèrent; à certains moments il devint violent, refusa les aliments par intervalles. Les muscles antérieurs de la poitrine furent atteints par l'atrophie.

Bien qu'il fût tourmenté sans cesse par les femmes blanches qui lui débitaient des propos obscènes, il n'y eut jamais chez lui de priapisme proprement dit, ni de trouble vésical appréciable.

Le 17 mai 1878, C... fut pris de diarrhée et le 2 juin le malade mourut, après deux jours de phénomènes pulmonaires congestifs.

Autopsie faite 24 heures après la mort.

Cerveau et méninges. — La dure-mère incisée, il s'écoule une quantité notable de sérosité. L'arachnoïde est tapissée de plaques blanchâtres, opalines. Pas d'adhérences des méninges à la substance corticale.

Les vaisseaux de la base du crâne sont fortement athéromateux. La substance du cerveau est normale; la substance grise est pâle; la substance blanche est remplie de sérosité. Les ventricules contiennent du liquide en quantité notable. Les couches optiques sont injectées.

Moelle. — La moelle, durcie dans l'acide chromique, présente au microscope les altérations suivantes :

1° Portion cervicale, saine.

2° Portion dorsale. — Dégénérescence portant principalement sur les cornes antérieures.

3° Portion lombaire.—Substance grise atrophiée, dégénérescence grise des cornes antérieures, des cornes postérieures, et de la commissure postérieure très-prononcée.

Les racines antérieures sont diminuées de volume surtout à la région lombaire.

Grand sympathique. — Pas d'altérations notables.

Muscles. — Les muscles sont décolorés. Au milieu de faisceaux altérés, quelques faisceaux sains. Dans certains mus-

©BIUM

cles, — couturier, jambier antérieur, — on aperçoit encore quelques fibres transversales ; dans d'autres au contraire, — biceps, grand dorsal, trapèze, — le myolemme est rempli de particules granulo-graisseuses, dont la majeure partie disparaît par l'addition d'éther.

Les nerfs des muscles ne présentent pas d'altérations sensibles.

Thorax. — Adhérences pleurales anciennes. Masse du poumon congestionnée, surtout en arrière.

Péricarde sain. — Hypertrophie du ventricule gauche. Caillots fibrineux dans le cœur gauche.

Abdomen. — Dégénérescence graisseuse du foie. — Intestins pâles, décolorés.

Nota. — La maladie primitive a été une atrophie musculaire progressive. Des hallucinations et des illusions de nature érotique sont venues au bout d'un an et demi compliquer l'état du malade.

Elles ont engendré un délire hypochondriaque et des idées de persécution intenses.

Les lésions de la moelle observées ont été diverses; mais l'altération portant principalement sur la moelle lombaire suffit à expliquer l'origine des illusions et hallucinations du patient, entretenues par un état congestif des couches optiques.

©BIUM

ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

DES

SORTIES PROVISOIRES

COMME MOYEN DE TRAITEMENT DE LA FOLIE

Par le Dr H. TAGUET
Médecin en chef à l'asile des aliénés de Marseille.

A propos d'une discussion, soulevée à la Société médico-psychologique (1) par M. Baillarger sur les sorties provisoires, M. le professeur Lasègue a dit qu'une porte devait être ouverte ou fermée, « c'est-à-dire que, lorsqu'un malade est dans une maison de santé il est pourvu d'un administrateur provisoire; lorsque, au contraire, il en sort, il n'y a plus rien, il recouvre tous ses droits. Il n'existe pas de moyen terme possible ». Mais est-ce ainsi qu'il faut interpréter les règlements? De même qu'une porte peut être entr'ouverte, de même il semble qu'il doive y avoir, entre la séquestration complète et la liberté absolue, place pour un moyen terme qui est précisément celui-ci : la sortie à titre d'essai. Ce mode n'est pas prévu, il n'est pas légal, je le veux bien ; mais toute loi, si parfaite qu'elle puisse être, ne

(1) *Annales médico-psychologiques*, mars 1879.

©BIUM

présente-t-elle pas une certaine élasticité sans laquelle elle n'est pas viable? Cette élasticité se trouve implicitement comprise dans le paragraphe 170 du règlement ministériel du 20 mars 1857 : « Aucun aliéné ne peut faire de promenades extérieures, s'il n'est accompagné d'un infirmier ou d'une infirmière, ou s'il n'est confié à un parent, ou à un ami qui prend la responsabilité de la surveillance du malade au seuil de l'établissement. La permission de sortie, délivrée par le directeur, doit mentionner le nom de la personne qui accompagnera ou recevra le malade, et déterminer la durée de l'absence. »

L'observation, l'expérience de chaque jour ont amené un grand nombre de médecins d'asile à combler une lacune que le législateur semble avoir soupçonnée ; il n'a pas dépendu d'eux que le règlement ne fût interprété dans le sens le plus large et le plus généreux. Les sorties à titre d'essai, vantées et préconisées par Aubanel à l'asile de Marseille, furent interdites en 1864 par la préfecture des Bouches-du-Rhône, à la suite du refus par une famille de payer le prix de pension pour un malade en congé régulier de dix jours. « L'incident soulevé à cette occasion, dit la circulaire adressée au directeur, m'amène à traiter une question plus sérieuse, celle des congés que MM. les médecins sont dans l'habitude d'accorder à leurs malades. Je m'abstiendrai de décider de l'opportunité de ces congés au point de vue de la discipline et de la comptabilité, des inconvénients graves qui n'auront pas échappé à votre attention. Je dois ajouter que, bien que les médecins prennent la responsablité des autorisations qu'ils accordent, cette responsabilité, en cas d'événements, retombe toujours en définitive sur l'administration. Ces inconvénients sont trop graves pour qu'on puisse mettre en balance les avantages, d'ailleurs contestables, que les malades doivent retirer d'un séjour passager dans leurs familles. »

Dans un grand nombre de départements, les sorties à titre

©BIUM

d'essai sont, sinon autorisées, du moins tolérées ; nulle part on n'a eu à signaler les graves inconvénients que fait pressentir la lettre de M. le préfet des Bouches-du-Rhône. A l'asile de Montdevergues, l'administration autorise les sorties à titre d'essai, sans toutefois prendre un arrêté à cet égard, à la condition que les familles prennent la responsabilité des actes du malade. « Ces sorties, écrit M. Cotard, n'ont donné jamais lieu à aucun inconvénient. » A l'asile de St-Robert, on accorde la sortie, sauf à en référer ensuite à qui de droit. Morel et M. Dumesnil, inspecteur général du service des aliénés, ont fait adopter par la préfecture de la Seine-Inférieure un mode encore plus large et plus avantageux.

Sur la demande écrite de la famille s'engageant à prendre l'aliéné, à pourvoir à ses besoins, on lui accorde un congé renouvelable de un ou deux mois, qui peut être suivi d'une sortie définitive si l'amélioration ou la guérison se maintient ; si, au contraire, pendant le cours du congé, le convalescent redevient malade, il est ramené à l'asile sans qu'il soit besoin d'avoir recours à aucune formalité. La sollicitude de l'administration va plus loin et suit l'aliéné dans sa famille, elle s'assure s'il est bien l'objet de tous les soins nécessaires. En 1865, M. le Dr Foville a rendu 29 malades à la liberté à titre d'essai; ce chiffre s'est élevé à 41 pour l'année suivante, 32 convalescents ont vu leur sortie provisoire se changer en sortie définitive. Rien ne nous autorise à croire que cette progression ne s'est pas maintenue sous l'habile direction du savant médecin de Quatre-Mares ; aussi a-t-il pu dire avec raison que, grâce au soin et au discernement apportés dans l'attribution de ces faveurs, les inconvénients qui peuvent en résulter sont excessivement rares, malgré le voisinage d'une ville de plus de 100,000 âmes, qu'ils n'ont aucune importance comparativement aux consolations et au plaisir que cette liberté relative procure à des malades qui ont encore assez d'empire sur eux-mêmes pour ne pas en abuser. A l'asile

©BIUM

St-Yon, on procède de la même manière et avec le même succès. Dans d'autres départements, dans les Basses-Pyrénées, dans la Meurthe notamment, les préfets se sont toujours montrés hostiles aux sorties provisoires, objectant qu'ils sont et veulent rester seuls juges d'une nouvelle séquestration, si un premier essai a été malheureux.

Il semble que les sorties à titre d'essai n'aient été appliquées, jusqu'à ce jour, qu'à des malades convalescents ou relativement calmes et n'offrant aucun danger pour leur sécurité et celle d'autrui. Je suis porté à croire qu'elles constituent dans certains cas un puissant moyen de traitement devant lequel doivent s'incliner les considérations de l'application stricte des règlements. Si la séquestration a sa raison d'être au début du délire, si elle a suffi parfois à ramener par elle-même le calme et la guérison, il n'est pas moins vrai que, dans certains cas, elle peut être nuisible si elle dépasse certaines limites. A côté de sorties hâtives qui ont pu amener une recrudescence du délire ou un état de chronicité incurable, combien de guérisons auraient pu être obtenues par ce moyen de traitement comme dans les quatre observations que nous allons rapporter ici, où elle s'est faite pour ainsi dire à notre insu; à peine les avions-nous soupçonnées par un arrêt momentané du délire, chaque fois que les malades avaient la visite d'un des leurs, ou étaient rendus pour quelques heures à la vie de famille.

1re OBSERVATION.

Mme M... trente-deux ans, modiste, sans antécédents héréditaires.

Cette malade appartient à la catégorie d'aliénés que Morel appelle *gémisseurs*, et peut servir de type comme malade du genre ; les yeux sont hagards, les traits tirés ; de la bouche toujours entr'ouverte, il n'en sort qu'un cri plaintif et continuel. Les bras tombent inertes le long du corps, la malade reste dans l'immobilité la plus absolue, se raidit avec force

©BIUM

lorsqu'on veut la pousser en avant. Il faut la faire manger comme un enfant et n'employer que des aliments liquides, non pas qu'elle refuse ce qu'on lui présente, mais par suite d'une lésion complète de la volonté ; il semble qu'elle se laisserait mourir par paresse plutôt que de faire un effort sur elle-même. Les affusions froides, les décharges électriques ne modifient en rien cette torpeur. L'amaigrissement est excessif, la faiblesse musculaire considérable, œdème des jambes.

La malade était à l'asile depuis un mois environ, lorsque son mari vint la voir. Mme M... lui prend les mains avec effusion, pleure abondamment, mais ne peut trouver une seule parole ; sa physionomie exprime tout le bonheur, tout le contentement qu'elle éprouve. Ce ne fut qu'un éclair et la malade retomba dans son délire avec l'éloignement de son mari. Huit jours après, de nouvelles visites. M. M... est accompagné de ses cinq enfants encore en bas âge. La malade voulut quitter le lit, elle embrassa ses enfants, consentit à manger quelques friandises avec eux, sembla prendre part à la joie de tous ; cette fois encore on ne put la décider à parler, elle s'attachait à eux, ne voulait plus les quitter, la séparation fut des plus pénibles. A dater de ce moment, Mme M... commença à manger en cachette ; l'appétit ne tarda pas à devenir excessif, l'état physique devint plus satisfaisant.

Sur la demande de la famille, la malade fut autorisée à sortir en ville pour quelques heures. Elle s'occupa dans l'intérieur de son ménage, aida elle-même à faire le dîner, prit soin de ses enfants et, pour la première fois depuis quatre mois, s'informa de leurs besoins, fit des projets ; la guérison semblait complète. Madame M... rentra à l'asile un peu plus triste, un peu plus préoccupée que dans la journée ; elle nous promit de s'occuper pour mériter bientôt sa mise en liberté. A notre visite du lendemain, nous trouvons la malade dans un état voisin de

©BIUM

la stupeur ; la physionomie reprend l'expression des mauvais jours, elle reste sourde à toutes nos demandes.

Sur notre prière, M. M... consentit à prendre sa femme pour quelques jours, et nous remit à cet effet une demande écrite par laquelle il s'engageait de cesser son travail extérieur, pour s'adonner tout entier aux soins que réclamait la malade. J'écrivis à M. le préfet une longue lettre dans laquelle, après avoir fait connaître la situation de la malade, je demandai la sortie à titre d'essai, comme moyen de traitement. M. le préfet, invoquant les décisions de ses prédécesseurs, me fit répondre verbalement qu'il regrettait de ne pouvoir accéder à ma demande. La malade sortit, comme d'habitude, le dimanche suivant sous la conduite de son mari ; le soir il fut impossible de la ramener. Cette fois encore elle était revenue à la raison, elle pria et elle supplia tant qu'on consentit à la garder. Le mari vint nous voir trois jours après; l'amélioration s'étant maintenue et la guérison semblant prochaine, nous demandâmes la mise en liberté. Six mois se sont écoulés depuis cette époque, nous n'avons plus entendu parler de la malade.

2e OBSERVATION.

Mme D..., sans profession, vingt-et-un ans, sans antécédents héréditaires.

Cette malade est atteinte de manie puerpérale ; l'affection a débuté il y a huit jours environ. Le lendemain de l'admission, je constate une bronchite aiguë ; la fièvre est intense. Les seins sont considérablement engorgés. L'excitation est excessive, la malade cherche à se tuer, cris continuels, insomnie que rien ne peut combattre; elle refuse tout ce qu'on lui présente, on lui fait prendre à la sonde un peu de bouillon et de lait. La bronchite cède d'elle-même, la tuméfaction des seins également sous l'influence d'une compression méthodique.

©BIUM

La malade était à l'asile depuis quinze jours environ, lorsqu'on crut reconnaître qu'elle présentait chaque jour, vers les deux heures, une agitation excessive avec chaleur de la peau. Appelé pendant un de ces accès, il me fut facile de constater qu'il existait de la fièvre ; il ne me fut pas possible de prendre la température.

Je fis donner à la malade 1 gr. 50 de quinine pris en trois jours.

Les accidents cessèrent complètement pour ne plus se renouveler. Mme D... n'a aucune conscience de sa situation ; désordre, incohérence complète tant dans les actes que dans les paroles, alternatives d'excitation et de dépression. Son mari vient la voir deux fois par semaine et ne peut en obtenir une seule parole raisonnable ; elle ne semble pas le connaître, pleure ou rit, répond toujours à la troisième personne. Si on s'informe de sa santé, elle dit aussitôt que Jean ou Jacques n'est pas malade, ou bien elle change de conversation, c'est un mélange étrange de noms, de choses qui n'ont entre elles aucun rapport, aucune association. Les sentiments affectifs sont nuls, la mémoire obtuse, elle n'a pas d'enfants, n'en a jamais eu.

Elle sort un jour sous la conduite de son mari. La physionomie ne trahit ni joie, ni peine ; elle se laisse habiller sans demander où elle va.

On gagne les champs ; Mme D... court devant elle sans savoir où elle porte ses pas, on a beaucoup de peine à la suivre ; si elle s'arrête quelques instants, c'est pour reprendre avec plus d'ardeur sa course folle. Elle rentre chez elle épuisée, fatiguée ; elle prend quelques aliments en commun et, pour la première fois depuis un mois et demi, elle dort d'un sommeil calme et paisible. Elle nous fut ramenée le lendemain seulement. Nous constatons chez elle le même désordre, la même incohérence, alors qu'elle semblait, nous dit le mari, avoir recouvré en dehors de l'asile une partie de ses facultés intellectuelles.

©BIUM

Huit jours après, nouvel essai. Celui-ci fut plus décisif que le premier. Mme D... s'occupa de son ménage, s'informa de son enfant, ce qui ne lui était jamais arrivé, témoigna le désir de le voir, de l'embrasser; puis, changeant brusquement d'idée, elle pria son mari de ne pas le lui montrer, ne se sentant pas encore assez de courage pour l'aimer. La malade rentre à l'asile sans difficulté ; l'amélioration constatée au dehors est à peine appréciable, même activité désordonnée, elle ne tient pas en place, commence dix fois le même travail, sans le terminer, impossible de fixer son attention d'une manière soutenue, conscience très-incomplète de sa situation, elle ignore même le lieu où elle se trouve. Le mari, sur ma prière, consent à la reprendre, elle part pour la campagne : au bout de quelques jours, la guérison était complète. Se serait-elle produite à l'asile dans ce laps de temps? C'est plus que douteux.

3e OBSERVATION.

Mme S... trente-trois ans, sans profession ; pas d'antécédents héréditaires.

Le délire ici s'est développé lentement ; la malade était depuis longtemps triste, préoccupée, elle ne se rendait pas elle-même compte de ce qu'elle éprouvait. Un jour, elle quitte brusquement sa maison, à peine vêtue et sans autre argent que celui qui était nécessaire pour payer son passage à bord d'un navire faisant la traversée de Toulon à Alger. La sainte Vierge lui était apparue et lui avait donné l'ordre de se mettre à la recherche de son mari, commissaire de la marine ; elle est arrêtée à Constantine.

Mme S... arrive à l'asile dans un état de lassitude excessive, elle refuse de répondre, de manger ; l'haleine est d'une fétidité extrême. Hallucinations de l'ouïe et de la vue, la sainte Vierge lui apparaît comme par le passé, on la surprend souvent prêtant l'oreille à des voix mystérieuses.

©BIUM

Elle se plaint bientôt d'être damnée, de recevoir pendant son sommeil les embrassements du démon, elle se promène toute la nuit ou reste assise sur son lit pour éviter son étreinte ; vains efforts, il la domine et s'en empare complètement, il a élu domicile dans son ventre, elle le sent; pour s'en débarrasser, elle fait constamment des mouvements de mastication. L'insomnie, jointe à ce jeu continuel des muscles, amène une faiblesse profonde; la malade prend la vie en dégoût, la mort lui semble préférable aux tourments qu'elle endure ; elle se considère comme un objet de réprobation, tout lui crie sa honte; un jour elle cherche à s'étrangler, une autre fois elle se laisse tomber dans le feu. Dans les quelques moments de calme que lui laisse son délire, Mme S.... demande sa sortie avec instance.

Son mari accède à sa prière, espérant que le changement de milieu pourra modifier son délire ; son état physique est d'ailleurs si gravement compromis qu'il est à craindre une issue funeste, prochaine, que la famille veut éviter à tout prix de se produire à l'asile.

Quelques jours après, M. S... nous écrivit que sa femme allait de mieux en mieux. « Toutes ses idées de diables, d'enfer, qui la possédaient, ont complètement disparu ; aujourd'hui elle travaille, s'occupe de son intérieur, en un mot elle est en bonne voie de guérison ».

4e OBSERVATION.

Mme L..., quarante-huit ans, pas d'antécédents héréditaires.

La malade est atteinte de panophobie ; elle tremble au moindre bruit, s'isole, se couche sur le sol la tête cachée dans son tablier, passe des journées entières dans un mutisme complet; si on lui adresse la parole, elle pleure et gémit; a fait trois tentatives de suicide. Elle ne veut prendre son repas que de la main d'une religieuse; il faut

©BIUM

l'habiller, état de faiblesse musculaire considérable. La visite de ses parents la tire de sa torpeur ; elle leur demande avec instance sa mise en liberté, s'attache à eux, ne veut plus les quitter ; elle promet de s'occuper, de travailler, elle n'est pas folle, elle va le devenir ici.

L'état physique s'aggravant chaque jour, j'engage sa famille à la reprendre ; elle y consent. Cette heureuse nouvelle trouve la malade complètement indifférente, elle secoue tristement la tête, elle ne veut pas y croire, elle est condamnée à mort, elle doit mourir ici, elle ne se rend à l'évidence qu'après avoir quitté le seuil de la maison. Elle était séquestrée depuis vingt-deux mois. Huit jours après, nous avions des nouvelles de la malade, elle était encore un peu triste, un peu préoccupée, mais elle avait repris ses habitudes ; elle est en liberté depuis seize mois.

On a pu remarquer, dans les observations que nous venons de rapporter, l'absence d'antécédents héréditaires. Dans les affections qui portent avec elles le germe fatal de l'hérédité, tout est anormal et insidieux ; une émotion, si légère qu'elle soit, peut amener soit une recrudescence des troubles nerveux, soit une amélioration, c'est ainsi que pourra agir une sortie provisoire ; mais ici, cette modification est le plus souvent passagère, la rechute comme la guérison est subordonnée à la crise la plus légère ; c'est là une considération dont il faut tenir grand compte dans les sorties provisoires, si l'on ne veut pas s'exposer à des surprises souvent regrettables. Il ressort également de l'examen de ces observations que les malades qui en font l'objet présentent entre eux des caractères communs, ce sont toutes des lypémaniaques à degrés divers. C'est surtout pour cette classe d'aliénés, peut-être exclusivement pour elle, que peuvent convenir les sorties à titre d'essai ; il est rare qu'elles puissent s'appliquer aux maniaques, elles amènent une aggravation du délire, ou laissent subsister chez le malade quelque chose d'anormal, d'insolite, qui prédispose à une rechute lorsque

©BIUM

l'affection ne passe pas à un état chronique. C'est là non-seulement une affaire de tact, mais encore de convenance. Les sorties à titre d'essai peuvent être difficilement appliquées aux malades entretenus au compte des départements, par suite des difficultés qu'éprouvent les familles à faire séquestrer les aliénés qui ont une rechute suivant de près la sortie, alors surtout qu'ils ne constituent pas un réel danger pour eux-mêmes, ni pour la sécurité publique, deux circonstances de toute nécessité, dans les Bouches-du-Rhône, pour obtenir un arrêté de séquestration. Les malades curables, en tant que relativement calmes et dociles, sont relégués au second plan ; ils restent dans leurs familles jusqu'au jour où ils deviennent dangereux, et viennent augmenter le chiffre des incurables, ce qui aurait pu être évité. S'il est un article de la loi qui doive être modifié ou considérablement étendu, c'est assurément le suivant : « Les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite, ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes. »

©BIUM

NOTES

SUR

QUELQUES ASILES D'ALIÉNÉS

DE L'AMÉRIQUE DU SUD
DU PORTUGAL ET DE L'ESPAGNE

Par Philippe REY
ancien interne des asiles de la Seine.

Les institutions, créées dans l'Amérique du Sud pour améliorer la situation des aliénés, bien qu'elles soient encore très-imparfaites, méritent néanmoins d'être signalées, et il est, croyons-nous, de quelque intérêt d'en suivre le développement.

Nous avons déjà fait connaître, dans tous ses détails, l'asile des aliénés de Rio de Janeiro, et l'organisation de cette branche du service hospitalier au Brésil. Cet établissement vient d'être augmenté d'un corps de bâtiment affecté à la division des hommes, et comprenant des cellules, des chambres pour les pensionnaires et un réfectoire. Ce n'est là qu'une partie des constructions projetées, car l'administration a résolu d'augmenter le nombre des places, aujourd'hui très-insuffisant, et de faire les divisions nécessaires pour les différentes catégories de malades.

On construit aussi à Rio de Janeiro un asile d'indigence,

(1). *Annales med. psych.* janvier 1875. *L'hospice Pedro* II *et les aliénés au Brésil*.

©BIUM

dont un quartier sera réservé aux aliénés vagabonds, et destiné à remplacer le dépôt de police où ils sont actuellement recueillis.

La population de l'hospice Pedro II, qui était en juillet 1876 de 299 aliénés des deux sexes, a été de 323 en juillet 1877. Elle s'est élevée à 334 en juillet 1878.

Sur 297 aliénés hommes traités dans l'année médicale 1877-78, on en comptait 11 atteints de paralysie générale. Cette affection est rare au Brésil. L'alcoolisme s'y montre également dans une proportion restreinte. Les autres formes de la folie sont au contraire très-fréquentes. Elles ne présentent, du reste, aucun caractère qui les différencie de celles qu'on voit en Europe.

A Bahia, l'asile de Saint-Jean de Dieu a été ouvert en 1874. Sa population varie de 80 à 85 malades des deux sexes. Il y a un médecin résident.

Dans l'année 1874-75, sur 107 malades traités, il n'y a eu qu'une paralysie générale et 9 alcooliques. En 1876, sur une population de 85 malades, il y avait 2 paralytiques généraux et 9 alcooliques.

Cet établissement est loin d'être à la hauteur de sa destination. La situation a été mal choisie, car les fièvres intermittentes y sévissent fréquemment. En 1878, l'épidémie a atteint à peu près la moitié de la population. Plusieurs malades ont succombé à des accès pernicieux. Le béribéri, affection également propre aux localités insalubres, s'y montre quelquefois.

A Pernambouc, les aliénés sont provisoirement recueillis dans l'ancien hôpital d'Olinda. Un asile spécial est en construction à une demi-lieue de la ville.

Saint-Paul et le Para, capitales des provinces de mêmes noms, ont aussi des établissements spéciaux.

Tous ces asiles sont administrés par des associations hospitalières, analogues à la Santa Casa da Misericordia de Rio de Janeiro.

©BIUM

Enfin, dans plusieurs localités, les aliénés sont reçus dans les hôpitaux ordinaires.

Outre les différentes formes d'aliénation mentale, il y a au Brésil une grande fréquence de l'épilepsie, de l'hystérie et de la chorée. Il n'est malheureusement pas rare de voir, dans ce pays, des alliances entre des familles entachées de quelque vice héréditaire et même entre parents d'aliénés. Aussi l'hérédité joue-t-elle le plus grand rôle dans la production de la folie.

Il nous paraît intéressant de signaler une maladie spéciale aux pays chauds, qui s'accompagne parfois de troubles nerveux et intellectuels remarquables. C'est l'hypoémie intertropicale ou opilaçao. Cette affection, très-commune au Brésil, est caractérisée anatomiquement par la présence de l'ankylostome duodénal dans l'intestin grêle, particulièrement dans le duodénum. Les malades ont des dépravations de l'appétit qui les poussent à manger de la terre, de l'argile et autres substances absolument impropres à la nutrition ; ils ont des altérations de la sensibilité générale : anesthésie ou hyperesthésie ; quelquefois des névralgies, des vertiges, une grande paresse intellectuelle ; enfin, on a noté l'hypochondrie et la mélancolie, avec tendance au suicide. Un médecin brésilien très-estimé, M. le Dr Luiz de Mello Brandao, dans un article de la *Revista medica* de Rio de Janeiro, a cité sept cas de suicide par strangulation qu'il a observés chez des individus atteints de l'hypoémie intertropicale. L'un d'eux était un enfant de 11 à 12 ans (1).

A Montévidéo, les aliénés sont encore logés dans une espèce de ferme située aux environs de la ville. A côté de ce refuge provisoire, on construit un établissement spécial.

A Buénos-Ayres, l'asile, commencé il y a plusieurs années, est resté inachevé. Une partie cependant est occupée par les aliénés hommes. Il faut dire que ce tronçon d'édifice ne

(1) *Revista medica*. Rio-de-Janeiro, 1876.

©BIUM

donne qu'une triste opinion du plan général. Les femmes occupent un bâtiment complètement séparé.

En Portugal, jusqu'en 1849, les aliénés étaient reçus dans l'hôpital général de Lisbonne. Depuis cette époque, l'ancienc ouvent de Rilhafolles leur a été destiné. Les malades y sont accumulés dans une suite de chambres, de cellules, de corridors où les conditions indispensables d'ordre et de propreté ne peuvent pas être réalisées. Le personnel médical se compose d'un médecin directeur résident et de deux médecins adjoints externes.

La population était, en janvier 1879, de 515 aliénés des deux sexes. D'après une statistique des précédentes années, la proportion de la paralysie générale serait de 1 p. 39.7 pour les deux sexes ; de 1 p. 32.2 pour les hommes et de 1 p. 50 pour les femmes.

Il y a environ 2000 aliénés en Portugal. La population du royaume est de 3 millions d'habitants.

On construit un asile à Porto.

L'Espagne, au xv^e^ siècle, ouvrait des asiles aux aliénés. Ainsi, en 1409, sous l'impulsion du moine Joffre Gilavert, est fondé à Valence l'hospice des Innocents destiné spécialement à recueillir les aliénés. En 1425, D. Alonso V fonda l'hospice de Saragosse également destiné aux aliénés. Puis s'élèvent successivement, en 1436, l'hospice de Séville ; en 1483, l'hospice du Nuncio, à Tolède ; enfin en 1492, l'hospice de Grenade.

Les hospices de Saragosse, de Grenade et de Séville fonctionnent encore et ont conservé leur destination première.

Le seul établissement que, depuis ces temps reculés, l'Espagne ait ouvert aux aliénés, est l'asile de Santa Isabel, situé au village de Leganez près de Madrid. C'est une ancienne villa à laquelle on a ajouté quelques constructions. La population est de 200 aliénés des deux sexes. Deux médecins non résidents et un élève interne forment le personnel médical.

©BIUM

L'hôpital général de Madrid reçoit un certain nombre d'aliénés dans un quartier spécial. Ils sont ensuite transférés à l'asile de Leganez ou à l'établissement privé de San Baudilio de Llobregat, à Barcelone.

Les réformes les plus sérieuses, faites en Espagne pour le bien-être des aliénés, sont dues à l'entreprise privée.

M. le Dr José Esquerdo, médecin de l'hôpital général, vient de créer une maison de santé au village de Corabauchel Alto, près de Madrid.

L'asile de San Baudilio de Llobregat, près Barcelone, a été fondé par M. le Dr Ant. Pujadas. Il fonctionne sous sa direction depuis 1854. L'Etat a fait un traité avec cet établissement. Il y envoie ses militaires aliénés et les aliénés criminels. Plusieurs provinces l'ont adopté aussi pour leur asile officiel.

Cet établissement occupe une très-grande superficie. Il se compose de plusieurs sections isolées par des cours ou des jardins. La première section est destinée aux malades qui jouissent du traitement de famille. Dans la seconde, le traitement est mixte : il y a des chalets où les malades peuvent avoir une installation particulière, et un édifice où la vie est en commun ; les malades jouissent d'une certaine liberté. Dans la troisième section, il n'y a qu'un édifice. C'est le système claustral. Quelques habitations indépendantes sont destinées aux aliénés agités qui ne sont pas au régime commun. La quatrième section est la colonie agricole. Enfin, un quartier spécial est affecté aux aliénés criminels.

La population est d'environ 700 aliénés des deux sexes.

Un asile privé, non moins digne d'attention, est celui de Nueva-Belen, fondé par le Dr Giné y Partagas, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Barcelone. L'établissement et ses dépendances occupent une superficie d'environ 5 hectares, dans une position agréable, à proximité de la ville. Un rez-de-chaussée, un étage, une partie centrale et

©BIUM

deux parties latérales symétriques, telle est la disposition générale de l'édifice.

Voici quelques chiffres indiquant le mouvement de sa population de 1874 à 1878 : 280 aliénés ont été traités, dont 138 hommes, 92 femmes, présentant les formes mentales suivantes :

Manie.....	69	hommes	52	femmes.
Monomanie.....	5	—	2	—
Mélancolie	40	—	18	—
Extase	2	—	1	—
Folie épileptique....	2	—	4	—
Paralysie générale..	4	—	1	—
Démence.....	14	—	11	—
Imbécillité.....	1	—	»	—
Idiotie.....	1	—	»	—
Folie hystérique....	»	—	1	—
Folie pellagreuse...	»	—	1	—
Folie anémique.....	»	—	1	—

Il y a eu 66 guérisons ; 44 hommes et 22 femmes, dont deux hommes atteints de paralysie générale confirmée.

Dans l'année 1878, 156 malades ont été traités ; 101 appartenaient à la population ancienne. Sur les 55 nouveaux il y avait :

Manie.....	16	hommes	15	femmes.
Mélancolie.....	8	—	5	—
Folie épileptique...	2	—	»	—
Folie alcoolique....	2	—	»	—
Paralysie générale.	4	—	»	—
Imbécillité.....	1	—	»	—
Folie puerpérale...	»	—	1	—
Démence.....	»	—	1	—

Sur ce chiffre total de 156 malades, il y a 38 guérisons, dont 3 guérisons de paralysie générale. Les observations très-intéressantes de ces trois cas ont été publiées dans les archives cliniques du mois de mai 1879.

Nous espérons que ces notes de voyage serviront à donner

©BIUM

une idée de la situation des aliénés dans les pays que nous venons de parcourir. Nous devons ajouter qu'en général, les aliénés y sont traités avec humanité. La camisole est le seul moyen de contention employé dans les établissements publics et privés.

Presque partout, le travail est les distractions tiennent une large place dans le traitement.

©BIUM

Médecine légale

UN CAS DE SIMULATION

Par M. le Dr MARANDON DE MONTYEL
Médecin adjoint de l'asile public d'aliénés de Toulouse.

Le cas de simulation que nous allons faire connaître est, à notre avis, un des plus intéressants qu'on puisse rapporter. Il s'agit d'une jeune veuve qui, dans l'unique but de se procurer de l'argent, simula un attentat à la pudeur avec violences et une folie consécutive. Elle joua son rôle avec une certaine habileté, parvint à tromper le parquet et fit faire un mois de prison préventive à un des négociants les plus riches et les plus honorables de la ville de V..... Bien que cette observation remonte à quelques années, nous avons eu entre les mains toutes les pièces authentiques et nous avons pu reconstruire cette curieuse histoire d'une manière complète. Ceux qui nous feront l'honneur de nous lire verront jusqu'à quel degré de bassesse et d'infamie peut descendre une femme qui a déserté le devoir et, comme nous sans doute, ils ne pourront constater sans douleur que ces êtres conservent parfois, au milieu de leur dépravation, des dehors assez dignes et assez honnêtes pour en imposer même aux magistrats, habitués chaque jour à scruter le crime, et pour faire peser les accusations les plus graves sur des hommes connus pour leur honorabilité.

©BIUM

I

Le 23 novembre 187..., Pauline R..., veuve E..., était atteinte subitement d'aliénation mentale, à la suite, disait-on, d'un attentat à la pudeur avec violences. En entrant chez elle à neuf heures du matin, elle poussa des cris affreux, mit tout en désordre dans sa maison, déchira ses vêtements, s'arracha les cheveux, en tenant les propos suivants, recueillis et consignés dans leur ordre de succession par le commissaire du quartier qui s'était de suite transporté sur les lieux. Nous regrettons d'avoir à rapporter de telles paroles, mais on verra par la suite toute leur importance ; d'ailleurs, n'a-t-on pas dit, avec infiniment d'esprit et de raison, que la science comme le feu purifiait tout ce qu'elle touchait. Cette femme disait : « C'est toi, X... Je te tiens ! c'est toi brigand, canaille ; c'est toi, mauvais sujet, qui veux me faire une position ainsi qu'à mes enfants. Va-t'en. Je n'en veux pas ! Le bon Dieu m'en fera une ! Tu dis que personne ne nous voit, libertin ! mais Dieu nous voit, canaille ! Mets ton pantalon, cache ta honteuse nudité ! vilain ! Ah ! tu ne veux pas ouvrir la porte ! eh bien ! nous lutterons ! J'ai encore de la force ! Je ne veux pas de ton argent, laisse venir mon mari, il va arriver. Je vais tout lui conter, il y a trop longtemps que tu me poursuis. »

Conduite d'urgence à l'asile de Montauban à six heures du soir, elle portait les traces d'une vive agitation. Elle était contenue par une camisole de force ; sa chemise, l'unique vêtement dont elle fut revêtue, était en lambeaux. Quoique plus calme alors, elle délirait et paraissait vouloir repousser des poursuites dont elle se croyait l'objet. A sept heures, elle était libre et raisonnable ; à huit heures, elle mangeait d'un bon appétit, se couchait, et dormait d'un sommeil calme et profond jusqu'au lendemain. Au moment de la visite, elle

©BIUM

était dans un état satisfaisant et ne présentait de tous ces troubles graves qu'une tendance à s'effrayer. Toutes les fonctions s'exécutaient normalement, la peau était fraîche, le pouls régulier, la langue belle, et, comme nous venons de le dire, le sommeil avait été excellent.

Si nous examinons l'origine, le début et l'évolution de cette singulière crise de folie, nous sommes conduit à la considérer comme un accès de manie transitoire. Mais les symptômes que nous avons rencontrés sont-ils ceux de cette maladie? Nous dirons tout d'abord que l'explosion de la folie chez Pauline R..., à la suite d'une forte secousse morale, ne devait pas surprendre, bien que la malade ne présentât aucun antécédent héréditaire. Cette femme, en effet, profondément malheureuse, vivait dans la misère, affaiblie par les privations et sous l'empire de préoccupations et de chagrins constants : conditions bien propres à ébranler son système nerveux et à la prédisposer à un trouble psycho-cérébral. Le brusque début de sa maladie ne devait pas non plus étonner, car c'est ainsi qu'éclate la manie transitoire. Dans un organisme approprié, elle fait tout d'un coup explosion sous l'influence d'une émotion vive, d'un chagrin violent, d'une insolation, d'un excès alcoolique, et disparaît au bout de peu d'heures ou de peu de jours.

Mais si le début de la crise n'est pas incompatible avec l'idée d'une folie transitoire, il n'en est pas de même des symptômes. Deux ordres de manifestations caractérisent cette forme vésanique : la fureur et un bouleversement général de toutes les facultés. « Les conditions étiologiques, dit Linas, ne changent rien au caractère de ce délire qui reste toujours, quelles que soient ses causes, empreint de violence, de fureur et d'une aveugle impulsion au meurtre et à la destruction. » Aussi beaucoup d'aliénistes considèrent-ils la manie transitoire, non comme une variété distincte d'aliénation, mais comme une manifestation larvée de

©BIUM

l'épilepsie. Il faut reconnaître que nous retrouvons cette fureur et cette impulsion aveugle au meurtre et à la destruction dans les actes délirants de Pauline : elle pousse des cris affreux, brise tout ce qui lui tombe sous les mains — et cela dans sa propre maison — se frappe et s'arrache les cheveux ; mais cette symptomatologie est incomplète. Le second caractère fondamental, le bouleversement général de toutes les facultés, manque dans le délire de la veuve E..., et la manie transitoire n'est qu'un véritable accès de manie porté à son summum et s'accompagnant de la suppression totale du sens intime. Qu'on relise les paroles rapportées recueillies par le commissaire du quartier non au hasard, mais dans leur ordre de succession; ne dirait-on pas les paroles d'une femme indignée et ivre de colère, mais possédant la parfaite notion de son moi. L'incohérence maniaque, en effet, y fait complétement défaut.

A notre avis, si l'examen de l'origine, du début et de l'évolution de la maladie de la veuve E... indiquait une manie transitoire, l'examen de son délire faisait penser à une folie sensorielle. Elle parlait, en effet, comme si elle était en proie à des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et nous avons vu qu'à son arrivée dans l'établissement, elle semblait vouloir repousser des poursuites. Dans cette hypothèse on explique facilement les paroles prononcées et les actes commis, mais on ne s'explique pas trop l'évolution de la maladie et sa brusque cessation. La folie sensorielle ne débute pas ainsi pour disparaître en quelques heures ; c'est la folie chronique par excellence.

Il ressort, croyons-nous, de cette discussion, toute sommaire et toute imparfaite qu'elle est, qu'un œil exercé à l'étude des aliénés devait être frappé du délire bizarre et insolite de cette femme ; aussi voyons-nous le Dr Darnis déclarer dans le certificat de vingt-quatre heures que la nouvelle malade semble atteinte d'aliénation, mais son état a besoin d'être observé.

©BIUM

II

Le Dr Darnis s'empressa de procéder à la constatation médico-légale des traces de violences qu'elle présentait. Les lésions trouvées chez elle furent les suivantes :

1° Deux excoriations siégeant au sein gauche et paraissant remonter à trois ou quatre jours. Ces excoriations, de même que toutes celles dont il sera question plus loin, paraissaient être le résultat d'égratignures.

2° Une contusion à l'avant-bras gauche, ayant 2 ou 3 centimètres de diamètre, n'intéressant que la peau et remontant, comme l'indiquait sa coloration plombée, à la même époque que les excoriations précédentes.

Ces lésions étaient attribuées par la femme R... à la lutte qu'elle avait eu à soutenir. D'après elle la dernière aurait été produite par une morsure ; le Dr Darnis ne put constater qu'une contusion.

Il existait d'autres lésions absolument de même nature que les précédentes et paraissant remonter à la même époque, mais beaucoup plus nombreuses :

1° A la face, principalement sur les joues où se voyaient cinq ou six érosions légères ;

2° Aux deux mains ;

3° A la partie supérieure de l'avant-bras droit, où elles étaient si nombreuses et si rapprochées qu'il était impossible de les compter ;

4° Aux deux bras où elles étaient douloureuses à la pression et de couleur plombée.

D'après la femme R..., toutes ces lésions n'étaient pas le résultat de la lutte, elle donnait à comprendre, sans le dire formellement, qu'elles pourraient bien avoir été produites pendant l'agitation de la veille.

Ce premier examen dut se borner là. En effet, quoique la femme R... accusât d'autres lésions aux parties sexuelles et même qu'elle parût leur accorder une très-grande im-

©BIUM

portance, elle ne voulut pas consentir à se laisser visiter.

La femme R... continua à être raisonnable le 25 et le 26, et le Dr Darnis crut pouvoir autoriser sa déposition. Elle entra dans les plus grands détails, parla avec beaucoup de raison, accusa un honorable négociant chez lequel elle travaillait d'avoir commis sur elle un attentat à la pudeur avec violences et fit une déposition qui concordait en tous points avec celles de trois voisines, ses confidentes. Elle jouissait certainement alors de la plénitude de ses facultés. Son appétit était bon, son sommeil régulier, toutes ses fonctions s'accomplissaient normalement. Le 27, elle se décida enfin à se laisser visiter par le Dr Darnis.

Nous ne reviendrons pas sur les parties déjà décrites. Nous dirons seulement que les contusions et les érosions paraissaient plus anciennes. Les contusions commençaient à prendre une coloration jaunâtre qui leur donnait de cinq à huit jours de durée. La malade accusait, avons-nous dit, de très-vives douleurs dans toutes les parties sexuelles, elle se plaignait particulièrement de la face interne de la grande lèvre droite. Sur ce point, le Dr Darnis ne trouva rien, pas plus qu'aux autres parties de la vulve ni au vagin. Il n'existait pas non plus de traces de contusion aux fesses. Deux excoriations, légères et paraissant fraîches, existaient seules au pli de la fesse droite et quelques érosions à l'aine droite, mais si insignifiantes qu'elles intéressaient à peine le derme.

Que découle-t-il de ces deux examens? Nous ne pouvons mieux faire que rapporter les conclusions suivantes du Dr Darnis, conclusions que nous acceptons pleinement.

1° Des lésions constatées, aucune ne présente de gravité et toutes seront guéries d'ici à quelques jours;

2° Il existe une contusion au bras droit, mais nous ne pouvons la rattacher à une morsure;

3° Il se peut que quelques-unes des blessures observées

©BIUM

soient le résultat d'une lutte qu'aurait eu à soutenir la femme R..., mais on ne doit pas les attribuer toutes à cette cause et la plupart ont dû être produites par cette femme elle-même ;

4o Cela est vrai principalement pour les lésions observées aux parties sexuelles qui sont insignifiantes et de plus fraîche date que les autres.

Nous reviendrons plus loin sur la haute importance de ces conclusions.

III

Le Dr Darnis ne cacha pas à Pauline R... que les lésions offertes par ses parties sexuelles ne venaient pas à l'appui de ses dires et semblaient indiquer qu'elle n'était pas de bonne foi. Cette déclaration la troubla ; mais, se dominant, elle affirma avoir dit la vérité. Le lendemain, 28, elle se réveilla dans une vive agitation.

Cette nouvelle crise de folie confirma le Dr Darnis dans l'idée d'une simulation. En effet, que s'était-il passé ? A la suite d'un attentat à la pudeur avec violences dont elle aurait été, disait-elle, victime, cette femme avait eu une crise aiguë de folie dont les symptômes avaient consisté à se frapper, à tout briser autour d'elle, à se débattre contre des poursuites dont elle se croyait toujours l'objet et à invectiver, dans une colère indignée, celui qui portait ainsi sur elle une main criminelle. Douze heures après, elle mangeait et dormait bien et, le lendemain, ne présentait plus aucune trace de délire. Elle restait ainsi raisonnable et sensée quatre jours, refusait durant ce laps de temps, sans aucun motif, de se laisser visiter, alors qu'elle prétendait avoir aux parties sexuelles des contusions et des déchirures, preuves péremptoires des violences obscènes qu'on avait exercées sur elle. Et quand elle se décidait enfin à se laisser examiner et que le médecin, ne trouvant rien, rien qui pût justifier les accusations qu'elle portait contre un homme

©BIUM

honorable, lui déclarait qu'il n'était pas sa dupe, elle redevint incohérente et agitée ! Tout cela n'était-il pas suspect ? Pouvait-on considérer comme naturelle cette évolution de la maladie et n'était-on pas en droit de soupçonner la fraude et la ruse chez la plaignante ?

Quoi qu'il en soit, faisons table rase de toutes ces considérations et, puisque Pauline R... a une nouvelle crise de folie, examinons-la, l'esprit dégagé de toute idée préconçue, analysons tous les symptômes qu'elle présente et recherchons si leur ensemble est caractéristique d'une forme vésanique connue.

Dès son arrivée à l'asile, Pauline R... avait été placée au quartier des agitées où la surveillance est beaucoup plus facile et beaucoup plus active. Elle n'était pas sortie de ce quartier durant les quatre jours d'intervalle lucide, elle avait donc pu étudier de près les malades qui y étaient et n'avait pu en voir d'autres. C'étaient toutes des maniaques. La veuve E... voulut se conformer à ce qu'elle avait eu l'occasion d'observer et d'étudier autour d'elle et il en résulta que les symptômes de cette seconde manifestation différèrent de tout au tout de ceux de la première. Or, cette symptomatologie différente est un argument des plus puissants en faveur de la simulation, car dans la folie intermittente, chacun le sait, les mêmes symptômes se montrent invariablement. D'autres manifestations plus graves peuvent venir s'ajouter aux premières, quand la maladie tend à s'accentuer, mais toutes celles qui ont une première fois fait leur apparition se montrent à chaque nouvelle poussée avec une ténacité désespérante. Cela est si vrai qu'il suffit de voir un malade commettre tel acte ou émettre telle pensée constatés au début d'une période précédente, pour pronostiquer à coup sûr que l'agitation va éclater. La valeur médico-légale de ce point de pathologie a d'ailleurs été vivement mise en lumière par M. le Dr Campagne dans une lettre à M. le Dr Laurent.

©BIUM

Durant cette seconde crise de folie, Pauline R... ne présenta plus ces impulsions à la violence qui avaient caractérisé la première. On ne la vit plus se frapper, s'arracher les cheveux, briser ce qui était à sa portée, on ne l'entendit plus insulter en termes indignés celui qu'elle accusait de l'avoir violentée, on ne l'aperçut plus se débattant et cherchant à échapper à des poursuites, mais on constata chez elle une agitation désordonnée et une incohérence de langage qui cadraient admirablement avec ce qu'elle voyait et entendait autour d'elle. Comme les maniaques ses compagnes, elle dansait, sautait, riait aux éclats et babillait sans cesse.

L'incohérence des paroles de la veuve E... n'était malheureusement pas une incohérence de bon aloi. L'incohérence maniaque, en effet, comme l'a fort bien fait ressortir M. Falret, est plus apparente que réelle, elle tient uniquement à ce que le travail de la pensée est plus rapide que sa manifestation et à ce que beaucoup de chaînons intermédiaires échappent à l'observateur ; il y a toujours, dans ce pêle-mêle apparent, un ordre caché qu'il faut rechercher et qu'une observation approfondie fait souvent découvrir. Le Dr Darnis remarqua, au contraire, que l'incohérence de Pauline R... portait surtout sur les mots et que son délire consistait dans une association de locutions sans liens entre elles et était plutôt caractéristique d'une démence avancée que d'une manie aiguë. D'un autre côté, il ne put jamais déterminer chez elle, ces brusques revirements que l'audition d'un mot ou la vue d'un objet amène chez les malades de cette catégorie.

L'attention du Dr Darnis fut appelée aussi sur un autre point, sur la nature de l'agitation de la plaignante. Cette agitation lui parut, non-seulement peu en accord avec les paroles émises, mais encore composée d'une série de mouvements désordonnés, n'ayant aucun ensemble. Ce fait a son importance. « Il paraît facile au premier abord, dit

©BIUM

M. le Dr Laurent, à celui qui n'a pas étudié les aliénés, de se livrer à des mouvements désordonnés, mais dans l'agitation vésanique il y a un ensemble manifeste. Les mouvements du simulateur, fait-il remarquer, sont presque coupés pour ainsi dire, quoique multipliés, tellement on remarque peu de liaison dans leur production. »

Pauline R... ne devait pas tarder à succomber sous le poids même de sa simulation. Les maniaques ne se fatiguent pas; tous les auteurs sont unanimes sur ce point : on les voit pendant des semaines, des mois entiers, en proie jour et nuit à l'agitation la plus véhémente, sans qu'ils témoignent la moindre lassitude et sans que l'énergie de leurs mouvements paraisse amoindrie et Marcé parle, dans son *Traité*, de femmes maniaques, chétives en apparence, qui auraient vécu dix, vingt ans et même plus, au milieu d'une exaltation dont la violence semblait dépasser les limites des forces humaines. Qu'avec Pinel, Esquirol, Calmeil et la très-grande majorité des aliénistes, on explique cette absence de lassitude par une augmentation considérable des forces de ces malades, ou qu'on l'attribue avec Griesinger à une anesthésie du sentiment de la fatigue, le fait n'en reste pas moins bien établi. Pauline, elle, s'accordait des heures de repos, elle réparait ses forces pour reprendre ses divagations et ses excentricités, aussi ses plus grandes extravagances avaient-elles lieu au moment des visites ou lorsqu'elle pouvait être le mieux aperçue des infirmières du quartier. Bien plus, au milieu de toute cette agitation — particularité qui frappa beaucoup le Dr Darnis — elle prêtait l'oreille, écoutait avec soin tout ce que le médecin disait et essayait de saisir les recommandations faites aux surveillantes.

Cette fois encore il fut impossible de saisir le moindre trouble fonctionnel ; il y avait un contraste frappant entre la vie physique et la vie intellectuelle ; le corps ne participait pas à cet état convulsif de l'intelligence et les fonctions

©BIUM

s'exécutaient dans le calme le plus parfait. Pourtant, dans la folie chronique seule, on constate cette absence absolue de troubles somatiques et, dans la manie aiguë, les fonctions digestives subissent toujours des perturbations et le corps participe à l'activité de l'esprit.

Cette seconde crise dura trois jours et deux nuits. Pauline R... avait peut-être l'intention de la prolonger encore, mais la nature réclama impérieusement ses droits; épuisée, elle s'endormit d'un profond sommeil et se réveilla quinze heures après. Ce sommeil ne prouvait-il pas qu'elle avait entrepris une simulation au-dessus de ses forces?

Le Dr Darnis, de plus en plus confirmé dans sa première idée par tout ce qu'il avait observé, déclara à la veuve E... qu'il n'était point sa dupe. Elle eut à ce moment des protestations qui achevèrent de démasquer sa fraude. Ainsi avertie, elle modifia son plan et simula une maladie nerveuse, ce qui était bien moins fatigant. Elle se plaignit de crampes d'estomac, de faiblesse générale, de tendances syncopales, de tremblements dans les membres et, bien que l'examen le plus minutieux de tous les organes ne permît pas de saisir la cause de ces troubles, le Dr Darnis, pour se débarrasser de ses plaintes et aussi pour voir ce qu'il en adviendrait, la fit passer à l'infirmerie. Là, elle eut des syncopes, se laissa tomber de son lit à diverses reprises, faisant la morte quand on la relevait. Le Dr Darnis fut obligé de se déranger plusieurs fois à des heures avancées de la nuit. Personne n'ajoutait foi aux syncopes de cette malade, pas même l'infirmière chargée de la veiller, qui prit un jour le malin parti de la laisser à terre, si bien qu'elle se leva toute seule un quart d'heure après. On était en décembre et il ne faisait pas bon rester couché en chemise sur le parquet. Depuis elle ne se laissa plus choir de son lit, mais elle eut des quintes de toux suivies de crachats sanguinolents. Cette fois elle joua admirablement son rôle, et certainement un médecin non prévenu aurait pu se laisser

©BIUM

induire en erreur. Le Dr Darnis fit exercer une surveillance active, on ne la perdit de vue ni nuit ni jour et les mêmes faits se produisirent. Convaincu pourtant, par tout ce qu'il voyait, de la supercherie de cette femme, il l'examina avec le plus grand soin et parvint à découvrir que le sang provenait de blessures qu'elle se faisait à la langue avec une dent cariée.

Quelles conclusions tirer des faits que nous venons de relater ? Que penser d'une maladie mentale offrant une telle évolution? Est-il possible de lui assigner sa place dans le cadre nosologique, ou n'est-ce pas plus rationnel de la considérer comme un assemblage de symptômes sans lien entre eux, simulés par une femme qui, ne possédant aucune connaissance en aliénation mentale et ignorant que tout délire a sa logique, se figurait que la folie consiste à débiter des paroles sans suite, à commettre des actes excentriques et à présenter des phénomènes morbides de nature inconnue et bizarre? Telle fut l'opinion du Dr Darnis et telle est aussi la nôtre. Toutefois nous devons reconnaître qu'en présence de cette simulation si singulière et si mobile, on était en droit de se demander si Pauline R... n'était pas hystérique et si elle n'agissait pas sous l'influence de cette névrose. Nous discuterons et nous réfuterons plus loin cette appréciation, quand les antécédents de cette femme nous seront connus et que nous aurons ainsi réuni tous les éléments nécessaires à la solution de cette question. Jusqu'ici nous sommes resté dans l'examen direct de la veuve E..., passons maintenant à l'examen indirect ; il nous révèlera des faits d'une extrême gravité qui seuls ont pu amener le magistrat instructeur, convaincu de la sincérité de la femme E... et combattant l'opinion du Dr Darnis, à mettre en liberté l'honorable négociant qu'il tenait en prison.

©BIUM

IV

Dans le courant de l'année 187..., la famille E... arrivait à V... et s'établissait au faubourg S... ; le père déjà d'un certain âge, affaibli par une affection chronique qui devait bientôt l'enlever, la femme, mère de trois enfants en bas âge, jeune encore, mais maigre, chétive et fatiguée. E... malade, ne pouvait guère songer à gagner de quoi subvenir aux besoins de sa famille relativement nombreuse. Pauline R... sembla comprendre qu'elle se devait à son époux et à ses enfants et chercha par son travail, à soustraire les siens aux étreintes de la misère. Le 16 août, peu de jours après son arrivée au faubourg S..., elle entra, comme ouvrière, dans la fabrique d'un riche négociant, tondeur de peaux de lapin. Elle semblait tout entière à ses devoirs de mère et d'épouse, elle paraissait avoir une conduite régulière qui sut lui gagner la sympathie de tous ses voisins. Mme L..., épouse d'un tailleur, Mme V..., ménagère, et la femme du commissaire de police du quartier se lièrent avec elle de bonne amitié. Jouissant d'une confortable aisance, ces trois honorables personnes venaient souvent à son aide, et, grâce à leurs excellentes recommandations, elle obtenait soit du curé de la paroisse, soit de certaines dames riches et charitables, des secours qui lui permettaient, avec le fruit de son travail, de faire vivre sa famille et de soigner son mari malade. Son patron même lui faisait de fréquentes avances et, quand il lui répugnait de recourir à la charité de ses amies, elle n'avait pas à craindre un refus de lui. Le ménage E... marchait ainsi depuis trois ou quatre mois, moitié à l'aide du travail de la mère, moitié à l'aide de la charité privée et publique, quand, vers le milieu de décembre, Pauline R... entra un soir chez le commissaire du quartier toute émue, les larmes aux yeux, et fit à sa femme le récit suivant : « Aujourd'hui vers 5 heures j'allais chercher des peaux de lapin, quand le patron me

©BIUM

pria de passer dans son cabinet ; je le suivis, ignorant ce qu'il avait à me dire. Arrivée dans cette pièce, il me prit les mains et la taille et chercha à m'embrasser. Il me dit qu'il ne voulait plus me voir ainsi dans la pauvreté et que, si je voulais l'aimer, il me ferait un sort. En me parlant ainsi, il m'avait attirée dans ses bras et me glissa dans la main une pièce de 20 fr.; je la laissai tomber et, profitant de son étonnement, je me sauvai . » La femme du commissaire s'indigna d'une telle conduite, exhorta son amie à rester fidèle à ses devoirs et lui promit qu'elle ne serait jamais réduite à se vendre pour donner du pain à sa famille. Elle tint parole et les secours arrivèrent de plus en plus abondants chez Pauline.

Quatre mois après, E... mourut et, dans le courant de juin, sa veuve alla trouver Mme V... ménagère, et lui fit un récit en tous points semblable à celui qu'elle avait narré en décembre à la femme du commissaire. Cette dame, qui ignorait complètement la confidence faite l'année précédente, fut toute flattée de la confiance qu'on lui témoignait et s'efforça de procurer à celle qui venait ainsi à elle tous les secours dont elle pouvait avoir besoin.

Les choses restèrent en cet état pendant les mois de juillet, août et septembre. Dans les premiers jours d'octobre, la femme du commissaire reçevait une lettre anonyme dans laquelle on lui disait qu'elle s'intéressait à une femme de mauvaise vie, indigne de sa bienveillance. Sans indiquer le nom de cette personne, on lui donnait l'adresse de la maison qu'elle habitait et de la fabrique où elle travaillait et c'étaient les adresses de Pauline R... Quelques jours après, Mme V... en recevait aussi une et Mme L..., l'épouse du tailleur, ne tardait pas à recevoir la sienne. Elles se communiquèrent ces dénonciations anonymes, les confidences que Pauline leur avait faites. Toutes les trois furent d'avis que les lettres venaient du négociant, qui, pour la réduire à la dernière misère et arriver plus facilement à ses fins, voulait

©BIUM

la priver de tout secours, et elles se montrèrent plus empressées auprès de la veuve E...

Le 20 novembre au soir, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après l'envoi des trois lettres anonymes, Pauline R... alla trouver ses trois amies et en proie à une douleur profonde leur raconta qu'elle venait d'être victime d'un attentat à la pudeur avec violence. « Le patron m'ayant appelé, dit-elle, pour aller chercher des peaux de lapin, je le suivis. Arrivée dans son cabinet, il se jeta sur moi et me renversa avec tant de brutalité que je me suis fait horriblement mal aux fesses. Mettant une main sur ma bouche pour m'empêcher de crier il souleva mes jupes, malgré mes efforts pour l'en empêcher, et me toucha les parties sexuelles avec une telle violence qu'elles sont toutes meurtries et qu'elles me font beaucoup souffrir. Puis il abaissa son pantalon et s'offrit nu à mes yeux. Je me défendis avec énergie et, comme je résistais toujours, malgré ses offres d'argent, il finit par me laisser libre et je pris la fuite. »

Le lendemain elle retourna à l'atelier et revint le soir en disant que M. X, l'ayant rencontrée l'après midi sur l'escalier, avait renouvelé ses offres. A l'entendre, il lui avait saisi les seins en passant la main par la fente de sa robe et, comme elle résistait, il l'avait mordue fortement au bras.

Dans la journée du 22, elle raconta ces histoires à différentes autres femmes du quartier. Qu'advint-il de tout cela ? Chacun connaît la fable du Bonhomme et combien sont dangereuses les langues féminines ; le soir, ce n'était plus un œuf qu'elle avait pondu, c'en était un panier. Tout S... racontait l'histoire et la commentait à sa guise. Pauline R..., à les en croire, avait triomphé d'un piège odieux et d'un attentat horrible. Grâce à sa vertu et à son énergie, elle était sortie victorieuse, mais meurtrie et ensanglantée. On portait aux nues l'héroïne et il n'y avait pas assez d'insultes à l'adresse du séducteur qui employait sa fortune à acheter les faveurs des mères de famille. La police s'en mêla, le par-

©BIUM

quet en fut informé et le procureur, dès le lendemain 23, fit mander à son cabinet Pauline R... Le gendarme se rendit à son atelier et ne la trouva pas, mais une amie la rencontra sur le seuil d'une église et lui fit part de la nouvelle. Aussitôt Pauline R... de regagner sa maison dans un état de grande surexcitation et d'avoir une crise de folie en entrant chez elle. La suite nous est connue.

V

Tels sont les faits dans toute leur vérité et dans toute leur nudité. Il s'agit maintenant de les commenter et de les apprécier au point de vue de la simulation et de la non-simulation. Ils relèvent, moins de la science que de la raison et c'est le simple bon sens qui sera surtout notre guide.

Dans cette histoire, une chose nous frappe tout d'abord, c'est la persistance de cette femme à rester toujours l'ouvrière d'un homme dont les poursuites l'importunaient tant. V.... n'est pas une ville morte, le commerce s'y fait en grand et Pauline R.... eût trouvé du travail dans vingt fabriques. Pourquoi retournait-elle chez ce patron séducteur? Ce n'est pas là, à notre avis du moins, la conduite qu'eût tenue la vraie vertu ; en silence et sans esclandre elle se serait dérobée à une affection outrageante et injurieuse et ne se serait pas offerte ainsi chaque jour aux regards licencieux d'un vieux libertin. Et puis, comme tous ces récits se ressemblent ! C'est toujours par hasard qu'elle rencontre le séducteur qui l'invite à le suivre ; c'est toujours sans méfiance qu'elle obéit à son ordre, persuadée qu'il s'agit de porter un paquet de poils de lapin ; elle est toujours conduite dans le même cabinet et là les mêmes tentatives et les mêmes offres se renouvellent.

Autre chose très-grave : les confidences de Pauline R... Elle a autant de confidentes qu'elle subit d'outrages. D'abord c'est l'épouse du commissaire ; nouvelle poursuite, nouvelle

©BIUM

confidente, c'est alors la ménagère ; elle a été enfin victime d'un lâche attentat et elle va le raconter à trois, puis à cinq et à six personnes. La pudeur n'est-elle pas plus discrète, et quand une femme a vraiment au cœur ce sentiment si beau, gardien vigilant de sa vertu et de son honneur, va-t-elle ainsi raconter aux voisines qu'un homme, sans respect pour son sexe et sa faiblesse, s'est livré sur elle à des attouchements obscènes? Et à qui fait-elle ses confidences? Est-ce à des amies intimes qui depuis de longues années la consolent de ses peines ? Non, à des connaissances de la veille, à des personnes charitables qui donnent du pain à ses enfants et des remèdes à son mari malade. Elle semble en faire un moyen d'exploitation, elle étale sa vertu pour obtenir des secours comme certains étalent leurs plaies pour appeler la commisération publique. Ne sommes-nous pas en droit de dire : si les tentatives de séduction sont vraies, si les résistances de la femme le sont aussi, elle se prêtait à ce jeu pour faire de ses refus un moyen d'arriver à ses fins.

Mais les récits de Pauline R... étaient faux, car ils sont en complète contradiction avec les constatations médicales. Elle a raconté le 20 novembre, jour même du prétendu attentat, qu'elle avait été touchée avec tant de force qu'elle avait les parties sexuelles contusionnées et gonflées, elle l'a répété au Dr Darnis, et nous savons qu'il n'en est rien. Elle a dit aussi avoir été mordue et le Dr Darnis n'a constaté chez elle que des contusions. Et nous appelons surtout l'attention sur ce point important : les blessures constatées à la vulve étaient fraîches et plus récentes que celles des bras et des seins, et, d'après les confidences de la plaignante, l'attentat à la pudeur avec violences eut lieu le 20 novembre et les blessures au sein et au bras furent faites le 21 !

Après ce dementi formel donné aux accusations de Pauline R... par les constatations médico-légales, est-il nécessaire de faire ressortir tout ce qu'il y a d'invraisemblable dans ses récits de l'attentat et surtout de la scène qui

©BIUM

aurait eu lieu sur l'escalier même de la fabrique, escalier par lequel passait tout le nombreux personnel de la maison et qui était presque un lieu public? Est-il aussi nécessaire d'esquisser la physionomie de cette femme qui inspirait une passion adultère si brûlante à un père de famille honorable de 55 ans ? Certes, nous savons que les goûts sont personnels, et qu'en matière de lubricité surtout, ils sont parfois bizarres et singuliers. Mais qu'était-ce que Pauline R...? Au dire de tous ceux qui l'ont connue, elle avait à trente-deux ans tout l'aspect de la vieillesse, le visage ridé par la souffrance, la bouche dégarnie de son plus bel ornement, le corps amaigri et brisé par les privations de tout genre. L'autre, vert encore quoique âgé, riche, et l'on sait toute la puissance de ce mot quand il s'agit d'amours illicites, ayant dans ses ateliers et partant sous sa main un essaim de plus de cent jeunes filles ; et cet homme aurait écrit des lettres anonymes ! et cet homme se serait compromis par un attentat à la pudeur sur la femme dont nous avons crayonné le portrait ! Ce n'est pas impossible, mais est-ce vraisemblable ?

On le voit ; cette première partie de l'examen indirect, loin d'affaiblir l'opinion du Dr Darnis, lui donne une plus grande force. Et si maintenant, en interrogeant les antécédents de cette femme, nous apprenons que de tout temps elle fut hypocrite et rusée, que loin d'être une vertueuse mère de famille, elle a été fille légère et épouse adultère, si nous avons de plus des preuves certaines qu'elle a toujours cherché à faire des dupes, ne serait-ce pas le dernier coup porté à ses plaintes? Interrogeons ses antécédents, ils nous fourniront cela et mieux que cela encore.

VI

Sur les demandes qui lui furent faites par le magistrat instructeur, la femme E... répondit qu'elle était née à B... et qu'elle avait habité chez son père jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. Mariée à cette époque avec E..., garçon boulanger, ils

©BIUM

transportaient leur commerce, deux ans après, à A... où ils restèrent six ans. De mauvaises affaires les ayant contraints de vendre leur fonds, ils vinrent chercher du travail à V...

Voici la vérité : Jeune fille légère et coquette, Pauline R.. se maria à dix-huit ans et perdit son mari quatre ans plus tard. Veuve, elle redevint ce qu'elle était jeune fille. Elle était femme de mœurs faciles quand elle fut épousée en secondes noces par E..., garçon boulanger, pas trop scrupuleux sur les antécédents et désireux surtout d'ouvrir un magasin avec la dot de sa future. Quand ils quittèrent ce village, Pauline laissa après elle une réputation de femme adultère et le pauvre E... celle d'être un mari tolérant. Ils n'allèrent pas directement à A..., comme essayait de le faire croire la plaignante, mais ils gagnèrent d'abord un petit village du Lot. Là, pour gagner les bonnes grâces du curé et obtenir des secours, Pauline fit la visionnaire et raconta qu'elle voyait des esprits et des saints. Le vénérable ecclésiastique, homme de foi mais aussi de raison et de savoir, lui fit un acceuil peu bienveillant et le couple mystique hué et moqué s'enfuit à la hâte à Saint-G...

La femme E... recommença à avoir des visions et à tomber en extase. Plus heureuse que dans la localité précédente, elle fit de nombreuses dupes. Le maire, justement intrigué d'un tel état de choses, écrivit à B..., pays natal de l'extatique et apprit des autorités locales ce qu'elle avait été. Il lui demanda alors un certificat de moralité qu'elle ne put jamais fournir.

Il ne suffisait pas à Pauline R... de jouir des faveurs célestes, il lui fallait aussi être victime des embûches et des inimitiés des hommes. Deux partis divisaient Saint-G..., le parti religieux et le parti libre penseur. Elle voulut exploiter la situation et se grandir en se posant comme martyre de la persécution antireligieuse. Elle cassa elle-même les carreaux de ses fenêtres et accusa de ce méfait un inconnu qui arrivait, disait-elle, à pas de loup sur le soir et se dérobait aux

©BIUM

poursuites par une fuite précipitée. C'était sans doute, insinuait-elle, quelque impie qui voulait outrager la religion en insultant la visionnaire. Ces scènes nocturnes s'étant renouvelées plusieurs fois et les plaintes de la victime devenant de plus en plus pressantes, le parquet de G... jugea l'affaire grave et se transporta à S^{t}-G .. On entendit la femme E..., on fureta beaucoup, on chercha partout et on ne put mettre la main sur ce personnage, insaisissable aux poursuites de la justice aussi bien qu'aux poursuites de Pauline R... Toutefois, par suite des persécutions qu'elle endurait et des visions dont le ciel la gratifiait, elle était en odeur de très-grande sainteté auprès du curé de la paroisse et des bonnes vieilles femmes de la localité. Inutile d'ajouter que cette réputation lui procurait d'assez joli revenus.

Un mois après les faits que nous venons de rapporter, elle déroba à son mari une certaine somme, et cela avec effraction et un tel concours de circonstances qu'il était impossible de la soupçonner. Le parquet de G... se déplaça une seconde fois et il en fut du voleur comme de celui qui cassait les carreaux. Pourtant une procédure volumineuse s'instruisait; le juge d'instruction piqué au vif ne laissait de repos à personne : la gendarmerie était sur les dents, le juge de paix faillit être révoqué. Peine inutile, vains efforts.

Pauline R... n'était pourtant pas encore satisfaite : avoir ses carreaux cassés, être volée, sans doute c'était quelque chose ; mais il y avait mieux que cela, c'était d'être assassinée. Trois mois après ce vol, la femme E... simulait une tentative d'assassinat. Le parquet de G... se transporta pour la troisième fois à S^{t}-G... Le juge d'instruction comprit alors avec tout le monde qu'ils étaient dupes de cette rusée friponne et que c'était dans l'unique but de se rendre sympathiques les âmes pieuses de l'endroit et de soutirer de l'argent pour des neuvaines et des prières qu'elle feignait d'être

©BIUM

victime de persécutions inouïes. Le jour même le couple E... fuyait de St-G... et allait se réfugier à A... Il est facile de comprendre maintenant pourquoi la veuve E...a prétendu s'être transportée directement de B... dans cette dernière localité et a omis de parler de son séjour à St-G...

A A..., ils devinrent plus raisonnables. Je ne dis pas plus moraux. La femme continua la série de ses adultères et le mari continua à fermer les yeux sur l'inconduite de son épouse ; mais Pauline ne vit plus les saints, ne fut plus volée et ne courut plus le risque d'être assassinée. Ils restèrent six ans à A..., faisant d'assez bonnes affaires. E... tomba malade; il laissa sa femme avec un garçon boulanger pour conduire le magasin et s'en fut dans sa famille chercher des soins. L'occasion était trop belle pour ne pas en profiter. Pauline ferma le magasin et s'envola avec le garçon boulanger, devenu son amant. En passant par la M..., lieu qu'habitait la famille de son mari, elle indiqua à ses enfants la maison de leur père et s'empressa de regagner la voiture où l'attendait son amoureux. Ils restèrent quelques mois ensemble et s'en allèrent jusqu'en Espagne, a-t-on dit; mais ces liens adultères ne peuvent jamais se dénouer, il faut les rompre, et un jour l'amant infidèle la délaissa. Pauline R... ne rougit pas alors de regagner la maison conjugale, son mari plus complaisant que jamais s'empressa de la recevoir et peu après ils se rendirent tous deux à V...

Telle est l'histoire de Pauline R... Elle achève de juger la question et vient donner une force nouvelle à cette opinion du Dr Darnis, que l'attentat à la pudeur et le trouble intellectuel avaient été simulés par cette femme. Le parquet le comprit, une ordonnance de non-lieu intervint et l'honorable négociant fut rendu à sa famille et à ses affaires. Celle qui par trois fois s'était jouée du tribunal de G... venait de faire subir un mois de prison préventive à un honnête homme et de plonger toute une famille dans la douleur et l'anxiété.

©BIUM

VII.

Avant de nous demander quel était le véritable état mental de cette femme, il nous semble utile de spécifier le mobile qui a poussé Pauline R... à ses fausses accusations et l'a portée à simuler la folie et aussi de dire un mot des trois lettres anonymes, argument sur lequel se basait surtout le magistrat instructeur dans sa lutte contre le Dr Darnis.

Nous l'avons bien des fois répété, c'est dans l'unique but d'intéresser à elle ses voisines, femmes vertueuses et de mœurs rigides, de se procurer de l'argent et des remèdes pour son mari malade que Pauline R..., au mois de décembre 187... et dans le courant de juin suivant, raconta à la femme du commissaire d'abord et en second lieu à la femme V..., ménagère, les prétendues poursuites dont elle se disait victime. C'est encore pour gagner leurs bonnes grâces qu'elle avait modifié ses allures et qu'elle avait pris les dehors de la femme honnête et de la mère dévouée. A St-G... pour bien mériter du parti religieux et se faire des amies, elle avait des visions et se donnait pour la victime des ennemis du catholicisme. A V..., elle fit la vertueuse comme ailleurs elle avait fait l'extatique. C'est toujours le même plan qu'elle suit, toujours le même but qu'elle poursuit. Mais elle a soin de varier son rôle avec le milieu. A V.... comme à St-G.... elle se perd par son exagération. Quand, au mois de novembre, elle raconta à ses trois protectrices qu'elle venait d'être victime d'un attentat à la pudeur avec violences, c'était encore un nouveau titre qu'elle se donnait à leurs libéralités, et quand le parquet, instruit de ce crime, résolut de poursuivre, elle trouva dans la folie une ressource extrême pour se soustraire tout d'abord à des explications et donner ensuite plus de poids à ses accusations calomnieuses. On peut rapprocher cette conduite de celle qu'elle a tenue à St-G... Assaillie d'abord à coups de pierres, puis volée, elle est

©BIUM

enfin sauvée comme par miracle d'un horrible assassinat; à V... elle est poursuivie, puis outragée et enfin rendue folle par la honte et la douleur. Mais il est rare, heureusement, que l'hypocrisie jouisse d'un triomphe complet. Tôt ou tard le mensonge est dévoilé et le coupable est démasqué par les moyens mêmes qui devaient l'amener à ses fins. La vie de Pauline R... nous en fournit un double exemple.

Nous ne pouvons clore cette partie de la discussion sans parler des trois lettres anonymes. Deux experts en écriture — ces pauvres experts en écriture! que Dieu ait pitié de leur âme, car ils ne savent jamais ce qu'ils font! — ont certifié dans un long rapport que les trois lettres étaient du négociant inculpé. Nous avons lu avec attention les nombreuses pages de ce travail, après avoir examiné scrupuleusement les lettres incriminées et les pièces de comparaison, et nous devons déclarer que nous n'avons été rien moins que convaincu. D'ailleurs la simulation de Pauline R... établie et M. X... innocenté, il est évident qu'une fois de plus les experts en écriture ont fait fausse route. La veuve E... a refusé de signer sa déposition pour ne savoir; donc, disait M. le juge d'instruction, ce n'est pas elle qui a écrit les trois lettres. Nous avons voulu nous éclairer, et dans ce but nous nous sommes adressé au maire de B... Cet honorable magistrat, qui a bien voulu faire une enquête à ce sujet, nous a fait savoir que, quand Pauline R... quitta sa ville natale en 1855, elle ne savait ni lire ni écrire: Cela ne prouve pas que, quinze ans après, elle ne le savait. Mais comme, malgré de patientes recherches, nous n'avons pu nous éclairer sur ce point, acceptons qu'elle était parfaitement illettrée. Par qui alors ces lettres ont-elles été écrites? Mystère, dirons-nous. Bien que nous ne puissions donner de ce fait aucune interprétation positive, nous ne serions nullement étonné que la vertueuse mère de famille du faubourg S... ne fût la femme galante de quelque ouvrier de bas étage d'un quartier éloigné et que les

©BIUM

trois lettres aient été écrites par un amant complice. La vie adultère et scandaleuse de la veuve E... ouvre le champ à toutes les hypothèses.

VIII

La simulation de Pauline R..., veuve E..., nous semble parfaitement établie dans les pages qui précèdent. Cette femme, sans aucun doute, a simulé et l'attentat à la pudeur avec violences et les crises de folie qui en seraient résultées ; mais nous avons encore à nous demander si cette simulation ne serait pas elle-même morbide et si, en faisant peser une aussi grave accusation sur un homme qui lui avait rendu des services, elle ne cédait pas à un besoin maladif d'accuser, de se rendre intéressante; si elle n'était pas alors dominée par un délire malicieux. Le parquet, pour des raisons que nous n'avons pas à rechercher ici, n'a pas cru devoir soulever cette question et le Dr Darnis n'a pas eu à la résoudre, — dès que l'ordonnance de non-lieu a été rendue, les portes de la prison et de l'asile ont été ouvertes au prévenu et à la plaignante, — mais il nous importe de la traiter, afin de nous faire une idée exacte de l'état psychique de cette femme.

Il faut reconnaître que la vie de la veuve E..., accidentée et bizarre, a comme un faux air d'hystérie. Elle simule des visions célestes, elle se présente comme victime de persécutions imaginaires, puis on la voit se plaindre d'être poursuivie, violentée, et, à l'asile, tantôt elle feint des syncopes et tantôt, pour faire croire à des hémoptysies, se déchire la langue avec une dent cariée. Il y a certainement là un ensemble qui fait songer à la simulation hystérique. Il ne faudrait pourtant pas se hâter de conclure, car souvent la folie et la passion peuvent revêtir des aspects semblables, offrir des allures communes. Il y a, en effet, fort peu d'actes ou de groupes d'actes qui soient vésaniques par

©BIUM

eux-mêmes, et leur caractère maladif ressort bien plutôt des conditions dans lesquelles ils ont été commis et surtout du mobile qui les a engendrés. Dans le cas actuel, nous pouvons affirmer hardiment qu'aucun des symptômes offerts par cette femme n'a par lui-même une valeur pathologique et que, si leur ensemble fait songer à la simulation hystérique, ce diagnostic ne s'impose pas à ce point que le champ ne reste ouvert à la discussion.

Dans la famille de Pauline R..., il n'y a pas d'antécédents héréditaires et la plaignante n'a jamais présenté de symptômes hystériques. Les renseignements pris par le Dr Darnis à l'entrée de la veuve E... et durant le temps qu'elle est restée soumise à son examen, ont été négatifs. A l'asile elle n'a jamais présenté non plus des symptômes bien avérés d'hystérie, car les tendances syncopales qu'elle offrit, à ce moment, étaient certainement simulées, comme le prouvent le soin qu'elle prenait de se laisser choir du lit et la spirituelle plaisanterie de l'infirmière chargée de la veiller. Il faudrait donc admettre que l'hystérie ne se manifestait chez Pauline R... que par le seul délire malicieux. Une telle symptomatologie ne nous semble guère admissible, car l'hystérie, alors même qu'elle n'éclate pas sous forme de grandes crises convulsives, modifie profondément le système nerveux de la femme et détermine chez elle des troubles aussi variés que nombreux; troubles quelquefois fugitifs, peu marqués, je l'accepte, mais constants et qu'il est toujours facile de retrouver et de constater. Nous pouvons même aller plus loin et accepter, comme a cherché à l'établir M. Dally dans un récent travail, que le délire malicieux existe comme entité morbide et en dehors de tout état hystérique, car le cas de Pauline R... ne peut certainement cadrer avec les faits auxquels fait allusion l'auteur. En effet, que dit M. Dally? « L'état malicieux qui prend parfois les proportions d'un véritable délire avec conscience, est une disposition mentale en vertu de laquelle on accomplit cer-

©BIUM

tains actes, on simule certaines affections, on adopte certaines pratiques soit en vue de produire sur les observateurs une impression extraordinaire, soit pour se fortifier dans la conviction où l'on se trouve que l'on est soi-même un être extraordinaire ou exceptionnel. Il nous a paru que l'expression de malice appliquée à cet état souvent grave rendait bien la nature de cette perversion mentale que l'on rattache uniquement et sans raison à l'hystérie. » Ce n'était ni pour se rendre intéressante, ni pour se donner de l'importance que la veuve E...simulait, c'était pour escroquer de l'argent. Aussi la voyons-nous varier ses procédés avec les milieux et opérer seulement quand la gêne se fait sentir. Son second mari, E... n'ayant pas réussi dans ses affaires, ils transportent d'abord leur commerce dans une petite ville du Lot. L'argent se faisait rare chez eux et Pauline commence à simuler des visions pour gagner les bonnes grâces du curé, et obtenir des secours. Chassée par les habitants, elle s'enfuit et cette fois a soin de bien choisir un terrain propice. Elle opère en grand à St-G..., fait de nombreuses dupes, gagne ainsi de l'argent, et quand, après la tentative d'assassinat, la lumière se fait, elle se retire à A..., riche des sommes escroquées, et ouvre un magasin dans cette localité. Les affaires vont bien durant six ans et durant six ans elle cesse toute simulation. Puis, par son inconduite, elle amène de nouveau la gêne dans le ménage, elle est obligée de se réfugier à V... et aussitôt les simulations recommencent. Cette évolution présente-t-elle quelque chose de maladif et n'est-elle pas marquée, au contraire, au coin de la ruse et de la fourberie?

D'ailleurs le cas de Pauline R... n'est pas un cas isolé. Sans doute on ne rencontre pas beaucoup de femmes poussant les choses aussi loin qu'elle et simulant hardiment, suivant les occasions, des visions célestes ou des attentats à la pudeur, mais elles sont encore nombreuses celles qui, pour obtenir des secours, vont raconter qu'elles sont poursuivies

©BIUM

et obligées, pour conserver leur vertu, soit de quitter leurs places, soit de changer de localité. Combien d'âmes pieuses et charitables ont été ainsi indignement trompées et ont livré à d'infâmes coquines l'argent qu'elles destinaient aux pauvres.

Pauline R..., à notre avis, rentre dans cette catégorie. Jeune fille sans moralité, épouse adultère, elle ne reculait devant rien, pas même devant les deux choses les plus saintes et les plus respectables, la religion et l'honneur des familles. Aussi n'hésitons-nous pas à tirer de cette étude les trois conclusions suivantes :

1° Pauline R.., veuve E..., a simulé l'attentat à la pudeur avec violences dont elle prétendait avoir été victime.

2° Les troubles intellectuels qu'elle a présentés ont été également simulés.

3° Cette femme a toujours joui de l'intégrité de ses facultés et devait être regardée comme responsable de ses accusations calomnieuses et des dommages moraux et matériels qu'elle avait occasionnés.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 26 mai 1879. — Présidence de M. Prosper Lucas.

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

Correspondance.

La correspondance comprend des lettres de remercîments de MM. Despine, Cullerre et de Fourcaud, lauréats du prix Aubanel.

M. Cullerre, médecin adjoint à l'asile d'Auxerre, sollicite le titre de membre correspondant et envoie, à l'appui de sa candidature, les ouvrages suivants :

1° *Recherches cliniques sur la période de début de la paralysie générale*, 1873 (thèse).

2° *Étude clinique sur la lypémanie stupide, mémoire ayant obtenu le prix Esquirol en* 1873.

3° *Alcoolisme et délire des persécutions*, 1875.

4° *Contribution à l'étude de la tuberculose chez les aliénés*, 1876.

5° *Observation de catalepsie chez une hypochondriaque persécutée*, 1877.

6° *Quelques phénomènes nerveux chez les aliénés*, 1876.

7° *Deux cas de tératologie cérébrale*, 1877.

8° *Méningite granuleuse*, 1878.

9° *Paralysie générale et aphasie*, 1878.

Renvoyé à une commission composée de MM. Mesnet, Falret, Christian, rapporteur.

M. le Secrétaire général fait part à la Société de la mort de M. Auzouy, de Bordeaux, chargé du cours de médecine mentale.

Une lettre de M. Mabille, médecin adjoint à l'asile de Blois, lauréat du prix Esquirol en 1878, demandant à être nommé membre correspondant.

©BIUM

Renvoyé à une commission composée de MM. Bouchereau, Dagonet, Brochin.

Un travail de M. Mordret, du Mans, intitulé : « *Hémorrhagie cérébrale. — Mort dans une série d'attaques épileptiformes. — Autopsie.* »

Renvoyé au comité de publication.

Présentation d'ouvrages.

M. Brochin offre à la Société l'article *Névrose* qu'il a fait publier dans le *Dictionnaire encyclopédique.*

M. Lunier présente le compte rendu du congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme, tenu à Paris du 13 au 16 août 1878.

M. Legrand du Saulle. — J'ai l'honneur de faire hommage à la Société d'un ouvrage que je viens de publier, et qui a pour titre : *Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie.* L'idée mère de ce livre est celle-ci : que le testateur commande en maître et qu'il soit obéi, s'il a dressé un acte intelligent et libre ; que sa volonté, au contraire, soit annulée après sérieux examen, si sa raison n'a point été entière, au moment où il a arrêté la distribution de ses biens.

Pendant sa vie, l'aliéné a pu, sous beaucoup de rapports, être nuisible aux siens; mais, après sa mort, que ses dispositions testamentaires ne viennent pas méconnaître trop facilement les liens du sang, les droits naturels, les privilèges de la fidélité conjugale, les titres de l'amitié ou les élans de la bienfaisance, et bouleverser iniquement les situations les plus méritantes !

Après avoir fait un exposé succint du testament en général et de ses différentes formes, je suis entré dans des développements importants sur la faculté de tester et sur toutes les circonstances accidentelles, passionnelles ou pathologiques, qui peuvent retentir, à un moment donné, sur l'intelligence, la volonté et la liberté du testateur. J'ai fait ressortir, chemin faisant, malgré les contradictions choquantes de la jurisprudence, les principales décisions juridiques survenues jusqu'à l'époque actuelle, et j'ai abordé ensuite, dans des chapitres distincts, l'examen approfondi des progrès de l'âge, de la vieillesse, de la sénilité, de la dernière maladie, de l'agonie, du suicide, de l'ivresse, de l'ivrognerie, de l'alcoolisme (ou folie alcoolique), de l'apoplexie, de l'aphasie et des intervalles lucides. Chacun de ces états a été étudié au point de vue des troubles intel-

©BIUM

lectuels, de l'affaiblissement éventuel du niveau mental et du degré possible de diminution de la mémoire et de la volonté. Des observations concluantes, citées à l'appui, créent des précédents cliniques, médico-légaux et juridiques.

Pénétrant plus avant dans la médecine mentale, j'ai passé en revue, — toujours à propos de l'aptitude à tester, — la manie, la mélancolie, le délire partiel (monomanie), le délire des persécutions, la démence, la paralysie générale et tout un groupe d'états intellectuels divers, de maladies, d'infirmités et de circonstances susceptibles d'influer sur la capacité testamentaire (folie raisonnante, délire fébrile, épilepsie, faiblesse d'esprit, pellagre, surdi-mutité, surdité, affaiblissement de la vue, cécité, hydrophobie, suggestion et captation, etc.). Là encore, des exemples choisis et des décisions judiciaires viennent justifier les opinions émises.

Cette clinique cérébrale du lendemain de la mort est un guide médical et pratique, à travers les extravagances ou les iniquités posthumes de la folie. Je l'ai dédiée aux deux représentants les plus éminents de nos études spéciales, à MM. Baillarger et Lasègue, et je suis fier de la placer en ce moment sous la protection scientifique des membres de la Société.

M. Legrand du Saulle. — Je suis chargé de vous offrir le premier fascicule d'un très-important *Traité des maladies mentales*, par M. le professeur de Kraft-Ebing. Dans cette première partie se trouve magistralement traitée toute la pathologie générale de l'aliénation. Notre savant confrère de l'asile de Gratz annonce le deuxième fascicule (pathologie spéciale) pour le 1er juillet prochain, et le troisième fascicule (observations) pour la fin de cette année.

Les formules me font un peu défaut, pour apprécier et pour louer suffisamment le travail considérable qu'a entrepris M. de Kraft-Ebing.

On retrouve à chaque page les grandes qualités maîtresses dont l'auteur a déjà fait preuve tant de fois : observation sagace, impartialité consciencieuse et érudition très-rare. L'éminent manigraphe élève en ce moment à la science des maladies mentales un véritable monument.

M. Prosper Lucas offre à la Société, de la part de M. Girard de Cailleux, le rapport de la direction de l'intérieur du canton de Fribourg, sur l'inspection générale des aliénés dans le canton, pour l'année 1875.

Ce travail statistique est, à plus d'un égard, dit M. Prosper

©BIUM

Lucas, très-digne d'attention. Il a d'abord pour lui le caractère officiel des résultats qu'il nous présente. Son écueil véritable est la limite forcée, mais beaucoup trop restreinte, où il reste renfermé : il n'embrasse que les six districts du canton de Fribourg, au lieu de ceux de la Suisse entière. Mais il rachète le défaut d'étendue par la précision, la sincérité et l'exactitude authentique des faits qu'il établit : toutes les investigations ont été poursuivies sous l'œil et avec le concours des autorités du canton; véritable enquête médicale et biologique des familles, elle en embrasse l'arbre généalogique presque tout entier.

Ce qui nous a le plus frappé, c'est la part si difficile à faire, et singulièrement délaissée, en raison de la difficulté même, faite à l'avitisme, un des côtés les plus obscurs et les plus impossibles à approfondir dans les documents de cet ordre, surtout dans les grandes villes et les grands centres de population.

Ce qui ne laisse pas non plus de produire un certain degré d'étonnement, c'est la parfaite docilité des populations interrogées à se prêter aux questions des autorités cantonales, sur des sujets aussi délicats pour l'amour-propre des familles ; car, il faut bien se l'avouer, c'est une confession publique, à propos des maladies mentales, sur les défauts et les vices des ancêtres, faite par leurs descendants, en face de leurs concitoyens.

Je doute fort qu'il soit aussi simple de l'obtenir en France que dans la patrie du célèbre auteur des confessions.

Il est vrai que les confessions de Jean-Jacques Rousseau étaient un peu celles de la vie des autres, très-artistiquement enlacées dans les siennes, et que, l'ouvrage ne devant paraître qu'après sa mort, la pensée de l'aveu des erreurs ou des fautes passées d'autrui, mêlées aux siennes, n'avait que le poids de souvenirs qui n'intéresseraient plus que des contemporains d'outre-tombe.

Statue de Pinel.

A propos de l'érection de la statue de Pinel, pour laquelle le conseil général de la Seine a voté une somme de 2,000 francs, la Société médico-psychologique nomme une commission composée de : MM. Falret, Legrand du Saulle, Lunier, Ball, Baillager, Blanche, Lasègue, Loiseau, chargée de l'organisation de la souscription à ouvrir pour l'érection de ce monument, et s'inscrit pour une somme de 1,000 francs.

©BIUM

Communication.

M. BALL communique à la Société l'histoire d'une malade de son service de l'hôpital Laennec. (Cette observation sera publiée ultérieurement.)

Des rapports entre la syphilis et la paralysie générale (suite).

M. LASÈGUE établit d'abord que, de même qu'il existe une épilepsie type, présentant des symptômes toujours les mêmes et des états épileptoïdes, dans lesquels font défaut un ou plusieurs symptômes de l'épilepsie type, il existe aussi une paralysie générale type et des états qu'on pourrait appeler paralysoïdes. C'est dans ces derniers cas qu'on peut ranger ce qu'on appelle la paralysie générale d'origine syphilitique.

Pour M. Lasègue donc il n'y a pas de paralysie générale syphilitique : il peut y avoir et il y a des *pseudo-paralysies* qui en imposent à un observateur peu au courant des affections mentales; mais, dans aucun cas, on ne constate de paralysie générale type. Lorsqu'on recherche avec soin, on trouve toujours un ou plusieurs signes qui manquent.

On conçoit les grandes réserves qu'il convient de faire au point de vue du pronostic, et tout le soin avec lequel il faut étudier la marche de la maladie.

Quant au diagnostic, il est impossible. Aucun moyen, aucun signe ne permettent de trancher la question, de différencier le délire et d'autoriser à déclarer que tel individu est paralytique général parce qu'il est syphilitique. Le traitement lui-même ne résout pas toujours la question, car le plus souvent il est nul.

En résumé, pour M. Lasègue, il n'y a pas lieu d'admettre actuellement, au point de vue clinique, l'existence d'une paralysie générale syphilitique.

La séance est levée à six heures.

Dr Paul MOREAU (de Tours).

Séance du 30 juin 1879. — Présidence de M. PROSPER LUCAS.

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

Correspondance.

M. le Secrétaire général offre à la Société, au nom du Dr Brosius, un compte rendu du congrès de médecine mentale

©BIUM

publié dans le journal allemand *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.*

Une lettre d'avis que la sixième session du congrès périodique des sciences médicales se tiendra à Amsterdam du 7 au 13 septembre.

Le Dr Miraglia envoie à la Société deux articles parus dans le journal *Roma*, sur les *conditions de la responsabilité au point de vue de la médecine légale des aliénations mentales.*

Mechanical restraint in English Asylums, by W. Lauder Lindsay, physician to the Perth royal asylum (Scotland).

Bolletino del privato manicomio Fleurent a Capodichino in Napoli, A. Guigno, 1879.

M. le Dr Prosper Despine demande à la Société le titre qu'il doit prendre sur la première page du mémoire qu'il publie : la Société consultée répond qu'elle autorise M. P. Despine à mettre : « Ouvrage dont la première partie a été récompensée par la Société médico-psychologique (prix Aubanel 1878). »

Rapports de candidature.

M. Dagonet lit le rapport suivant sur la candidature de M. Mabille :

Messieurs,

M. le Dr Mabille vous a adressé une demande à l'effet d'obtenir le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

A l'appui de sa demande, il vous envoie un mémoire qui a pour titre : *De l'hématome de l'oreille.*

Je me bornerai à rappeler à la Société que ce travail a été analysé par notre honorable collègue, le Dr Ritti, qui en a fait le plus grand éloge, et qu'il a obtenu en 1878 le prix Esquirol.

M. le Dr Mabille, ancien interne de l'asile de Maréville, a eu la bonne fortune de pouvoir profiter, pour ses études sur l'aliénation mentale, de l'intelligente direction de notre distingué collègue le Dr Christian, dans le service duquel il se trouvait placé. Quoique nouveau venu dans la carrière, ses titres ne laissent pas que d'être déjà importants.

Il est lauréat de la Faculté de médecine de Nancy et membre titulaire de la Société de médecine de cette ville où il a présenté, entre autres études intéressantes, une observation de kyste hydatique du cerveau, insérée dans le dernier compte

©BIUM

rendu publié par cette Société. Il est aujourd'hui médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Blois.

M. le Dr Mabille vient enfin de remporter tout récemment encore un nouveau succès; ses recherches cliniques sur la circulation, la température, la tension artérielle, la respiration des aliénés atteints de lypémanie, lui ont fait obtenir le prix dernièrement offert par la rédaction des *Annales médico-psychologiques*.

Cet honorable confrère est, vous le voyez, un travailleur, et il ne peut manquer de prendre une part active à nos travaux; j'ai, en conséquence, l'honneur de proposer à la Société, au nom de la commission dont je suis le rapporteur, de vouloir bien lui décerner le titre de membre correspondant.

Les conclusions du rapport de M. Dagonet sont adoptées et M. Mabille est, à l'unanimité des membres présents, élu membre correspondant.

M. Christian lit le rapport suivant sur la candidature de M. le Dr Cullerre au titre de membre correspondant :

Messieurs,

Vous avez chargé une commission composée de MM. J. Falret, Mesnet et moi, de vous faire un rapport sur la candidature de M. le Dr Cullerre au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Cette tâche m'est facile : il me suffirait de vous rappeler que dans votre dernière séance annuelle, vous avez récompensé un mémoire que M. Cullerre vous avait envoyé pour le concours du prix Aubanel ; — que déjà en 1873 vous lui avez décerné le prix Esquirol. Je ne dirai rien des travaux qui ont valu à notre confrère ces flatteuses distinctions ; ils ont été longuement analysés devant vous par vos rapporteurs, MM. Magnan et Ritti, et je ne pourrais que répéter leurs appréciations. Je me bornerai à vous donner le résumé succinct des autres mémoires, en assez grand nombre, que M. Cullerre vous a adressés.

La thèse inaugurale de notre confrère est intitulée : *Recherches cliniques sur la période de début de la paralysie générale.*

Frappé des irrégularités que cette affection présente si souvent dans sa marche, M. Cullerre s'est demandé dans quel ordre surviennent chez les paralytiques les différents groupes de symptômes qui constituent la maladie. Les troubles de la motilité précèdent-ils ou suivent-ils les troubles intellectuels ?

©BIUM

En sont-ils indépendants? La paralysie est-elle, comme le croyait Esquirol, une complication ou une terminaison possible de la folie? Le délire a-t-il quelque chose de caractéristique? N'est-il qu'un accident de la paralysie générale ou en forme-t-il un élément essentiel?

Graves questions, Messieurs, et que vous avez souvent discutées dans vos séances! Aujourd'hui même elles sont loin d'être résolues, et la notion de la paralysie générale qui paraissait si simple et si claire il y a une vingtaine d'années, a été successivement tant ébranlée, que, des points que l'on croyait définitivement acquis, bien peu sont restés debout.

M. Cullerre ne tranche pas le débat. Se renfermant dans un sage éclectisme, il recueille un certain nombre de faits et tire des conclusions. Il admet que la paralysie générale est souvent irrégulière, soit dans son début, soit dans son évolution ultérieure, — que les troubles de la motilité peuvent manquer, presque jusqu'à la fin, — que le délire n'affecte aucune forme spéciale, caractéristique, qu'il peut même manquer totalement, — qu'enfin la folie simple, quelle que soit sa forme, peut précéder une paralysie générale, tout en en étant tout à fait indépendante.

S'il en est ainsi, à quels signes reconnaîtra-t-on qu'un individu est atteint de paralysie générale? C'est ce que l'auteur aurait dû rechercher. Il aurait dû nous dire quand, à quel moment, on est en droit d'affirmer qu'un individu est paralytique, puisqu'il ne faut ni qu'il délire, ni qu'il présente des troubles de la motilité! Et M. Cullerre a si bien senti cette difficulté, qu'il ajoute une dernière conclusion : « Quelle que » soit, dit-il, la marche irrégulière de cette affection, elle » reprend toujours son allure et ses caractères habituels avant » la fin. » — Le diagnostic ne serait donc qu'une œuvre de temps et de patience.

Ma critique n'ôte rien au mérite de la thèse. Dans le cadre où il s'est renfermé, M. Cullerre a su faire une œuvre intéressante, que la Faculté de médecine de Paris a jugée digne d'une mention honorable.

Un mémoire d'une trentaine de pages, dont les *Annales médico-psychologiques* ont eu la primeur en 1876, traite de la *Phthisie chez les aliénés*. Tout en reconnaissant que la tuberculose décime toutes les catégories d'aliénés, M. Cullerre croit cependant avoir constaté que ce sont les déments et les lypémaniaques qui payent le tribut le plus large à cette cruelle

©BIUM

affection, et il se l'explique par la manière défectueuse dont s'opère la nutrition chez les malades de cette catégorie.

Je ne saurais partager cette opinion : dans les différents asiles que je connais, j'ai constaté que la mortalité par la phthisie tuberculeuse était extrêmement variable. Dans l'un, elle entre comme facteur important dans la mortalité annuelle ; — dans l'autre, on ne l'observe que très-exceptionnellement. Dans tous ces asiles cependant, la proportion de lypémaniaques, de déments, de stupides, est sensiblement la même. Si donc la phthisie est fréquente dans l'un, rare dans l'autre, cela doit tenir à d'autres causes que la nature du délire et les troubles de la nutrition qui en dérivent.

A ces travaux, M. Cullerre a joint quelques observations isolées, fort intéressantes en général, mais ne se prêtant guère à l'analyse. Elles témoignent d'habitudes laborieuses, d'un esprit d'observation toujours en éveil, et qui ne laisse rien échapper d'intéressant.

Successivement interne à l'hôpital général de Tours, à l'asile de Ville-Evrard, M. Cullerre est, depuis plusieurs années, médecin-adjoint à l'asile d'Auxerre.

Votre commission est unanime à vous proposer de donner à notre confrère le titre qu'il sollicite, persuadée que vous vous adjoindrez en lui un collaborateur actif et zélé.

Les conclusions du rapport de M. Christian sont adoptées et M. Cullerre est nommé membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

Communication.

M. Bourdin. — J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société un tracé graphique représentant le *développement de l'instruction primaire en France, d'après les listes du contingent*.

Ce tableau, qui a fait partie de l'exposition de la Société de statistique de Paris (1878), comprend une série de quarante années successives, divisées en périodes décennales.

Les jeunes gens compris sur les listes du contingent sont partagés en 4 classes. Dans la première se trouvent ceux qui ne savent ni lire, ni écrire ; dans la seconde, ceux qui savent lire, sans savoir écrire ; dans la troisième, ceux qui savent lire et écrire ; enfin, dans la quatrième classe, figurent les jeunes gens dont on n'a pu vérifier le degré d'instruction.

Un simple coup d'œil jeté sur ce diagramme démontre clai-

©BIUM

rement que le nombre des ignorants va sans cesse en diminuant.

En 1828, on comptait dans l'armée française 46,53 pour 100 individus ne sachant ni lire, ni écrire; en 1838, le nombre des ignorants était descendu à 39,81 p. 100; en 1848, à 31,46; en 1858, à 27,24; enfin, en 1867, c'est-à-dire à la fin de la période quarantenaire, il n'existait plus que 19,14 jeunes soldats ne sachant ni lire, ni écrire.

L'amélioration s'est continuée d'une manière graduelle, mais persévérante, après avoir subi un moment d'arrêt, résultat des événements désastreux de 1869 et 1870.

De cet état de choses il faut tirer une conclusion pratique d'un grand intérêt moral, savoir, que l'instruction, à tous ses degrés, suit un développement lent, mais progressif dans la masse de la nation française, et que ce progrès s'accomplit simplement, avec le libre consentement de la population, sans violence morale, sans obligation légale, sans contrainte d'aucune sorte.

A l'occasion de cette communication improvisée, une discussion incidente s'élève entre MM. Dagonet, Blanche et plusieurs autres membres de la Société, sur les méthodes d'enseignement suivies dans l'armée.

M. Bourdin croit pouvoir affirmer que l'intervention du raisonnement dans certaines parties de l'enseignement donné aux adultes est très-nuisible aux progrès des élèves.

A la base de tout enseignement, quand la chose est possible, on doit établir des principes fixes et absolus. Ces principes étant admis sans discussion, les progrès s'opèrent avec une grande rapidité.

L'enseignement de la lecture en particulier offre des difficultés singulières, quand on veut raisonner la prononciation et la soumettre à des lois inventées par des grammairiens inexpérimentés.

Le progrès dans la lecture ne peut s'obtenir que par la méthode autoritaire.

Toute prononciation est imposée par l'usage, c'est-à-dire par une sorte de convention tacite entre les hommes de la même langue.

Quand le maître a dit : B-A-BA B-E-BE — il faut que ce maître s'abstienne de donner des explications à l'élève, curieux de savoir pourquoi B-A fait BA. Sans cette prudence, le maître s'expose à des réponses comme celle que fit, à sa grand'mère, un

©BIUM

jeune garçon qui apprenait à lire. *P-o-i-n-t*, dit la grand'mère en appuyant sur chaque lettre, qu'est-ce que cela fait? — L'enfant répliqua avec étonnement : « mais, grand'mère, cela fait » *P-o-i-n-t.* » Lequel des deux avait raison? Évidemment ce n'était pas la maîtresse de lecture.

M. Bourdin ajoute : la meilleure méthode pour apprendre à lire, est l'épellation. Cette méthode est peut-être plus longue, mais elle est plus sûre, moins difficile, et surtout elle apprend l'orthographe usuelle, ce qui n'est pas un service de peu d'importance.

Des rapports entre la syphilis et la paralysie générale (suite).

M. Christian. — Lorsque l'on commença à parler de syphilis cérébrale, il était entendu que les accidents cérébraux provenaient de manifestations morbides syphilitiques siégeant dans le cerveau ou dans ses enveloppes.

Gommes du cerveau ou des méninges, — exostoses ou périostoses du crâne, — infiltrations syphilitiques des parois artérielles, — telles étaient les lésions qui provoquaient les accidents nerveux, — et ces lésions, bien tangibles, bien évidentes, cédaient au traitement spécifique, et avec leur disparition coïncidait celle des symptômes cérébraux.

C'est ainsi que la syphilis cérébrale est comprise et décrite dans les ouvrages de Gros et Lancereaux, de Zambaco, et autres.

Quant aux accidents cérébraux eux-mêmes, c'étaient des attaques convulsives épileptiformes, — des hémiplégies incomplètes, — des paralysies partielles, principalement des nerfs oculaires, — c'étaient des troubles variés de la motilité et de la sensibilité, — souvent aussi de l'intelligence. Les troubles variaient nécessairement suivant le siège, la nature, l'étendue des lésions syphilitiques.

Aujourd'hui le cadre s'est élargi, — et, après les travaux que vous connaissez tous, l'on est arrivé à admettre que la syphilis peut, à elle seule, déterminer les diverses formes mentales généralement admises. Il y aurait des folies simples syphilitiques, — il y aurait également des paralysies générales syphilitiques.

Folies simples. — Que la folie simple, sous forme de manie, ou de mélancolie, — survienne chez un individu atteint de syphilis, — le fait est commun. Mais est-ce la syphilis, en

©BIUM

tant que syphilis, qui est la cause efficiente de la maladie mentale? Ne faut-il pas dans certains cas faire jouer un rôle aux traitements longs et fatigants (notamment par la *cura famis*) qu'a eu à supporter le malade? D'autres fois, n'est-ce pas le chagrin de se voir défiguré à jamais, — de voir reparaître sans cesse des symptômes qui bouleversent toutes les relations sociales, — qui empêchent de faire un mariage souhaité, etc., n'est-ce pas là ce qui détermine le délire?

Et enfin, pourquoi n'arriverait-il pas pour la syphilis ce que nous observons pour toute autre maladie? — Pourquoi ne verrait-on pas un délire éclater à l'occasion de la maladie, et guérir en même temps qu'elle? Ce serait un nouveau chapitre à ajouter à l'histoire des folies sympathiques.

Du reste il est impossible, quant à présent, de dire si ces folies simples syphilitiques sont rares ou fréquentes; le diagnostic ne peut se baser que sur le seul fait de la coexistence d'accidents manifestement vénériens. Et ce ne sont pas les organes centraux de l'innervation qui sont atteints, ce sont les organes respiratoires, digestifs, circulatoires, et, comme le dit Erlenmeyer, ces altérations d'organes agissent sur l'élément psychique exactement comme les lésions organiques dans les folies non syphilitiques; elles ne produisent la folie que chez les individus prédisposés.

Obs. 1. — *Manie aiguë. — Prédispositions héréditaires. — Accidents secondaires syphilitiques concomitants. — Guérison.*

X..., confiseur, trente et un ans, entré le 1er mai 1876 à l'asile de Maréville après avoir déjà fait un séjour de cinq mois dans une maison de santé.

Un frère du malade a été traité à Maréville, il y a une douzaine d'années; plusieurs de ses proches se font remarquer par leur originalité. Lui-même a fait toutes sortes d'excès.

Il est atteint de manie : loquace, incohérent, il met tout en désordre, déchire ses habits, se roule dans la poussière; il est impossible de fixer son attention. Il est violent, sujet à de fréquents accès d'agitation, et à une insomnie presque continuelle.

De petite taille, de constitution assez grêle, X... est maigre et pâle; il a cependant un appétit excellent. Il existe sur les bras, les jambes, aux joues, des plaques de psoriasis dont la teinte cuivrée décèle l'origine. Nous apprenons d'ailleurs que le malade a eu la syphilis avant son mariage et qu'il

©BIUM

n'en a jamais été guéri. Plaques muqueuses au pharynx et sur la face interne des joues. Traitement spécifique (iodure de potassium, 1 à 3 grammes) pendant plusieurs semaines. Les symptômes locaux s'amendèrent rapidement. Dès le mois de juillet, X... devient plus calme, plus ordonné.

Il sort guéri le 1er septembre, la guérison s'est maintenue depuis cette époque.

Paralysie générale. — Pour la paralysie générale, la question est plus complexe encore : il s'agit de savoir si l'encéphalopathie syphilitique non seulement peut déterminer les symptômes de la paralysie générale, mais encore si elle peut en revêtir la forme anatomique, c'est-à-dire si au lieu de se présenter sous forme de gomme ou d'exsudat isolé, elle peut au contraire se produire sous la forme même de la méningo-encéphalite diffuse.

Les opinions à cet égard sont partagées. Les auteurs ont supposé que toutes les paralysies générales sont d'origine syphilitiques; mais cette théorie est peu soutenable et n'a plus guère de partisans.

D'autres ont pensé que l'encéphalopathie syphilitique peut simuler les symptômes de la paralysie générale. Mais ils y ont mis une réserve : entre la paralysie générale ordinaire et la paralysie générale syphilitique, il existerait des différences; — la paralysie générale syphilitique ne serait qu'une pseudo-paralysie générale. En d'autres termes, quelque chose qui ressemble à la paralysie générale, mais qui n'est pas la paralysie générale.

L'observation si intéressante et si curieuse que nous a lue M. Foville oblige à une autre hypothèse encore, car là il s'agit d'un malade qui pendant la vie a présenté tous les symptômes de la paralysie générale, — et à l'autopsie duquel on n'a rencontré aucune des lésions que nous considérons comme inséparables de la maladie. Nous voilà donc obligés d'admettre que les symptômes de la paralysie générale ne sont pas absolument liés à ces lésions que l'on nous a toujours données comme caractéristiques.

Au résumé, je crois que la question des rapports de la paralysie générale avec la syphilis ne saurait être résolue actuellement d'une manière définitive. Et sans aller plus loin, j'en trouve la preuve dans l'incertitude absolue du diagnostic. J'ai parcouru un très-grand nombre d'observations publiées,

©BIUM

soit en France, soit en Allemagne, jamais le diagnostic n'a pu être basé sur les symptômes propres de la maladie. Il a toujours fallu recourir à des symptômes actuels de syphilis siégeant dans les organes les plus variables. C'est tantôt une exostose du frontal, ou du tibia, ou du sternum; — tantôt une éruption de taches d'apparence cuivrée, — tantôt une ulcération qui résiste à tous les topiques, etc. Quand ces signes n'existent pas, on se base sur les antécédents. Enfin on marche à l'aventure; on essaye le traitement spécifique, parce qu'après tout, c'est lui seul qui donne encore une chance de guérison, et si par hasard le malade guérit ou s'améliore, on conclut à la syphilis.

Actuellement le seul fait acquis est celui-ci : que la syphilis peut se localiser dans le cerveau et y déterminer une encéphalopathie, variable de siège et d'étendue. Rien ne prouve que cette encéphalopathie puisse revêtir la forme de la méningo-encéphalite propre à la paralysie générale. Rien non plus ne prouve absolument le contraire.

Je serais tenté, pour ma part, de considérer la paralysie générale et l'encéphalopathie syphilitique comme deux affections absolument indépendantes l'une de l'autre, — et j'admettrais volontiers que, lorsque l'encéphalopathie syphilitique survient chez un individu *prédisposé*, *par suite d'autres causes*, à la paralysie générale, elle hâte ou provoque l'explosion de cette dernière.

Ce qui me porte à adopter cette hypothèse, c'est : 1° ce que j'ai observé dans certains cas de paralysie générale où la syphilis était évidente. Le traitement spécifique a fait disparaître les accidents vénériens, la paralysie générale n'a subi aucune modification.

2° Ce qui se passe dans d'autres organes.

Dans le numéro du 15 mai 1879 de la *France médicale* je lis une observation présentée par M. Gouguenheim à la société médicale des hôpitaux (séance du 9 mai 1879) : il s'agit d'un sujet syphilitique mort dans son service à l'Hôtel-Dieu annexe, à la suite de phthisie tuberculeuse : dans le poumon droit on constate une infiltration tuberculeuse généralisée, — dans le poumon gauche des gommes syphilitiques ramollies et suppurées.

Eh bien ! de même que, dans ces poumons, il existait à la fois les lésions de la tuberculose et celles de la syphilis, — de même, chez les paralytiques par suite de syphilis, — on pour-

©BIUM

rait, en cherchant bien, trouver à la fois l'altération de la paralysie générale et celle de l'encéphalopathie syphilitique.

Quoi qu'il en soit de cette opinion, que je soumets à votre bienveillante critique, permettez-moi, pour terminer, de vous rapporter deux observations qui confirment ma manière de voir. J'aurais pu facilement en augmenter le nombre.

Obs. 2. — *Hérédité. — Excès alcooliques. — Syphilis ancienne qui a provoqué des attaques épileptiformes guéries depuis dix ans. — Paralysie générale. — Mort dans le marasme.*

C..., cafetier, 41 ans, entré le 6 octobre 1876, atteint de paralysie générale et en proie à une excitatation maniaque excessive, intelligence très-affaiblie.

Hérédité : une sœur idiote ; deux cousines imbéciles.

Il y a douze ans, C... a eu la syphilis ; il l'avait en se mariant et l'a communiquée à sa femme qui n'a pu se guérir qu'après un traitement fort long. Le premier enfant issu du mariage est mort-né. Un deuxième est bien portant, il a une dizaine d'années et paraît très-peu intelligent.

A la suite de sa syphilis, C... a eu des attaques épileptiformes : un traitement très-énergique l'a guéri, et depuis plusieurs années, elles n'ont pas reparu.

Depuis qu'il est cafetier, C... a fait de grands excès de boisson ; il était ivre chaque jour ; depuis plusieurs semaines il est devenu insupportable, se prend de querelle avec ses clients, accuse sa femme de le tromper, etc.

Outre les signes non douteux de la paralysie générale, C... portait, lors de son entrée, des ulcérations de nature suspecte dans la bouche et un gonflement douloureux des ganglions du cou. Iodure potassium, 1 à 3 grammes. Tous les symptômes suspects disparurent rapidement, et le traitement fut interrompu après quelques semaines. Il se produisit alors un abcès dans la joue que j'ouvris à l'aide d'une incision ; mais la plaie s'ulcéra, et ne guérit qu'après un nouveau traitement par l'iodure de potassium. La paralysie générale suivit sa marche. C... succomba le 21 décembre 1877.

L'autopsie ne révéla que les lésions habituelles de la paralysie générale.

Obs. 3. — *Excès de toutes sortes, — dans les derniers temps excès alcooliques. — Syphilis. — Paralysie générale. — Un traitement spécifique guérit la syphilis, mais est sans influence sur la*

©BIUM

paralysie générale. — Mort. — A l'autopsie, lésions de paralysie générale. — Cancer du foie.

D... (Jules-Adrien), 42 ans, capitaine d'infanterie, entré le 2 juillet 1876, sans renseignements. — Paralysie générale, — agitation maniaque, cris, — mobilité incessante. Il est maréchal de France et commandant en chef du 6e corps, etc.

Le malade a le teint jaunâtre, bilieux : il existe un gonflement sous-maxillaire énorme. Nous apprenons qu'il a eu la vérole, pour laquelle il n'a jamais suivi de traitement régulier et qu'il a fait de grands excès de boissons dans les derniers temps.

Traitement par l'iodure de potassium qui est rapidement poussé à 5 grammes par jour : le gonflement glandulaire disparaît après un traitement de quelques semaines. La paralysie générale continue sa marche progressive.

Dans les derniers jours du mois de mai, le capitaine D... eut parfois des vomissements, auxquels je n'attachai pas grande importance, le malade mangeant très-gloutonnement, et avalant même les saletés qu'il ramassait dans la cour. Le 27 mai on s'aperçut qu'il avait les jambes enflées et il resta au lit.

28. Ascite : teinte jaune plus prononcée. On constate une augmentation énorme du volume du foie.

31. Il meurt presque subitement.

Autopsie : Lésions de la paralysie générale.

Cancer du foie qui pèse 2 k. 800 gr.

Après quelques observations présentées par MM. Baillarger, Mesnet, Blanche... la séance est levée à cinq heures et demie.

Dr Paul Moreau (de Tours).

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

Gazette médicale de Paris

(1875, 1876, 1877).

1° *Hystérie chez l'homme;* par le Dr Rochet et Lombard (1875, p. 609 et 633, et 1876, p. 187).

2° *Attaques spinales convulsives dans la paralysie générale ;* par le Dr Magnan (1876, p. 68).

Simple note sur les attaques spinales épileptiformes ou convulsives et apoplectiformes, avec élévation de température dans certains cas de paralysie générale.

3° *Leçons sur le délire des persécutions ;* par le Dr Magnan, recueillies par Gille, interne dn service (1877, p. 516).

Dr Doutrebente.

JOURNAUX ALLEMANDS

Berliner Klinische Wochenschrift.

1876

I. *Du morphinisme;* par le Dr Levinstein.

L'auteur complète ses communications antérieures sur les symptômes du morphinisme et parle de deux formes particulières de cette affection, non encore décrites et qui sont : le *delirium tremens* et la fièvre intermittente. Il cite plusieurs cas à l'appui de ses assertions. Il indique ensuite quels sont les caractères qui permettront de distinguer ce *delirium tremens*, dû à l'abus de la morphine, du délire aigu d'origine alcoolique.

1° Le délire des buveurs éclate soit spontanément, soit à la

©BIUM

suite d'un traumatisme ou pendant le cours d'une maladie aiguë, par contre, le délire provenant de morphinisme ne se montre que lorsque l'individu est privé tout à fait ou partiellement de morphine.

2° Le tremblement diminue lorsque le délire des buveurs a atteint son point culminant; il augmente au contraire dans le délire aigu du morphinisme au même degré d'intensité.

3° Le malade atteint de délire alcoolique aigu refuse souvent les boissons alcooliques, celles-ci ne diminuent pas le paroxysme et l'augmentent plutôt ; au contraire l'individu atteint de délire aigu causé par la morphine demande de la morphine et les fortes doses apaisent son délire.

4° Le délire alcoolique a une durée de plusieurs jours à plusieurs semaines, la durée du délire dû à la morphine ne dépasse pas 48 heures.

On ne peut pas confondre le délire du morphinisme avec le délire causé par intoxication saturnine ; l'absence du liséré caractéristique des gencives, de paralysie des extenseurs, etc., lèvent bientôt tous les doutes.

Le diagnostic différentiel entre la fièvre intermittente d'origine paludéenne et la fièvre intermittente produite par l'abus de la morphine peut être difficile à faire, si le médecin ne connaît pas les causes occasionnelles de la fièvre. L'augmentation de volume de la rate ne fournit pas d'indication ; en effet l'auteur l'a notée deux fois sur trois dans des cas de fièvre intermittente due au morphinisme. Mais la présence de piqûres, la connaissance des troubles que peut amener l'usage de la morphine, l'inefficacité du sulfate de quinine, l'observation des accès de fièvre au lit même du malade, empêcheront de commettre des erreurs de diagnostic et des fautes thérapeutiques.

Quant au traitement de ces deux formes de morphinisme soit pour le délire, soit pour la fièvre, il n'y a qu'une seule indication : c'est de supprimer immédiatement et entièrement l'usage de la morphine. Si l'individu est atteint de délire, on devra l'isoler. On n'a rien à redouter de cette suppression radicale de la morphine. Dans un cas, l'auteur a dû faire une petite injection de 3 milligrammes de strychnine pour remédier à la faiblesse du cœur et une autre fois une injection de 15 milligrammes de morphine. Dans deux cas il a eu un bon résultat.

©BIUM

II. *Un cas de morphinisme ;* par le Dr Paul Richter.

L'auteur rapporte un cas où la cessation immédiate de l'usage de la morphine chez une dame atteinte de morphinisme a eu un résultat très-favorable :

Mme X... était mélancolique depuis l'année 1872 et était habituée à se faire des injections de morphine. Elle avait augmenté progressivement les doses jusqu'à 5 décigrammes. Son état nécessita son admission à l'asile de Gœttingue, où elle entra le 4 juillet 1874. — Au début on essaye de diminuer petit à petit les doses de morphine, mais bientôt elle demande qu'on augmente la dose et devient très-agitée lorsqu'on s'y refuse. On vit que de cette manière on n'obtiendrait aucun résultat; aussi le 5 octobre on se décide à supprimer complètement la morphine. L'annonce de la résolution prise met la malade hors d'elle-même. Elle court dans la chambre, se donne des coups, s'arrache les cheveux et supplie à genoux qu'on revienne sur cette décision. Cette agitation dure 48 heures. On avait prescrit à la malade, en même temps qu'on supprimait la morphine, une potion alcoolisée (Spir. rect. 50, o. Aq.dist. 150, o. Syr. simpl. 20) dont elle devait prendre, de temps à autre, une cuillerée à bouche. Les jours suivants apparaissent des symptômes d'embarras gastrique, mais petit à petit l'état de la malade s'améliore et le 13 octobre elle est déjà plus gaie et contente. — Quelques mois après, la malade quitte l'asile dans un état satisfaisant et plus tard elle écrit qu'elle se sent heureuse de ne plus être soumise au terrible joug de la morphine.

III. *Des symptômes prémonitoires de la paralysie générale progressive;* par le Dr W. Sander.

Le Dr Sander s'adresse aux médecins qui sont appelés à soigner les paralytiques avant leur entrée dans les asiles. Il fait observer que les médecins connaissent en général très-bien les signes d'une paralysie générale confirmée, mais n'apportent pas toujours une attention suffisante aux symptômes qui précèdent de plusieurs mois et même de plusieurs années cette période de la maladie. Il est d'une importance capitale de reconnaître les premiers symptômes, et c'est pourquoi il les passe successivement en revue.

En premier lieu il signale les douleurs rhumatoïdes qu'on observe souvent plusieurs années avant la période de maladie confirmée. Ce sont des douleurs térébrantes, lancinantes ou

©BIUM

fulgurantes, dont le siège est habituellement dans les extrémités. Elles apparaissent en général la nuit et se compliquent de secousses dans les membres ; les douleurs sont surtout manifestes dans la forme dite ataxique ou tabétique.

Le Dr S... mentionne ensuite une céphalalgie persistant souvent pendant quelques années, variable d'intensité et qui est ressentie tantôt au front tantôt à l'occiput, etc. Ce qui est moins connu, c'est que cette céphalalgie revêt souvent la forme d'une véritable migraine (hémicrânie). Parmi les malades qu'il a pu observer, l'auteur a pu constater qu'à peu près dans le dixième ou le douzième des cas les paralytiques avaient eu de ces accès d'hémicrânie. — Un symptôme rare et intéressant est l'apparition de daltonisme. On constate aussi parfois d'autres troubles visuels, strabisme, diplopie, inégalité des pupilles, etc.

Les troubles de la motilité doivent être observés avec soin. D'abord ils sont pour ainsi dire insensibles. De légers mouvements fibrillaires des lèvres, de légères modifications dans l'écriture et dans l'articulation des mots, l'incertitude des mouvements habituels, une certaine maladresse dans certains ouvrages plus fins, sont autant de signes qu'on ne doit pas négliger.

Parmi les symptômes qu'on peut constater longtemps avant les troubles psychiques, il faut noter de petites attaques épileptoïdes de diverse nature. Il n'est pas encore question ici des attaques apoplectiformes graves ou des attaques épileptiformes qu'on observe dans le cours de la paralysie générale confirmée, mais bien plutôt de légers troubles, tels que faiblesse d'un membre avec de légères convulsions, difficulté de mouvoir la langue pendant quelques minutes, évanouissement de courte durée avec pâleur subite, etc. Tous ces phénomènes peuvent apparaître plusieurs fois dans le cours de quelques années et marchent parallèlement avec l'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles.

Quant aux troubles psychiques proprement dits, un des plus importants est l'insomnie qui accompagne en général les maux de tête. Une certaine irritabilité survient souvent en même temps, et se joint à une sensibilité extrême à l'égard de certaines impressions sensorielles. Le travail habituel fatigue aussi plus vite, etc.

Quant à la valeur de tous ces symptômes, l'auteur s'exprime en terminant comme suit : « Je ne veux pas émettre l'opinion qu'il faille immédiatement conduire dans un asile d'aliénés tout

©BIUM

individu qui dans des circonstances analogues souffre de migraine ou d'insomnie; mais il faut prêter la plus grande attention à ces symptômes menaçants précurseurs de la tempête. Le médecin ne doit pas traiter ces accidents à la légère de maux nerveux, mais il doit savoir qu'il se trouve en face d'une maladie grave du cerveau et, au premier symptôme d'agitation, prévenir la famille et la protéger. »

IV. *Du traitement de l'agitation dans les maladies mentales;* par le Dr S. Rabow.

Après avoir passé en revue le traitement des aliénés dans les temps antérieurs, l'auteur s'occupe de la question non encore résolue du traitement de l'agitation psychique.

Les opinions des divers auteurs à cet égard sont très-diverses et parfois diamétralement opposées. C'est surtout sur l'application du système dit du « no-restraint » et sur l'emploi des narcotiques que l'on n'est pas encore partout d'accord. L'auteur mentionne particulièrement les méthodes employées à l'asile des aliénésde Gœttingue. Dans cet asile, les moyens mécaniques de contention sont sévèrement proscrits et l'emploi des narcotiques y est restreint aux cas d'urgence absolue. Le Dr R... critique surtout les asiles où l'on fait un abus excessif des narcotiques, ce qui contribue à augmenter la mortalité.

Il recommande en premier lieu de tenir autant que possible les malades agités au lit. C'est ainsi que l'agitation se calme le plus vite et le plus naturellement. Il est parfois difficile au début de maintenir le malade au lit, mais cela ne dure pas longtemps, et si la surveillance est bonne et continuelle, ils s'y habituent promptement. On peut admettre que le repos prolongé modifie avantageusement la circulation, le pouls devient alors plus lent et plus régulier, les malades se calment et deviennent plus traitables; leur état général n'en souffre pas et ils ne consument pas inutilement leurs forces.

En second lieu, il recommande les bains tièdes, surtout si l'agitation se complique d'insomnie. On donne les bains le soir, leur durée est de 20 à 30 minutes, et, s'il y a un état cérébral congestif, on applique en même temps des compresses froides sur la tête. La douche, surtout la douche pleine, doit être proscrite. Ce moyen héroïque de calmer l'agitation n'est, le plus souvent, qu'une punition déguisée.

Il emploie le bromure de potassium à la dose de 3 à 5 grammes, surtout dans les cas compliqués d'excitation génésique. Dans

©BIUM

les cas d'agitation récente avec forte congestion cérébrale, on a essayé les injections sous-cutanées d'ergotine déjà indiquées ailleurs.

Les malades débilités sont soumis à un régime tonique reconstituant. Un seul verre de vin généreux produit souvent un excellent effet. Lorsque l'agitation atteint un degré vraiment excessif et que les malades ne veulent garder aucun vêtement quelconque, les salissent continuellement, les mettent en pièces et s'exposent ainsi à toutes les fâcheuses conséquences du froid et de l'humidité, on emploie le varech, qui rend d'excellents services. On isole les malades et on leur donne une quantité suffisante de varech qui leur sert de lit, de vêtement, de moyen de distraction même, et, tout en gardant leur complète liberté d'allures, ils peuvent sans danger donner carrière à leur besoin excessif de mouvement et de destruction. On évite ainsi les luttes continuelles avec les gardiens et toutes sortes d'autres inconvénients trop longs à signaler ici.

L'auteur insiste beaucoup sur la nécessité de donner en tous les cas une bonne alimentation aux malades. Non seulement on conserve ainsi leurs forces, mais cela contribue beaucoup à leur contentement général. Dans certains asiles en particulier, on ferait mieux de dépenser de moins fortes sommes en narcotiques de toute espèce et par contre de nourrir mieux les malades.

V. *Contribution à l'étude de l'empoisonnement aigu par la morphine et par le chloral ;* par le Dr Levinstein.

Le Dr Levinstein rapporte deux cas d'intoxication aiguë, l'un par la morphine, l'autre par le chloral. Dans le premier cas, on avait fait par erreur à une dame une injection de 3 décigrammes de morphine au lieu de 3 centigrammes. La malade présenta de suite des symptômes très-menaçants, entre autres la fréquence des mouvements respiratoires s'était abaissée à 3 respirations par minute. On parvint à conjurer les accidents par le moyen d'une injection de 1 1/2 milligramme d'atropine et de la faradisation répétée.

Le second cas se rapporte à une dame qui avait avalé 24 grammes de chloral dans l'intention de se suicider. Sept heures après, le Dr L. trouva la malade dans un état de coma profond, les extrémités étaient glacées, contracturées, les pupilles rétrécies au maximum, l'œil insensible et la peau complètement anesthésiée (P. 80, R. 20). Une injection de 1/2 milligr. d'atro-

©BIUM

pine n'amène aucun changement de la pupille. Malgré les excitations de tout genre, on ne parvient pas à réveiller la malade. Ce n'est que le lendemain que l'on réussit à la faire sortir de son état comateux en employant des irritants périphériques, mais ses perceptions n'étaient pas nettes. Le surlendemain, elle reprend complètement connaissance, mais se plaint de maux de tête, de fatigue excessive et a envie de vomir. Le cinquième jour, on cesse tout traitement.

Le Dr L... a examiné les urines dans les deux cas que nous venons de relater brièvement. Il a constaté la présence du sucre dans les urines soit par la méthode de Trommer, soit par l'appareil polarisateur. Le sucre disparut complètement deux jours après.

VI. *De l'arrêt des attaques d'épilepsie ;* par le Dr prof. Nothnagel.

L'auteur rapporte le cas suivant. La femme G..., trente-sept ans, ouvrière, est atteinte d'épilepsie. Sa mère a beaucoup souffert de maux de tête. La sœur de cette malade était aussi épileptique. La femme G... eut sa première attaque à l'âge de dix-huit ans, à la suite d'une émotion très-vive. Depuis cette époque, les crises se sont repétées à des intervalles variant de un à six mois. Ces accès présentent le caractère de la grande attaque épileptique, avec convulsions violentes, perte de connaissance, morsure de la langue, etc., et sont suivis d'un sommeil de plusieurs heures. Dans l'intervalle des accès, rien d'anormal. Les facultés intellectuelles sont intactes. Chaque accès est annoncé par une aura qui précède l'attaque d'environ 15 à 30 minutes. Ce n'est que très-rarement que l'attaque arrive plus tôt, mais l'aura ne manque jamais. Elle consiste en ce que la malade a une sensation d'angoisse indéfinissable qu'elle ressent particulièrement au niveau de l'épigastre. Cette sensation paraît remonter derrière le sternum, jusque dans le cou ; la respiration de la malade devient alors haletante. Cette sensation peut être perçue plusieurs fois de suite jusqu'à ce qu'elle remonte dans la tête. La tête est alors tournée à droite, la malade perd connaissance et l'attaque commence. — La femme G... a trouvé un moyen d'empêcher les attaques de se produire. Quelqu'un lui avait conseillé d'avaler du sel de cuisine aussitôt qu'elle sentirait qu'elle devait avoir une attaque. La malade suivit ce conseil et l'attaque fut supprimée. Si la femme G... ne peut pas prendre du sel au moment où elle ressent l'aura, elle a une attaque et c'est ce qui lui est arrivé dernièrement à l'église.

©BIUM

Elle avale habituellement une poignée de sel, la valeur d'une cuillerée à thé ne suffit pas.

On sait, dit le prof. N..., qu'on peut, au moyen d'une excitation périphérique, suspendre expérimentalement une attaque épileptique. Il rappelle les expériences de M. Brown-Séquart à ce sujet. On connaît enfin quelques observations parfaitement authentiques de malades chez lesquels l'attaque était annoncée par des sensations diverses sur le trajet des nerfs périphériques. On a réussi à suspendre l'attaque soit par des ligatures appliquées sur les membres au niveau des points d'où partait l'aura, soit par l'extension de la main, dans le cas où l'aura débutait par une flexion forcée des doigts. L'auteur croit qu'on n'a pas encore signalé de cas où l'aura partant d'un point autre que les extrémités, on aurait réussi à supprimer l'attaque au moyen d'une irritation énergique. Il croit que dans le cas qu'il vient de citer, le siége de cette sensation particulière était dans le pneumogastrique.

VII. *A propos de la suppression des attaques d'épilepsie;* par le prof. L. Meyer.

A l'occasion de la communication précédente de M. le prof. Nothnagel, le prof. Meyer rappelle les recherches qu'il a faites, il y a une vingtaine d'années, pour arriver à supprimer les attaques d'épilepsie.

Pour réussir, il fallait certaines conditions. L'essai devait être fait sur des malades dont les crises étaient précédées d'une aura suffisamment longue, ou chez lesquels les crises revenaient avec une certaine périodicité qui laissait prévoir à peu près le moment de l'attaque. Il fallait pouvoir administrer le remède qui était le sulfate de quinine, assez à temps pour qu'il pût déployer tous ses effets avant le début de l'aura. L'auteur a publié les résultats de ses expériences en 1855 dans les « Annales de la charité », et il pense qu'ils sont déjà oubliés. Il croit qu'on pourrait essayer à nouveau ce moyen, surtout maintenant que l'on peut administrer ce médicament par la méthode hypodermique. L'auteur partait de ce principe que l'aura n'est que le premier degré de l'accès et que s'il était possible de refouler la suractivité nerveuse qui allait se développer à la suite de la période prodromique, cela au moyen d'une excitation plus forte et d'un autre genre, on devrait réussir à couper l'accès. Le sulfate de quinine donné à haute dose peu de temps avant

©BIUM

l'accès lui paraît remplir ces conditions. Il cite quelques cas où cette pratique lui aurait donné de bons résultats.

VIII. *Des maladies mentales consécutives à la maladie de Bright*, par le Dr Scholz.

On a rarement décrit des maladies mentales survenues à la suite de la maladie de Bright; aussi le Dr Scholz, après avoir fait l'historique du sujet, le fait suivre de la relation du cas suivant: M. X... confiseur, âgé de quarante-trois ans, n'ayant aucune prédisposition héréditaire aux maladies mentales, entre le 27 janvier 1873 à l'hôpital de Brême. Le malade est dans un état de dépérissement assez marqué. Il est atteint de maladie de Bright à la période d'atrophie. Peu d'hydropisie, sécrétion rénale modérée, pas beaucoup d'albumine dans les urines. Hypertrophie considérable du cœur (ventricule gauche) avec bruit systolique et accroissement de l'action cardiaque. Pas de troubles de la circulation pulmonaire, pas de fièvre. A l'ophthalmoscope on constate tous les symptômes d'une rétinite albuminurique caractéristique de la période atrophique de la maladie de Bright. Lors de l'entrée du malade à l'hôpital et durant les premiers jours, l'état psychique de celui-ci ne dénote rien d'anormal.

Le huitième jour au matin, sans que rien l'eût fait prévoir, le malade est dans un état maniaque. Il est debout sur son lit, rit et babille sans cesse. Quand on lui demande pourquoi il est si gai, il répond qu'il est forcé de rire parce qu'il voit à la fenêtre et au plafond des gens qui font toutes sortes de bouffonneries et de grimaces. A part cela, il répond bien aux questions qu'on lui pose et se rend bien compte de ce qui se passe autour de lui. Le lendemain, les hallucinations ont un caractère sombre et effrayant. Le malade voit des gens qui s'élancent contre lui pour le frapper et qui veulent l'assommer. Il est très-angoissé, crie, saute hors de son lit, veut s'enfuir. Il a tout à fait l'air d'un individu atteint de delirium tremens. — Cet état ne persiste pas longtemps. Le malade devient bientôt plus calme, il semble avoir moins d'hallucinations. Elles sont remplacées par des idées fixes de persécution qui ne le quittent plus jusqu'à sa mort. Elle survient le 2 mars, soit trente-quatre jours après l'entrée du malade et avait succédé à un état comateux d'une durée de trente-six heures. — Pendant tout le cours de la maladie, on ne constata pas de symptômes d'urémie, tels que convulsions, vomissements, céphalalgie

©BIUM

interne, etc. A l'autopsie on trouve les lésions suivants : Hypérémie et épaisissement de la pie-mère. Exsudat récent sur la convexité des hémisphères, exsudat léger dans les ventricules latéraux. Hypertrophie du ventricule gauche du cœur avec insuffisance mitrale. Atrophie très-prononcée des deux reins qui sont granuleux.

L'auteur fait suivre la relation de ce cas très-intéressant de considérations relatives à la production des hallucinations. Il discute la question de savoir si elles sont en général la cause ou l'effet du délire. Dans ce cas particulier, il indique les altérations de la rétine et des troubles visuels consécutifs comme étant la cause directe des hallucinations de la vue. Le délire simple et les idées de persécution sont survenus ensuite et en ont été la conséquence.

IX. *De la période initiale mélancolique des maladies mentales*, par le Dr Witkowski.

Guislain a le premier affirmé que les maladies mentales débutaient presque toujours par une période initiale de mélancolie. Cette doctrine a été acceptée par Griesinger qui a même soutenu l'idée de Zeller affirmant que les différentes formes de folie ne sont que des phases diverses d'un processus maladif unique.

Cette opinion a prévalu longtemps en Allemagne jusqu'à ce que M. Snell (1865) démontrât d'une façon péremptoire qu'il faut séparer la monomanie de la mélancolie et de la manie; Griesinger lui-même ainsi que d'autres aliénistes ont bientôt après reconnu également que la folie systématisée pouvait apparaître comme forme primordiale et en ont fait un genre à part (primäre Verrücktheit). Cette dernière maladie est cependant considérée comme rare par beaucoup de médecins et on ne lui a pas encore assigné une place dans les relevés officiels des asiles d'aliénés.

Le Dr Witkowski a étudié le début de la psychose chez environ 150 aliénés. Il a déduit de ce nombre 20 paralytiques et tous ceux à propos desquels il n'a pu avoir des renseignements exacts relatifs au début de leur maladie. Il lui est resté 65 malades qui ont fait l'objet de ses études spéciales. Quant à la forme des maladies mentales de ces individus, elle se décompose comme suit :

©BIUM

Mélancolie	19	femmes.	12	hommes.	7
Manie	17	—	15	—	2
Folie systématisée. .	26	—	23	—	3
Démence.	3	—	2	—	1
	65		52		13

La maladie a débuté en présentant des symptômes de dépression chez. . . . 37 malades, soit 29 femmes, 8 hommes.
et sans dépression.
chez . . . . . 28 — — 25 — 3 —

65	54	11

On voit qu'à peu près la moitié de ces cas ont débuté sans présenter de période initiale de mélancolie. En déduisant encore de ce nombre les 19 mélancoliques dont la maladie a toujours débuté par de la dépression — on trouve que la période initiale mélancolique s'est rencontrée chez 18 malades :

Femmes, 15 ; hommes, 3;

qu'elle a manqué au contraire chez 28 malades :

Femmes, 25 ; hommes, 3.

L'auteur en conclut que dans la plupart des maladies mentales, c'est-à-dire dans toutes celles qui ne sont pas de véritables mélancolies, cette période initiale de mélancolie manquera le plus souvent.

Quant aux autres groupes, l'auteur constate que, dans les cas de manie, on n'en compte que le sixième où la mélancolie est le symptôme initial.

Parmi les aliénés atteints de folie systématisée (Verrücktheit) qu'il a observés, 14 d'entre eux se trouvaient dans un état de dépression au début de la maladie, les 12 autres ne présentaient pas ce symptôme. Le Dr Witkowski estime que la folie systématisée, qui constitue un groupe particulier, doit être séparée d'une manière plus nette qu'on ne l'a fait jusqu'ici de la manie et de la mélancolie d'une part, et de la démence d'autre part. Ce n'est que pour un grand nombre de cas appartenant à cette dernière catégorie, c'est-à-dire la démence, que l'on doit réserver la dénomination de secondaire.

Drs Challand et Rabow.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Revue des Thèses (1)

FACULTÉ DE PARIS. (Année 1878).

8. — *Étude clinique sur l'athétose*; par Paul Oulmont, interne lauréat des hôpitaux (Médaille d'argent. Concours de 1877). 1 broch. in-8°. Paris, Aux bureaux du *Progrès Médical* et A. Delahaye et Cie, éditeurs.

Sous le nom d'athétose, on décrit aujourd'hui deux symptômes distincts : l'athétose unilatérale ou hémiathétose, et l'athétose double ou généralisée.

L'hémiathétose consiste en mouvements lents, exagérés, involontaires, limités au pied et à la main d'un côté du corps ; ils occupent parfois la moitié correspondante de la face et du cou. A ces inconvénients s'ajoutent ordinairement des contractures passagères, ou spasmes intermittents. Les mouvements de l'athétose sont involontaires, peu modifiés par la volonté et souvent exagérés par elle. Ils persistent dans le repos, souvent même pendant le sommeil, surtout lorsque le membre est immobilisé dans une position anormale. — Le symptôme que nous venons de décrire brièvement apparaît à peu près constamment dans le cours d'une hémiplégie motrice, et du côté paralysé ; il coïncide également, dans la grande majorité des cas, avec une hémianesthésie plus ou moins complète du même côté. — L'hémiathétose, qui est toujours consécutive à une lésion cérébrale de nature quelconque, peut, d'après M. Oulmont, être rapprochée de l'hémichorée et le siège de la lésion qui la produit doit avoisiner la région dont la lésion produit cette dernière, c'est-à-dire les fibres qui, dans le pied de la couronne rayonnante, se trouvent en avant et en dehors des faisceaux sensitifs.

Quant à l'athétose double, elle présente le même aspect cli-

(1) On peut se procurer toutes ces thèses chez M. Coccoz, libraire-éditeur, 11, rue de l'Ancienne-Comédie, à Paris.

©BIUM

nique que l'hémiathétose, à cela près que les mouvements existent des deux côtés du corps. La face paraît atteinte d'une façon plus constante et plus intense que dans la forme unilatérale En outre aucun trouble du mouvement ou de la sensibilité ne l'accompagne. M. Oulmont avoue que sa nature est jusqu'ici encore inconnue; mais il croit pouvoir admettre qu'il existe entre l'athétose double et l'hémiathétose le même rapport qu'entre la chorée et l'hémichorée.

L'analyse, que nous venons d'en faire, ne suffit pas pour faire saisir tout l'intérêt de cette thèse. M. P. Oulmont, qui est un ancien interne de M. Charcot, a su excellemment mettre à profit l'enseignement de son maître; les nombreuses observations qui accompagnent ses descriptions, les figures qui rendent ces dernières plus saisissantes, font de son travail un remarquable chapitre de symptomatologie des maladies du système nerveux.

40. — *De l'abaissement de la température dans la lypémanie avec stupeur;* par P.-G. Lamoure, interne à l'asile de Ville-Evrard (Seine).

M. Lamoure, des six observations qu'il publie dans sa thèse, tire les conclusions suivantes :

1° Dans la lypémanie avec stupeur, on observe un abaissement général de température;

2° Cet abaissement est à peu près de 1° 1|2.

3° Cet abaissement est en raison directe du degré de la stupeur.

41. — *Réflexions à propos de trois cas d'agoraphobie;* par Bongrand.

35. — *Quelques observations sur les différentes formes de délire alcoolique et particulièrement de la forme aiguë;* par Cassagnan.

42. — *De la pachyméningite spinale hypertrophique* ; par Louis Burtin.

43. — *De l'éclampsie et de son traitement;* par Michel Pélissier.

44. — *Etude médico-légale sur la séparation de corps;* par Michel Dussac.

Cette thèse traite une question du plus haut intérêt social. Ce n'est pas ici le lieu d'en donner une analyse complète ; nous nous contenterons de recommander surtout la lecture du dernier chapitre intitulé : Des maladies ne pouvant jamais, par elles-mêmes, être une cause de séparation de corps. Ces maladies sont l'hystérie, l'épilepsie et la folie. On trouve là des faits intéressants empruntés aux meilleures sources, la plupart iné-

©BIUM

dits et qui ont été fournis à l'auteur par M. le Dr Legrand du Saulle.

47. — *De la méningite tuberculeuse (forme cérébro-spinale);* par Jérôme-Raymond de Béchon, médecin de 2e classe de la marine.

49. — *Relation entre le sommeil physiologique et l'activité cérébrale;* par André Vignol, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

L'auteur, s'inspirant des travaux les plus récents sur la question, est arrivé aux conclusions suivantes que nous croyons devoir reproduire :

« 1° Le sommeil physiologique est la conséquence fatale de l'activité du cerveau. Il résulte de l'accumulation mécanique dans les cellules cérébrales des produits excrémentitiels formés pendant la veille. L'état de la circulation est un fait secondaire et variable.

» 2° Tout ce qui pourra favoriser l'activité cérébrale et par suite la formation de ces déchets deviendra une cause de sommeil.

» 3° Le rêve résulte soit de la persistance, soit du retour rapide de l'activité dans certains groupes cellulaires.

» 4° La durée du sommeil dépend essentiellement de la quantité de travail effectué par le cerveau pendant la veille.

» 5° Le réveil survient lorsque les cellules se sont débarrassées de leurs produits encombrants. »

51. — *De l'aphonie nerveuse;* par Augustin Follenfant, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

53. — *Essai sur la méningite en plaques ou scléreuse, limitée à la base de l'encéphale;* par Labarrière.

54. — *Etude clinique et expérimentale sur les différences que peut présenter la symptomatologie de la méningo-encéphalite de la convexité du cerveau suivant le siége des lésions;* par B. Viel.

Dans le but de contrôler les enseignements de la clinique et les données expérimentales récentes sur la région corticale du cerveau, M. Viel a essayé de déterminer expérimentalement sur des chiens la méningo-encéphalite corticale, afin d'étudier les phénomènes auxquels elle pourrait donner lieu. L'auteur a expérimenté sur douze chiens; nous ne pouvons décrire ici le procédé opératoire employé, ni analyser les phénomènes observés, nous nous contenterons de résumer les conclusions de cet intéressant travail.

Les lésions produites expérimentalement par la cautérisation de la substance corticale du cerveau, ont une grande res-

©BIUM

semblance avec les altérations observées en clinique : congestion, ramollissement inflammatoire, hémorrhagies capillaires, pseudo-membranes, adhérences des méninges, etc... Les symptômes qui résultent de ces lésions expérimentales, ont la plus grande analogie avec les troubles pathologiques constatés chez l'homme : convulsions, paralysies de la motilité, de la sensibilité, troubles intellectuels, etc. Ces symptômes diffèrent suivant les régions de la convexité du cerveau qui sont atteintes, ce qui confirme la localisation des lésions cérébrales, indiquée par la clinique dans diverses affections. En effet, lorsque l'irritation inflammatoire expérimentale porte sur le tiers postérieur des lobes cérébraux, elle ne semble produire aucun trouble, soit de la sensibilité, soit de la motilité, soit de l'intelligence, soit des différentes fonctions de l'économie. Lorsque les deux tiers antérieurs de l'écorce grise sont atteints, on constate au contraire des troubles variés : désordres intellectuels, troubles ataxiques, accidents convulsifs, attaques épileptiformes, troubles choréiformes, paralysies, anesthésies locales, perte ou affaiblissement de la vue, de l'ouïe, troubles de nutrition, etc.

Sans pousser plus loin notre analyse, on peut voir, par ce que nous en avons dit, l'importance que présente cette thèse par les documents nouveaux apportés dans le débat sur les localisations cérébrales. Mais nous ferons des réserves sur un autre but de l'auteur ; son travail éclairera-t-il d'un nouveau jour, comme il le croit, les questions de pathogénie et de sémiologie de la paralysie générale des aliénés? La méningo-encéphalite *chronique*, produisant la folie paralytique, peut-elle être comparée à cette méningo-encéphalite *aiguë*, que l'expérimentateur provoque par l'injection d'une solution de nitrate d'argent? Il est permis d'en douter, tout en félicitant M. Viel d'avoir posé la question.

65. — *Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux*, par H. Duret, interne des hôpitaux, lauréat de l'Institut et de la Société de biologie, etc. 1 vol. in-8. Paris, Adrien Delahaye et aux bureaux du Progrès médical.

Voici une thèse, qui est devenue un gros volume et ce volume n'est que le premier d'un grand ouvrage. Son auteur, un des élèves les plus distingués de la Faculté de Paris, se propose de réviser la grande et importante question des traumatismes cérébraux, de l'étudier tant au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique. D'après lui, les accidents nerveux déter-

©BIUM

minés par les traumatismes cérébraux doivent être distingués, en *primitifs*, *secondaires* et *tertiaires*. Les accidents *primitifs* sont ceux dont le début a lieu au moment de la blessure ou dans les heures qui suivent, c'est-à-dire ces états pathologiques auxquels on a donné les noms de *commotion*, *compression* et *contusion cérébrales*. Les accidents *secondaires* ont leur point de départ dans la réaction inflammatoire excitée par les lésions produites, au sein des centres nerveux, par la violence extérieure; ce sont: la *méningite*, l'*encéphalite*, les *abcès cérébraux*, etc., qui apparaissent vers le second ou le troisième jour. Les accidents tertiaires enfin sont ces troubles qui se manifestent après des mois, des années et qui vont depuis la simple monoplégie jusqu'aux affections mentales les plus diverses.

Dans ce premier volume, M. Duret ne s'occupe que de la physiologie pathologique des accidents primitifs, commotion, compression et contusion cérébrales; il étudie successivement, au point de vue du traumatisme, le choc céphalo-rachidien, les effets de l'excès de pression intra-crânienne, le rôle des lésions de la dure-mère, le rôle des troubles vasculaires et le rôle des lésions de l'écorce cérébrale et des autres centres nerveux, bulbe, moelle, etc. Pour la démonstration de ces différents points, plus de soixante-dix expériences ont été faites et aucun des moyens d'observation aujourd'hui usités dans les laboratoires n'a été omis pour arriver à la plus grande précision possible.

Nous avons donc là une œuvre scientifique remarquable, d'une lecture attachante et rendue facile par une série de dix-neuf planches très-bien gravées; ce volume, nous en sommes convaincu, trouvera place dans toutes les bibliothèques médicales et nous faisons un vœu, c'est que M. Duret mène complètement à terme un travail si heureusement commencé.

82. — *De la paralysie spinale infantile, ses déformations, son traitement*; par Henri Hamon.

88. — *De l'épilepsie et du traumatisme dans leurs rapports réciproques*; par J. Brousses.

Cette thèse a été longuement analysée par M. le Dr Marandon de Montyel, dans le numéro de juillet 1878, des *Annales médico-psychologiques*.

114. — *Contribution à l'étude de l'hémianesthésie saturnine*; par Ananieff.

116. — *Recherches expérimentales sur les fonctions des canaux*

©BIUM

semi-circulaires, sur leur rôle dans la fonction de la notion de l'espace; par E. Cyon.

124. — *Du suicide en France. Etude statistique*; par Eugène Morer, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Travail intéressant, fait d'après les recherches statistiques les plus récentes et les plus complètes, cette thèse démontre que, de 1831 à 1870, le nombre des suicides a augmenté d'une manière progressive et que cet accroissement est beaucoup plus rapide à partir de l'année 1871. Tous les âges sont exposés au suicide; mais c'est chez les vieillards qu'on constate la proportion la plus élevée. Chose triste à dire, chez les enfants, le nombre des suicides va en augmentant d'année en année. L'auteur étudie successivement l'influence que peuvent avoir sur le suicide, les saisons, l'état civil, la résidence (rurale, urbaine ou à Paris), la profession, les cultes, l'hérédité; puis, après avoir indiqué les motifs présumés du suicide, il arrive aux modes de perpétration. Pour ce dernier point, la statistique amène aux conclusions suivantes : « Plus des deux tiers des suicidés, dit l'auteur, ont recours à la pendaison et à la submersion. Les armes à feu et l'asphyxie par le charbon viennent ensuite. Ces quatre moyens s'appliquent environ aux neuf dixièmes des suicides. Le dernier dixième est accompli avec des instruments tranchants, avec le poison ou par la chute d'un lieu élevé. Ce sont là, rangés par ordre décroissant, les modes de suicide employés par les individus du sexe masculin. Nous indiquons, en les plaçant dans le même ordre, les modes de perpétration auxquels les femmes ont le plus souvent recours. Ce sont : la submersion, la pendaison, l'asphyxie par le charbon, la chute volontaire d'un lieu élevé, le poison, les instruments aigus et tranchants, les armes à feu. »

125. — *Des troubles auditifs dans le mal de Bright*; par Pissot.

128. — *Des effets généraux du chloroforme en injections hypodermiques* ; par Fournier.

130. — *Des variétés de la paralysie générale dans leurs rapports avec la pathogénie* ; par Camille Lionet.

M. le Dr Doutrebente a publié, sur cette thèse, une analyse critique dans le numéro de mai 1878 des *Annales médico-psychologiques*.

131. — *Essai sur les troubles des sens et de l'intelligence causés par l'épilepsie* ; par Edmond Defossez.

L'auteur étudie ces troubles sensoriels et intellectuels, soit

©BIUM

qu'ils se présentent avant, pendant ou après l'épilepsie. Les descriptions qu'il en donne sont exactes et illustrées, si je puis ainsi dire, par de nombreuses observations. Après un historique assez complet, M. Defossez étudie successivement les phénomènes nerveux prodromiques (aberrations des sensibilités générale et spéciale, troubles de l'intelligence), ceux accompagnant ou remplaçant l'attaque et, enfin, ceux consécutifs à la crise. Une quatrième partie est consacrée à l'étude de l'influence de l'épilepsie sur l'intelligence ; on y trouve décrites les diverses modifications que cette maladie apporte aux différents âges de la vie.

132. — *Essai sur la forme cérébrale de l'insolation* : par J. Lahaye.

133. — *De la colonisation des aliénés* ; par Georges Labitte.

L'auteur est partisan convaincu de l'organisation de colonies agricoles pour les aliénés ; l'exemple qu'il nous cite (la colonie de Fitz-James et la ferme de Villers annexées à l'asile de Clermont) est, en effet, bien démonstratif de la thèse qu'il soutient avec une chaleur communicative. Beaucoup a été fait dans ce sens en France ; mais beaucoup reste encore à faire ; et ce qui reste à faire, on en désire l'accomplissement, lorsqu'on lit la conclusion suivante du travail de M. G. Labitte : « La colonisation nous paraît être le meilleur moyen de faire du travail l'application la plus large et la plus pratique. C'est par elle que les aliénés jouissent d'une liberté qu'ils ne peuvent rencontrer dans les asiles. C'est elle qui permet de remédier à l'encombrement qu'amène fatalement l'augmentation progressive de la population des maisons de santé. Bien dirigé, le travail des aliénés donne un produit réel qui contribue, dans une faible mesure, il est vrai, à diminuer la charge de leur entretien. »

Dr Ant. Ritti.

Anatomie des centres nerveux ; par le professeur Huguenin (de Zurich). Paris 1879. gr. in-8 de 368 pages avec 360 fig. intercalées dans le texte.

Quoiqu'il soit difficile d'analyser ou de résumer un ouvrage d'anatomie qui, par son importance et l'aridité du sujet, ne pourra être fructueusement consulté par les étudiants ou les médecins peu familiarisés avec les nomenclatures allemandes ou autres, il nous a paru qu'un travail aussi complet, traduit par M. Th

©BIUM

Keller et annoté par M. Mathias Duval méritait plus qu'une simple indication bibliographique.

L'étude du système nerveux a pris depuis quelques années une importance toute particulière ; l'impulsion première, si vigoureusement donnée par M. Luys, a reçu avec la notion des localisations fonctionnelles une poussée nouvelle de la part de MM. Hitzig, Ferrier, Charcot, Meynert et Mathias Duval, etc ; le professeur Huguenin, plus modeste, a voulu simplement vulgariser l'œuvre immense de Meynert. Ce dernier, il faut l'avouer, n'est pas toujours clair, ses compatriotes ont parfois beaucoup de mal à le suivre et à comprendre ses vues nouvelles, souvent hypothétiques ; le professeur Huguenin discute, précise, contrôle et détermine par des figures schématiques simples, reproduisant exactement la forme et les rapports réels des parties, tout ce qui, dans les travaux de Meynert, réclamait la vulgarisation.

Le texte primitif manquait un peu de clarté et possédait à peine des divisions et subdivisions, les traducteurs français ont dû aussi donner plus de soins à l'explication des figures et, par une série de notes, compléter les questions plus spécialement étudiées par les anatomistes et les physiologistes français. MM. Mathias Duval et Keller ont tenu à établir la correspondance des termes allemands ou latins avec les termes usuels de nos traités classiques ; un index placé à la fin du volume comprend tous les termes latins ou allemands nouveaux tels que : brachia conjonctiva, clava, folium, cacuminis, etc, dont on ne trouverait pas l'explication dans les dictionnaires usuels ou spéciaux.

Nous ne saurions trop louer les traducteurs français, ils n'ont rien négligé pour donner au travail d'Huguenin la clarté et la précision qu'on est en droit de trouver dans un livre d'anatomie; s'il y a des imperfections, elles ne peuvent leur être imputées puisqu'ils ont perfectionné, en le traduisant, le livre du professeur Huguenin.

Dr Doutrebente

Paralysie générale; par le Dr Ach. Foville. Article du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Broch. in-8°. Paris, 1879.

Ce n'est pas chose aisée de présenter en une soixantaine de pages un tableau exact et complet d'une maladie aussi com-

©BIUM

pliquée et dont bien des points sont encore sujets à tant de controverses que la paralysie générale. Ce travail difficile, M. Ach. Foville vient pourtant de l'accomplir avec succès; et, avec le talent d'exposition qui lui est propre, avec les qualités de style qu'on lui connaît, pouvait-il en être autrement? Aussi devons-nous remercier M. le professeur Jaccoud, le directeur du *Nouveau Dictionnaire*, d'avoir confié cet important article au savant auteur des consciencieuses monographies sur d'autres formes de folie, qui y ont été précédemment insérées.

Depuis les publications, faites en 1826, de Bayle et de M. Calmeil, aucun travail d'ensemble d'une certaine importance sur la paralysie générale n'avait été publié; on s'était surtout arrêté à des recherches de détails, à des analyses plus exactes des symptômes, de la marche de la maladie, etc.; des faits nouveaux découverts avaient nécessité la création de variétés se distinguant plus ou moins du type primitivement admis; le microscope enfin est venu apporter de nouvelles lumières à l'étude de l'anatomie pathologique de cette affection. Les débats, d'ailleurs, ne sont pas clos sur toutes les questions qui ont été soulevées dès le jour de la découverte de la paralysie générale ou que soulèvent quotidiennement de nouvelles observations. Que faire, en pareil cas, pour présenter une synthèse complète de la maladie? M. Foville, sans écarter toute controverse, a jugé — et avec raison — qu'il fallait limiter le sujet, conserver à la paralysie générale son acception primitive et grouper autour de ce type primordial toutes les découvertes récentes. Cela ressort des premières lignes de son travail; voici, en effet comment il définit la maladie qu'il va décrire : « Sous le nom » facile à critiquer, mais généralement admis, de *Paralysie gé-* » *nérale*, dit-il, on désigne une espèce de folie produite par » une altération organique spéciale des centres nerveux, à » marche progressive, mais inégale, et souvent interrompue » par des rémissions. Elle est caractérisée : 1o par des lésions » multiples et diffuses des organes encéphalo-rachidiens, pré- » dominantes vers la surface des circonvolutions cérébrales; » 2o par un ensemble complexe de symptômes dont les uns, » fondamentaux et constants, consistent dans l'affaiblissement » progressif de l'intelligence et de la motilité (démence et pa- » ralysie), et les autres, complémentaires, accessoires, souvent » temporaires, consistent dans la perversion des mêmes fonc- » tions (délire ambitieux, hypochondriaque, instinctif; con- » tractures, spasmes, convulsions). »

©BIUM

Nous ne pouvons que recommander la lecture des chapitres qui traitent de l'étiologie, de la symptomatologie, de la marche et de l'évolution de la paralysie générale; ils contiennent tout ce que l'on sait aujourd'hui sur ces différentes questions. Quant aux pages consacrées à l'anatomie pathologique, au siége et à la nature de cette affection, elles méritent une mention spéciale; les théories des différentes écoles en présence y sont énumérées et le lecteur a ainsi sous les yeux tous les éléments du procès encore en litige. Nous ne voulons pas dire par là que M. Foville n'a pas son opinion faite; bien loin de là. Voici, en effet, ce qu'il nous dit au sujet de la nature de la maladie : « Quant à la nature de la paralysie générale, on se trouve ramené à l'opinion des premiers auteurs qui ont découvert et décrit cette maladie, et qui la considéraient comme une affection inflammatoire chronique; seulement, en s'appuyant sur les travaux modernes, on peut réfuter l'objection tirée jusque-là de l'absence de suppuration, et compléter la doctrine de Bayle et de Calmeil en disant que la paralysie générale est une inflammation chronique qui appartient au type de l'encéphalite interstitielle hyperplastique. »

En terminant cette trop courte analyse, M. Foville voudra bien nous permettre une légère critique. La paralysie générale soulève beaucoup de problèmes de médecine légale; la responsabilité criminelle, la capacité civile des malades atteints de cette affection sont souvent mises en question. Pourquoi n'en avoir pas parlé dans un paragraphe spécial? Je sais bien qu'à propos de la symptomatologie l'auteur y a touché; mais le sujet ne méritait-il pas de plus amples développements ?

Dr Ant. Ritti.

Traité des maladies du système nerveux, par W. Hammond, traduction augmentée de notes et d'un appendice par le Dr *F. Labadie-Lagrave*, volume grand in-8° de 1,278 pages. Paris, 1879, J.-B. Baillière et fils.

Cet ouvrage, de plus de 1,200 pages, traduit et annoté par le docteur Labadie-Lagrave, est aussi complet que puisse l'être un volume embrassant un sujet aussi étendu que les maladies mentales et nerveuses. Suivant la juste expression du traducteur, qui a comblé les quelques lacunes de l'œuvre originale, c'est « un instructif compendium dans lequel se trouvent con-

©BIUM

densées toutes les acquisitions nouvelles de la science sur ce difficile sujet. » Description des appareils employés dans le diagnostic et le traitement des maladies du système nerveux, tracés graphiques, planches anatomiques, portraits, index bibliographique, observations intercalées dans le texte, rien n'a été négligé, de la part de l'auteur et du traducteur, pour rendre cet ouvrage aussi intéressant et aussi instructif que possib'e

Il est divisé en plusieurs parties qui comprennent successivement : 1° *Les maladies du cerveau* ; 2° *les maladies de la moelle et de ses enveloppes* ; 3° *les affections cérébro-spinales* ; 4° *les maladies du système nerveux périphérique* ; 5° *les maladies toxiques du système nerveux*.

On comprend que nous ne puissions, dans le cadre restreint de cette analyse, donner un aperçu, même sommaire, des nombreux chapitres dont se compose le traité du professeur Hammond. Une partie, d'ailleurs, attirait plus spécialement notre attention, non par l'importance qu'elle occupe dans l'ouvrage, mais par l'intérêt particulier qu'elle offre aux lecteurs des *Annales*, je veux parler de la partie consacrée à l'*aliénation mentale*. Il nous a semblé à la fois plus intéressant et plus pratique, en face de ce vaste assemblage de chapitres, comportant chacun une étude spéciale, impossible à faire, d'en détacher le point le plus saillant, l'article ayant trait le plus directement à la pathologie mentale, et d'en donner une analyse un peu plus détaillée.

Disons tout d'abord que cette réunion des maladies mentales aux maladies nerveuses dans un même traité classique nous semble un progrès accompli par les médecins américains. La pathologie mentale ne doit point demeurer toujours une branche spéciale, reléguée à l'écart de la pathologie nerveuse ; comme la paralysie générale, dont la découverte, l'étude et l'intronisation dans la science ont eu une évolution si rapide, toutes les affections psychiques doivent acquérir droit de cité dans les traités classiques, à mesure qu'elles seront mieux connues.

Dans le traité du professeur Hammond, le chapitre consacré à l'aliénation mentale, en dehors de la paralysie générale et des arrêts de développement, ne comprend que les vésanies pures, indépendantes de troubles dans la motilité. Les folies avec désordres du mouvement sont traitées à part, chacune avec l'affection primitive dont elle dépend, et au rang qu'assi-

©BIUM

gne à celle-ci sa localisation anatomique dans l'échelle cérébro-spinale. C'est ainsi que la chorée, l'épilepsie, l'hystérie et les affections hystéroïdes (catalepsie, extase, hystéro-épilepsie) sont successivement passées en revue dans l'étude de ces névroses. Ces affections, qui se séparent des vésanies pures en ce que chez elles la folie n'apparaît qu'à titre de complication, d'épiphénomène non fatalement nécessaire, n'en sont point négligées pour cela; leur étude est complète. Il n'est pas jusqu'aux folies toxiques et à la *Syphilis cérébrale*, cette question encore pendante et si pleine d'actualité, qui n'aient trouvé une place honorable dans l'ouvrage que nous analysons.

La partie consacrée à l'aliénation mentale proprement dite comprend une centaine de pages. Malgré que l'auteur définisse la folie « *une manifestation d'un état pathologique du cerveau* », et semble insister sur cet état d'altération morbide de l'organe cérébral dans les vésanies, on s'aperçoit bien vite que l'on a affaire à un psychologue, pour lequel les diverses formes de folie ne sont que des modifications anormales des diverses facultés psychiques. La classification qu'il adopte, basée sur le processus et l'ordre de succession des phénomènes de la pensée en est une preuve évidente.

Pour lui, les manifestations de l'activité cérébrale, à l'état physiologique, sont au nombre de quatre principales et s'accomplissent dans l'ordre suivant: 1o *perception*; 2o *intelligence*; 3o *sensation*; 4o *volonté*;

1° Un objet extérieur impressionne un sens; l'excitation est transmise au cerveau; la *perception* a lieu.

2° L'excitation sensorielle et la perception qui en résulte sont transmises à une partie plus complexe du cerveau dans laquelle la perception se transforme *en idée*, par suite de la mise en activité de plusieurs facultés ou modalités de l'intelligence.

3° L'idée à son tour met en jeu une autre partie du cerveau ; il se produit alors une *sensation* ou mieux un *sentiment*, une émotion agréable ou pénible.

4° Enfin, la sensation ou émotion détermine un *acte*; la *volonté* agit à son tour.

De là, la classification suivante établie par l'auteur:

1° *Folie perceptive*, caractérisée par la tendance à la formation d'une perception erronée, provenant elle-même, soit d'une impression fausse des objets réels (illusion), soit indépendante de toute excitation extérieure (hallucination).

©BIUM

2° *Folie intellectuelle*, caractérisée par les idées délirantes, par les délusions.

3° *Folie émotive* ou sensorielle, caractérisée par la prédominence d'un ou de plusieurs sentiments irrésistibles, ou d'impulsions parfaitement maîtrisées.

4° *Folie volitionnelle*, caractérisée par l'incapacité d'exercer la volonté dans un sens affirmatif ou négatif.

5° *Manie*, triste ou gaie, constituée par la réunion de deux ou de toutes les quatre formes précédentes.

Passant à la description de chacune de ces formes, l'auteur établit que la folie perceptive est le mode primitif de l'aberration mentale, qu'elle peut constituer à elle seule le désordre psychique, auquel cas elle n'atténue en rien la responsabilité de l'individu, mais qu'elle peut aussi se compliquer tôt ou tard et successivement de délusions et interprétations délirantes, et de perturbations émotives et volitionnelles, entraînant, elles, l'irresponsabilité. D'après lui, l'illusion et l'hallucination seraient le point de départ ordinaire de la folie, dont les diverses *formes psychiques*, si l'on peut ainsi parler, se compliquent parfois, mais peuvent néanmoins exister souvent seules, et d'une façon complétement indépendante. Cette manière de voir ne nous paraît point absolument rationnelle, ni répondre à la majorité des faits. Dans la folie, quelle qu'en soit l'espèce, il est trop rare de voir l'aberration psychique ne porter que sur une seule faculté pour que l'on puisse adopter une classification pareille, et créer pour chacune des manifestations de la pensée une forme de folie spéciale, correspondant à son altération. Les manifestations psychiques même à l'état physiologique, sont trop solidaires les unes des autres et trop intimément liées, pour qu'une altération quelconque, portant sur l'une d'elles, ne retentisse plus ou moins profondément sur ses congénères. D'ailleurs, cette classification a le tort, plus grave encore, d'être incomplète; l'auteur l'a tellement senti qu'il s'est vu obligé d'annexer la *paralysie générale*, *l'idiotie* et la *démence* à ses cinq formes primitives de la folie, sans donner la raison de ce rapprochement, absolument incompatible avec les données premières et les bases de sa classification.

Quoi qu'il en soit de leur mode de groupement dans l'ouvrage, ces maladies y sont parfaitement décrites. Leur étude, conçue dans un esprit clinique évident, renferme des données thérapeutiques aussi nombreuses que précieuses; l'anatomie

©BIUM

pathologique s'y trouve à la hauteur des connaissances actuelles et des acquisitions nouvelles de la science ; les parties descriptive et étiologique renferment en outre des données ordinaires, des aperçus nouveaux et originaux, des faits curieux, établissant ce point si intéressant des *dissemblances de terroir* qui peuvent se produire dans chacune des affections mentales.

Ce que nous disons pour le chapitre de la folie, nous pourrions le répéter avec autant de raison pour les chapitres relatifs aux maladies purement nerveuses. Au surplus, nous ne saurions mieux faire que de recommander la lecture du traité du professeur Hammond, qui comble évidemment une lacune, et dont l'intérêt ne peut échapper à personne, aussi bien que son but, essentiellement pratique et instructif.

E. Régis.

Étude critique sur les localisations spinales de la syphilis ; par le Dr Julliard. Brochure grand in-8° de 90 pages ; chez J. B. Baillière et fils.

Dans un travail, qui révèle chez son auteur un réel talent d'investigation scientifique uni à beaucoup de méthode et de précision, M. Julliard a exposé d'une façon magistrale l'état actuel de nos connaissances sur les localisations spinales de la syphilis. La question a été envisagée sous tous ses aspects, mais on ne peut manquer de remarquer que l'anatomie pathologique y a surtout été étudiée à fond. A cela rien d'étonnant, lorsqu'on saura que M. Julliard est un élève du Dr Pierret.

Les relations qui existent entre la symptomatologie et les localisations des lésions médullaires ont permis à M. Charcot et à ses élèves de faire la lumière au milieu des données confuses et contradictoires que nous possédions sur la nature des myélites et aussi sur les propriétés et fonctions de l'axe nerveux bulbo-spinal. Le travail de M. Julliard conçu dans le même ordre d'idées nous semble en tout point supérieur aux recherches expérimentales entreprises sur le cerveau et la moelle des animaux vivants.

Un index bibliographique complet et méthodique, dans lequel ne sont pas compris les travaux sur la syphilis cérébrale, facilitera au lecteur les recherches bibliographiques. M. Julliard s'est fait un devoir de rappeler qu'il a beaucoup puisé dans les travaux de Caizergues, en éliminant tout ce qui n'avait pas directement rapport à la moelle, mais en comblant quelques lacunes.

©BIUM

Nous sommes heureux de signaler aux lecteurs des *Annales* un travail consciencieux et d'une utilité pratique incontestable.

Dr DOUTREBENTE.

Du Chlorhydrate d'apomorphine et de ses applications spéciales à la psychiatrie ; par les Drs Challand et Rabow, médecins de l'hôpital des aliénés du Bois-de-Céry, près Lausanne. 2 broch. in-8 Lausanne, 1876 et 1878.

On sait que l'apomorphine est un dérivé de la morphine qui s'obtient en enlevant à ce dernier corps une molécule d'eau par l'action de l'acide chlorhydrique ou de l'acide sulfurique. Ce corps possède une propriété remarquable, c'est qu'à dose très-minime (un centigramme en injection sous-cutanée), il provoque le vomissement. MM. Challand et Rabow ont utilisé cette propriété chez les aliénés, en particulier chez ceux qui sont atteints d'embarras gastrique et refusent toute espèce de médication interne, dans les cas de corps étrangers des voies digestives, etc. Mais ces observateurs, continuant leurs expériences, sont parvenus à démontrer la propriété hypnotique et narcotique de ce médicament qui lui avait été déniée par le professeur Gubler, par Kœhler, etc. Avec 3 à 10 milligrammes d'apomorphine en moyenne (9 à 6 milligrammes chez les femmes, et chez les hommes parfois jusqu'à 10 à 15 milligrammes), ils sont en effet arrivés à calmer l'agitation de certains aliénés et à leur procurer un sommeil bienfaisant. « En général les malades vomissaient, puis s'endormaient rapidement (après quelques minutes), et au réveil étaient plus calmes; parfois les malades s'assoupissaient avant de vomir. L'emploi de ce médicament amène donc très-promptement un résultat que l'on demande habituellement à la morphine, c'est-à-dire de calmer l'agitation et de faire dormir. » Les auteurs donnent à l'appui de leurs assertions le résumé de six observations intéressantes ; mais, se tenant en garde contre un optimisme exagéré, ils s'empressent de dire : « Nous ne voulons pas dire que l'emploi de l'apomorphine nous ait fait obtenir des guérisons. Dans le traitement des maladies mentales surtout il est téméraire d'être trop affirmatif en ce qui concerne les effets thérapeutiques des moyens employés. Mais, un fait que nous avons constaté, c'est que souvent, après les injections, nous avons eu des améliorations vraiment remarquables. » Nous ne saurions

©BIUM

assez engager nos deux savants collaborateurs à continuer leurs expériences et à publier les résultats acquis. S'ils augmentaient d'une substance nouvelle le petit arsenal thérapeutique du médecin aliéniste, ils rendraient un véritable service à l'humanité.

Dr ANT. RITTI.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Der internationale irrenärzliche Congres zu Paris im August 1878; par M. le Dr Brosius. br. in-8, 1878.

— Die Privat-Irrenanstalt « Christophsbad » in Göppingen par le Dr G. Landerer. Stuttgart, 1878, vol. in-8.

— De la condition juridique des aliénés en droit romain et en droit français; par M. Gaston Pineau. Paris 1878, vol. in-8.

— Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg, over het Jaar 1878; par M. le Dr Van Persijn.

— Asile d'aliénés de Cadillac; compte rendu médical sur l'exercice 1878; par M. le Dr Péon. br. in-8.

— La Piazza del antichita, studi storici del Dott. Paolo Funaioli. Siena, 1879, br. in-8.

— Della diagnosi e della prognosi della paralisi generale dei mentecatti; note du professeur F. Pignocco, br. in-8, 1879.

— Maison de santé de Préfargier, cinquantième rapport annuel; par M. le Dr Chatelain. Neuchâtel, 1879, br. in-8.

— Experiments with living human beings; par M. le Dr M. Beard; 1879; br. in-8.

— Etudes sur le dédoublement des opérations cérébrales et sur le rôle isolé de chaque hémisphère dans les phénomènes de la pathologie mentale; par M. le Dr. J. Luys. Paris, 1879, br. in-8.

— Aerztlicher Bericht über die Irrenabtheilung des Bürgerspitals in Basel, pour l'année 1878. Bâle, 1879, br. in-8.

— Thirty-sixth annual report of the managers of the state lunatic Asylum, at Utica; Albany, 1879, br. in-8.

— Des paralysies corticales du membre supérieur; monoplégies brachiales; par M. le Dr Gaston Decaisne. Paris, 1879, br. in-8, chez J.-B. Baillière, prix 2 fr.

— Geregtelijk-zielundig Verslag betreffende den van Poging tot moord verdachten M... K... B; par M. le Dr Ramaer (Rapport médico-légal concernant M. K. B. inculpé de tentative de meurtre.)

— Twenty-first annual report of the general Board of commissioners in Lunacy for Scotland. Edimbourg, 1879, vol. in-8.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Par décret du président de la République en date du 26 juillet 1879, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur et des cultes, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, M le Dr Dumesnil, inspecteur général du service des aliénés au ministère de l'intérieur, ancien directeur-médecin d'asiles d'aliénés, trente-quatre ans de service, chevalier depuis 1866.

— *Arrêté du 7 juillet.* M. le Dr Lagardelle, médecin en chef de la section des femmes de l'asile de Bron (Rhône), est nommé médecin en chef de l'asile de Bordeaux, en remplacement de M. le Dr Auzouy, décédé.

— *Arrêtés du 23 juillet.* Sont nommés :

Médecin de la section des femmes de l'asile de Bron, M. le Dr Taguet, médecin de la section des femmes de l'asile de Marseille (4e classe).

Médecin en chef de la section des femmes de l'asile de Marseille, M. le Dr Cullerre, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (4e classe).

Médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse, M. le Dr Gallopain, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux (2e classe).

— *Arrêtés du 9 août.* Est nommé :

Médecin-adjoint de l'asile d'Evreux, M. le Dr Boudrie, ancien interne des asiles de Bailleul et de Ville-Evrard.

Sont promus :

A la 2e classe de son grade (2,500 fr.), M. le Dr Peybernès, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares, pour prendre rang à partir du 1er août 1879.

A la 3e classe de son grade (5,000 fr.), M. le Dr Maret, directeur-médecin de l'asile d'Auch, pour prendre rang à partir du 1er août 1879.

— *Arrêté du 12 août* 1879. M. le Dr Guérineau, directeur-médecin de l'asile de Blois, est promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er janvier 1879.

— *Arrêté du 14 août* 1879. M. le Dr Chadzinski a été nommé médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre en remplacement de M. le Dr Cullerre (3e classe).

Arrêté du 8 septembre 1879. — M. le docteur Schils, ancien interne de l'asile de Rennes, a été nommé deuxième médecin adjoint de l'asile de Saint-Yon, à Rouen (place créée) et admis dans la troisième classe de son grade.

Par arrêté du ministre de l'intérieur et des cultes en date du 12 septembre 1879, MM. les docteurs Jules Voisin et Bourneville ont été nommés médecins du service des quartier d'alié-

©BIUM

nés à l'hospice de Bicêtre, en remplacement du docteur BERTHIER, décédé, et de M. le docteur LEGRAND DU SAULLE, transféré à l'hospice de la Salpêtrière.

PRIX ESQUIROL.

Le mémoire n° 5 qui est intitulé : *Etude sur les troubles fonctionnels dans la lypémanie*, a obtenu une mention honorable. Il a pour auteur M. le Dr J. Ravaillet, ex-interne de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine a tenu, le 15 juillet dernier, sa séance publique annuelle, sous la présidence de M. Baillarger Dans cette séance ont été proclamés les prix décernés en 1878. Voici ceux relatifs à la pathologie mentale et nerveuse.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Question proposée : *Du rôle du système nerveux dans les maladies aiguës.*

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Un seul mémoire a concouru. Il n'y a pas lieu de décerner le prix.

Prix fondé par M. le Dr Lefèvre. — Question proposée : *Du traitement de la mélancolie.*

Ce prix était de la valeur de 2,000 francs. Aucun concurrent ne s'est présenté.

Prix fondé par M. le Dr Falret. — Question : *Rechercher quels sont les meilleurs éléments de pronostic, dans les différentes formes de maladies mentales.*

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Un seul mémoire a concouru. L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs à M. le Dr LAGARDELLE, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Marseille.

Prix proposés pour l'année 1880.

Prix Civrieux. — Question : *Du rôle du système nerveux dans les maladies du cœur.*

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix Falret. — Question : *De la folie désignée sous les dénominations de folie circulaire, folie à double forme, folie à formes alternes.*

Les concurrents devront réunir dans leur travail le plus grand nombre possible d'observations cliniques.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

NOTA. — Les mémoires pour les prix à décerner en 1880 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet 1880. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs.

FONDATION D'UN PRIX A L'ACADÉMIE ROYALE DE BELGIQUE.

— Le *Moniteur* du 30 mai courant publie l'arrêté royal suivant :

Léopold II, Roi des Belges,

« A tous présents et à venir, salut.

« Vu notre arrêté, en date du 4 avril 1878, autorisant notre

©BIUM

ministre de l'intérieur à accepter, au nom de l'Etat, la donation faite à l'Académie royale de médecine, par l'entremise de M. le docteur Crocq, d'une somme de 5,000 francs, destinée à être donnée, en 1879 ou 1880, à l'auteur du meilleur mémoire manuscrit ayant pour but d'élucider l'histoire des maladies des centres nerveux, et principalement de l'épilepsie :

» Vu l'expédition de l'acte passé, le 16 mai 1879, devant le notaire Barbé, de résidence à Bruxelles, par lequel M. le docteur J.-J. Crocq, sénateur en ladite ville, fait donation, comme mandataire, à l'Académie royale de médecine, d'une nouvelle somme de 25,000 francs en vingt-cinq obligations de la caisse d'annuités de l'État à 4 1/2 p. 100, à charge d'en consacrer les intérêts à la fondation d'un prix à décerner par l'Académie, tous les trois, quatre ou cinq ans, au meilleur travail manuscrit ayant pour but d'élucider l'histoire des maladies nerveuses et surtout l'épilepsie. La somme en entier pourrait même, d'après l'intention du donateur, être donnée à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital de la thérapeutique de ces maladies, tel que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de ce dernier état pathologique ;

» Considérant que l'Académie royale de médecine forme un établissement public dont la personnification se confond avec celle de l'Etat ;

» Vu les articles 910 et 937 du Code civil ;

» Sur la proposition de notre ministre de l'intérieur,

» Nous avons arrêté et arrêtons :

» Art. 1er — Notre ministre de l'intérieur est autorisé à accepter, au nom de l'État, la nouvelle donation faite à l'Académie royale de médecine par l'entremise de M. le docteur Crocq, et aux fins indiquées par le donateur.

» Art. 2. — Ladite Académie proposera ultérieurement à notre Ministre de l'intérieur les mesures nécessaires pour l'accomplissement de la disposition ci-dessus.

» Art. 3. — Notre ministre de l'intérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

» Donné à Bruxelles, le 28 mai 1879.

» (Signé) LÉOPOLD. »

Le Bureau est chargé de préparer, pour la prochaine séance, la proposition à faire à M. le ministre de l'intérieur en exécution de l'article 2 de l'arrêté royal précité.

(*Extrait du procès-verbal de l'Académie de médecine de Belgique du 31 mai 1879*).

Loi tendant à autoriser le département d'Eure-et Loir à contracter un emprunt pour les travaux d'agrandissement et d'amélioration de l'asile d'aliénés de Bonneval.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er — Le département d'Eure-et-Loir est autorisé, conformément à la demande que le Conseil général en a faite, à emprunter à un taux d'intérêt qui ne pourra dépasser cinq pour

©BIUM

cent (5p. 100) une somme de deux cent soixante-cinq mille francs (265. 000 fr.), remboursable dans un délai maximum de quarante ans qui sera affectée à l'agrandissement et à l'amélioration de l'asile d'aliénés de Bonneval.

Cet emprunt pourra être réalisé, soit avec publicité et concurrence, soit par voie de souscription, soit de gré à gré avec facilité d'émettre des obligations au porteur ou transmisible, par voie d'endossement, soit directement auprès de la caisse des dépôts et Consignations.

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

Art. 2. — Il sera pourvu au remboursement et au service des intérêts de l'emprunt autorisé par l'article 1er ci-dessus au moyen de prélèvements opérés sur les ressources spéciales de l'asile et au besoin sur le budget départemental.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 18 juillet 1879.

LES SUICIDES EN ALLEMAGNE.

De Dresde (*Saxe*) on écrit à la *Gazette d'Augsbourg* qu'en ce pays le nombre des suicides augmente considérablement. La statistique qui vient d'être publiée pour l'année 1878, supérieure à celle de l'exercice précédent, indique 1,126 suicides, dont 215 pour le sexe féminin. En 749 cas, les malheureux se sont pendus; en 217, ils se sont noyés; en 88, ils se sont brûlé la cervelle.

Les causes indiquées sont: en 284 circonstances, la mélancolie; en 105, le dégoût de la vie; en 94, le désordre et l'ivrognerie; en 89, les privations; en 65, les souffrances physiques; en 39, un amour malheureux, etc.

L'âge des suicidés varie entre 90 et 14 ans. Croirait-on que, dans le nombre, on en compte 8 n'ayant même pas atteint l'âge de quatorze ans? Quatre se sont suicidés entre quatre-vingts et quatre-vingt-dix ans.

En même temps, on mande d'Angleterre que pendant les dernières semaines le chiffre des suicides en ce pays est triple de celui des mêmes semaines de l'exercice précédent. On suppose que la persistance du mauvais temps, l'absence du soleil, la pluie, les orages et les inondations y sont pour quelque chose, en exerçant sur les tempéraments une influence fâcheuse.

(*Union médicale*, numéro du mardi 16 septembre 1879).

FAITS DIVERS.

La statue de Philippe Pinel et celle d'Esquirol sont placées dans le grand vestibule de l'hospice des aliénés de Rio de Janeiro. Ces deux statues, de grandeur naturelle, sont en pierre de Lisbonne. Elles ont été bronzées tout récemment.

A deux lieues de la petite ville de Nova-Friburgo, dans la province de Rio de Janeiro, une magnifique chute du Rio Grande porte le nom de Cascata Pinel. Cette cascade et de vastes forêts étaient

©BIUM

la propriété du fils cadet de Philippe Pinel, venu au Brésil en 1834, marié à Nova-Friburgo en 1836, et mort ces dernières années.

Une fille microcéphale. — M. Broca a présenté, à la Société d'anthropologie de Paris, une petite fille de huit ans et demi, microcéphale, mais d'un genre particulier. Elle n'est pas naine. Son front très-étroit fuit en arrière, et le bas de la face se projette au contraire en avant. Ce prognathisme s'aggravera encore avec l'âge, et la tête restera petite, quoique le derrière prenne relativement au devant un développement considérable.

Dans ce cas, on voit très-facilement que le développement du cerveau est arrêté par le crâne dont les sections se sont soudées prématurément dans une partie de son étendue, de manière à ne plus pouvoir se distendre et à empêcher ainsi la croissance du cerveau par devant. Le conduit auditif externe lui-même est bouché, mais, malgré cette clôture de l'oreille, l'enfant peut entendre lorsqu'on lui parle très-fort.

M. Virchow avait expliqué autrefois tous les cas de microcéphalie par une soudure prématurée des sutures crâniennes. C'est ce qui existe, en effet, dans ce cas. Mais d'ordinaire, M. Broca l'a prouvé surabondamment, c'est le cerveau lui-même qui cesse de se développer ou se développe d'une façon anormale. (*Revue scientifique* du 16 avril 1879.)

Homicides commis par des aliénés sur leurs médecins. — Le Dr J. Cook, de l'asile de Canandaigua (New-York), a été tué d'un coup de couteau par un de ses malades.

Le Dr Voodburg, médecin adjoint de l'asile de Mac-Lean (Massachussetts) a reçu d'un malade plusieurs violents coups de marteau sur la tête, et tout fait craindre une fracture du crâne. (*Allgemeine Zeitschrift für Psych.* 1879, nº 1)

Vendredi dernier, à Etrells (Ille-et-Vilaine), le sieur Quinton, cultivateur, pris d'un accès de folie furieuse, s'est lancé, armé d'une faux, sur un de ses voisins et lui a fait une cruelle blessure au visage. On est parvenu à s'emparer du forcené et à le lier solidement en attendant l'arrivée du maire.

Ce fonctionnaire requit la gendarmerie d'Argentré pour conduire Quinton à Vitré. Mais ce dernier, doué d'une force peu commune, brisa ses liens, et, se précipitant sur le gendarme Hervier, le frappa à la figure avec un soulier.

Une lutte corps à corps s'engagea entre eux. Hervier se voyant couvert de sang et sur le point de succomber, tira son révolver et en déchargea cinq coups, dont deux atteignirent Quinton au bras et à la cuisse et occasionnèrent sa mort. (*Le Temps*, numéro du lundi, 21 juillet 1879.)

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

Paris. — Imp. de E. DONNAUD, rue Cassette, 1.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

COMPTE RENDU DES TRAVAUX

DE LA SECTION DE MÉDECINE MENTALE

AU

CONGRÈS MÉDICAL D'AMSTERDAM

LU A LA SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
DU 27 OCTOBRE 1879

Par le Dr BILLOD
Médecin en chef directeur de l'asile de Vaucluse,
près Paris,
délégué de la Société médico-psychologique et du Ministère
de l'intérieur à ce congrès.

Ayant eu l'honneur de représenter la Société médico-psychologique au congrès médical d'Amsterdam, je considère comme un devoir de rendre compte à cette Société des travaux de la section de psychiatrie à ce congrès, ainsi que de la part que j'y ai prise.

Je ferai, si elle veut bien me le permettre, suivre ce compte rendu de la relation de ma visite à plusieurs établissements d'aliénés de la Hollande.

L'ouverture du congrès a eu lieu au jour et à l'heure indiqués sur le programme, sous la présidence provisoire, d'abord, et, confirmée ensuite par les acclamations de l'assemblée, de M. le professeur Donders, d'Utrecht.

©BIUM

Après avoir entendu : 1° un remarquable rapport de M. le docteur Guye, d'Amsterdam, secrétaire général du comité d'organisation du congrès ; 2° un magistral discours du président qu'elle venait d'élire, l'assemblée a constitué son bureau définitif.

Après avoir maintenu le docteur Guye dans ses fonctions de secrétaire-général, elle nomma par acclamation des présidents d'honneur pour les diverses nations qui étaient représentées au congrès. Je n'ai pas à me préoccuper ici de ces nominations; je tiens seulement à relever l'hommage rendu par le congrès à notre illustre confrère, M. le professeur Bouillaud. Après lui avoir conféré par acclamations le titre de président honoraire, il fut décidé qu'un télégramme lui serait immédiatement adressé pour lui faire connaître ce haut témoignage des respectueuses sympathies du congrès.

Le lendemain, à 9 heures du matin, les dix sections dans lesquelles était divisé le congrès se sont réunies dans leurs locaux respectifs. La sixième section, celle de psychiatrie, la seule dont les travaux doivent spécialement nous intéresser, a tenu cette réunion comme les suivantes dans une des salles de l'hospice des aliénés israélites.

Je dois dire ici en passant qu'à Amsterdam, les aliénés israélites sont reçus et traités, à l'exclusion de tout aliéné appartenant à une autre religion, dans un établissement spécial.

J'ai eu l'occasion de visiter cet établissement en me rendant aux séances de la section de psychiatrie, et si je m'abstiens d'en faire la critique, c'est que je sais ses administrateurs et son médecin non moins pénétrés que moi de ses vices et de ses insuffisances.

J'ai appris de plus qu'on avait décidé la mise à l'étude d'un projet de construction d'un nouvel asile, non plus à Amsterdam, mais dans son voisinage.

Les procès-verbaux complets des séances de toutes les

©BIUM

sections se trouvant entre les mains du secrétaire général du congrès, je n'ai à ma disposition que les extraits qui ont été publiés au fur et à mesure des séances et qui ne contiennent que la mention pure et simple des questions traitées, ainsi que de la discussion qu'elles ont soulevée, sans analyse ou résumé d'aucune sorte.

Aussi, pour vous mettre à même de juger de l'importance des travaux de la section de médecine mentale au congrès médical d'Amsterdam, me proposé-je de faire suivre les extraits dont il s'agit d'un compte rendu analytique rédigé par moi de toutes les séances tenues par cette section.

VI^e^ SECTION. — PSYCHIATRIE.

Séance du 8 septembre 1879.

« M. le docteur Ramaer ouvre la séance et propose de nommer le bureau définitif. Le docteur Billod propose de continuer M. Ramaer comme président; acclamations.

» Sont nommés présidents d'honneur: MM. Billod, Séguin, Rist, Emilio Coni et Van der Lith; secrétaires, MM. V. Andel et de Jong.

» M. Van Andel communique une lettre de M. Niesse d'Andernach.

» M. Van Andel fait un discours sur l'usage des moyens coercitifs dans le traitement des maladies mentales, suivi d'une discussion à laquelle prennent part tous les membres présents.

» Discours de M. Van Der Swalme.

» La séance est levée.

Signé: A. DE JONG, secrétaire. »

M. le docteur Ramaer, membre du comité d'organisation du congrès et président provisoire de la section de psychia-

©BIUM

trie, prononce, en ouvrant la séance, un discours qui provoque les applaudissements de l'assemblée. Un passage de ce discours a été souligné, c'est celui dans lequel l'auteur constate que la section de psychiatrie, après avoir pris rang parmi les sections du congrès périodique international des sciences médicales dans la dernière réunion qu'il a tenue, il y a deux ans à Genève, y figure, par conséquent, dans la session actuelle pour la deuxième fois.

Il exprime le vœu qu'elle y soit maintenue à titre définitif pour toutes les réunions ultérieures, et il fonde cette manière de voir sur les progrès réalisés par la médecine mentale, sur l'importance des questions qui s'y rattachent et qui lui assignent un rang élevé parmiles diverses branches de la médecine.

Il émet à cette occasion une idée qui a séduit toute l'assemblée, c'est celle d'un lien en quelque sorte fédératif qui, s'établissant entre les sociétés psychiatriques de tous les pays, favoriserait par des échanges périodiques d'idées, les progrès et la diffusion de leur science commune. Partant de cette idée, le docteur Ramaer pense que les réunions du congrès périodique international des sciences médicales devraient être pour ces sociétés l'occasion choisie de se réunir et que la section de psychiatrie de ce congrès deviendrait ainsi pour elle le plus naturel des traits d'union.

Sous l'impression causée par ce discours, j'ai proposé de nommer l'auteur président de la section, et cette motion a été adoptée par acclamations.

Après ce vote, M. Ramaer cède le fauteuil à M. Billod, un des présidents d'honneur de la section. Mais celui-ci, après l'avoir occupé un instant, demande à y être remplacé par M. le Dr Rist que sa connaissance de la langue allemande rend apte à présider les séances dans lesquelles les communications doivent se faire dans cette langue.

©BIUM

J'avais un autre motif pour décliner l'honneur qui m'était fait, c'était le désir de discuter les conclusions du discours qu'on allait entendre sur l'usage des moyens coercitifs dans le traitement des maladies mentales. Ces conditions dont la traduction française était sous mes yeux, étaient les suivantes :

« L'application rationnelle des principes du *no-restraint* doit être adoptée comme règle générale dans le traitement des maladies mentales.

» 2. Les asiles d'aliénés doivent être construits en vue de ces principes et leur service médical et administratif organisé sur les mêmes bases.

3. Conditions principales :

Situation convenable de l'asile, extension, sections et divisions des quartiers appropriées au système du *no-restraint*. Le médecin doit être le directeur en chef du service intérieur. Nombre suffisant d'infirmiers et d'infirmières intelligents. Défense sévère d'encombrement des asiles d'aliénés. »

La discussion de ces conclusions n'en impliquant pas le rejet, j'ai cru pouvoir les voter. Il m'a semblé, en effet, que, du moment où l'application du *no-restraint* se présentait avec la qualification de rationnelle, et alors surtout qu'elle était proposée comme règle générale et non comme règle absolue, elle pouvait être adoptée.

Mais avant le vote, j'ai tenu à poser mes réserves et à les justifier.

Voici, en substance, quelle a été mon argumentation.

A coup sûr, ai-je dit, rien n'est meilleur en principe que le système dit : du *no-restraint*, et rien ne me semble plus louable que les efforts tentés partout pour l'appliquer. Mais, je suis de ceux qui pensent que son application comporte quelques exceptions, et si je l'admets, c'est, je le répète, comme règle *générale* et non *absolue*.

©BIUM

Je tiens, d'abord, à dire que, sans vouloir soulever ici une dispute de mots, il faut bien reconnaître que ce que l'on appelle le *no-restraint* n'est qu'une fiction, que ce système n'implique nullement l'abolition du *restraint* et qu'il ne tend qu'à la substitution d'un mode de *restraint* à un autre, c'est-à-dire au remplacement de la contention par la force musculaire ou par la réclusion en cellule (solitary confinement des Anglais) à la contention par la camisole. Cela étant, toute la question se réduit à savoir quel est celui des deux modes de coercition, en d'autres termes quel est celui des deux *restraint* qui est préférable à l'autre. Sur ce point je crois pouvoir dire que les esprits sont partagés. Les uns, en effet, tout en admettant que, dans le plus grand nombre des cas, il importe de restreindre l'usage de la camisole, pensent qu'il est des cas dans lesquels on ne saurait se dispenser d'y recourir, sans un danger flagrant pour la sûreté des personnes, y compris celle de l'aliéné lui-même. Quelques-uns vont même jusqu'à prétendre que les services dans lesquels les aliénés sont le plus souvent l'objet de mauvais traitements de la part des infirmiers sont précisément ceux dans lesquels on y a le moins recours.

Qu'il me soit permis à ce propos de citer le passage suivant du rapport de MM. les inspecteurs généraux du service des aliénés de la Hollande au Ministère de l'intérieur. « Ce qu'il y a de plus déplorable encore, » disent ces hauts fonctionnaires, après avoir fait ressortir dans un tableau spécial le nombre considérable de mutations du personnel domestique dans les treize établissements d'aliénés du royaume pendant une période de six ans, « c'est qu'il soit arrivé si souvent que le renvoi ait eu lieu pour mauvais traitements infligés aux aliénés. Dans la loi anglaise, de pareilles contraventions sont passibles de pénalités; chez nous, elles tombent dans le domaine du droit commun dont l'action rencontre dans ces cas des obstacles considérables, probablement à cause de la difficulté de fournir des

©BIUM

preuves valables en droit. Il importerait donc de ne pas perdre de vue cette circonstance dans les révisions de notre loi. »

Après avoir constaté, d'après cette citation, que les infirmiers se rendent souvent coupables, dans les asiles de la Hollande, de mauvais traitements envers les aliénés, je me demande si ce fait ne serait pas la conséquence d'une application trop rigoureuse du *no-restraint* dans ces établissements.

La force musculaire est, suivant les adversaires du *no-restraint* dans son application trop absolue, une force dont il n'est pas toujours possible, dans un cas donné, de mesurer l'emploi et c'est toujours, suivant eux, dans les applications qui en sont faites pour contenir les aliénés furieux ou impulsifs, que les infirmiers peuvent être portés à dépasser la limite qui sépare la force de la violence. Ils ajoutent que l'emploi de la camisole qui permet à l'aliéné furieux ou agité de dépenser son agitation en plein air, dans un préau, est plus favorable à son hygiène générale et spéciale que son confinement dans une cellule. Les autres pensent que dans tous les cas il faut proscrire l'usage de la camisole ; ils n'admettent aucune exception, et dans les cas où l'aliéné présente un penchant très-prononcé au suicide qui l'induit en un danger permanent pour sa personne, ils n'hésitent pas, pour assurer la surveillance de cet aliéné pendant la nuit, à faire coucher un infirmier, si c'est un homme, une gardienne, si c'est une femme, dans son lit.

J'ai raconté à la section l'histoire d'une malade appartenant à une classe élevée de la société française que j'avais fait admettre dans une maison anglaise où le *no-restraint* était appliqué dans toute sa rigueur et où, pour la protéger contre une tendance très-marquée au suicide, on faisait coucher une femme de chambre dans son lit.

Telle fut l'horreur que lui inspira cette mesure que, faisant trève à son délire, la malade déclara à son père,

©BIUM

dans sa plus prochaine visite, que, s'il ne la retirait pas d'une maison où on commettait un pareil oubli des plus simples convenances, elle trouverait certainement, quoi qu'on fît, le moyen de se tuer.

Le père, tenant compte de l'avertissement, la retira de cette maison pour la faire entrer dans la maison de santé de notre collégue Jules Falret, d'où elle sortit parfaitement guérie, trois mois après.

Entre les deux opinions que je viens d'exposer, je n'hésite pas à déclarer que je penche pour la première et que mon sentiment à l'égard du no-restraint est encore celui que j'ai exprimé en 1861, au retour d'un voyage en Angleterre.

Le temps ne m'ayant pas permis de donner à cette partie de mon argumentation les développements qu'elle eût comportés, je vous demande la permission de la compléter en dehors du compte rendu et d'ouvrir à cet effet une longue parenthèse. Aussi bien la question présente un véritable intérêt, et cet intérêt est tel même que je voudrais la voir mettre à l'ordre du jour d'une des plus prochaines séances de la Société.

« De l'exposé des opinions émises par les médecins anglais et français relativement au *no-restraint*, il me semble », disais-je alors, « résulter évidemment, que l'accord entre la France et l'Angleterre, sous ce rapport, est beaucoup plus grand qu'on ne le croit généralement.

» Il est évident, en effet, que non moins que leurs confrères d'outre-Manche, les aliénistes français sont partisans du *no-restraint* ; que tous adhèrent au principe, s'efforcent de l'appliquer dans la mesure de leurs moyens et dans la limite du possible, et que c'est cette limite seule qui est différente en France et en Angleterre.

» Le *no restraint* consistant beaucoup moins, nous l'avons dit, dans l'abolition des moyens coercitifs que dans une organisation des asiles telle que leur emploi devienne

©BIUM

inutile, la principale raison des différences qui existent sous ce rapport entre les asiles des deux pays doit résulter de la différence de leur organisation.

» Nous ne voulons pas induire de là que l'organisation des asiles anglais soit supérieure à celle des bons asiles français ; nous disons seulement qu'elle est différente.

» La principale différence porte sur le fait de la prédominance relative de la cellule et du dortoir commun, prédominance qui est telle en Angleterre que, dans certains établissements présentés comme le nec plus ultra de l'organisation spéciale et comme le modèle du genre, il n'y a pas de dortoir et que chaque aliéné a sa cellule ou chambre d'isolement.

» Or, la substitution de la cellule au dortoir commun a pour résultat de supprimer pour la nuit la plus grande partie des dangers attachés aux manifestations du délire, et, pour le jour, permet de suppléer par une séclusion facile à l'emploi de la camisole. Chaque aliéné ayant sa cellule, rien n'est plus simple, en effet, que de l'y faire entrer aussitôt que les manifestations de son délire revêtent un caractère dangereux.

» Une autre différence porte sur la composition du personnel de surveillance qui me paraît, de même qu'à M. Morel, supérieur comme niveau intellectuel et moral à celui des établissements français. Or, il résulte de cette différence que les fonctions ont plus de prestige et que les agents qui les exercent doivent inspirer aux aliénés plus de crainte et de respect que nos infirmiers français. Les médecins anglais comprennent si bien l'influence de ce prestige attaché à l'emploi de gardien, au point de vue de l'application du système du *no-restraint*, qu'ils s'efforcent de le relever aux yeux mêmes des aliénés, non-seulement par le choix de ces employés subalternes, mais encore par la considération avec laquelle ils affectent de les traiter, et le nom même d'intendant qui leur est donné me paraît

©BIUM

être une des meilleures preuves de cette préoccupation. Du reste, il est un trait du caractère anglais qui, se reflétant jusque chez l'aliéné, le dispose mieux que l'aliéné français à subir l'ascendant de l'infirmier.

» On sait, en effet, que tel est le respect de l'Anglais pour la loi et pour le principe de l'autorité, que leurs plus humbles représentants, tels que les policemen, par exemple, sont revêtus à ses yeux d'un caractère sacré, en quelque sorte, qui impose à tous le respect et la soumission.

» Or, il en est de l'infirmier ou intendant dans les asiles d'aliénés comme du policeman dans l'exercice de ses fonctions. Il y représente le principe de l'autorité dont le respect est tellement entré dans les mœurs anglaises qu'il doit se retrouver plus ou moins jusque chez les aliénés, et l'on comprend dès lors qu'il prenne sur ces derniers un ascendant dont l'effet ne puisse que tourner au profit du système.

» Il importe, enfin, de ne pas oublier, dans l'appréciation des différences qui existent entre la France et l'Angleterre sous le rapport du *no-restraint*, que ce système n'est, à proprement parler, qu'une extension aux asiles d'aliénés du régime de liberté qui régit l'Angleterre toute entière, et qu'en abolissant l'emploi de la contrainte dans leurs établissements, les Anglais n'ont été que conséquents avec eux-mêmes. Il est évident, en effet, que le *no-restraint* est partout en Angleterre, dans les lois, dans le parlement, dans la presse, dans les comices électoraux, dans les meetings, dans toutes les institutions enfin et dans l'organisation entière de la société, et qu'on ne pouvait plus longtemps l'exclure du régime des aliénés sans mentir en quelque sorte au génie de la nation et à ce caractère anglais ennemi de toute entrave et de toute restriction à la liberté. »

Ayant eu occasion de visiter en Hollande cinq établissements, je déclare n'y avoir pas vu un seul malade cami-

©BIUM

solé. Il y a plus : à l'asile de Meerenberg, l'honorable directeur, M. le docteur Persijns m'a dit que si, par impossible, il avait besoin de recourir à la camisole, il se trouverait fort embarrassé, car il n'y en avait pas une seule dans son établissement. Il y a donc un fait que l'on ne saurait nier, c'est que dans tous les établissements de l'Angleterre, et je puis ajouter dans ceux de la Hollande, la suppression de la camisole comme moyen de contrainte est devenue possible, tandis que dans la plupart des établissements français, tout ce qu'il a été possible de faire, même dans les asiles de la Seine dont on ne peut cependant pas accuser la défectueuse organisation, ç'a été d'en restreindre l'usage, sans arriver à le supprimer.

Je crois avoir, dans les passages qui précédent, présenté les raisons de la différence qui, sous ce rapport, existe entre la France et l'Angleterre ; il me reste à dire un mot des causes que j'ai cru pouvoir assigner à la même différence entre notre pays et la Hollande.

Une de ces causes me paraît résider pour une part, faible sans doute, mais appréciable, suivant moi, dans le régime alimentaire. L'opinion que j'émets ici est assez originale et assez inattendue pour que je croie devoir la développer quelque peu.

Elle est née dans mon esprit pendant une visite que j'ai faite, en traversant la Suisse pour me rendre en Hollande, du petit asile d'aliénés du canton de Thurgovie, l'asile de Munsterlingen.

J'ai trouvé dans cet établissement un directeur, l'honorable docteur Waller, qui m'a semblé dominé par la préoccupation de n'avoir jamais dans son établissement un seul malade en camisole. Et de fait, il n'y en avait pas un seul au moment de ma visite. Il est vrai aussi que je n'y ai pas trouvé un seul aliéné agité.

C'est alors que, recherchant la cause de cette absence d'agitation chez les malades de cet établissement, je me

©BIUM

suis demandé si, pour l'expliquer, il ne convenait pas de faire intervenir pour une part l'influence d'un régime alimentaire trés-abondant.

J'ai appris, en effet, que les malades y faisaient par jour *cinq repas* dont deux principaux : à midi et à 7 heures du soir. Il m'a semblé devoir résulter de cette condition du régime que les aliénés étaient dans un état de digestion *permanente* peu favorable au développement de l'agitation. Ils venaient, lorsque je les ai visités, d'achever leur principal repas, et ils m'ont paru tellement alourdis, si l'on peut ainsi dire, par le travail d'une digestion commençante, qu'aucun n'avait encore songé à quitter la salle de réunion pour se promener dans le jardin qui est à leur disposition, bien que la beauté du temps dût les attirer au dehors.

Cette influence de l'alimentation sur le cerveau des aliénés n'est pas fictive, elle ressort d'un fait que je constate depuis bien des années, c'est que les repas calment et suspendent même souvent l'agitation dans nos services.

Il suffit de parcourir ces derniers pendant un repas et dans l'intervalle qui suit pour se convaincre de la réalité du fait que je relate.

Or, la situation que nous venons d'indiquer pour l'asile de Munsterlingen est à peu près celle des asiles de la Hollande, ainsi que j'en ai pu juger par les indications que contient à l'égard du régime alimentaire dans les établissements néerlandais le rapport adressé au ministère de l'intérieur sur la situation de ces établissements pendant les années 1869, 1870, 1871, 1872, 1873 et 1874, par les inspecteurs généraux du service des aliénés de la Hollande.

Je ne prétends pas que le régime dont ce document présente le tableau soit excessif, et il n'entre nullement dans ma pensée d'en faire la critique. Outre qu'il est, sans doute, commandé par les exigences du climat humide de la Hollande, je sais qu'il est en rapport avec les usages du

©BIUM

pays. Les Hollandais, en effet, mangent beaucoup et surtout souvent; ils mangent, en général, cinq fois par jour.

Je tiens seulement à constater que le nombre des repas est tel que les malades y sont en état de digestion, pour ainsi dire, continue, et que les viandes noires sont les seules qui entrent dans leur composition.

Les réflexions qui précédent s'appliquent également à l'Angleterre, où, sous les espéces bien connues de roast-beef, de beefsteak, etc., la viande de bœuf constitue l'aliment principal, et où elle se combine avec l'usage des boissons qui, telles que l'ale, le porter, produisent plutôt de la torpeur que de l'excitation.

De même que ce régime, commandé par les brumes de l'Angleterre, entre peut-être pour quelque chose dans le développement de ce que l'on est convenu d'appeler le phlegme britannique et qui n'est, à proprement parler, qu'une dépression, de même est-il permis de croire que l'influence de ce régime s'exerce sur les aliénés d'Angleterre, de manière à imprimer à leur état mental des caractères exclusifs de toute disposition propre à rendre à leur égard l'emploi de la contrainte absolument nécessaire.

Après avoir fait la part des conditions du régime alimentaire dans l'annihilation des causes d'agitation chez les aliénés néerlandais, part très-restreinte, je le répète, je crois pouvoir me demander si l'usage qui se fait du tabac en Hollande ne contribue pas aussi quelque peu à cette annihilation.

Je ne connais pas, en effet, de pays où l'on fume plus et où, partant, l'influence du tabac doive plus s'exercer. Or, cette influence est, comme l'on sait, un peu stupéfiante, c'est-à-dire déprimante.

Mais, la principale raison de la différence qui peut exister entre la France et la Hollande, sous le rapport des applications à faire à leurs aliénés du système de *no-restraint*, est

©BIUM

tirée du caractère respectif des deux nations, étant donné que le caractère d'un peuple se reflète jusque dans les formes de vésanies qui lui sont propres.

Or, rien n'est plus dissemblable, on en conviendra, que le caractère des deux peuples. Tandis, en effet, que le propre de l'un est l'excitation et, par suite l'excitabilité, le propre de l'autre est la dépression et, par suite, la dépressivité ; tandis encore que l'imagination est la faculté dominante de l'un, la volonté est celle de l'autre.

Il résulte de la première de ces deux différences que la folie avec excitation doit être plus fréquente chez les Français et surtout chez les Parisiens, et que la folie avec dépression doit être, au contraire, la forme prédominante chez les Hollandais.

L'ignorance où je suis de la langue hollandaise ne m'a pas permis, dans la visite que j'ai faite de plusieurs asiles néerlandais, d'étudier les caractères de la folie des aliénés dont ces établissements se recrutent. Mais, pour m'en tenir au seul caractère dont je pouvais juger sans avoir besoin de connaître la langue, je veux dire de l'agitation, j'ai pu constater qu'elle était très-rare, et que, quand elle existait, elle était loin d'avoir l'intensité de celle que présentent la plupart de nos agités dans les asiles de la Seine. C'est ainsi qu'en visitant, le 10 septembre dernier, avec les membres de la section de psychiatrie, l'asile de Meerenberg, je demandais continuellement à son honorable directeur, le docteur Persyns, ainsi qu'à l'éminent inspecteur général M. Ramaer où étaient les agités. « L'impression reçue par moi », leur ai-je dit, « de ma visite à ce point de vue est que, dans le quartier dit des agités de cet asile, j'ai trouvé moins d'agitation que dans notre quartier de malades tranquilles à l'asile de Vaucluse. »

J'avais fait la même remarque à l'asile d'Utrecht et il en a été ainsi de l'asile de Rosmalen que j'ai visité depuis.

©BIUM

Les asiles de la Hollande, en un mot, m'ont paru présenter avec les asiles de la Seine, sous le rapport de la proportion des folies *excitées* et des folies *dépressives*, la même différence que celle qui existe en France entre ces mêmes asiles de la Seine où l'*excitation est la règle* et ceux de l'Ouest de la France, par exemple, où elle est l'*exception*.

Pour compléter la démonstration du point de science qui m'occupe, qu'il me soit permis de faire ressortir en peu de mots, les principaux traits du caractère hollandais.

Parmi les diverses opinions émises sur la Hollande, il en est une sur laquelle tout le monde est d'accord, c'est que la Hollande est une conquête de l'homme sur la mer, que, comme on l'a dit, c'est un pays artificiel, que les Hollandais l'ont créé, que, s'il continue d'exister, c'est parce que les Hollandais le conservent, qu'il disparaîtrait si les Hollandais l'abandonnaient.

Il suffit, pour se convaincre de cette vérité, de considérer que la Hollande est une plaine, sans forêts, sans pierres et sans sources d'eau vive, qui dut être primitivement couverte de sable, de marais et de tourbières et qui était continuellement submergée ou incessamment exposée à l'être, et que, pour créer leur pays et en faire ce qu'il est aujourd'hui, un des pays les plus riches et les plus florissants du monde, les Hollandais ont dû, en effet, le conquérir sur la mer et que, pour le conserver, ils sont obligés de soutenir une lutte de chaque jour contre cette dernière.

On sait que c'est par la construction de digues artificielles qu'ils ont engagé et qu'ils soutiennent cette lutte. Or, il s'agit là d'un travail que l'on peut qualifier de surhumain et qui nécessite pour son entretien une continuité non interrompue d'efforts, car ceux de la mer pour ressaisir sa proie ne sont pas moins incessants. Il arrive même quelquefois qu'elle réussit à rompre ses digues, ce qui nécessite un nouveau travail pour les rétablir.

On sait aussi que la mer n'est pas le seul ennemi que la

©BIUM

Hollande ait eu à combattre et qu'elle a eu aussi à lutter contre les fleuves et les lacs. Pour ce qui est des fleuves il suffit de rappeler ce qu'elle a fait pour le Rhin et pour la Meuse qu'elle a littéralement emprisonnés pour les empêcher de s'aller perdre dans les sables. Quant aux lacs ils ont donné lieu à des opérations non moins prodigieuses en vue de leur desséchement et par suite de l'accroissement du territoire.

C'est ainsi qu'au XVII^e^ siècle vingt-six lacs furent desséchés en moins de quarante ans; que, vers le commencement de ce siècle, dans la Nord-Hollande, plus de 6,000 hectares furent conquis sur l'eau; que dans la Hollande méridionale, 29,000 le furent avant 1844, et, qu'enfin de 1500 à 1858, pour toute la Hollande, on en a conquis 355,000. La dernière opération de ce genre a été le desséchement du lac de Harlem dont il me reste à dire quelques mots en les empruntant à un très-intéressant article publié dans les *Annales des ponts et chaussées*, tome V, 1863, par M. l'ingénieur René Deloche :

« Malgré les gigantesques entreprises auxquelles nous a habitués l'industrie moderne, on ne comprenait pas, dit M. Deloche, qu'on pût concevoir et surtout exécuter un projet si grandiose. Dessécher une mer de 18,000 hectares de superficie, et de 4 mètres de profondeur moyenne ; mettre Amsterdam, Harlem et d'autres villes à l'abri de ces vagues qui, soulevées par le vent, menaçaient chaque année de les engloutir ; rendre à la culture des terrains immenses qui restaient forcément improductifs ; placer des fermes, des habitants, des troupeaux là où des flottes avaient manœuvré (1) : tel était, en effet, le programme qu'il s'agissait de réaliser.

Un pareil programme soulevait des questions importantes, qu'il fallait résoudre préalablement à toute opération. Ne

(1) En 1573 les flottes néerlandaises et espagnoles se livrèrent un combat naval dans les eaux du lac de Harlem.

©BIUM

fallait-il pas songer à mettre le lac de Harlem à l'abri des inondations d'une mer dont le niveau est constamment plus élevé que celui des terres qu'elle baigne ? Ne fallait-il pas imaginer un système de pompes assez puissant pour élever toutes les eaux accumulées dans ce grand bassin et celles que les pluies y déposent annuellement ? Ne fallait-il pas, enfin, chercher une machine motrice plus forte et plus régulière que les moulins à vent si généralement employés en Hollande, plus économique et plus simple que les anciennes machines à vapeur ?

Toutes ces questions, à la solution desquelles il était difficile de croire, ont été abordées et résolues avec succès. Il n'entre point dans notre sujet de faire connaître l'ensemble des dispositions ingénieuses qui ont été adoptées et qui ont amené, en douze ans, le complet desséchement du lac. Qu'il nous suffise de dire qu'en 1840 le lac de Harlem menaçait d'engloutir la Hollande, et qu'en 1852, il était complétement à sec ; qu'en 1856, toutes les terres conquises étaient vendues, et qu'en 1861 on y voyait des exploitations agricoles du plus grand intérêt, telle que Badhoëve, propriété de M. Amersfoort. »

J'ai visité cette dernière exploitation, en compagnie de M. Amersfoort lui-même qui m'en faisait les honneurs avec une courtoisie et une complaisance dont j'aime à le remercier ici, et je ne puis assez dire l'intérêt que j'ai pris à cette visite. Mais, comme la relation s'écarte de mon sujet, je me borne à la mentionner en relevant ce détail qu'au milieu des explications qu'il me fournissait sur l'origine de son exploitation, M. Amersfoort s'interrompit pour me dire : « *Là où nous sommes il y avait* 5 *mètres d'eau* », et il ajouta en souriant : « *En ce moment vous êtes poisson.* »

Si l'on considère, enfin, que le desséchement du lac de Harlem n'est pas le dernier mot de cette série d'opérations et que la Hollande médite aujourd'hui le desséchement du

©BIUM

golfe de Zuyderzée, on reste confondu d'étonnement et d'admiration.

Or, s'il est vrai qu'on puisse souvent déduire le génie d'un peuple de la constitution physique de son sol, on peut inférer avec certitude des détails dans lesquels nous venons d'entrer, que le fond du caractère des Hollandais doit être la ténacité et la patience et que leur faculté dominante est la volonté.

On conçoit, enfin, que, de l'application continue de cette faculté, tant à la préservation du territoire contre les envahissements de la mer qu'à son accroissement par la prodigieuse entreprise du desséchement des lacs, ait dû résulter une habitude de concentration des forces morales et intellectuelles et, comme effet de cette concentration, une disposition au calme qui me semble devoir se refléter jusque dans la caractéristique de l'état mental des aliénés en Hollande. Il se peut aussi qu'en s'appliquant au *no-restraint*, la ténacité de résolution et l'énergie de volonté qui distinguent les Hollandais rendent possible pour eux ce qui est impossible pour d'autres.

Sous les réserves que je viens de développer, j'ai cru pouvoir, je le répète, voter les conclusions du rapport de M. Van Andel.

J'ajoute que c'est dans le même esprit qu'elles l'ont été par la majorité de l'assemblée.

On a ajouté sur ma demande aux conditions principales énoncées dans le troisième paragraphe : « *un nombre suffisant de chambres d'isolement.* »

Séance du 9 septembre 1879.

Bureau : le docteur Billod, président ; les docteurs Van Andel et de Jong, secrétaires.

©BIUM

M. Van der Swalme fait une communication sur l'aliénation mentale comme motif de divorce.

Discussion : MM. Billod, Ramaër, V. d. Bogaert, V. der Lith, V. Andel et V. d. Swalme.

M. Van der Lith prononce un discours sur la classification des maladies mentales, suivi d'une discussion entre MM. de Jong, Billod, Donkersloot, Ramaër, Rist et V. der Lith.

M. Donkersloot fait un discours sur l'étiologie et le traitement de la catatonie.

Discussion : MM. Billod, de Jong, Ramaër, Van Andel, Van Deventer et Donkersloot.

Sur la proposition de M. Ramaër, la motion suivante est adoptée : la section de psychiatrie désire exprimer sa reconnaissance au comité d'organisation du congrès de l'avoir ajoutée aux autres sections et prie le congrès de vouloir bien décider en séance générale, qu'à l'avenir toute session du congrès aura sa section de psychiatrie.

La séance est levée à midi.

La communication de M. Van der Swalme, de l'asile de Delft, se terminait par les conclusions suivantes :

« 1. Les raisons qui, au point de vue religieux, moral ou pratique, semblent plaider en faveur de l'aliénation mentale comme motif de divorce, ne sont pas suffisantes.

» 2. Au point de vue médico-légal il faudrait lire, au lieu d'aliénation mentale : aliénation mentale chronique, incurable et avec perte de souvenir.

» 3. Les malades de cette catégorie seront d'autant plus rares que leur affection cause souvent une mort précoce.

» 4. Il paraît dangereux de fixer, pour le petit nombre de survivants, des conditions de divorce qui, quoique soigneusement posées, pourraient aisément aggraver la souffrance d'un plus grand nombre de malheureux.

©BIUM

» 5. Il résulte de ces faits que l'aliénation mentale ne semble pas constituer un motif de divorce plus valable que plusieurs autres infirmités et maladies qui viennent troubler le bonheur conjugal. »

Avant d'ouvrir la discussion sur le travail de M. Van der Swalme, j'ai cru devoir faire observer, comme président, que, parmi les communications qui se font aux corps savants, les unes, personnelles à l'auteur, pouvaient être discutées, mais n'étaient pas de nature à motiver un vote qui engagerait la responsabilité du corps tout entier; que les autres, telles, par exemple, que des rapports de commission, pouvaient et devaient fournir à une discussion d'abord, à un vote ensuite.

Après avoir établi cette distinction, je demandai auquel de ces deux ordres de communications l'assemblée entendait rattacher celle de M. Van der Swalme.

Après une discussion à laquelle ont pris part MM. Billod, Ramaër, Van der Bogaert, Van der Lith, Van Andel et Van der Swalme, il a été décidé que la communication de ce dernier pourrait être discutée, mais qu'elle ne donnerait lieu à aucun vote.

Personne n'ayant demandé la parole pour la discussion, il a été adressé des remerciements à l'auteur et l'on a passé à l'ordre du jour.

M. Van der Lith communique, ensuite, un travail sur la question suivante :

« Une classification des maladies mentales est-elle nécessaire et sur quelle base doit-elle être établie? »

Les conclusions de son travail étaient celle-ci :

« 1° Une classification des maladies mentales est nécessaire, tant pour l'enseignement, l'étude et le traitement des aliénés que pour la médecine légale;

» 2° Les difficultés inhérentes à toute classification de maladies ont pu faire naître quelques doutes à ce sujet, difficultés qui, pour les maladies mentales, deviennent infini-

©BIUM

ment plus graves par la structure compliquée, peu connue des organes atteints, par la grande diversité de leurs fonctions importantes qui dominent toute notre existence, par les différences individuelles de disposition et de développement et par le grand nombre et la grande diversité des causes morbifiques ;

» 3° Une bonne classification, surtout simple et claire, doit répondre au but auquel elle est destinée ; pour l'étude et l'enseignement, elle peut être autre que pour le traitement des aliénés ou pour la médecine légale ;

» 4° Cette classification peut avoir le même fond que celle d'autres maladies ; elle doit avoir pour base, en premier lieu, les troubles fonctionnels (classification symptomatique) ; en second lieu, les causes qui ont troublé ou qui troublent encore les fonctions normales ; enfin les lésions anatomiques dont ces symptômes morbides dépendent ;

» 5° Il est utile de diviser les maladies mentales en quelques groupes bien caractérisés ; mais il ne faut pas oublier que des transitions et des complications peuvent modifier les symptômes de la maladie. »

Après une discussion à laquelle ont pris part MM. de Jong, Donkersloot, Ramaër, Rist et Van der Lith, il a été adressé des remerciements à l'auteur pour son intéressante communication, sans qu'il ait été voté sur les conclusions.

Ne pouvant, comme président, prendre part à la discussion, je m'étais borné à dire que mon opinion relative à la question soulevée par l'honorable M. Van der Lith se trouvait d'avance formulée dans la communication relative aux intervalles lucides, que je devais faire dans la séance du 12 septembre et où je l'ai exposée incidemment.

M. Donkersloot fait ensuite une communication, dont les conclusions suivent, sur l'étiologie et le traitement de ce qu'il appelle la catatonie :

« 1. Il est utile de réunir sous le nom de catatonie un

©BIUM

certain nombre de cas qui présentent comme symptôme principal une impuissance d'agir, qui doit être attribuée à un dérangement dans la partie du cerveau qui préside au mouvement.

» 2. Comme la catatonie accompagne ou complique souvent diverses maladies nerveuses, comme la catalepsie, l'hystérie, l'épilepsie et la mélancolie avec stupeur, il est impossible d'en faire une étiologie spéciale ou d'en indiquer un traitement à part. »

De la discussion à laquelle ont pris part MM. de Jong, Ramaër, Van Andel, Van Deventer, Billod et Donkersloot, il ressort que, ce que l'auteur de la communication appelle catatonie ne doit pas être considéré comme une forme spéciale de vésanie, mais bien comme un symptôme.

Pour ce qui me concerne, j'ai cru devoir rappeler que, dans un mémoire publié en 1847, sur les maladies de la volonté, je suis tombé dans le tort reproché à M. Donkersloot, d'avoir fait des lésions de la volonté une sorte d'entité spéciale au lieu d'y voir, ce qu'il y a réellement, un symptôme de l'entité générale dite : aliénation mentale.

Mais, en restituant à la lésion de la volonté qui est l'objet de la communication de M. Donkersloot, son caractère de symptôme, il est impossible de méconnaître l'importance de ce symptôme et par suite l'intérêt que présente son étude.

J'ai cru pouvoir rappeler que le fait qui a servi de base au mémoire plus haut cité, était précisément un cas dans lequel on observait à un degré extrême cette impuissance d'agir que M. Donkersloot désigne sous le nom de catatonie.

Ce qu'il y avait de particulier dans ce cas, ai-je dit, c'est que cette impuissance d'agir coexistant avec le désir d'agir, désir s'affirmant par le regret de ne le pouvoir, et avec l'absence de toute lésion du mouvement pouvant expliquer cette impossibilité, constituait une sorte de paralysie du vouloir.

©BIUM

J'ajoutai que l'aliénation mentale, dont cette lésion de la volonté était le symptôme, a duré plusieurs années et a été finalement guérie par une cause morale, à savoir : l'impression produite sur le malade par la nouvelle de la révolution de février 1848.

M. Donkersloot a été remercié de son intéressante communication.

Enfin, M. le Dr Ramaër, s'inspirant de l'idée émise par lui dans son discours d'ouverture, propose la motion suivante, qui est adoptée à l'unanimité :

« La section de psychiatrie désire exprimer sa reconnaissance au comité d'organisation du congrès de l'avoir ajoutée aux autres sections et prie le congrès de vouloir bien décider, en séance générale, qu'à l'avenir toute session du congrès aura sa section de psychiatrie. »

La séance est levée à midi.

Dans le compte rendu de la séance générale du même jour, on lit ce qui suit :

« Le secrétaire général fait différentes communications ; sur une proposition de la section de psychiatrie, le président demande que la séance générale émette le vœu que les comités des congrès suivants gardent l'institution d'une section de psychiatrie. (Applaudissements.) »

La journée du mercredi 10 ayant été consacrée à une excursion en bateau à vapeur à Ymuiden et à la mer du Nord par le nouveau canal maritime, il n'y a pas eu de séance ce jour-là, ni dans les sections, ni en assemblée générale.

Je n'ai pu prendre part à cette excursion. Mais je sais qu'elle a fourni aux membres du congrès, que n'a pas effrayés une pluie battante, l'occasion d'admirer une nouvelle révélation du génie des Hollandais, un nouveau témoignage de leur énergique patience.

Le canal dont il s'agit a 32 kilomètres de longueur et son tirant d'eau lui permet de porter les plus grands na-

©BIUM

vires. Il est protégé à son embouchure par une digue demi-circulaire de 3 kilomètres de développement ; cette digue, large de 10 mètres, plonge à 18 mètres dans la mer, et elle est protégée elle-même à sa base par des amoncellements de pierres énormes ; « les matériaux de construction d'une ville entière sous les flots, a dit un des excursionnistes. »

La journée du jeudi 15 ayant été employée par la section de psychiatrie à une excursion à l'asile de Meerenberg, cette section n'a pas tenu non plus de séance ce jour-là. Je rendrai compte plus loin de cette excursion.

Séance du vendredi 12 septembre.

Bureau : Prof. V. D. Lith, président.

M. le Dr Billod : — 1° Démonstration d'un instrument (bouche d'argent) pour l'alimentation forcée chez les aliénés ;

2° Communication sur la situation du service des aliénés en France ;

3° Sur les intervalles dits : lucides chez les aliénés.

M. le Dr Ramaër lit son rapport sur les devoirs de l'État envers les aliénés.

M. Seguin parle de l'éducation psycho-physiologique de la main d'un idiot.

Clôture de la séance à midi un quart.

A. de Jong, secrétaire.

Les trois communications, que j'ai faites à la section dans cette séance, l'ayant été en vue d'un auditoire de médecins étrangers, il serait sans intérêt pour la société psychologique de me les voir reproduire ; aussi bien elles doivent être publiées dans le recueil des actes du congrès.

©BIUM

Sans reproduire ma note sur la situation du service des aliénés en France, je crois utile de faire connaître l'esprit dans lequel elle a été conçue et libellée.

Il m'a semblé que, délégué du ministère de l'intérieur de France, je ne devais pas perdre l'occasion qui m'était offerte de mettre en relief les progrès réalisés par l'administration française en matière d'assistance, non plus que le résultat de ses efforts pour améliorer le sort des aliénés. Mon amour-propre de Français et d'aliéniste m'y ont paru engagés. L'attention avec laquelle cette communication a été écoutée m'a prouvé, du reste, que je n'avais pas trop préjugé de l'intérêt que devait y prendre mon auditoire.

M. Ramaër fait ensuite sur les devoirs de l'État envers les aliénés une communication dont les conclusions suivent :

« Les devoirs de l'État au sujet des aliénés ont pour but : d'une part, la protection de ces malades contre les influences nuisibles de la vie sociale ; d'autre part, la défense de la société contre les effets perturbateurs de leur maladie.

» Quant à la protection des malades, l'État n'a qu'à s'occuper de ceux qui ne sont pas soignés par leurs parents, en ligne ascendante ou en ligne descendante, ou par leurs frères ou sœurs, excepté les cas où ces parents se permettent à leur égard des actes illégaux, tombant dans les termes du droit commun.

» Les méfaits envers les aliénés doivent être punis plus sévèrement que les mêmes méfaits commis contre des gens sains d'esprit.

» Tout aliéné confié aux soins d'autres personnes que ses proches parents doit être commis à la surveillance de l'État.

» C'est par une loi spéciale que la surveillance des aliénés par l'État doit être réglée.

» Cette loi doit contenir :

©BIUM

» La défense de recevoir dans sa demeure des aliénés sans la permission de l'autorité indiquée ;

» Les conditions auxquelles doit se soumettre quiconque désire soigner des aliénés ;

» Les formalités à remplir pour l'admission dans un asile (maison de santé) ;

» Le mode de la surveillance par l'État.

» La surveillance de l'État doit se faire continuellement ; elle peut être exercée de diverses manières ; la meilleure semble être celle qui la confie, dans les petits pays à un inspecteur général, choisi parmi les médecins aliénistes et se trouvant en relation directe avec le ministre duquel ressort le service des aliénés ; — dans les grands pays, à des inspecteurs, dont chacun surveillera les aliénés dans une partie spéciale du pays et qui, pour cette partie, sera en relation directe avec le ministre ; dans l'intérêt de l'unité du service ces inspecteurs formeront, sous la présidence du ministre, un conseil qui s'assemblera aussi souvent que le service l'exigera.

» Afin d'augmenter la surveillance des aliénés par l'État, les médecins des asiles publics devront être nommés par l'État et être subordonnés aux inspecteurs.

» En outre, toute maison où sont reçus des aliénés hors de leur famille doit être visitée à des intervalles irréguliers par le chef de la justice du lieu, pour s'assurer que des gens sains d'esprit n'y sont pas détenus.

» Il est du devoir de l'État de prendre soin que tous les aliénés qui ne peuvent être soignés dans leur famille puissent trouver un traitement convenable dans un asile public.

» Ce ne sont pas seulement les personnes des aliénés, mais aussi leurs biens sur lesquels la surveillance de l'État doit s'étendre.

» Un administrateur provisoire doit donc être adjoint à tout aliéné qui n'est pas incurable, du moment qu'il se trouve

©BIUM

sous la surveillance de l'État, et qu'il est en possession de quelque bien. S'il est reconnu incurable, il faut le mettre sous curatelle.

» Les biens des aliénés ne pourront être expropriés, quand même ce serait pour subvenir aux frais de leur entretien.

» Les aliénés dont les revenus ne suffisent pas pour payer leur traitement dans un asile public, doivent y être admis aux frais communs, soit de l'État, soit de la communauté, et, selon les circonstances, en totalité ou en partie.

» En dernier lieu, l'État doit protéger l'aliéné contre ses propres lois ; en d'autres termes, l'État doit déclarer l'impunité de l'aliéné dans les cas où un fait punissable a été commis par lui sous l'influence de sa maladie, ce qui n'implique pas l'impunité de tout acte commis par un aliéné.

» Il ne suffit pas de surveiller les intérêts des aliénés, il faut aussi défendre la société contre les actes nuisibles que les aliénés pourraient commettre sous l'influence de leur maladie.

» C'est pourquoi tout aliéné qui est reconnu dangereux soit pour l'ordre public, soit pour la sûreté des personnes, soit pour lui-même, doit être enfermé dans un asile d'aliénés ; c'est aussi pourquoi il doit être donné, aux officiers de la force publique, le pouvoir de mettre en lieu de sûreté de tels aliénés, et que doivent être punis ceux qui, s'étant chargés de garder ces malades, les laissent échapper par négligence ou par mauvais vouloir. »

La discussion du travail de M. Ramaër est remise à la séance suivante :

La séance s'est terminée par une communication de M. Séguin sur l'éducation de la main d'un idiot; cette communication présentée à une heure très-avancée n'a pas soulevé de discussion.

J'ai eu, toutefois, le temps de reprocher à M. Séguin, qui n'est pas médecin, que je sache, ou qui l'est devenu bien

©BIUM

tard, car lorsqu'il a quitté la France pour l'Amérique il ne l'était pas, de pécher quelque peu par le côté scientifique.

Sous le mérite de l'observation, sa communication m'a paru intéressante, ce qui ne m'a pas surpris de la part de l'auteur du traité bien connu de l'*Education des idiots*.

Séance du 13 septembre 1879.

« Bureau : Dr Emilio R. Coni, président.

» Discussion sur le discours de M. Ramaër, des devoirs de l'Etat envers les aliénés.

» MM. Ramaër, Billod, Van der Swalme, Van der Lith et de Jong.

» Les conclusions de M. Ramaër sont adoptées à l'unanimité.

» M. le Dr Richer traite des contractures hystéro-épileptiques.

» M. Ramaër reprend la présidence.

» M. le Dr Emilio R. Coni lit un rapport statistique sur la folie dans la province de Buenos-Ayres.

» Discussion : MM. Coni, Billod, Petithan, Van der Lith, Moller, Ramaër.

» M. le Dr Petithan propose la motion suivante qui est adoptée à l'unanimité :

» La section de psychiatrie conclut qu'il y a lieu de faire une loi contre l'alcoolisme et d'instituer des asiles de tempérance pour traiter les cas d'alcoolisme chronique en vertu de cette loi. »

Les conclusions de M. Ramaër me semblant empreintes de la plus haute sagesse, et se trouvant, pour la plupart, implicitement contenues dans notre législation française,

©BIUM

je n'ai pas hésité à les voter. Elles l'ont été, du reste, à l'unanimité par la section.

Un seul paragraphe a soulevé une objection de la part de M. de Jong, c'est celui dans lequel il est dit que : « En dernier lieu, l'État doit protéger l'aliéné contre ses propres lois, en d'autres termes, que l'État doit déclarer l'impunité de l'aliéné dans le cas où un fait punissable a été commis par lui sous l'influence de sa maladie, ce qui n'implique pas l'impunité de tout acte commis par un aliéné. »

De l'explication fournie par M. Ramaër il résulte que, dans son esprit, l'irresponsabilité d'un aliéné, quant à un acte punissable, n'entraîne pas nécessairement l'incapacité de cet aliéné pour d'autres actes tels qu'un testament.

Cette thèse peut, en effet, se soutenir. Mais, il faut reconnaître que la thèse contraire, c'est-à-dire celle de l'irresponsabilité générale et absolue des aliénés pour tous les actes, de quelque nature qu'ils soient, compte beaucoup d'adhérents.

M. le Dr Richer fait une communication sur les contractures hystéro-épileptiques.

Cettte communication a été écoutée avec un vif intérêt.

La publication du travail qui lui a servi de base étant annoncée dans le *Progrès médical*, je m'abstiens de l'analyser.

M. Ramaër ayant repris la présidence, M. le Dr Emilio R. Coni lit un intéressant travail statistique sur la folie dans la province de Buenos-Ayres.

Ce travail ne se prêtant pas à l'analyse et devant d'ailleurs être publié, je me borne à signaler les points qui ont spécialement fourni matière à la discussion. Ce sont l'encombrement des services d'aliénés, la rareté de l'aliénation mentale chez les Indiens et les progrès de l'alcoolisme s'exerçant surtout chez les étrangers.

L'auteur ayant, à propos des ravages causés par l'alcoolisme, émis le vœu qu'il soit créé comme en Amérique des

©BIUM

asiles d'ivrognes, je lui ai fait observer que cette création serait sans objet s'il n'était promulgué en même temps une loi qui donnât le droit d'y interner et d'y traiter les ivrognes.

A la suite de cette observation et après avoir insisté sur l'importance d'une telle loi, ainsi que sur l'institution à laquelle elle s'appliquerait, loi et institution dont la Belgique, son pays, serait la première à profiter, car l'alcoolisme y cause, dit-il, des ravages épouvantables jusque dans l'armée, M. le Dr Petithan propose la motion dont le libellé se trouve à la fin du compte rendu officiel.

La section de psychiatrie ayant terminé ses travaux, M. le Dr Ramaër, son président, adresse des remerciements à tous ses membres pour la part qu'ils y ont prise et prononce la clôture de la session.

Des remerciements ayant été votés au président et au bureau, les membres de la section se sont retirés en emportant le meilleur souvenir de l'accueil qu'ils avaient reçu, ainsi que des rapports qu'ils avaient eus les uns avec les autres.

Je ne crois pas devoir terminer ce compte rendu sans dire un mot de la présence aux dernières séances d'une jeune doctoresse en médecine, la seule, m'a-t-on dit, qui se soit produite en Hollande. Mlle Aletta Henriette Jacob ; cette doctoresse, est auteur d'un mémoire sur les localisation scérébrales dont je dépose deux exemplaires sur le bureau. Nos honorables confrères néerlandais m'ont dit que ce travail n'était pas sans valeur. Je les crois très-volontiers sur parole ; mais je n'ai pu en juger par moi-même, car ce travail est en hollandais.

Bien qu'elle ne se rattache à notre spécialité que par un seul appareil, je crois devoir mentionner ici une exposition faite, pendant la durée du congrès, des appareils ou instruments nouveaux utiles en médecine, en chirurgie, en physiologie.

L'organisateur de cette exposition, qui a été un des succès du congrès, est M. le Dr Gori d'Amsterdam.

©BIUM

Le caractère exclusivement scientifique de cette communication ne me permettant pas d'y faire entrer le détail des réceptions et des fêtes qui ont agréablement entremêlé nos travaux, je me borne à les mentionner et j'en prends occasion pour adresser au corps médical d'Amsterdam ma part de remerciements pour l'excellente organisation qu'il a su donner au congrès, ainsi que pour les frais considérables qu'il n'a pas hésité à faire pour nous recevoir confortablement; je ne puis, d'ailleurs, pour cette partie de mon compte rendu, que renvoyer à une lettre fort intéressante publiée par M. le Dr Daremberg dans le *Journal des Débats* du 19 septembre dernier et à un non moins intéressant feuilleton de la *Gazette hebdomadaire de médecine* (n° du 10 octobre), dont le nom de l'auteur se dissimule vainement sous son initiale.

Messieurs, notre très-honoré secrétaire général, en terminant son exposé des travaux du congrès international de médecine mentale de 1878, nous disait, en parlant des savants étrangers qui avaient répondu dans cette circonstance à l'appel de la Société medico-psychologique: « Nous avons réuni autour de nous des collègues que nous sommes heureux de connaître, qui venaient à nous pleins de confiance et de sympathie; espérons qu'ils garderont de notre société un affectueux souvenir. Le salut de bienvenue que leur adressait notre très-honoré président, M. Baillarger, était l'expression sincère de notre sentiment à tous. Il me semble que nous aurions une chose encore à faire : notre règlement est d'accord avec notre désir, attachons-nous par une manifestation dont le caractère sympathique les touchera profondément, j'en suis sûr, ceux des médecins étrangers qui ont pris part à nos travaux et qui ne sont pas encore membres associés de la Société médico-psychologique.

J'ai l'honneur de vous proposer d'admettre au nombre des associés étrangers de la Société médico-psychologique MM. Echeverria, Mierzejewski, Giacchi, et Brosius.

Je vous demande, messieurs, à l'issue du congrès médi-

©BIUM

cal d'Amsterdam, la permission de vous faire une proposition analogue et de la motiver en quelques mots.

Vous avez pu voir, par le compte rendu que j'ai eu l'honneur de vous présenter des travaux de la section de psychiatrie à ce congrès, la part si importante et si honorable que les aliénistes hollandais y ont prise. Par la relation de la visite que j'ai faite à plusieurs des établissements qu'ils dirigent, vous avez pu, d'un autre côté, vous convaincre des progrès qui s'y réalisent sous leur inspiration.

A ces titres permettez-moi d'en ajouter un troisième qui m'est moins personnel qu'il ne le paraît. La question de psychiatrie, dont les aliénistes hollandais formaient la grande majorité, m'a fait l'honneur de me comprendre parmi ses présidents d'honneur, et j'ai eu de plus celui de présider une de ses quatre séances.

Or, qu'elle qu'ait pu être la bienveillance des membres de cette section à mon égard, j'ai lieu de penser que l'honneur qu'elle m'a fait s'adressait bien moins à ma personne qu'à la Société médico-psychologique, dont j'étais le représentant devant eux. Pour ces divers motifs, j'ai l'honneur de vous proposer d'admettre au nombre des membres associés de la société médico-psychologique :

MM. Van der Lith,
Persijns,
Van den Bogaert,
Van der Swalme,
Van Andel,
Donkersloot,
de Jong,

J'aurais placé en tête de cette liste M. le Dr Ramaër, inspecteur général du service des aliénés de la Hollande, si son élection était encore à faire.

Il est enfin un nom que je n'hésite pas à vous proposer de joindre à ceux qui précèdent, c'est celui de M. Hubrecht, se-

©BIUM

crétaire général du ministère de l'intérieur. M. Hubrecht n'est pas médecin, mais il s'intéresse particulièrement au sort des aliénés, et, dans la haute position qu'il occupe, il ne cesse de donner au service auquel ces infortunés se rattachent, et qui rentre dans ses attributions, des preuves d'une sollicitude aussi active qu'éclairée. Son sympathique intérêt pour la cause des aliénés s'est affirmé, il y a quelques années, par un voyage fait avec les inspecteurs généraux pour visiter nos principaux asiles d'aliénés, en vue de l'étude des améliorations à réaliser dans le service des aliénés de la Hollande.

M. Hubrecht est loin de s'attendre à l'honneur que je vous demande pour lui, et je ne doute pas qu'il y soit profondément sensible.

Je publierai dans une deuxième partie la relation de ma visite à quelques établissements *d'aliénés* ou *d'idiots* de la Hollande.

©BIUM

PATHOLOGIE

DE

LA CLAUSTROPHOBIE

MÉMOIRE LU A LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE
DANS LA SÉANCE DU 28 JUILLET 1879,

par M. le Dr Benjamin BALL

Professeur de clinique des maladies mentales
à la Faculté de Paris.

On sait depuis longtemps qu'il existe toute une série d'états cérébraux que l'un des membres de cette Société — M. le Dr Bourdin — a désignés sous le nom générique d'horreur du vide, — et dont le mieux connu est l'agoraphobie, ou peur des espaces.

Depuis quelques années, j'ai eu l'occasion d'observer des faits — en petit nombre, il est vrai, — qui témoignent en faveur de l'existence d'un état fort analogue, quoique en apparence tout opposé ; je veux parler de la *claustrophobie*, ou peur des espaces fermés.

Pour faire connaître les observations que j'avais recueillies, je croyais devoir attendre que leur nombre fût plus grand. Il est donc arrivé ce qui se produit presque toujours en pareil cas, c'est que des faits semblables ont été livrés à la publicité par d'autres observateurs.

Je n'en crois pas moins devoir soumettre à l'appréciation de la Société cette étude, qui s'appuie sur des faits bien authentiques et met en lumière une forme nouvelle d'aberration intellectuelle.

©BIUM

Au mois de mars 1875, je fus consulté par un jeune étranger du meilleur monde, qui présentait, à la suite d'une blennorrhagie, un cas type de cet état mental, que notre collègue, M. Legrand du Saulle, a décrit sous le nom peut-être impropre de *délire du toucher*. — Il n'existait chez ce jeune homme aucun délire sensoriel ; mais, par suite de la mésaventure à laquelle il s'était exposé, il avait longuement réfléchi aux inconvénients de tout contact impur, et il en était résulté chez lui des scrupules tellement exagérés qu'ils méritaient le nom de *délire de propreté*.

Il lui parut d'abord inadmissible de toucher à un bouton de porte, puisque des mains, si souvent malpropres, y ont laissé leur empreinte ; il en résulte un contact indirect, il est vrai, mais insupportable pour des gens délicats. A plus forte raison, il ne pouvait souffrir les poignées de main qui, dans nos habitudes démocratiques, sont trop souvent offertes, et qu'il est difficile de refuser. Pour obvier à ce désagrément, il portait constamment des gants.

Bientôt le même dégoût s'est étendu à toute espèce de contact, sur toute la surface extérieure du corps. Au sortir du lit, il chaussait immédiatement des pantoufles, pour éviter de toucher un tapis sur lequel tant de personnes avaient marché. Il s'entourait de précautions exquises, n'embrassait plus personne, et se livrait à des ablutions perpétuelles. Interrogé à cet égard, il m'avoua que tout contact réputé impur lui donnait une sensation particulière, comme si les doigts eussent touché un corps gluant, une solution de sucre ou de gomme, et cette sensation purement imaginaire disparaissait dès qu'il avait pratiqué des ablutions presque fictives — comme celles des musulmans, où quelques gouttes d'eau suffisent pour effacer toute souillure ; — preuve évidente qu'il s'agissait bien là d'un trouble purement intellectuel, et non d'un délire du toucher.

Jusque-là, rien d'extraordinaire ; tous ces accidents se rattachent à un type bien connu et sont encore assez fré-

©BIUM

quents chez les personnes qui ont reçu une éducation trop soignée.

Mais, à sa seconde visite, il me fit part d'un trouble de toute autre nature, dont il ne m'avait point encore entretenu alors.

A divers moments, — mais surtout pendant la nuit, — il était saisi d'une terreur panique à l'idée de se voir enfermé seul. Lorsqu'il se trouvait dans une pièce quelconque, il tenait essentiellement à ce que portes et fenêtres restassent ouvertes. S'il était en compagnie, ce sentiment perdait de son intensité, et, par égard pour ses visiteurs, il consentait à laisser fermer les issues. Mais pendant la nuit, il était d'une bien plus grande intolérance : il fallait que les fenêtres de sa chambre à coucher restassent ouvertes, — habitude assez commune en pays étranger ; de plus, les gens de la maison avaient défense expresse de fermer la porte de sa chambre, et, ce qui était plus difficile à obtenir, de fermer la porte de l'appartement. Il lui est arrivé plus d'une fois de se lever la nuit pour s'assurer que ses ordres étaient rigoureusement exécutés. Enfin, pris d'une inquiétude irrésistible, il se voyait quelquefois obligé de descendre, au milieu de la nuit, dans la cour de la maison, et même de se faire ouvrir la porte cochère, pour errer toute la nuit dans les rues, jusqu'aux premières lueurs du jour.

Interrogé sur ses sensations intimes, il m'assura qu'il éprouvait dans ces moments une angoisse constrictive, comparable à celle qu'on pourrait ressentir en rampant à travers un passage de plus en plus étroit, jusqu'au point où, collé contre les parois, on ne pourrait plus ni avancer ni reculer. C'est au moment où il lui semblait se trouver dans cette position intolérable que, frappé d'une terreur extrême, il prenait la clef des champs.

Je n'ai vu ce malade que deux fois. Mais peu de temps après j'ai eu l'occasion de recueillir une observation beau-

©BIUM

coup plus complète, et qui se rattache évidemment par les antécédents héréditaires à la grande famille des psychoses.

Voici le fait en peu de mots :

Mme X..., âgée de trente-six ans, fille d'un père aliéné, a joui d'une assez bonne santé pendant les premières années de sa vie. Elle s'est mariée de bonne heure et a eu trois enfants : l'aîné est un garçon de quatorze ans dont l'esprit est si faible qu'il pourrait presque passer pour « un arriéré » ; impossibilité de comprendre les leçons d'ailleurs très-élémentaires qu'il reçoit à l'école, absence totale d'affection pour ses proches, goûts et penchants absolument enfantins, tout concourt à faire de lui un de ces deshérités de l'intelligence qui, sans être absolument idiots, sont incapables de tenir leur place dans la société. Le second enfant est une fille de douze ans, assez intelligente autrefois, mais qui depuis deux ans a des attaques d'épilepsie qui lui ont troublé l'esprit et ôté la mémoire. La fille cadette jouit en apparence d'une bonne santé.

La malade avait été bien portante et raisonnable jusqu'en 1868 ; elle eut à cette époque une fièvre typhoïde fort grave qui, d'après ses propres expressions, a laissé chez elle « une grande simplicité d'esprit, des douleurs violentes et constantes à la tête, et une absence complète de mémoire. » Il faut se rendre compte de ce que la malade veut dire à cet égard : sans doute elle a beaucoup de mémoire puisqu'elle a pu me donner le récit détaillé de sa maladie, mais elle est inconséquente et distraite, et comme elle le dit elle-même, « d'une minute à une autre je ne me rappelle de rien. » Souvent même, il lui arrive de s'arrêter au milieu d'une conversation, ayant oublié ce qu'elle était en train de dire.

A la suite de cette maladie, elle devint anémique et fut atteinte de crises nerveuses à forme hystérique, qui développèrent chez elle une extrême irritabilité, à tel point qu'elle entrait dans des accès de fureur pour un ordre qui n'était

©BIUM

pas immédiatement exécuté ; quelquefois même elle allait jusqu'à frapper les gens dans sa colère. En même temps elle fut prise d'une tristesse extrême, avec idées de suicide ; la vie ne lui paraissait plus supportable ; le sommeil était aboli, et elle éprouvait, même au coin du feu, une sensation très-intense de froid. Enfin, dernier détail, elle fut prise subitement d'une telle aversion pour les rapports sexuels qu'elle fuyait son mari toutes les fois qu'il manifestait quelque velléité de ce genre.

C'est dans ces conditions que les médecins, après lui avoir prescrit divers traitements, lui conseillèrent un changement d'air. — Je vais laisser maintenant parler la malade :

« Mon départ pour la campagne eut lieu il y a trois ans. Est-ce la solitude des bois, le calme de la nature ? toujours est-il que mon mal empira. Depuis cette époque je n'ai pas eu un instant de repos; les emportements devinrent plus rapprochés et plus violents ; à chaque instant, le sang me monte à la tête, mes yeux sont injectés de sang, et il me semble que je suis sous le coup d'une congestion cérébrale. Après la crise survient un grand calme. Je deviens toute sombre, broyant du noir à belles dents ; alors il ne faut pas me parler; le son de ma propre voix me fatigue, et je fuis les personnes que j'aime le mieux.

Je me sens aller chaque jour davantage à la folie, et le premier avertissement que j'en ai reçu, le voici :

Un jour, poussée par la curiosité, je voulus visiter la tour Saint-Jacques : nous voilà partis, père, enfants, mari. Au beau milieu de l'ascension, je suis prise d'une terreur folle ; il me semble qu'on a fermé la porte d'en bas et que nous ne pourrons plus sortir. Les miens traitèrent cela d'enfantillage et me firent monter plus haut : tout à coup, sans qu'on ait pu comprendre ma pensée, je descendis jusqu'au bas comme un trait, malgré les cris de mes enfants, bousculant tout sur mon passage : je ne sentais plus, puisque ma tête se heurtant contre le mur ne me causait aucune

©BIUM

douleur; il paraît que ma dernière heure n'était pas arrivée, car j'aurais pu me tuer cent fois; ma descente avait été vertigineuse, au dire de mon mari.

A peine étais-je arrivée en bas, à l'air libre, que la crise se dissipait comme par enchantement, et je respirais bruyamment, comme au sortir d'un puits.

Une autre fois, étant au bain avec mes trois enfants et une jeune fille de quinze ans, une crise s'est déclarée parce que j'avais, par mégarde, fermé la porte du cabinet et que la fille de service ne venait pas ouvrir assez vite. J'ai cassé le cordon de sonnette, puis j'ai brisé un carreau de la porte vitrée pour pouvoir m'échapper.

La peur est tout mon mal. Ainsi chez moi, dans mon propre appartement, il faut nuit et jour que la porte d'entrée ne soit fermée qu'au pène. Je me relève la nuit pour aller m'assurer qu'elle n'est pas fermée à clef. Si par hasard je la trouve fermée, j'appelle au secours, j'ai des hallucinations, je cours d'une pièce à l'autre pour chercher les clefs, et je ne me reconnais pas chez moi; il me semble que je ne sais pas où je suis. Il faut pour calmer cet accès, que la porte soit ouverte; aussitôt le trouble s'évanouit.

On ne me ferait pas rester seule dans une pièce fermée pour un empire; ou alors ma tête déménage et je ne sais plus ce que je fais. Il faut, pour me calmer, qu'on me laisse la porte ouverte, ainsi que la fenêtre, et que j'entende les personnes aller et venir.

A Trouville, sur la plage, j'ai *peur des espaces*, et il me semble que je ne pourrai jamais retrouver mon chemin pour rentrer chez moi... »

J'ai tenu, messieurs, à reproduire textuellement le langage coloré, mais parfois incorrect, de la malade; certaines expressions en particulier, telles que les mots « hallucination » et « peur des espaces » ne sont certainement pas employés dans le sens des aliénistes. Mais il me paraît évident qu'au milieu de ce bouillonnement confus, dans lequel la malade

©BIUM

ne perd nullement la conscience de son état, un délire spécial se manifeste, la peur des espaces fermés, à laquelle je propose de donner le nom de *claustrophobie*, déjà créé par M. le professeur Verga (de Milan).

Des faits analogues viennent d'être signalés par le Dr Meschede, au congrès des naturalistes allemands à Cassel.

Dans le premier cas rapporté par cet auteur, il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans, qui éprouvait de la dyspnée et des vertiges toutes les fois qu'il entrait dans une petite chambre ou dans un local étroit. Il fut donc obligé de quitter ses études et d'entrer chez un fermier. Il ne pouvait pas reposer dans une chambre, mais il campait, la nuit, dans les bois ou dans les champs ; et c'était seulement pendant la partie la plus rigoureuse de l'hiver qu'il consentait à dormir dans une vaste chambre à coucher, mais à la condition de laisser portes et fenêtres largement ouvertes.

Il n'existait chez ce malade aucune prédisposition héréditaire, mais il éprouvait divers troubles nerveux.

Les mêmes dispositions intellectuelles ont été observées par M. Meschede chez un diabétique.

S'appuyant sur ces deux faits, il croit pouvoir conclure qu'il s'agit d'une forme particulière de délire, qui doit être placée à côté de l'agoraphobie ; car, dans l'un et l'autre cas, le malade semble ne plus pouvoir apprécier les dimensions de l'espace.

Je ne saurais accepter cette opinion sans réserves, on verra bientôt pourquoi ; mais il importe avant tout de réparer une omission commise involontairement par M. Meschede, qui semble s'attribuer le mérite de cette petite découverte. Il avait été précédé dans cette voie par M. le Dr Raggi, de Bologne, auquel nous devons un travail assez étendu sur ce sujet, et par M. le professeur Verga, de Milan, qui en a fait l'objet d'une communication à l'Institut des sciences de Lombardie (Istituto Lombardo delle scienze, etc.)

©BIUM

Parmi les malades dont il cite l'observation, M. Raggi nous raconte l'histoire d'un peintre de trente ans, qui se rendit un jour dans une salle fermée pour prendre part à un concours de peinture. Il se met au travail, et, excité par les éloges de ses camarades, il était sur le point de mettre fin à son œuvre. Tout à coup, avec l'aspect d'un homme dominé par une préoccupation tyrannique, il se dirige vers la porte de sortie, qui était naturellement fermée à clef. Ne pouvant l'ouvrir, il perd l'esprit, court çà et là, comme pour échapper à un péril imminent, puis apercevant la fenêtre, il l'ouvre, descend par le toit d'une maison voisine, et de maison en maison il arrive jusqu'au mur du jardin de l'établissement, d'où il trouve heureusement moyen de descendre. — Une fois sa liberté acquise, il devient tranquille comme d'habitude.

M. le Dr Raggi propose de désigner cet état dont il rapporte d'autres exemples, sous le nom de clitrophobie; mais cette expression, qui prête à l'équivoque pour des oreilles françaises, me paraît devoir être avantageusement remplacée par le mot de claustrophobie.

M. le Dr Raggi estime que le traitement d'une pareille folie serait une liberté très-grande, avec des habitations très-vastes et des travaux champêtres.

Les faits que je viens de rapporter, joints à ceux de M. Meschede, me font supposer au contraire que le séjour de la campagne ne contribue en rien à la guérison de cet état psychique, qui me paraît d'ailleurs l'une des maladies les plus opiniâtres de l'intelligence.

La malade dont j'ai donné l'observation a été améliorée et calmée, mais non guérie, par l'usage des bromures alcalins. C'est dans cet ordre d'idées que je chercherais volontiers les indications d'un traitement méthodique.

M. le Dr Beard, de New-York, dans un intéressant travail sur les terreurs morbides (*morbie fears*) propose d'englober cet état pathologique, avec l'agoraphobie et quelques autres

©BIUM

états similaires, sous le nom de *topophobie*. Il me paraît préférable, jusqu'à plus ample informé, de réserver à ces divers troubles intellectuels, leur dénomination distincte et spéciale ; plus tard, nous serons mieux préparés à apprécier les rapports qui les unissent.

Je crois donc devoir formuler les conclusions suivantes :

1° Il existe une forme spéciale de délire, caractérisée par « la peur des espaces fermés. »

2° Il s'agit, dans l'espèce, d'une vraie psychose, et non pas d'un simple trouble sensoriel, bien que le malade ait conscience de son délire.

3° Il me paraît convenable de désigner cet état sous le nom de *claustrophobie* ; car cette expression, bien que peu correcte au point de vue étymologique, a le mérite d'une clarté parfaite.

©BIUM

D'UN ÉLÉMENT SYMPTOMATIQUE SECONDAIRE

DE

LA MÉLANCOLIE

ET DE SON TRAITEMENT

Par M. le Dr HILDENBRAND

Médecin-Directeur de l'asile de la Charité (Nièvre).

Lorsqu'il s'agit d'aliénation mentale, la thérapeutique la plus fertile en miracles est bien celle qui s'inspire de la doctrine des éléments. Cette doctrine, en effet, est la seule pratique, dès qu'on se propose de combattre une maladie dont la lésion organique primitive échappe à l'investigation du médecin.

Étant donnée une psychopathie, nous savons fort bien que c'est le cerveau qui est malade, parce que nous savons que c'est lui qui est l'instrument de la pensée. Il est malade soit primitivement, par suite d'une lésion cérébrale primitive, soit deutéropathiquement ou sympathiquement, par extension au centre phrénique d'une affection plus ou moins éloignée. Mais il y a loin de cette notion élémentaire à la détermination de la lésion centrale qu'il importe de guérir. Les symptômes qui caractérisent la mélancolie et la manie, par exemple, le contraste frappant qu'elles présentent dans leur physionomie, semblent bien propres à favoriser nos recherches à ce sujet. Eh bien, quelle est, dans ces cas, la nature de l'altération matérielle d'où dérivent les symptômes? Au point de vue anatomique, savons-nous quel-

©BIUM

que chose de la différence qui, de fait, doit exister entre ces deux formes phrénopathiques? Il faut bien l'avouer, la science est muette sur ce point. Dans les folies simples, nous ignorons le principe du mal, la cause organique première, véritable substratum des désordres fonctionnels qui apparaissent seuls à notre observation.

La thérapeutique est-elle dès lors condamnée à l'impuissance? Nullement. Ne pouvant mettre le doigt sur la lésion primitive, nous avons la ressource de nous attaquer, avec des chances de succès, aux éléments secondaires, accessoires, ou conjoints de la maladie. Dans certains cas simples, compliqués d'insomnie, si par des moyens appropriés nous parvenons à faire dormir notre malade, nous aurons par ce seul fait bien des chances de le guérir. Ici, la thérapeutique s'adresse à un élément symptomatique secondaire de la maladie. Une jeune fille devient aliénée à la suite d'anémie et d'aménorrhée : il est à présumer qu'en rendant au sang ses qualités normales, nous rétablirons les fonctions menstruelles et guérirons la folie. Nous nous serons adressé à un élément conjoint à un élément étiologique primitif.

Assurément, une thérapeutique judicieuse n'aura pas isolément pour objectif l'un ou l'autre de ces éléments, mais les comprendra dans leur ensemble par un habile agencement de moyens. Il n'en est pas moins vrai que, suivant les cas, l'un ou l'autre de ces éléments acquerra de la prépondérance et imposera des indications particulièrement pressantes. C'est ce qui paraît exister pour un des éléments symptomatiques les plus ordinaires de la mélancolie simple : nous voulons parler du trouble de la respiration et du trouble vasculaire consécutif du cerveau. C'est ce qu'il s'agit d'examiner.

I.

Qu'il nous soit permis, pour la clarté du sujet, et quelque élémentaires que soient du reste les notions que nous

©BIUM

allons rappeler, de nous arrêter, un instant, sur un point spécial d'anatomie physiologique.

L'anatomie et la physiologie relèvent, dans la circulation cérébrale, un fait extrêmement important. La vascularisation du cerveau présente des dispositions anatomiques qui semblent favoriser la congestion. D'un côté, en effet, la direction ascendante vers le sinus longitudinal supérieur des veines de la convexité du cerveau et de la face interne des hémisphères, la flexuosité ascendante que décrivent les veines de Galien avant d'atteindre l'origine du sinus droit, la direction horizontale ou ascendante des veines de la base du cerveau et du cervelet, qui se rendent soit aux sinus caverneux soit aux sinus latéraux, sont autant de conditions qui obligent le sang à lutter contre la pesanteur. D'un autre côté, les branches veineuses qui vont s'ouvrir dans les sinus suivent un trajet rétrograde; nous voulons dire que la colonne de sang qu'elles contiennent vient heurter une autre colonne plus volumineuse qui se meut en sens inverse.

Mais cette facilité à l'engorgement que doit présenter le cerveau, par suite de ces conditions anatomiques, est contrebalancée par le jeu physiologique de la respiration.

Pendant l'inspiration, par le fait de la dilatation de la poitrine, le sang veineux, obéissant à une véritable succion, coule avec plus de rapidité dans l'oreillette droite; le sang de l'intérieur du crâne est ainsi ramené vers le cœur par la jugulaire interne, et les sinus se vident. Il y a plus : immédiatement après sa naissance, la veine jugulaire interne reçoit la veine condylienne antérieure, et à celle-ci s'anastomosent les veines longitudinales antérieures ou sinus vertébraux; de sorte que l'inspiration, en même temps qu'elle vide les sinus de la dure-mère, dégorge encore le rachis.

En réfléchissant à cet admirable mécanisme, il est facile de comprendre tout le parti que l'on peut en tirer dans certaines affections mentales où le trouble de la circulation céré-

©BIUM

brale est manifeste. Et le trouble de la circulation cérébrale ne doit-il pas être la règle dans une affection qui a pour siège le cerveau et dans un organe si riche en vascularisation ? On l'admettra sans doute si l'on veut se rappeler que la circulation locale s'impressionne toujours sous l'influence de la souffrance d'un organe, que les vaisseaux fonctionnent comme leurs vaso-moteurs, et que ceux-ci se ressentent de l'état de santé du cerveau.

Chez le mélancolique, le trouble de la circulation cérébrale est évident. Il a horreur du mouvement; chez lui, le système musculaire est affaissé, le cœur a perdu de sa force, et la respiration qui, à l'état physiologique, est à la circulation comme 1 est à 3, n'est plus que comme 1 est à 5. La respiration est, de plus, incomplète et l'hématose imparfaite, d'où le teint bleuâtre, la cyanose des lèvres, le refroidissement de la peau. L'inspiration, aussi petite que possible, n'a plus l'amplitude requise pour influencer le contenu des sinus. Le cerveau est engorgé. Il l'est par le fait du défaut d'influx des centres vaso-moteurs, de la diminution de l'énergie cardiaque, de l'élaboration imparfaite du sang; il l'est encore et surtout par le fait de l'affaiblissement des phénomènes mécaniques de la respiration. Deux forces étaient ici en présence, qui se faisaient équilibre : l'une agissant dans le sens de la congestion veineuse du cerveau, l'autre dans celui du dégorgement de cet organe. La dernière force a faibli, c'est la première qui l'emporte.

Le mélancolique pâtit de toutes les conséquences d'une hématose incomplète, il souffre d'asphyxie lente, et il en résulte un trouble de la nutrition des centres nerveux. Toutes les fonctions languissent, et, pour ne parler que des plus importantes, le sommeil est incomplet, lorsqu'il n'y a pas agrypnie. Il y a insomnie, surtout par le fait de la congestion veineuse du cerveau, cette congestion étant incompatible avec un sommeil physiologique. Il semble en effet prouvé aujourd'hui, par les observations et les expérimen-

©BIUM

tations de Blumenbach, de Durham, de Hammond et d'autres, que la condition du sommeil physiologique est l'anémie relative de l'encéphale. Le mélancolique ne puise donc pas dans le sommeil la complète réparation de ses organes fatigués. Les sécrétions diminuent, la nutrition générale est promptement atteinte, les fonctions de la digestion participent à l'atonie générale ; chez beaucoup de femmes les fonctions menstruelles se suppriment ou sont troublées, et l'on sait combien la phthisie pulmonaire est fréquente chez le mélancolique.

Le trouble de la respiration et les conséquences qu'il entraîne pour la circulation cérébrale est donc un facteur morbide qui mérite d'attirer toute l'attention du médecin. Sans doute il n'est qu'un élément secondaire provenant d'un autre élément morbide qui a sur lui la priorité ; mais, comme tel, il vient compliquer la maladie, en ce sens que l'affection nerveuse primitive, qui terrasse en quelque sorte tout l'organisme, s'aggrave sous l'influence de l'affaiblissement de la respiration qu'elle détermine, et de l'asphyxie lente, de la stase veineuse cérébrale qui en résultent.

Il faut donc faire respirer le mélancolique. Ce précepte, à défaut des données de l'anatomie physiologique concernant les rapports intimes qui existent entre la respiration et la circulation, la seule induction eût pu nous l'inspirer. En effet, il est certains phénomènes, tels que le soupir, le sanglot, le bâillement, la respiration haletante, le rire, qui accompagnent certaines passions dépressives ou expansives de l'âme. La tristesse, le regret, appellent involontairement et impérieusement le soupir ; la douleur vive, le sanglot ; l'ennui, le bâillement ; la colère et l'anxiété, la respiration précipitée ; le plaisir, le rire. Or, à en croire M. Hecker (Du rire et de sa signification physiologique.—*Allgem. Zeitschrift fur psychiatrie.* — Analyse, *Ann. méd. psychol.* Nov. 1874), le rire, qui naît d'une action du grand sympathique sollicité

©BIUM

par le chatouillement ou une influence morale déterminée, ce que prouve la dilatation saccadée de la pupille, intervient pour neutraliser, par des inspirations forcées, le trouble vasculaire consécutif résultant, pour le cerveau, de l'irritation des vaso-moteurs.

Il en est assurément ainsi de la colère. S'il vous a été donné de voir naître la colère chez un homme, vous avez pu observer la dilatation subite et considérable des pupilles. Dans ce cas, comme dans le précédent, la respiration accélérée vient neutraliser l'action des vaso-moteurs sur la circulation cérébrale. Le soupir, le sanglot, le bâillement sont passibles de la même interprétation,et tous ces phénomènes réflexes se résument dans l'augmentation de l'amplitude ou du nombre des inspirations. Les tempêtes de l'âme qui s'accompagnent d'expansion n'ont pas de conséquences fâcheuses pour l'homme, mais la colère concentrée, la douleur muette, le tuent.

Le mélancolique n'obéit que dans une bien faible limite à cet instinct qui provoque le soupir ou la respiration anxieuse. C'est cette limite qu'il faut étendre artificiellement chez lui.Les inspirations forcées contribueront puissamment à dégorger les sinus et à rendre la circulation cérébrale à des conditions compatibles avec la nutrition et le jeu physiologique de cet organe.

II.

Comment s'y prendre pour faire respirer le mélancolique? Trois moyens se présentent à nous : le travail manuel, la gymnastique respiratoire et la marche forcée. Il est rare que l'un ou l'autre de ces moyens ne puisse être mis en usage, et l'un ou l'autre le sera suivant les cas.

Le mélancolique se refuse, en général, au travail, nous le savons fort bien. S'il a horreur du mouvement pour lui-même, l'activité des autres l'impressionne péniblement·

©BIUM

Cependant, on réussit quelquefois à lui faire accepter un travail de quelques instants par jour, en rapport, bien entendu, par sa nature et sa durée, avec la défaillance musculaire du malade. L'on y réussit souvent, lorsqu'on veut bien se donner la peine de l'assister, de rester présent, de l'exciter, de l'encourager de la voix, du geste, de l'exemple. Le genre de travail auquel il faut recourir, pas n'est besoin de le dire, est celui qui exige un déploiement de mouvements étendus des bras.

La gymnastique respiratoire exige l'intervention de la volonté intelligente du malade, et cette volonté, il ne dépend pas de lui de la mettre à notre disposition. Mais, dans bien des cas de mélancolie anxieuse, le malade se prêtera aux mouvements musculaires que vous exigerez de lui, quelque bizarres qu'ils puissent lui paraître; il y donnera son attention, d'autant plus volontiers qu'il vous sera très-reconnaissant de vous occuper de lui.

La gymnastique respiratoire consiste à provoquer de profondes inspirations, au moyen de mouvements musculaires déterminés. Lorsque le malade est docile, vous vous placez devant lui et lui ordonnez de vous imiter, de lever la tête, d'effacer les épaules et d'inspirer profondément. Dans la plupart des cas, il faut intervenir d'une manière plus directe et faire exécuter vivement des mouvements d'élévation et d'abaissement des bras; on saisit aussi légèrement les coudes que l'on tend à rapprocher par derrière pour effacer les épaules, pendant que le malade exécute son mouvement d'inspiration. Il est inutile d'insister sur tous les mouvements qui sont propres à dilater la poitrine et à favoriser l'inspiration. Si l'on parvient à réunir plusieurs malades de même catégorie, la contagion de l'exemple stimulera leur volonté et facilitera la tâche du médecin.

Sous l'influence de la gymnastique respiratoire, on voit, dès les premières inspirations, la couleur de la peau se mo-

©BIUM

difier ; elle perd aussitôt sa teinte bleuâtre et s'éclaircit. Il en est de même de la teinte violacée des lèvres.

M. le docteur Dubreuil, l'éminent orthopédiste de Marseille, rompant avec les traditions erronées du passé, a assis la thérapeutique des déviations de la taille sur une base réellement scientifique et solide, puisqu'elle puise sa valeur dans l'anatomie pathologique. La voie de progrès que M. Dubreuil père a si heureusement ouverte à cette branche spéciale de la médecine, voie que son fils suit avec succès et distinction, a eu pour résultat de faire rejeter, dans sa pratique, et condamner au plus profond oubli les moyens mécaniques barbares, inutiles et dangereux, les tortures infligées encore aujourd'hui ailleurs aux malheureux enfants contrefaits, pour n'adopter qu'un traitement extrêmement doux qui consiste dans des mouvements particuliers, actifs, volontaires, destinés à allonger les muscles spinaux rétractés. Nous avons suivi la clinique de M. Dubreuil, et avons pu apprécier les merveilleux résultats obtenus au moyen d'une pratique aussi douce. Mais les mouvements actifs auxquels cet habile praticien soumet ses malades pendant quelques minutes chaque jour, constituent la gymnastique respiratoire. Tout en agissant sur les tissus rétractés, au moyen de mouvements énergiques spéciaux, il produit nécesrairement des inspirations profondes, et je lui ai entendu répéter quelquefois combien ces exercices ont une heureuse et rapide influence sur la santé générale. Les sujets dont la santé s'est détériorée sous l'influence de la maladie générale qui a produit les rétractions musculaires et les déviations, dont l'altération des traits révèle assez l'état de souffrance, reprennent, en un temps relativement court, un aspect florissant.

Ce résultat est dû assurément, comme le pense M. Dubreuil, aux progrès du redressement, à la disparition de la gêne des mouvements du tronc et de la contrainte continuelle qui en est la conséquence; mais il nous paraît évident qu'une

©BIUM

part notable en revient tout d'abord à la gymnastique respiratoire. La contrainte des jeunes personnes déviées, le chagrin qui les mine, la gêne des mouvements du thorax, entravent la respiration ; l'hématose est incomplète, et la nutrition s'en ressent. La santé s'améliore rapidement à la faveur de meilleures conditions d'hématose.

Il en sera de même chez nos mélancoliques. Le dégorgement des sinus, l'amélioration de la santé par suite de la restitution au sang de ses qualités physiologiques, seront des conditions qui contribueront à guérir la maladie primitive des centres nerveux.

Dans l'impossibilité de soumettre le malade au travail ou à la gymnastique respiratoire, on pourra toujours recourir à la marche rapide forcée, répétée plusieurs fois par jour pendant quelques instants.

III.

Observation. — Une jeune femme de 27 ans, à la suite d'une couche laborieuse (un an avant son admission à l'asile), est prise de céphalalgie, d'insomnie, de rêves effrayants. Bientôt survient du délire : elle se croit damnée, s'imagine avoir commis de grandes fautes, être abandonnée de Dieu ; elle devient anxieuse, se prosterne contre terre, se frappe la tête contre les murailles. Elle blasphème, pousse des cris aigus, injurie son mari, et cherche à le frapper. Elle s'échappe de sa maison, en chemise, pieds nus dans la neige. Ne pouvant plus garder sa femme chez lui, son mari se décide à nous la confier.

Femme de taille au-dessous de la moyenne, constitution très-frêle, tempérament nerveux. Elle est très-amaigrie et se tient mal : le dos est arrondi, voûté, les épaules portées en avant, la poitrine enfoncée. Le cou tendu en avant et la tête retombant vers la poitrine continuent la ligne courbe du dos.

Les traits du visage sont crispés, le sillon naso-labial

©BIUM

particulièrement marqué. Elle présente les symptômes de la lypémanie anxieuse. Elle a des pressentiments sinistres, s'imagine être cause du malheur de son mari, de son enfant.

La peau de la face est terreuse, d'un gris bleuâtre; les lèvres sont violacées. Au toucher, on constate un refroidissement général de la peau. En dehors des moments où elle sanglote et soupire, la malade ne respire point; c'est à peine si l'on peut surprendre la dilatation de la poitrine. — Insomnie, appétit très-peu développé; au débat, refus d'accepter des aliments.

L'insomnie est tout d'abord combattue par une injection de 6 milligrammes de morphine pratiquée le soir. Peu de jours après, on soumet la malade à la gymnastique respiratoire. A la visite du matin, le médecin parvient à lui faire exécuter de profondes inspirations en dilatant la poitrine par des mouvements appropriés des bras et l'effacement des épaules. Le soir, l'interne lui fait répéter ces mêmes exercices à la contre-visite. Il est à remarquer que la malade s'y soumet volontiers, et, conformément à la recommandation du médecin, dans la journée elle se promène dans le préau en respirant fortement.

Dès que les inspirations sont commencées, on voit le teint s'éclaircir, et la peau du visage prendre une légère carnation.

Ce traitement est suivi pendant près de huit jours, lorsque cette malheureuse femme parvient à s'évader à 6 heures du matin en escaladant les murs.

Elle marche, ou plutôt court toute la journée, toute la nuit suivante, et arrive chez elle le lendemain vers 3 heures du matin. Elle parcourt ainsi 20 lieues en 21 heures.

Un préposé envoyé à sa recherche, nous la ramène immédiatement.

Son état est changé. Elle se lamente encore et pleure, mais ne délire plus. « Laissez-moi retourner chez mon mari, nous dit-elle, en nous pressant les mains; je vous

©BIUM

assure qu'il n'y a que ce motif qui me tourmente. J'ai le mal de chez moi, et c'est la pensée d'être ainsi éloignée de mon mari et de mon enfant qui me fait pleurer. Je sens que je ne suis plus malade. »

Nous ne trouvons plus, en effet, chez cette femme, qu'un désir effréné de revoir les siens. Elle s'occupe et fait tous ses efforts pour surmonter sa peine.

Est-elle guérie ? Nous n'osons l'affirmer, mais un séjour plus prolongé à l'asile est impossible. Elle retourne seule chez elle par le chemin de fer.

Nous avons reçu, deux mois après sa sortie, les renseignements suivants : « La femme C... va mieux ; elle est tout à fait tranquille ; son raisonnement est bon ; elle s'applique mieux au travail. Cependant il paraît qu'elle éprouve toujours une assez grande répugnance à s'occuper. Elle ne peut pas, dit-elle. Sa santé physique m'a paru s'être grandement améliorée. »

Enfin, deux mois plus tard, on nous écrit ce qui suit : « Je suis heureux de pouvoir vous dire que la situation de la femme C... s'améliore de jour en jour. Elle est beaucoup plus tranquille. Elle travaille et s'occupe bien mieux et bien plus de son ménage. »

©BIUM

25

MAISON NATIONALE DE CHARENTON — M. J. CHRISTIAN

Hématome de l'oreille et purpura hémorrhagique chez un paralytique général.

Sommaire. — Paralysie générale. — Démence profonde. — Hématome de l'oreille coïncidant avec un purpura hémorrhagique. — Mort à la suite de congestion cérébrale.

M. X... né en 1841, était professeur de langues en Angleterre, quand il y tomba malade. Il dut être placé à l'asile de Hanvell de Middlesex, d'où, après quelques semaines, il fut amené à Charenton le 12 *décembre* 1875.

M. X... était atteint de paralysie générale ; généralement triste, indifférent, gâteux, il opposait à tout une résistance passive, ne parlait jamais, refusait de manger. Faible, anémié, X... ne quittait pas l'infirmerie, et quand j'eus occasion de l'observer (fév. 1879), il restait généralement au lit.

Plusieurs fois dans le courant de mai et d'avril, X... présenta des symptômes scorbutiques, principalement les gencives fongueuses et saignantes ; ces accidents ne disparurent jamais complètement, malgré tous les moyens, locaux et généraux, qui furent employés.

14 *mai*. Apparition d'un hématome à l'oreille gauche, et vers la même époque, on aperçoit sur le tronc, la poitrine et les épaules, des taches brunâtres, ecchymotiques, irrégulièrement disséminées ; ces taches se dissipent peu à peu

©BIUM

pour faire place à d'autres. (Purpura hémorragique : — Vin de quinquina, 100 gr., avec elixir de Haller, 4 gr.)

Sous l'influence du traitement et du régime, le purpura se dissipe graduellement, l'hématome se résorbe peu à peu. L'état général reste le même.

26 *juillet*. Attaque épileptiforme, le matin au moment du réveil ; le malade ne reprend pas connaissance, il meurt à 8 heures.

L'autopsie pratiquée le lendemain, ne révèle aucune particularité autre que les lésions habituelles de la paralysie générale.

Réflexions. — Le seul motif qui m'ait engagé à publier cette observation, c'est la coïncidence de l'hématome avec le purpura hémorragique. L'étiologie de l'hématome auriculaire est encore obscure ; quelques auteurs ont prétendu qu'il est la conséquence d'une altération du sang. L'observation que je rapporte est la seule, — parmi toutes celles qui sont passées sous mes yeux, — où cette altération a été évidente. Y a-t-il un lien entre le purpura et l'hématome ? Je pose la question.

26

ASILE DE BLOIS — M. MABILLE, MÉDECIN ADJOINT.

Paralysie générale à marche très-rapide (1).

Sommaire. — Paralysie générale. — Éclosion brusque du délire. — Délire triste. — Sitiophobie. — Anesthésie momentanée du pharynx. — Mort.

Depuis trois mois environ, L... était distrait ; il y avait chez lui, à certains moments, des absences qui semblaient

(1) Cette observation a été prise dans le service de M. le Dr Guérineau, médecin-directeur de l'asile.

©BIUM

peu naturelles aux personnes de son entourage; il n'en continuait pas moins à vaquer avec intelligence aux occupations commerciales de sa profession. Excellent père de famille, L... travaillait beaucoup, ne commettait aucun excès. Son caractère avait toujours été timide,sans énergie; il était entré en discussion avec son père pour de petites sommes d'argent qu'il lui devait et avait conçu un vif chagrin à la suite de ces altercations.

Tout à coup, le 1er mars 1879,L... rentra chez lui, se mit à pleurer et s'écria : « Pourquoi t'es-tu donc fait couper les cheveux? fallait-il que tu sois sot de te les faire couper si court! » A partir de ce moment, la nuit et le jour, il ne cessa de répéter les mêmes phrases, refusa les aliments, resta sans sommeil, et on dut l'amener à Saint-Lazare, le 7 mars 1879.

7 *mars*. — L..., âgé de 30 ans, négociant, est d'une taille petite ; tempérament lymphatico-nerveux. Constitution débilitée. Facies amaigri.

Le malade se désespère, prend sa tête entre ses mains, répète continuellement: « Qu'ai-je donc fait pour qu'on m'ait ainsi coupé les cheveux ? » Sans cesse il profère les mêmes plaintes, frappe la terre avec impatience et désespoir. Son regard est terne, abattu. Le corps penché vers la terre, il s'arrête à certains instants comme accablé par des hallucinations terrifiantes ; il déchire ses vêtements avec colère. Nous ne pouvons parvenir à lui faire prendre ses aliments. — On veut l'empoisonner, dit-il, le faire mourir. — Les sentiments affectifs ont disparu, et L... n'a aucune conscience de sa situation.

Les muscles de la face sont agités par un tremblement fibrillaire manifeste ; la conception est lente, la parole saccadée,souvent embarrassée.Le corps penche du côté gauche. Pupilles inégales, la pupille droite est plus dilatée que la gauche. Exophthalmie de l'œil droit.

La sensibilité cutanée est diminuée mais non abolie. La

©BIUM

contractilité électrique des muscles persiste. T. 38o 4. P. 120. Rien d'anormal du côté des organes respiratoire, pulmonaire et digestif.

Certificat de 24 heures. Paralysie générale avec idées tristes et de persécution.

9 *mars*. — Refus complet des aliments; insomnie, agitation continuelle ; idées d'empoisonnement. La température oscille entre 38 et 39; le pouls entre 100 et 120 pulsations.

10 *mars*. — Augmentation du délire. L... prétend qu'on l'empoisonne, qu'on lui a coupé la tête en même temps que les cheveux, qu'il n'a plus de corps. Le refus des aliments persistant malgré de nombreuses tentatives, nous employons la sonde œsophagienne. Le malade n'est impressionné en aucune façon, et, au passage de l'isthme du gosier, la sonde ne provoque aucun réflexe. Cependant il fait quelques mouvements de déglutition quand il avale sa salive. T. = 38° P. = 116.

Certificat de quinzaine. Paralysie générale avec idées de persécution, hallucinations et refus d'aliments.

25 *mars*. — Refus toujours complet des aliments. Malgré une nourriture très-fortifiante par la sonde œsophagienne, L... maigrit. Il déploie toutefois une force musculaire énorme, résiste à tout, refuse d'aller où on veut le conduire. Pas de priapisme ; constipation, anurie.

La sonde œsophagienne ne provoque aucune contraction et pénètre sans douleur dans l'œsophage.

La parole est plus embarrassée, le corps penche à gauche. Insomnie. T. = 39°, 2. P. = 126.

30 *mars*. — L... a les mêmes idées tristes; on continue à le nourrir à la sonde, qui pénètre avec difficulté en raison des contractions violentes des muscles pharyngiens. Le faciès est amaigri, mais la force musculaire est énorme et il faut plusieurs personnes pour habiller le malade qui s'oppose à tout ce qu'on veut lui faire exécuter. Insomnie.

7 *avril*. — Les nuits sont meilleures; on réussit à faire

©BIUM

prendre au malade quelques cuillerées de lait. L... prétend qu'il n'a plus de tête, de bras, de jambes, d'intestins: on lui a tout brûlé, son estomac est consumé. Gémissements continuels. Son délire n'a aucune fixité comme celui des paralytiques.

T. = 38o, 8. P. = 116.

12 *avril*. Obligé de garder le lit, L... dort mieux, prend quelque nourriture. Constipation.

T.=37o 2. P.=96.

15 *avril*. — Anurie. Cathétérisme de l'uretère pendant plusieurs jours. Affaissement du malade qui n'en continue pas moins à offrir une contractilité musculaire énergique. T. = 36o 4. Pouls petit.

19 *avril*.—L... meurt à 2 heures du matin. L'autopsie n'a pu être faite.

Nota. — Le délire a éclaté brusquement chez L..., et la maladie qui remontait à trois mois et se manifestait seulement par quelques troubles intellectuels de peu d'importance, a pris, à partir de l'invasion des idées tristes, une forme aiguë. La mort est survenue six semaines après.

La muqueuse digestive a présenté une anesthésie notable et momentanée, sans perte de la contractilité musculaire des muscles pharyngiens.

La température a été augmentée, ainsi que le nombre des pulsations, pendant toute la durée de la maladie, à l'exception des deux derniers jours.

Le marasme a été rapide, malgré l'emploi de la sonde.

Jusqu'au moment de sa mort, L... a déployé une force musculaire énorme malgré son état d'affaiblissement, et ce qui a dominé dans cette forme aiguë de paralysie générale, ce sont les troubles intellectuels.

©BIUM

27

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE— M. BAILLARGER.

Paralysie générale. — Cysticerque dans l'hémisphère droit du cerveau.

Je ne sais s'il existe dans la science une ou plusieurs observations de cysticerque du cerveau ayant été le point de départ d'une paralysie générale. Quoi qu'il en soit, quant à moi, je n'en connais aucune.

L'observation suivante me paraît donc, au point de vue de l'anatomie pathologique, offrir un assez grand intérêt.

Sommaire.—Femme de 34 ans.—Céphalalgie intense pendant quatre ans. — Embarras de la parole. — Diminution de la mémoire. — Hallucinations de la vue. — Congestions avec hémiplégies passagères. — Aggravation des symptômes. — Mort. — Adhérences des membranes à la couche corticale. — Cysticerque au-dessus du corps calleux.

D..., âgée de 34 ans, lingère, est entrée à la Salpêtrière le 26 janvier 1857.

En 1856, elle avait été traitée à l'Hôtel-Dieu, et avait aussi passé quelque temps à la Salpêtrière.

Elle nous donne les renseignements suivants :

Elle a un frère qui est aveugle et sourd; une sœur est morte tuberculeuse depuis quatre ans. D... a de grands maux de tête ; sa vue s'affaiblit, sa mémoire diminue, elle est devenue maladroite et laisse souvent tomber les petits objets.

A ces symptômes se sont joints, à l'époque des règles, des hallucinations de la vue ; elle avait devant elle un homme qui la menaçait; elle était très-effrayée, poussait des cris.

Ces hallucinations étaient survenues au moment où les règles venaient de reparaître après trois mois de suppression; c'est alors qu'elle fut conduite à l'Hôtel-Dieu, où elle a été quelque temps traitée par le fer, le quinquina et des applications de ventouses.

©BIUM

Cette femme pendant longtemps a eu parfaitement conscience de son état, mais on l'a ramenée à la Salpêtrière à la suite de scènes de violence et d'une agitation assez vive.

L'examen permet de constater chez elle un léger embarras de la parole, du tremblement des membres et de l'affaiblissement de la mémoire ; les pupilles sont contractées, mais égales.

Le 22 février, tout à coup, paralysie de la langue et hémiplégie incomplète du côté gauche ; la sensibilité persiste, il y a plutôt de l'hyperesthésie à gauche ; les pupilles sont très-contractées, mais égales ; peu de temps après cette attaque, la malade devint agitée ; elle criait, déchirait ses vêtements, se déshabillait, refusait de répondre aux questions qu'on lui faisait ; la parole est embarrassée ; le côté gauche, un peu plus faible.

En avril, les traces d'hémiplégie semblent avoir disparu.

Dans le mois de mai, à l'excitation succède une dépression profonde ; bientôt on observe une intermittence très-marquée ; il y a alternativement un jour de dépression et un jour d'excitation ; ces alternatives ne persistèrent pas longtemps et parurent céder à l'administration du sulfate de quinine.

Dans le courant de l'été, la malade eut plusieurs attaques d'hémiplégie passagère *portant exclusivement sur le côté droit*. D... ne pouvait plus articuler et était dans un état de stupeur ; ces symptômes se dissipaient au bout de quinze jours.

Le 30 septembre, elle eut une de ses attaques ; le bras droit est complètement paralysé, et la sensibilité abolie ; mais cette fois, la paralysie persista ; elle portait aussi un peu sur la jambe droite. La malade est depuis lors obligée de garder le lit, parce qu'elle ne pouvait point se soutenir. Bientôt des eschares survinrent au siège, et dans le commencement de novembre, ces eschares étaient devenues d'une largeur considérable, elles n'avaient pas moins de

©BIUM

cinq pouces de diamètre dans tous les sens et étaient très-profondes.

Cependant la paralysie du bras droit avait un peu diminué, la parole était aussi plus facile; les mouvements du côté gauche étaient restés parfaitement libres; il y avait par moments de l'agitation; la malade poussait des cris; elle pouvait répondre quelques mots aux questions qu'on lui faisait; la figure s'altère, la langue se sèche, la déglutition devient impossible, et la malade meurt le 27 novembre 1857.

Autopsie.

Les deux hémisphères pèsent 980 gr.

Le cervelet et la protubérance, 167 gr.

Il y a 100 grammes de sérosité.

L'hémisphère gauche pèse 11 grammes de moins que le droit.

Hémisphère gauche. — Les vaisseaux de la pie-mère sont beaucoup plus développés sur cet hémisphère que sur l'autre; il y a aussi un peu plus d'infiltration séreuse; il existe d'ailleurs un peu d'opacité et d'épaississement.

Adhérences disséminées nombreuses, mais peu profondes; les plus larges sont au pourtour et en arrière de la scissure de Sylvius; la couche corticale est mince et atrophiée, sans coloration bien marquée, elle est plus molle à la surface.

La substance blanche est d'un beau blanc, sans injection; elle est plus ferme que dans l'état normal; cette augmentation de consistance est surtout marquée dans le lobe postérieur et constitue là un commencement d'induration.

Le ventricule n'est pas dilaté; le corps strié de ce côté est moins volumineux que celui du côté opposé, il fait moins de saillies et a subi un commencement d'atrophie; sa substance grise, non plus que celle de la couche optique, n'est point colorée. A la partie antérieure et à la base du lobe moyen gauche, il existe sur l'arachnoïde une plaque de

©BIUM

granulation de la largeur d'une pièce de 50 centimes; elles étaient molles et réunies entre elles par du tissu cellulaire.

L'hémisphère gauche coupé par tranches minces n'a d'ailleurs offert aucune altération locale.

Hémisphère droit. — Les adhérences sont plus nombreuses qu'à gauche, elles existent sur presque toute la surface de l'hémisphère; elles sont d'ailleurs superficielles; substance blanche moins ferme que du côté gauche.

A l'union du lobe postérieur et du lobe moyen, on trouve au-dessus du corps calleux, une hydatide grosse comme le bout du petit doigt, transparente dans la plus grande partie de son étendue, mais offrant à son extrémité un point blanc opaque et solide, elle a environ 9 millimètres de diamètre.

Cette vésicule tenait à la face interne des membranes et était située entre elles et la substance grise qu'elle avait déprimée; l'examen microscopique a été fait par M. Broca et a fait reconnaître un cysticerque.

La tête offrait la double rangée de crochets et les quatre ventouses, ce qui ne peut laisser aucun doute sur sa nature.

Dans la moitié gauche de la protubérance on a trouvé une tache du volume d'une grosse tête d'épingle, couleur de rouille, et qui semble indiquer une ancienne hémorrhagie très-petite; la substance grise du cervelet était un peu rosée.

Il importe de faire remarquer, au point de vue de la lésion spéciale trouvée chez cette femme, les céphalalgies très-fortes qui ont précédé pendant quatre ans l'invasion de la paralysie générale. On doit aussi noter l'affaiblissement de la vue, qui a été l'un des premiers symptômes, et les hallucinations de la vue qui sont survenues plus tard.

Il n'est pas sans intérêt non plus de rappeler que D... a un frère qui est devenu sourd et aveugle.

©BIUM

Au début, la paralysie générale est restée longtemps à l'état de simplicité ; plus tard, à l'affaiblissement de l'intelligence s'est jointe de l'agitation passagère, mais on n'a noté aucune conception délirante spéciale de nature ambitieuse ou hypochondriaque.

©BIUM

ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

RAPPORT GÉNÉRAL

A M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

SUR LE

SERVICE DES ALIÉNÉS

EN 1876

PAR LES INSPECTEURS GÉNÉRAUX DU SERVICE

MM. LES Drs CONSTANS, LUNIER ET DUMESNIL

Analyse par M. le Dr MOTET

Falret, notre regretté maître, a dit un jour, dans une de ces phrases topiques que son esprit détachait comme une flèche : « Vous me parlez en vain des fonctions d'un directeur, des fonctions d'un médecin. Dans un asile d'aliénés je ne vois place que pour le médecin. » C'était résumer en quelques mots toute une doctrine administrative, et proclamer la nécessité de l'unité de direction dans des services où doivent être traités des malades, où le médecin doit être libre de faire ce qu'il trouve le meilleur, où ses ordres ne doivent pas être contestés, sous peine d'affaiblir une autorité dont il a sans cesse besoin. Cette vérité presque élé-

©BIUM

mentaire a rencontré des adversaires passionnés, mais enfin elle s'est peu à peu imposée, et dans la plupart de nos asiles aujourd'hui, le médecin en chef est aussi le directeur, et les choses n'en vont que mieux. On a dit bien des fois que c'était accroître les devoirs et les charges des médecins, les mettre peut-être dans cette alternative, de négliger les soins dus à leurs malades, ou ceux de l'administration, de laisser forcément inachevée une partie de leur tâche. Ces craintes ne se sont jamais vérifiées; et l'on a pu si bien reconnaître les avantages du cumul des fonctions, que peu à peu s'est substituée la direction médicale dans les asiles nouveaux, à la direction purement administrative. La création des médecins adjoints enlevait, d'ailleurs, à l'objection une partie de sa valeur, puisqu'elle donnait des aides au médecin-directeur, et lui permettait, sans nuire aux intérêts des malades, d'entrer dans les détails économiques, d'y apporter à la fois une connaissance approfondie des besoins et des vues d'ensemble, que pouvait seul embrasser un homme tenant dans sa main tous les fils d'une organisation assez compliquée. Ce système a toute la préférence des auteurs du Rapport général; ils l'ont fait prévaloir, ils ont le droit de s'en applaudir, et de rappeler qu'aujourd'hui, sur 45 asiles départementaux, il n'y en a plus que 12 où les fonctions restent séparées.

Auprès du directeur est placée la commission de surveillance de l'asile. Composée de cinq membres, renouvelables chaque année par cinquième, sous la nomination du préfet, cette commission connaît de tout ce qui intéresse la gestion de l'asile, et aussi de tout ce qui est relatif à l'administration des biens des aliénés non interdits. Cette dernière partie du service laisse encore beaucoup à désirer. Les administrateurs provisoires attendent souvent pour intervenir, qu'ils y soient sollicités, soit par les préfets, soit par les notaires. Il en résulte des retards préjudiciables aux intérêts des malades sans fortune qui, pendant leur séjour à l'asile,

©BIUM

vont perdre tout ou partie de leur mobilier, de leurs instruments de travail. Vienne la guérison, et ces malheureux ne retrouvant plus rien à leur retour, sont dans une situation misérable. On a vu des rechutes survenir sous cette seule influence qu'il serait possible d'écarter. A Bordeaux, à Rouen, à Dijon, le membre de la commission chargé de l'administration provisoire, procède sans retard ; dès qu'il est avisé de l'entrée d'un aliéné, il s'enquiert de sa situation et prend des mesures conservatoires. Pourquoi n'en est-il pas de même partout ? Et les auteurs du Rapport, en signalant ces négligences regrettables, n'ont pas pensé seulement aux indigents. Ils avaient aussi en vue les aliénés plus aisés, placés dans les quartiers de pensionnaires, et dont les intérêts sont trop souvent gravement compromis. Nous aurions, pour notre part, plus d'un exemple à citer de malversations, de ruines, qu'une intervention plus active eût pu conjurer.

L'organisation du service médical dans les asiles a inspiré à MM. les inspecteurs généraux de judicieuses réflexions. Il semblerait que tout devrait être rigoureusement déterminé à l'avance, que dans un service d'une importance aussi considérable, rien ne devrait être livré à l'arbitraire, et cependant il n'en a pas toujours été ainsi. Le décret du 25 mars 1852 a failli plus d'une fois porter atteinte à l'unité désirable, disons plus, nécessaire. Les préfets ont été investis du droit de nommer les médecins, quand le ministre de l'intérieur nommait les directeurs. Il en résultait une sorte d'amoindrissement pour les premiers, en même temps que naissait le découragement au milieu d'un personnel qui pouvait craindre que des droits antérieurs fussent méconnus. Les auteurs du Rapport n'hésitent pas à protester contre un pareil état de choses, et à réclamer le retour au ministère de l'intérieur de la nomination du médecin en chef et des médecins adjoints. Ils posent, pour la première fois, le principe du concours, à la fois sur titres et sur épreuves,

©BIUM

pour les médecins adjoints; désormais, l'avancement se ferait régulièrement, et, plus sûrs de leur avenir, relevés même à leurs propres yeux par les épreuves du début dans leur carrière, les jeunes médecins se présenteraient plus nombreux. Une autre modification serait la conséquence de cette réforme. Le ministère de l'intérieur devrait prendre à sa charge le traitement des médecins, centraliser les fonds de retenue et se charger des retraites. Le chiffre des pensions ne serait plus laissé à la discrétion des conseils généraux, il ne varierait plus d'un département à l'autre, et les intérêts des fonctionnaires seraient sauvegardés. Il ne serait pas difficile d'arriver à ce résultat; plusieurs préfets, quelques conseils généraux se sont montrés favorables à cette mesure. Ce serait, sans doute, revenir à des habitudes de centralisation autrefois critiquées; mais, dans l'espèce, loin d'avoir des inconvénients, elles n'avaient que des avantages, et une expérience suffisamment prolongée a démontré que sous bien d'autres rapports encore, le service des aliénés n'a pas, dans beaucoup de départements, profité des lois de décentralisation administrative et n'a rien gagné à l'extension des pouvoirs des conseils généraux.

Dans tout ce chapitre, MM. Constans, Lunier et Dumesnil ont eu à chaque pas l'occasion de revenir sur ce point délicat. A propos des économes, par exemple, ils se plaignent justement du mode de nomination qui introduit dans les asiles des nouveaux venus, sans expérience aucune, lorsqu'à côté d'eux se trouvent des employés capables, rompus au métier par une pratique journalière; nous voulons parler des secrétaires de direction, dont l'avancement est entravé par des choix arbitraires, alors qu'ils auraient pu trouver dans les fonctions de receveurs, d'économes, des situations meilleures auxquelles ils étaient préparés.

La nomination des aumôniers, elle aussi, a cessé d'être faite, comme autrefois, par décision ministérielle et sur une liste de présentation dressée par le directeur et par la com-

©BIUM

mission de surveillance. Nommés par l'évêque sur une liste de trois candidats désignés par le préfet, ils ne sont pas toujours assez au courant des obligations que leur imposent les règlements administratifs.

Et si jamais fonction fut difficile, demande la plus prudente réserve, c'est bien celle de l'aumônier qui ne peut et qui ne doit s'avancer que guidé par le médecin. Il ne suffit pas seulement de zèle, d'inspirations généreuses, il faut un tact exquis, surtout auprès de certains malades dont le délire à exagérations religieuses prédominantes, doit être combattu sans relâche et ne doit jamais trouver ni aliment ni point d'appui. Là encore le médecin en chef doit être le seul juge, comme il faut qu'il soit le seul consulté. Exiger une subordination n'est pas vouloir abaisser l'aumônier, c'est maintenir pour le plus grand bien des malades le principe d'une autorité nécessaire.

Les mêmes observations se présentent au sujet des religieuses, chargées des services intérieurs. Presque partout, elles sont à la tête de la direction secondaire des services économiques et de la surveillance des sections de femmes. Sainte-Catherine d'Yseure et Auxerre font seuls exception, le personnel y est entièrement laïque. Les essais faits dans d'autres établissements n'ont pas été heureux, il a fallu revenir aux religieuses. Mais tous les ordres ne donnent pas un personnel également bon, soit par suite d'exigences trop grandes, soit par suite de la difficulté de se recruter.

Quoi qu'il en soit, et à part quelques embarras inévitables, on n'a jamais eu à se plaindre d'une organisation qu'il serait impossible d'ailleurs de modifier, et, en tenant la main à l'exécution des règlements, on arrive à un fonctionnement presque satisfaisant. C'est beaucoup dire, si l'on songe à tout ce que la surveillance des sections, les détails de la vie de chaque jour ont de fatigant, de pénible même. Le recrutement du personnel laïque dans les asiles d'hommes est bien autrement imparfait, et MM. les inspecteurs

©BIUM

généraux qui, à chacune de leurs visites, reçoivent les confidences des médecins et des directeurs, ont été amenés à proposer, aussi bien pour les surveillants que pour les serviteurs, tout un ensemble de réformes de la plus haute importance.

Pour les surveillants, comme pour les gardiens, il serait nécessaire de former un corps spécial et d'abandonner un système qui n'introduit dans les asiles que le rebut de la domesticité d'un pays. Nous ne voulons pas dire que tout soit mauvais dans le personnel des gardiens : il y a de nombreuses exceptions qui maintiennent les bonnes traditions et assurent partout la régularité du service ; mais il n'est que trop vrai que dans tous les asiles se trouvent des serviteurs à caractère mobile, des déclassés qui ne se fixent nulle part et qu'on voudrait bien ne pas prendre. C'est à cette catégorie d'employés sans aucune valeur qu'il serait important de substituer des serviteurs sur lesquels on pourrait compter. Pour y arriver, il serait indispensable d'élever le salaire, d'assurer par une retraite, l'avenir de ceux qui auraient consacré leur vie aux aliénés. Il n'en faudrait pas plus pour retenir, pour fixer dans nos asiles un noyau important d'hommes attachés à leur devoir; et, en relevant leur profession pénible, en leur témoignant un intérêt durable, les bons sujets seraient moins tentés d'aller chercher ailleurs une situation mieux rétribuée. L'administration n'y gagnerait pas moins que les malades.

Nous ne saurions trop louer les sages observations présentées par MM. les inspecteurs généraux au sujet des internes des asiles. Leurs efforts tendent à former une pépinière de jeunes gens instruits, où se recruteront plus tard les médecins adjoints. Il serait important que les étudiants en médecine fussent admis seulement après un concours, qu'ils eussent au moins 22 ans, et 12 inscriptions. Par ce moyen, ils compléteraient leurs études sans que leur service fût délaissé ; ayant déjà une certaine somme de

©BIUM

connaissances médicales, ils prêteraient aux médecins en chef un concours plus utile. Leur nomination appartiendrait au ministre de l'intérieur, et les plus méritants pourraient obtenir les places toujours plus avantageuses de Charenton, des asiles de la Seine, des asiles voisins des facultés de médecine.

Pour eux, comme pour les médecins adjoints, existerait un véritable avancement; au hasard du choix serait substitué un avantage sérieux donné aux jeunes gens laborieux, auxquels on n'interdirait pas de se faire recevoir docteurs, et qui seraient maintenus en fonctions jusqu'à leur nomination comme médecins adjoints, s'ils désiraient se consacrer à la spécialité des maladies mentales. Cette organisation très-simple ne soulève aucune objection sérieuse, et les résultats qu'elle laisse entrevoir sont de nature à fixer l'attention du ministre de l'intérieur. Pour notre part, nous verrions avec une satisfaction profonde adopter une pareille mesure, admirablement faite pour aider au début de la carrière médicale des jeunes gens intelligents, laborieux, souvent sans fortune, qui trouveraient dans les asiles toutes facilités pour continuer leurs études; jeunes gens parmi lesquels l'administration supérieure complètement renseignée, connaissant leurs aptitudes et leurs mérites, pourrait choisir sans chances d'erreur, dans l'avenir, ses médecins adjoints.

Nous ne saurions suivre dans tous ses détails l'étude de la question du personnel dans les asiles d'aliénés. Nous en avons dit assez pour montrer avec quels soins elle a été traitée; les modifications proposées répondent à une idée aussi généreuse que féconde, et nous ne doutons pas des heureux résultats qui suivraient son application.

Il était nécessaire de jeter un coup d'œil sur le service de l'inspection générale; mais parler d'eux-mêmes eût été difficile aux auteurs du Rapport. En quelques lignes ils ont défini leurs attributions, mais ils n'ont pas dit combien

©BIUM

leur tâche était parfois délicate et difficile, que de conflits leur intervention prudente et sage parvenait à éteindre; nous imiterons leur réserve, et nous nous bornerons à dire, qu'entourés de l'estime et du respect de tous ceux qui dirigent nos asiles, donnent leurs soins à nos aliénés, ils font modestement beaucoup de bien, encouragent et soutiennent ceux que des difficultés parfois graves pourraient rebuter, et se montrent, en toutes circonstances, prompts à trancher, avec une haute impartialité, toutes les questions qui leur sont à chaque instant soumises.

Le chapitre V est, sans contredit, l'un des plus intéressants du Rapport. Nous y avons trouvé résumées en quelques pages, sous une forme aussi concise que savante, les conditions générales du traitement des aliénés. La mesure de l'isolement y est discutée d'une façon magistrale. Que de fois n'a-t-on pas attaqué cette prescription d'ordre médical, dont la nécessité s'impose au double point de vue de l'intérêt du malade et de la sécurité publique. Sans doute, il peut paraître bien sévère de séparer un aliéné de sa famille, de ses amis, de rompre brusquement avec ses habitudes passées, de le maintenir malgré lui dans un milieu où tout est nouveau, étranger pour lui. Mais ce sont précisément ces conditions nouvelles qui agiront sur lui, en substituant aux faiblesses d'un entourage inquiet, une autorité ferme sans rudesse, une règle devant laquelle tout le monde plie. Plus vive aura été l'impression produite par l'arrivée dans l'asile, plus grandes seront les chances de retour. Et dans quel autre lieu, d'ailleurs, pourrait-on placer un maniaque, un mélancolique avec idées de suicide, un homicide, un incendiaire? La folie crée des difficultés, des embarras de tout genre; les dévouements les plus sincères, les sacrifices les plus généreux restent inutiles le plus souvent, et c'est par le fait d'atermoiements prolongés que l'incurabilité se prépare, que deviennent possibles de redoutables aventures. L'asile,

©BIUM

avec la surveillance continue qu'il assure, la direction médicale, le traitement qu'il permet, triomphe tantôt à la longue, tantôt plus vite, de l'obstination délirante, et si la guérison ne peut plus être obtenue, il sauvegarde la sécurité de la famille, il met dans l'impossibilité de nuire un malade dangereux dont les impulsions compromettent la sûreté de tous. Aujourd'hui, avec les quartiers distincts que multiplient les chefs d'établissements publics ou privés, soucieux du bien-être des aliénés confiés à leurs soins, il n'y a pas à craindre que les malades exercent les uns sur les autres une influence fâcheuse; il est d'observation que l'aliéné, égoïste de sa nature, évolue plus souvent dans sa sphère qu'il ne subit l'action du contact de son entourage. Et quand il entre en convalescence, il est facile de le placer dans un milieu où rien ne l'émeut, rien ne le trouble. C'est une question d'ordre intérieur, si élémentaire, si bien connue, que nul souci ne devrait naître à ce sujet.

Tout, dans le traitement des aliénés, doit reposer et repose, en effet, sur le médecin. Sa responsabilité est considérable, son dévouement, son activité seront à la hauteur de son devoir. Il tient sous sa main, avec une autorité qui ne saurait être contestée, tous les rouages d'une administration compliquée; il lui faut à la fois une réserve prudente, un esprit sûr et décidé, un caractère où la fermeté s'allie à l'équité la plus absolue. La dignité de sa vie imposera le respect, elle fera naître la confiance, ce premier élément de la guérison pour l'aliéné. Dans un asile bien dirigé, où le médecin est le chef accepté par tous, le traitement des malades peut rencontrer des difficultés, mais le concours du personnel aide à les vaincre, et quand ce concours est dévoué, le traitement moral exerce immédiatement son influence, non pas seulement quand le médecin est auprès du malade, mais quand se produit, en son absence, cet effet durable d'une volonté à laquelle tout le monde obéit sans contrainte, parce que tous se soumettent sans lutte, sans effort.

©BIUM

Deux modes de traitement sont applicables à l'aliéné: le traitement moral, les agents thérapeutiques.

Au premier correspondent l'action médicale incessante, l'isolement, l'influence du milieu nouveau, de la discipline établie ; et les mesures plus sévères, telles que la séquestration en cellule, la douche, la camisole, etc. ; ces dernières qu'on applique plutôt comme moyens de répression, sont quelquefois indiquées pour des aliénés intelligents encore, mais difficiles à diriger et dont l'orgueil souvent exagéré souffre d'une punition dont ils se rendent parfaitement compte. D'ordinaire, la cellule, la camisole, les entraves, le fauteuil de force, sont réservés pour les aliénés agités, turbulents, destructeurs, impulsifs dangereux, qu'il est nécessaire de mettre dans l'impossibilité de nuire. L'emploi de la camisole est sévèrement blâmé par les uns, préconisé par les autres. En Angleterre surtout, le no-restraint a été érigé en système, et son application consciencieusement suivie. En Allemagne aujourd'hui, sinon dans tous les asiles, du moins dans quelques-uns, les moyens de coercition sont à peu près abandonnés. En France, nous n'avons pas adopté ce système d'une manière générale, et bien qu'il ait des partisans très-sincèrement convaincus, il est d'usage encore de maintenir à l'aide de la camisole les aliénés difficiles et dangereux. Nous pensons que la vérité est entre les deux opinions opposées, que proscrire systématiquement la camisole, c'est se priver d'un mode de contention préférable aux bras des gardiens. Le no-restraint absolu multiplie les chances d'agression, par conséquent de luttes, et nous aimons mieux l'obstacle matériel contre lequel s'épuise la résistance du malade, que l'emploi de la force physique contre laquelle il se révolte et se défend. Mais nous ne faisons pas difficulté d'admettre que l'abus est condamnable, et qu'avec une surveillance bien organisée il est possible de réduire à bien peu le nombre des malades maintenus. C'est ce qui se passe aujourd'hui dans nos asiles, et

©BIUM

l'on sait très-bien qu'il y a toute une catégorie de malades qui, si agités qu'ils puissent être, ne doivent pas être tenus immobiles par des liens. MM. Bouchereau et Magnan, à l'asile Ste-Anne, ont imaginé un vêtement qui porte le nom de *maillot* et qui répond à des indications spéciales. Son avantage est de n'exercer aucune compression sur les parois thoraciques, il rend de véritables services dans les délires d'origine alcoolique, où les troubles du côté des organes de la respiration et de la circulation, créent tout à coup de si redoutables complications.

Le coucher, le vêtement, les soins de propreté, rentrent dans les conditions de l'hygiène générale; les auteurs du Rapport se sont étendus dans un autre chapitre sur ces détails, et réservent plus de développements à la question du travail dans les asiles.

Le travail est à la fois une distraction, un moyen de traitement. Une distraction pour les aliénés chroniques et valides, un moyen de traitement pour certains maniaques dont il modère les exubérantes manifestations, pour les mélancoliques inertes, passifs, qu'il est utile de chercher à faire sortir de leur torpeur, pour les convalescents dont ils relève les forces, dont il assure la guérison. Mais, si le principe du travail doit être accepté partout, que de distinctions n'importe-t-il pas de faire ? Avec quelle prudence le genre d'occupations qui convient à chacun ne doit-il pas être déterminé ? Aux uns, le travail au grand air, dans les champs, dans les jardins; aux autres, le travail dans l'atelier, et même dans les bureaux. L'asile, avec sa population variée, renferme des hommes aux aptitudes les plus différentes. C'est au médecin en chef qu'il appartient de les reconnaître et de les utiliser. Pour les femmes, les travaux de la couture, du blanchissage, du repassage, comportent moins d'indécisions. Une question qui intéresse l'un et l'autre sexe, c'est celle du pécule. Si le travail est utile, il ne doit être cependant ni imposé ni pénible; s'il est juste que l'asile en profite dans

©BIUM

une certaine mesure, il ne faut pas enlever à l'aliéné la satisfaction d'une récompense pécuniaire. Il ne s'agit pas ici de salaire, nous maintenons le mot de récompense, et Messieurs les inspecteurs généraux sont d'avis qu'il y a deux parts à faire : l'une, pour constituer à l'aide de ce pécule une somme qui sera remise au malade à sa sortie, l'autre, pour permettre à l'aliéné de satisfaire quelques fantaisies. Il y a là certainement un moyen moral qui sur certaines natures agit puissamment; pour d'autres, l'effet est moindre, mais, n'y eût-il d'autre résultat que celui de provoquer une joie enfantine, il ne doit pas être dédaigné.

Parmi ces satisfactions, il en est une encore qui peut être accordée aux malades calmes, c'est la promenade en dehors de l'asile. Ces sorties ne sont pas toujours possibles; quand l'établissement est situé dans une ville, par exemple, elles ne seraient pas sans inconvénients ; à la campagne elles n'ont jamais provoqué aucune plainte.

Au sujet des concerts, des représentations théâtrales, MM. les inspecteurs généraux pensent que ces distractions sont bonnes, mais qu'il convient de n'en pas exagérer l'influence heureuse. Si elles profitent à quelques malades, elles en laissent beaucoup d'indifférents, provoquent de l'excitation chez quelques autres, et peuvent être avec avantage remplacées par des séances de physique amusante, et même par la danse, dans les quartiers de femmes.

Les jeux de billard, de boules, de tonneau, les exercices gymnastiques, les bibliothèques, sont autant d'adjuvants utiles, ils rendent d'incontestables services et devraient être installés dans tous les asiles.

Cet ensemble de moyens, qui appartiennent à la fois à l'hygiène générale et au traitement moral, ne suffit pas au médecin d'asile, il lui faut encore faire appel aux agents thérapeutiques, et il est de toute nécessité qu'il ait sous la main des installations balnéaires complètes : hydrothérapie, bains de vapeur, bains d'étuve, etc.; que le service

©BIUM

de la pharmacie soit prompt et sûr ; que les malades malpropres soient pourvus de lits spéciaux, afin qu'on prémunisse autant que possible ces malheureux contre les eschares qui se développent si rapidement quand les précautions sont insuffisantes. Les soins de propreté les plus minutieux sont la première des conditions de la santé de ces malades, dont quelques-uns, les paralytiques généraux entre autres, sont, par le fait même de la lésion cérébrale dont il sont atteints, en raison du trouble de l'innervation périphérique, exposés à des mortifications profondes des tissus, pour une compression même légère, pour une contusion superficielle. C'est, on peut le dire, à la bonne tenue de l'infirmerie qui leur est réservée, que se juge la qualité des surveillants et des serviteurs. Le médecin en chef ne doit rien négliger pour stimuler leur zèle, et pour leur apprendre qu'il est encore possible, sinon toujours, du moins assez souvent encore, de faire prendre aux gâteux des habitudes qui simplifient à la fois le service et contribuent à maintenir la santé des malades, si gravement compromise, quand ils restent de longues heures mouillés et salis par leurs excrétions.

Les aliénés qui, systématiquement ou par inertie, refusent les aliments, créent les plus graves embarras. Tout doit être mis en œuvre pour triompher de leur résistance, et quand l'intervention du médecin, sous la forme bienveillante ou sévère, n'a pas réussi à vaincre l'obstination délirante, il n'y a plus place pour de longues hésitations. Il faut agir vite, ne pas attendre que la débilitation soit arrivée et que se soient montrés les premiers phénomènes de l'inanition. Plusieurs appareils ont été inventés pour introduire de force les aliments dans l'œsophage. Les uns n'ont pour effet que d'ouvrir la bouche et de permettre d'y faire couler des aliments liquides, ils n'empêchent pas l'aliéné de les rejeter : tels sont le morillon en bois de Bougard, le bâillon-biberon de M. Belhomme, la spatule en bois, la

©BIUM

pince à mors qu'on écarte avec une vis. M. Billod préconise un instrument ingénieux, qu'on appelle « la bouche d'argent, « qui par le moyen d'une valve mobile s'ouvrant de dehors en dedans, s'oppose absolument à ce que le malade projette au dehors les aliments qu'on a facilement introduits quand l'appareil est en place. On lui doit de nombreux succès, et il rend de véritables services chez les inertes qui n'opposent pas une très-grande résistance. Mais de tous les instruments, le plus fréquemment employé, c'est la sonde œsophagienne. Esquirol est le premier en France qui s'en soit servi, mais depuis, d'importants progrès ont été réalisés; la sonde dont on se sert aujourd'hui, beaucoup moins volumineuse, en tissu plus souple, a été perfectionnée par M. Baillarger, qui l'a dotée d'un double mandrin. M. Blanche a inventé le mandrin articulé, dont la disposition ingénieuse facilite une introduction sinon toujours difficile, du moins délicate. Le médecin en chef doit toujours être présent aux premières applications de la sonde, il ne doit laisser le soin de l'introduire à ses internes qu'après s'être assuré qu'ils ont appris par son exemple le manuel opératoire, et qu'ils sont arrivés au tour de main qui ne s'acquiert que par l'habitude et qui permet, une fois qu'on l'a acquis, de se passer même du mandrin. C'est pour éviter l'introduction du bec de la sonde dans le larynx que M. le Dr Cotard a fait fabriquer une sonde coudée à son extrémité, et dont il se loue beaucoup. Quel que soit d'ailleurs le procédé auquel on donne la préférence, ce qu'on doit rechercher, c'est de convaincre l'aliéné de l'inutilité de ses résistances, et toutes les tentatives sont bonnes quand elles atteignent ce but. C'est ainsi que Filipp, de Milan, employa l'électricité pour forcer un malade à ouvrir la bouche. Nous connaissons plusieurs cas où l'emploi de ce moyen a complètement réussi.

Les aliénés gloutons n'exigent pas une attention moindre. Que de fois n'a-t-on pas été obligé d'enlever des morceaux

©BIUM

de viande arrêtés à l'entrée de l'œsophage, comprimant le larynx, déterminant l'asphyxie, et qu'il faut aller chercher soit avec les doigts, soit avec une pince recourbée imaginée par M. Baillarger, et qui doit toujours être dans la section des paralytiques généraux et dans celle des épileptiques.

Tous ces détails ont leur importance; en appelant sur eux l'attention du ministre, MM. les inspecteurs généraux ont voulu montrer qu'à chaque instant, qu'à chaque heure, dans un grand asile d'aliénés, l'intervention médicale avait sa raison d'être, et que ce n'était pas trop d'une attention sans défaillances pour suffire à une tâche des plus compliquées.

Les auteurs du Rapport soulèvent ensuite une question des plus intéressantes, qui a reçu des solutions diverses, et qui n'est pas définitivement tranchée. Il s'agit des sorties à titre d'essai. Nous comprenons d'autant mieux les divergences d'opinion sur ce point, que des difficultés assez graves peuvent être la conséquence d'une détermination qui ne trouve dans la loi aucun point d'appui. Le médecin d'un asile peut-il autoriser une famille à reprendre un aliéné non guéri, avec la pensée que la sortie lui sera utile, sans mentionner cette sortie sur les registres tenus conformément à la loi? Et si l'état du malade nécessite sa réintégration, pourra-t-il le recevoir de nouveau, sans que les formalités légales de l'admission aient été remplies? En d'autres termes, un aliéné peut-il vivre quelques jours, quelques semaines hors de l'asile, en liberté provisoire? MM. les inspecteurs généraux pensent que l'adoption de cette mesure serait désirable, à la condition toutefois que le préfet du département fût toujours averti; ils reconnaissent que, pour le présent, les sorties provisoires ne peuvent avoir lieu que par tolérance administrative, ils désireraient que la mesure devînt générale et en quelque sorte légale. Nous ne voulons voir ici que le côté humanitaire de cette proposition, et nous admettons volontiers que, pour les aliénés indigents, dont les familles n'ont que peu de temps à dépenser dans des

©BIUM

démarches lentes et difficiles quand il s'agit de l'admission dans un asile, il y a intérêt à simplifier les conditions du retour si une rechute prochaine survient; dans tous les cas, il serait nécessaire de fixer un délai maximum qui ne pourrait être dépassé sans que la sortie devînt définitive.

A côté des sorties devait venir l'étude des sociétés de patronage. L'aliéné pauvre pour lequel s'ouvrent les portes de l'asile, rencontre, s'il n'a pas une famille prête à le recevoir, la défiance, l'inquiétude; il trouve difficilement du travail, et, à l'heure où il aurait encore besoin de ménagements, d'une assistance discrète, il manque de travail, de pain, il est immédiatement aux prises avec les plus graves embarras. C'est pour les lui éviter que des hommes de cœur et de dévouement ont fondé, à Paris d'abord, dans le département de la Meurthe plus tard, une société de patronage qui rend la transition de l'asile à la vie du monde plus douce, qui soutient et qui aide les indigents, et leur permet de chercher, sans souci du lendemain, une place, un salaire. MM. Baillarger et Falret, pour les aliénés indigents sortis convalescents de la Salpêtrière et de Bicêtre, ont entrepris et mené à bonne fin cette œuvre d'assistance. La société reconnue d'utilité publique en 1849, rend les plus grands services. Il serait à désirer que des institutions semblables fussent multipliées en France; car, même pour les asiles qui assurent un pécule de sortie, la somme mise à la disposition des aliénés guéris est trop peu importante pour subvenir au delà des premiers besoins. Aussi les auteurs du Rapport font-ils appel à l'intervention de l'administration supérieure, lui demandant d'encourager, de provoquer même au besoin, la fondation de sociétés de ce genre auprès de tous nos grands asiles. Nous nous associons de toutes nos forces à ce vœu; il ne suffit pas en effet, de porter remède à la pire des infortunes, il faut en prévenir le retour, et si la première partie de la tâche a été bien remplie, il reste le devoir de la compléter.

©BIUM

Ces vues générales ont été développées dans le Rapport avec un soin tout particulier. On sent à chaque ligne la préoccupation d'hommes qui ont vécu avec les aliénés, qui connaissent tous les détails du service, et qui voudraient réaliser tous les perfectionnements que leur expérience leur a montrés désirables. L'immense travail auquel ils se sont livrés a cessé d'être sous leur direction habile une sèche énumération, un bulletin de statistique comme celui dont nous étions obligés de nous contenter autrefois. La vie matérielle et morale des asiles d'aliénés de la France nous est désormais connue, et, nous pouvons le dire avec quelque orgueil, les améliorations réalisées presque partout ont singulièrement relevé nos établissements spéciaux. Il n'est que juste de reconnaître l'influence de MM. les inspecteurs généraux, influence qui eût été plus active encore s'ils ne s'étaient heurtés à des obstacles qu'ils ne peuvent écarter. Nous savons par eux ce qui, sur certains points, a pu arrêter l'essor. Avec une haute indépendance, ils n'ont pas hésité à signaler les mesures sur lesquelles il serait bon de revenir. C'est à l'administration supérieure qu'il appartient de s'inspirer d'une œuvre accueillie par le monde médical avec une faveur méritée. Nous ne doutons pas qu'éclairée par des hommes de savoir et d'expérience, elle ne se montre soucieuse de réaliser les améliorations qui lui sont demandées; en présence de cette grande infortune pour laquelle elle a tant fait déjà, elle voudra poursuivre sans relâche sa mission élevée. Son programme est tout tracé d'avance, il est résumé dans cette phrase des auteurs du Rapport général sur le service des aliénés :

« Les armées en campagne ont des ambulances, parce qu'elles savent bien qu'elles auront des blessés; que la société fasse donc comme les armées, et plus encore, car sa campagne, à elle, durera autant qu'elle-même; qu'elle ne marchande pas les ambulances, qu'elle ne craigne pas de les multiplier ou de les faire plus vastes, pour y panser les

©BIUM

blessés du progrès; si ce n'est un droit pour ceux-ci, c'est au moins un devoir pour ceux que la lutte n'a pas brisés, et qui, restés sains et saufs, jouissent du triomphe. »

Ici se termine notre tâche; nous aurions pu étendre ce compte rendu, et suivre MM. les inspecteurs généraux dans les détails où ils sont entrés sur l'administration proprement dite, l'étude des recettes et dépenses des asiles, l'appréciation de la valeur de chacun d'eux. Cette analyse nous eût entraîné bien loin, et elle nous eût forcé de produire en abrégé des renseignements dont l'importance eût été singulièrement amoindrie. Nous avons préféré nous arrêter, quitte à reprendre un jour, avec tous les développements qu'elle comporte, la troisième partie du travail, celle qui traite plus spécialement de la statistique.

©BIUM

Médecine légale

RAPPORT

SUR

L'ÉTAT MENTAL

DE M. K...

Séquestration d'office. — Demande de mise en liberté. Expertises médico-légales.

Lypémanie avec idées de persécution ; alcoolisme.

Nous soussigné, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Rennes, commis par jugement du tribunal civil de Dinan en date du 5 janvier 1878, à l'effet de donner notre avis sur l'état mental de M. K... séquestré d'office à l'asile d'aliénés de Dinan, et qui, par le ministère de Me Guérin, avoué à Dinan, demande sa mise en liberté immédiate,

Après avoir prêté serment, pris connaissance des pièces du dossier et recueilli tous les renseignements qui étaient de nature à nous éclairer, avons rédigé le rapport suivant :

Exposé des faits.

Le 29 août 1874, le préfet du Morbihan, sur le rapport du sous-préfet de Lorient et vu le certificat du Dr E..., médecin à H..., constatant que le nommé K..., de P..., était atteint d'aliénation mentale de nature à compromettre la sûreté des

©BIUM

personnes, ordonnait sa séquestration à l'asile d'aliénés d Lehon, près Dinan.

Conformément aux prescriptions de cet arrêté, M. K... fut conduit le 8 septembre suivant dans cet établissement, où M. le Dr Richard, médecin en chef, déclare que M. K..., « est atteint de dérangement intellectuel caractérisé par une inconscience absolue de son état, par un délire de persécution qui, à cause de ses rancunes vivaces et énergiques, peuvent, à un moment donné, le rendre dangereux. »

Le 25 juin 1875, aucune amélioration ne s'étant produite dans l'état de son mari, Mme K... jugea utile de demander son interdiction et fit exposer au tribunal de Lorient que longtemps avant sa séquestration M. K... donnait des signes de folie, mais que depuis la mort de son fils âgé de 19 ans, survenue le 24 juin 1874, son état s'était aggravé, qu'il passait sans motif des journées entières hors de chez lui, prétendait que sa femme voulait le quitter, se remarier, ne cessait de répéter qu'il était victime de mauvais traitements de la part de sa femme et de ses enfants, faisait des démarches auprès du juge de paix de P... pour assigner sa famille, portait même plainte au procureur de la République de L..., menaçait sa femme de la tuer, formait des projets d'association avec des personnes inconnues ou peu solvables, etc. Faisant droit à cette demande, le tribunal civil de L... ordonna la réunion du conseil de famille.

Cette réunion eut lieu sous la présidence du juge de paix de P... et, à l'unanimité, le conseil fut d'avis qu'il y avait lieu d'interdire M. K...; en conséquence, le tribunal ordonna l'interrogatoire de M. K... à l'asile de Lehon.

Interrogé par les magistrats délégués, M. K... se plaint de sa séquestration qu'il considère comme arbitraire, affirme qu'il a été enfermé parce qu'on voulait éviter des poursuites qu'il allait intenter à sa famille à cause des sévices graves dont il avait été victime ; il se plaint de sa femme, de son beau-frère, des médecins, etc.

©BIUM

Désirant s'opposer à son interdiction, M. K... se fit représenter à l'audience dans laquelle son affaire fut appelée. Après avoir entendu les avocats des parties, le tribunal de L..., ne se trouvant pas suffisamment éclairé par les documents produits, ordonna l'enquête, et Mme K... fut admise à faire la preuve des faits articulés, la preuve contraire étant réservée à son mari.

En conséquence l'audition des témoins, appelés par les parties dans l'enquête et dans la contre-enquête, eut lieu le 20 et le 28 novembre 1875.

Les résultats de l'enquête et de la contre-enquête furent soumis au tribunal de L... dans son audience du 22 janvier 1876; ne se trouvant pas encore suffisamment éclairé par les nouveaux documents versés au procès par les parties et désirant avant de se prononcer avoir l'avis de médecins spéciaux, le tribunal désigna le médecin de l'asile de Quimper, le médecin de l'asile de St-Méen et M. le Dr Delacour, de Rennes, pour examiner l'état mental de M. K...et lui en faire rapport.

Sur ces entrefaites, Mme K... s'étant désistée de sa demande en interdiction, il ne fut pas donné suite à ce jugement : mais sur la demande de l'avoué de M. K..., qui insistait pour faire rendre son client à la liberté, le préfet des Côtes-du-Nord nomma trois médecins de Dinan pour constater sa situation mentale.

Dans leur rapport, déposé le 14 juin 1877, les experts exposent le résultat de leurs investigations et constatent que M. K... présente un dérangement des facultés intellectuelles avec délire de persécution et qu'il ne peut être mis en liberté sans danger pour la sûreté des personnes, c'est l'opinion exprimée les 4 et 9 juillet 1874, dans deux certificats joints au dossier, par MM. les Drs E... et M..., médecins à H..., et, à diverses reprises depuis la séquestration de M. K..., par M. le Dr Richard, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Dinan.

©BIUM

Le rapport des experts ne parut pas concluant à l'avoué de M. K..., qui, à l'audience du 22 décembre 1877, exposa au tribunal de Dinan qu'il ne résultait nullement des faits et des conclusions du rapport que son client fût atteint d'aliénation mentale, et demanda sa sortie immédiate.

C'est dans ces conditions que le tribunal de Dinan ordonna le transfert de M. K... à l'asile d'aliénés de Rennes, et nous commit pour donner notre avis sur son état mental.

M. K... a été amené à l'asile par les soins de l'administration de l'asile de Dinan, le 17 janvier 1878 ; on lui avait du reste expliqué les motifs de son transfèrement à Rennes, et il s'y était prêté de bonne grâce.

Pendant les premières semaines de son séjour à l'asile, nous avons paru faire peu d'attention à M. K..., ne nous occupant de lui, en apparence, pour ainsi dire qu'en passant et prétextant, lorsqu'il insistait pour nous exposer ses griefs et ses plaintes, que les pièces qui le concernaient ne nous étaient pas encore parvenues ; nous voulions l'amener ainsi à nous faire par écrit des confidences qu'il n'a pas manqué de nous adresser. Pendant ce temps, il était observé de très-près nuit et jour.

Examen direct.

Voici d'ailleurs au point de vue physique, comme au point de vue intellectuel et moral, le résultat d'un examen minutieux qui s'est prolongé pendant plusieurs mois.

Etat physique. — M. K... est âgé de 54 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution très-forte ; il est d'une taille élevée et d'une corpulence proportionnée à sa stature ; la tête paraît petite comparée au développement du reste du corps ; le crâne ne présente pas de déformation appréciable, le front est couvert.

La physionomie au premier abord paraît empreinte d'une douce bonhomie ; lorsque M. K.,. parle des persécutions

©BIUM

dont il est l'objet, il le fait d'abord sur un ton de pieuse résignation; mais si on lui fait des objections, si surtout on lui oppose des raisons auxquelles il ne peut répondre, son regard s'anime, prend une expression de violence contenue qui donne à ses traits un caractère de dureté tout particulier, bien différent de leur placidité habituelle.

La langue présente un tremblement fibrillaire très-prononcé; le même tremblement s'observe aux mains. En même temps M. K... se plaint d'avoir perdu de ses forces musculaires, il n'a plus la même vigueur pour lever ses jambes, les muscles du tronc paraissent également avoir perdu de leur énergie dans leurs contractions; aussi en marchant M. K... semble-t-il traîner les jambes; lorsqu'il est assis, il a souvent de la peine à se lever, la pression des mains est néanmoins assez énergique et égale des deux côtés; il existe de l'analgésie sur toute la surface cutanée, car on peut piquer et pincer la peau sans qu'il accuse de la douleur.

En présence de la persistance des troubles musculaires encore caractéristiques chez un homme qui depuis trois ans est soumis à un régime sévère, on pourrait affirmer, si la preuve n'en était faite, que M. K... s'est livré pendant de longues années aux excès alcooliques.

Les fonctions d'ailleurs s'accomplissent régulièrement chez M. K... ; pouls et température à l'état normal.

Etat mental. — L'examen de l'état mental chez M. K... n'a pas été une chose facile; ayant subi de nombreux interrogatoires, averti d'ailleurs par des personnes *complaisantes* que la manifestation de certaines de ses idées pouvait empêcher sa mise en liberté, il s'est tenu pendant longtemps relativement dans une extrême réserve, ne parlant que vaguement et d'une manière assez confuse de ses malheurs, de ses persécutions et des mauvais traitements qu'il avait subis, etc.; mais peu à peu, tantôt en le contredisant, tantôt en abondant dans son sens, nous avons réussi enfin, parfois, à lui arracher comme par surprise, au milieu de mille ré-

©BIUM

ticences, quelques confidences qui, concordant d'ailleurs parfaitement avec les renseignements contenus au dossier, sont de nature à ne laisser dans notre esprit aucun doute sur la situation mentale de M. K... et la forme d'aliénation mentale dont il est atteint.

M. K..., interrogé sur les soupçons monstrueux qu'il porte sur la conduite de sa femme, fait remonter le commencement de ses malheurs aux premières années de son mariage ; il nous a raconté que quelque temps après son mariage, s'étant rendu avec sa femme, le frère de celle-ci et quelques autres personnes à une assemblée des environs, il entendit Mme K. dire à son frère en prenant son bras : « *Voilà un danseur comme il m'en faudrait un.* »

Quelque temps après, le jour de la naissance de son fils aîné, sa femme ayant senti les premières douleurs, M. K... alla chercher un médecin à la ville voisine ; mais lorsqu'il arriva, tout était fini. Il s'approcha alors du lit de sa femme pour l'embrasser et entendit qu'elle disait à demi-voix : « *Voilà Judas de retour.* » Il remarqua ensuite pendant plusieurs années que Mme K...s'absentait souvent de son domicile, pour se rendre chez son frère, et ces assiduités auprès de son frère ne pouvaient s'expliquer que par des motifs honteux et coupables ; c'est à ce motif qu'il attribue l'aigreur et la rudesse de sa femme à son égard. Plus tard, lorsque son fils aîné fut sorti de pension, M. K... remarqua l'affection de sa femme pour lui ; elle l'appelait *son mignon*, tandis que lui était tenu à l'écart. Mis en demeure de se prononcer par une question directe sur les rapports de Mme K... avec son fils, il nous a été impossible d'obtenir une réponse précise ; il se contente de plaindre les malheureux qui ne suivent pas les lois du Seigneur, affirmant qu'il leur pardonne tout le mal qu'ils lui ont fait. Dans tous les cas, il déclare que ses enfants ne sont pas de lui ; il se croit la victime d'un complot organisé contre lui, par sa femme, ses enfants, son beau-frère et la tante de Mme K..., dans le but de le dépouiller de

©BIUM

son bien ; cette tante, qu'il n'hésite pas à considérer comme une femme perdue, se livre au curé de P... pour le gagner à sa cause.

Tous ceux qui se sont intéressés à lui, qui lui ont montré quelque affection, manifesté quelque bienveillance, ont été éloignés, victimes du même complot ; il cite à l'appui le vicaire de P..., M. D..., qui a été envoyé aux colonies parce qu'il lui avait montré quelque sympathie ; un gendarme, dont il ne connaît pas le nom, mais qu'on a forcé également à quitter le pays à cause de lui, et M. le Dr Lefeuvre qui, ayant remplacé M. Richard comme médecin de l'asile de Dinan, n'a pas été maintenu dans ses fonctions parce qu'il lui avait promis sa sortie ; ses sœurs, persécutées comme lui, sont mortes de chagrin. Interrogé sur le genre de mort auquel, il y a quelques années déjà, avait succombé son frère, qui s'était donné la mort dans un accès de folie, M. K... sourit tristement d'un air significatif et dit qu'on avait prétendu qu'il s'était suicidé, mais qu'il était comme lui, qu'il avait une mauvaise femme et que c'était elle qui avait fait le coup ; il sait qu'antérieurement, à diverses reprises, elle avait voulu l'empoisonner.

Le juge de paix, le procureur de la République, le sous-préfet étaient gagnés et faisaient partie du complot ; c'est pour cela qu'ils ont refusé d'accueillir ses justes plaintes et ont délivré des certificats mensongers. M. K... est persuadé que pendant son séjour à l'asile de Dinan, son beau-frère est venu et a gagné M. le Dr Richard, médecin en chef, en lui donnant de l'argent ; il reconnaît d'ailleurs qu'il a fait des excès de boissons, que dans les derniers temps surtout il voyageait beaucoup, mais parce qu'il avait beaucoup d'affaires ; s'il lui est arrivé quelquefois de ne pas rentrer chez lui, même de coucher dehors, c'est qu'il n'osait rentrer chez lui dans la crainte d'être maltraité ; *ses terreurs étaient si grandes qu'il en était comme oppressé, et souvent il en était malade et ne dormait pas.*

©BIUM

Il ne s'est livré jamais sur les siens à aucune espèce de violence, et s'il a acheté un revolver en février 1874, ce n'était pas dans le but de s'en servir, mais seulement pour prouver à sa famille qu'il pouvait se défendre.

Dans le cours de nos entretiens, nous avons lu à M. K... quelques-unes des dépositions des témoins de l'enquête et de la contre-enquête; il a nié énergiquement tous les faits qui y sont relatés contre lui, attestant par serment et avec une grande animation la fausseté de ces témoignages, affirmant que le greffier, gagné comme les autres, n'avait pas écrit la vérité.

Tous ces renseignements que nous tenions beaucoup à avoir de la bouche même de M. K..., nous avons eu beaucoup de peine à les obtenir, en raison de la tendance de M. K. à revenir toujours sur les même faits; car, en général, il ne précise rien sur les accusations vagues, confuses qu'il répète sans cesse, se disant trahi, trompé, maltraité, etc.

La mémoire d'ailleurs paraît bien conservée et en dehors de ces idées délirantes, lorsque son attention est fixée sur un autre point, il n'existe aucun trouble apparent de l'intelligence. Il ne paraît pas y avoir, actuellement du moins, ni illusions ni hallucinations; ses actes, sa conduite ne présentent rien de particulier ; il est calme, mais il vit isolé, ne communiquant pas avec les autres malades; il refuse également de travailler avec une obstination qui surprend chez un homme habitué aux travaux des champs. Sur ce point nous n'avons pu vaincre sa résistance, bien que nous lui ayons démontré la nécessité des travaux dans l'intérêt de sa santé physique; il se contente de nous répondre qu'il est honteux de vouloir le faire travailler ici lorsqu'il a du travail pressé chez lui.

Antécédents et commémoratifs

Plus heureux que les experts désignés par le tribunal de Dinan, nous avons pu recueillir sur les antécédents héré-

©BIUM

ditaires de M. K... les renseignements les plus importants et les plus authentiques ; ils nous ont été fournis par les personnes les plus honorables de la commune de P... et leur véracité ne saurait être mise en doute. Ils sont d'ailleurs confirmés par les notes officielles, fournies à l'administration de l'asile de Dinan par la préfecture du Morbihan, notes dont nous avons demandé communication.

Il résulte de ces documents :

1° Que le père de M. K... a présenté des troubles intellectuels, absolument semblables à ceux qui ont été observés chez le fils ;

2° Que son frère aîné s'est suicidé il y a quelques années dans un accès d'aliénation mentale ;

3° Qu'une de ses sœurs est morte il y a deux ans, et a présenté un délire de persécution parfaitement caractérisé ;

4° Qu'une de ses nièces est atteinte, depuis 8 mois environ, d'accidents semblables à ceux qui ont été observés chez les autres membres de cette famille ; elle se croit persécutée, poursuivie, etc.

Nous croyons qu'il est inutile d'insister sur la gravité de de ces renseignements, nous nous contenterons de faire observer que, parmi les formes de folie, aucune ne se transmet plus sûrement que celles dans lesquelles dominent comme symptôme principal les idées de persécution, etc.

Nous avons recueilli de la bouche même de M. K... les détails relatifs aux premières années de son mariage, et si nous le suivons depuis ce moment, nous pouvons constater que, loin de s'atténuer, ses soupçons sur la conduite de sa femme vont en s'aggravant, se portant tantôt sur son beau-frère tantôt sur son fils aîné, jusqu'au moment où, après des excès de boissons nombreux et prolongés pendant plusieurs années, des troubles intellectuels et affectifs plus accusés se manifestent, tantôt par de véritables crises d'excitation, tantôt par un délire dépressif : idées de persécution, craintes, etc.

©BIUM

Nous devons insister ici, en dehors du témoignage de la famille qui pourrait être suspecté, sur les faits recueillis dans l'enquête et dans la contre-enquête pour démontrer la réalité de ces troubles intellectuels; nous trouvons également dans ses lettres des preuves manifestes de ses aberrations mentales.

Troisième témoin. — R... G. voisin de M. K..., déclare qu'il le voyait souvent sortir avec sa voiture et qu'il ignore les motifs de ses sorties si fréquentes, qu'il parlait légèrement, qu'il buvait beaucoup, enfin qu'il a ouï dire que quand il était pris de boisson il faisait du bruit à sa *femme et à ses enfants.*

Quatrième témoin.—L... V., maître charron à Hennebont, connaît K... et a eu avec lui des relations d'affaires; il était très-exalté et disait des choses étranges; « un jour, il a voulu me faire cirer les sabots qu'il portait aux pieds. »

Il restait encore deux témoins à entendre, mais on conçoit qu'après les dépositions qui précèdent l'avoué de M. K... ait renoncé à leur audition.

Ainsi, dans la contre-enquête, deux témoins, R. et L., affirment que K...est aliéné; pour M.le P..., il est seulement ivrogne et exalté, et enfin M. D... le considère comme sain d'esprit. Nous discuterons en leur temps ces deux derniers témoignages et nous espérons démontrer qu'ils confirment les appréciations de tous les autres témoins entendus.

Lettres écrites par M. K...

Nous trouvons un autre élément précieux d'information dans les écrits de K... Malheureusement les nombreuses lettres qu'il a écrites pendant son séjour à l'asile de Dinan, et dont parlent les experts dans leur rapport, ne sont pas jointes au dossier qui nous a été communiqué; c'est un fait regrettable sur lequel nous n'avons pas besoin d'insister; mais celles qu'il nous a écrites à nous-même et celles qu'il a adressées à notre insu à sa famille, et que celle-ci nous a

©BIUM

renvoyées, nous paraissent suffisantes pour confirmer l'ensemble des renseignements recueillis par l'examen direct, par l'enquête et par la contre-enquête, et démontrer la réalité de son délire.

Enquête.

Il résulte de tous les témoignages recueillis dans l'enquête :

1° Qu'antérieurement à la crise qui avait nécessité sa séquestration à l'asile de Dinan, on avait remarqué que M. K.,., à certaines époques, quittait furtivement la maison, faisait des absences nombreuses et prolongées, sans aucun motif, passant les nuits hors de sa maison, quelquefois dans les champs (déposition de L... et R...), sans oser rentrer chez lui.

2° Qu'on a remarqué souvent chez lui un certain degré d'excitation, que M. le Dr E..., d'H .., a constaté deux ans environ avant sa séquestration à l'asile de Dinan, une violente crise de folie pendant laquelle, gardé à vue dans une chambre, il chantait les vêpres à tue-tête, pendant qu'un de ses fils se mourait de la fièvre typhoïde.

3° Que depuis longtemps, il se plaignait à toutes les personnes avec lesquelles il était en rapport de la conduite de sa femme, et des mauvais traitements dont il était victime de la part de sa femme et de ses enfants, les accusant non-seulement de vouloir l'empoisonner (déposition du Dr E...), mais encore portant sur les rapports de sa femme et de son fils aîné les accusations les plus odieuses, les plus monstrueuses (déposition le L...).

4° Que, dans diverses circonstances, il a forcé toute sa famille à quitter le soir la maison ; que plus tard, ayant acheté un revolver, il a menacé sa femme et ses enfants de s'en servir contre eux (déposition R...).

©BIUM

Contre-enquête.

En raison de l'importance des déclarations faites par les témoins nominativement désignés par K..., à l'effet de venir déposer en faveur de l'intégrité de ses facultés mentales, il nous paraît utile de les résumer brièvement :

Premier témoin. — M. D..., notaire à P...

Pour lui M. K... n'est pas fou :

1° Parce qu'il a été accueilli par le juge de paix dans une demande entre lui et ses enfants ;

2° Parce qu'un des faits qu'on lui reproche comme acte déraisonnable, c'est l'achat d'une maison, mais outre que le prix auquel il l'a acquise n'était pas exagéré, M. K... avait le désir de plaider en séparation avec sa femme, et, en cas de succès, il voulait s'établir avec ses deux sœurs dans cette maison.

3° Enfin parce que depuis que K... est entré à l'asile de Lehon, il a reçu de lui des lettres qui ne lui paraissaient pas l'œuvre d'un fou.

Deuxième témoin. — M. le P..., ancien maire de P..., commence par déclarer que personnellement il n'est pas en mesure de donner des détails sur les rapports de K... et de sa famille, il rappelle cependant qu'il y a environ six ans, invité par K... à prendre un repas chez lui, il monta dans sa voiture, qu'il fut effrayé de l'imprudence avec laquelle K... conduisait son cheval, s'exposant à chaque instant à verser, qu'ensuite arrivé dans la maison, il fut surpris et attristé pendant tout le repas de l'attitude grossière et dure de K... vis-à-vis de sa femme, que quelque temps avant son entrée à l'asile, K... était venu lui raconter ses chagrins d'intérieur, disant qu'il était en butte aux persécutions et aux mauvais traitements de ses enfants et de sa femme, que celle-ci lui refusait la cohabitation; il lui montra même des traces de violence; que K... lui parut *très-exalté, qu'il revenait sans cesse sur les mêmes faits*, qu'il

©BIUM

était notoire qu'il faisait des excès de boisson ; qu'il avait ouï dire par ses ouvriers qu'un jour à P..., K... aurait été saisi par son fils et un étranger et ramené chez lui; il conclut en disant que K... est exalté mais pas atteint d'aliénation mentale.

Extraits des lettres adressées au Directeur-Médecin de l'asile d'aliénés de Rennes par M. K.

Première lettre. — « Il s'agit d'éclairer, de soutenir, de combattre, éclairer les faux, combattre les injustes.

» Peut-on supprimer un chef de ménage de sa maison en paroles fausses et par manie d'écrire, trop hélas! dénaturant les faits; voilà pourquoi je meurs dans les exils, ainsi comme prisonnier, si la main de Dieu ne vient briser leurs chaînes; cette âme de la vérité....., Toutes ces déclarations présentées et stipulées ont pour objet de défendre les malfaisants. . . . . .

. . . . . .

ce qui prouve très-clair en faux, avec un courage d'audace. J'ai beaucoup à me plaindre de l'injustice à mon égard,

» Monsieur, je réclame bon gré, sinon j'ai recours à la force d'urgence.

» Signé K..., *trahi et fait esclave.*

» *Rien que la peur et la honte à les retenir.* »

Deuxième lettre. — « Je vous prie pour toute formalité écrire à M. M..., médecin à H..., qui m'a vu le corps meurtri en plusieurs endroits.

» Ainsi à M. Th..., médecin à H..., combien de temps mon fils prodigue a été chez lui pour être soigné par lui pour me sauver la vie de plusieurs accidents, des exemples du Dieu céleste, de *sa désobéissance, de respect et de fidélité*..... peu après un autre grand malheur lui arrive *qui est inexplicable*, après l'avoir bien soigné et instruit m'entraîne et dé-

©BIUM

sire m'entraîner aux abîmes j'affirme mes écrits, *poussé par de mauvais conseils et secondé par sa mère!* »

Troisième lettre, adressée à son fils. — « Mon fils, ô vous grand docteur, juge souverain, je vous conjure, défendez-moi par les armes de votre grâce, donnez-moi la force et le courage que vous m'avez fait jusqu'à présent...

» Je ne comprends rien *à ce complot*, mon fils, détrompez-vous, ne vous laissez pas droguer par les autres, *vous déshonorez jusqu'au nom que vous portez*, ne cédez pas aux mauvais conseils qu'on pourrait vous donner; ils me paieront les frais faits et à faire...

» Permettez-moi, chère famille, quoique tardif, de vous offrir mes expressions, mes vœux pour votre prospérité et votre bonheur, ainsi qu'à *mes ennemis* que par la grâce divine afin de cesser de tromper votre créature céleste en m'ayant *trompé moi-même*...

» Quelle glorieuse fortune, m'avoir toujours été miséricordieuse, m'avoir toujours gardé l'esprit sain et sauf et paré si belle; car après tant d'orages sans réussite, le calme doit renaître et le soleil éclater après des années nébuleuses, de détresse et d'angoisses, quand arriverons-nous au triomphe de la patrie; ayons confiance, ce jour viendra, si nous savons le préparer par le sacrifice persévérant, par une volonté ferme, par cette énergie dans le bien qui seul permet de lever les obstacles et d'arriver à but prenant pour guide l'étoile de l'éternelle vérité au milieu des ténèbres dont notre triste monde est présentement enveloppé — rentrons dans le chemin du devoir à la lumière du Sauveur.....

» Mon cher enfant, je te prie de me dire si tu connais aucune mauvaise affaire et si je t'ai frappé à te faire du mal, ni à aucun de tes frères, ni même *à votre mère* et avoir donné importance pour *avoir poussé* a donné tant d'importance..... je dis de tous faits à mon égard comme notre Seigneur mon père pardonnez-leur avec la paix et la réconciliation. Ma chère femme apprends de moi, que je

©BIUM

n'ai pris aucun défenseur jusqu'à présent, il serait grand dommage si tu m'obliges à le faire.

» Chère épouse ne dis plus que je ne t'aime pas, ce serait toujours mentir, combien de fois, t'ai-je dit de me *respecter*.

» M'avoir toujours refusé la main, même la main secourable, quand je t'appellerais à venir m'aider pour sauver ma vie, toi qui n'a jamais *voulu coucher avec moi*, comment a tu accompli les devoirs à mon égard, mes sœurs ne te gêneront plus, ayant été dégradés de notre propre bien *aux titre faux* mais Dieu merci que ce n'est approuvé par aucune âme juste humaine. »

Il finit par une prière.

« O Marie, écoutez ma prière, je suis votre enfant et vous êtes ma mère, vous avez souri à mes larmes amères des égarements ouvrez les yeux fermés à la lumière, brisez les chaînes, rendez-nous à la vraie vie. »

Lettre citée par les experts.

« Je veux m'opposer à leur discours, arrêter ou annuler *ces sortes de vices*, reprendre les droits dus à tout chrétien et non vivre *adultère*. »

Appréciation.

Nous pouvons maintenant, à l'aide des documents que nous venons de produire établir notre appréciation sur des données certaines ayant pour base d'un côté les témoignages recueillis dans les enquêtes et la correspondance de M. K..., de l'autre le résultat de l'examen auquel il a été soumis à Saint-Méen.

Signalons d'abord avec toute son importance un fait de la plus haute gravité ; c'est que M. K... est issu d'une famille dans laquelle l'hérédité morbide s'est pour ainsi dire accumulée, puisque quatre membres sont ou ont été atteints de

©BIUM

folie et que tous ils ont présenté cette forme particulière de délire de persécution qui est le caractère particulier des folies héréditaires.

Nous ne connaissons rien de la jeunesse de M. K...; il nous faut arriver aux premières années de son mariage pour constater chez lui non point encore un trouble réel des facultés, mais tout d'abord une simple perversion des sentiments, une altération de la sensibilité morale très-manifeste.

D'un caractère jaloux, soupçonneux, M. K... conçoit, sous l'influence d'un sentiment exalté de jalousie, une idée fixe se rapportant à cette malheureuse passion ; ne trouvant autour de lui personne sur qui faire porter ses soupçons, il n'hésite pas à accuser Mme K... d'entretenir de monstrueuses relations avec son propre frère (1). Les moindres gestes de sa femme, ses paroles les plus indifférentes, les démarches les plus naturelles, il les interprète dans le sens de l'idée qui le domine; c'est ainsi qu'il cite comme une preuve à l'appui de son odieuse accusation les paroles que Mme K... prononce un jour qu'étant dans une réunion et prenant le bras de son frère, elle dit : « Voilà un danseur comme il m'en faudrait un » ; qu'une autre fois, le jour de la naissance de son fils aîné, le voyant s'approcher d'elle pour l'embrasser, elle dit : « Voilà Judas de retour. » Ces dernières paroles, qui probablement n'ont pas été prononcées, pourraient être rapportées à des hallucinations de l'ouïe.

Quoiqu'il en soit, Mme K..., ignorant sans doute la situation d'esprit dans lequel se trouve son mari, continue naturellement à entretenir avec son frère des relations amicales qui ne font que confirmer les soupçons. Plus tard, lorsque

(1) Nous jugeons qu'il est presque inutile d'ajouter que Mme K... est une excellente mère de famille et que sa moralité n'a jamais été suspectée.

©BIUM

le fils aîné, sorti de pension, est venu prendre part aux travaux de la ferme que la famille exploite, M. K...trouve exagérée l'affection que la mère témoigne à son fils et se persuade qu'il est abandonné par sa femme, il conclut avec la logique de sa passion aveugle et une perversion manifeste du sens moral que de coupables relations se sont établies entre le fils et la mère.

Nous n'avons pas de renseignements sur la période de la vie de M. K... qui correspond à cette époque, mais on conçoit quelle a dû être la vie intérieure de cette famille. Encore assez maître de lui pour dissimuler au dehors, il devait réserver pour l'intimité la manifestation de ses horribles soupçons ; cependant, de temps à autre, peut-être sous l'influence des excès alcooliques auxquels il se livrait, sa mauvaise humeur et sa colère, contenues habituellement devant les étrangers finissaient par éclater même en leur présence.

Ainsi s'explique la déposition de M. le P..., qui, invité en 1868 par M. K..., est frappé pendant le repas de son *attitude grossière et dure vis-à-vis de sa femme* et des reproches immérités qu'il lui adressait à tout propos ; mais à cette époque M. K... est encore relativement maître de lui, puisqu'il ne laisse échapper aucun aveu qui puisse faire connaître à ses convives les conceptions monstrueuses qui hantent son cerveau.

Sa raison paraît encore avoir assez de vigueur, son intelligence est encore assez saine pour lui permettre de dissimuler ; mais peu à peu, et à mesure aussi que les excès de boissons viennent déprimer les forces intellectuelles, sur ce fond maladif, limité d'abord à une idée délirante, viennent germer, pour ainsi dire, de nouvelles conceptions de même nature ; des idées de persécution commencent à paraître, il se croit l'objet de persécutions de toute sa famille ; ses sœurs sont poursuivies comme lui : il existe contre eux un complot organisé par son beau-frère, sa femme et son fils qui veulent le supplanter dans l'administration de sa fortune.

©BIUM

Aucune supposition ne lui coûte pour démontrer la réalité de ses persécutions.

Le curé de P..., gagné par la tante de Mme K..., fait partie du complot et entretient avec elle des relations coupables ; le vicaire qui lui a témoigné de la sympathie est envoyé aux colonies par la puissance occulte de ses ennemis ; on veut l'empoisonner pour se débarrasser de lui, etc., etc. Après les persécutions, ce sont les violences : il est accablé de mauvais traitements par sa femme et par ses enfants, oubliant sans aucun doute qu'il est taillé en hercule et qu'il est impossible d'ajouter foi aux récriminations continuelles d'un homme doué d'une force peu commune, qui se prétend continuellement battu, persécuté, poursuivi par ses ennemis, empoisonné et maltraité par les siens. Il était naturel dans ces conditions que M. K... songeât à sa défense. Après avoir longtemps hésité, il se décide enfin à acheter un revolver et c'est seulement alors que les parents commencent à comprendre le danger de laisser entre les mains d'un homme, qui se croit en butte à la haine et à la persécution des membres de sa famille, une arme aussi dangereuse.

En remontant ainsi dans le passé, on peut se rendre compte de la filiation des symptômes maladifs qui se sont développés lentement et progressivement chez M. K... Ce n'est que peu à peu et après qu'on a observé pendant longtemps chez lui une simple altération de la sensibilité morale, qu'on a vu apparaître après un long espace de temps un véritable délire et les caractères de la folie confirmée.

Il est donc hors de doute, cela est démontré, en dehors même de nos appréciations personnelles, par les enquêtes, par la correspondance de M. K... et par ses aveux même, qu'il est convaincu que des rapports incestueux existent entre Mme K..., son frère et son propre fils, qu'un complot est organisé par les membres de sa famille et d'autres personnes pour le persécuter, le perdre, le maltraiter et l'empoisonner, etc.

©BIUM

Les choses étant ainsi, il nous est facile de prouver que les dépositions de MM. D... et le P... qui paraissent avoir exercé une certaine influence sur la décision du tribunal, au lieu de prouver en faveur de l'intégrité des facultés de M. K..., viennent au contraire confirmer l'appréciation générale des témoins entendus dans l'enquête, dans la contre-enquête et le résultat de tous les examens médicaux auxquels M. K... a été soumis. M. D... en effet, en affirmant l'intégrité de facultés de M. K... se fonde:

1° Sur ce que le juge de paix l'a accueilli dans une demande contre sa famille ;

2° Sur ce que M. K... n'a pas payé un prix exagéré une maison qu'il devait habiter, s'il gagnait le procès en séparation qu'il voulait intenter à sa femme;

3° Enfin sur ce que, depuis que M. K... est séquestré à l'asile de Dinan, il a reçu des lettres qui ne lui paraissaient pas l'œuvre d'un fou.

Quant à M. le P..., il a reçu à diverses reprises les confidences de M. K... sur sa vie intime, sur les persécutions et les mauvais traitements dont il était victime ; il a bien constaté également que K... revenait sans cesse sur le même sujet, mais pour lui, M. K... lui a paru exalté, mais non fou.

D'abord il est certain que le juge de paix de P... n'a accueilli la demande de M. K... pour assigner sa famille que pour le calmer, puisqu'il résulte du procès-verbal de la réunion du conseil de famille qu'il a présidé quelque temps après, qu'à l'unanimité et sans observation le conseil a été d'avis qu'il y avait lieu de l'interdire, et que d'ailleurs il n'a adressé aucune plainte au chef du parquet de son arrondissement malgré les plaintes incessantes de M. K...

Ensuite, quant à l'achat de la maison et aux lettres raisonnables que M. D... a reçues de K... depuis sa séquestration, aussi bien qu'en ce qui concerne les confidences que M. le P... a reçues sur ses rapports intimes avec sa femme et sur ses persécutions, nous pourrions dire que la folie

©BIUM

n'anéantit pas toujours du même coup toutes les facultés, que quelques-unes peuvent survivre et s'exercer librement avec une certaine activité, et la perturbation intellectuelle n'en être pour cela ni moins évidente, ni moins facile à constater par une étude attentive; mais nous nous contenterons de poser à ces deux honobrales témoins la question suivante : si M. K..., leur dévoilant toute sa pensée, avait dit à M. D... qu'il désirait acheter une maison parcequ'il voulait se séparer de sa femme, qui entretenait des rapports incestueux avec son frère et son fils, ce qui était le vrai motif de sa demande en séparation ; si au lieu de lui écrire des lettres qui lui ont paru raisonnables, et au lieu des plaintes vagues, des accusations confuses que ses lettres devaient contenir, il lui avait dit que sa femme le faisait séquestrer dans un asile pour se débarrasser de lui et vivre dans le désordre le plus abominable, ce qui était le fond de sa pensée; si enfin dans ses confidences à M. le P..., M. K... lui avait déclaré que sa femme lui refusait la cohabitation parce qu'elle se livrait à son frère et à son fils et que c'était là le motif des mauvais traitements dont il était l'objet, MM. D... et le P... auraient-ils affirmé, l'un, que l'achat de la maison par M. K..., bien que payée un prix qui n'était pas exagéré, était un acte raisonnable, que ses lettres écrites de Dinan n'étaient pas l'œuvre d'un fou ; l'autre, que M. K... lui paraissait exalté, mais non fou ?

Ainsi donc ces deux dépositions sont loin d'être aussi concluantes qu'on le supposait en faveur de l'intégrité des facultés de M. K... ; au contraire, elles démontrent que certains aliénés peuvent conserver, à la vérité, avec la faculté de raisonner toutes les apparences d'un esprit lucide et d'une intelligence saine, mais que par une étude attentive et prolongée on arrive à reconnaître que certains de leurs actes qui, au premier abord, paraissent totalement étrangers à la conception délirante prédominante, s'y rattachent néanmoins par une association d'idées logique et que l'on

©BIUM

découvre, sous cette apparente raison, des erreurs monstrueuses dont l'absurdité contraste avec des pensées remplies de justesse.

Outre ces troubles évidents de la sensibilité et de l'intelligence que nous venons de constater, il n'est pas douteux pour nous qu'à diverses époques, dans les dernières années avant sa séquestration, M. K. n'ait offert des troubles de l'intelligence d'une autre nature se rattachant aux excès alcooliques auxquels il ne cessait de se livrer depuis longtemps.

L'examen de l'état physique de M. K. nous a permis, ainsi que nous l'avons dit plus haut, de découvrir chez lui, même après trois ans de privation à peu près complète de boissons alcooliques, des troubles musculaires caractéristiques ; or, l'abus de boissons alcooliques ne produit pas seulement ses effets sur le système musculaire ; bien longtemps avant qu'il ait été atteint, des accidents graves du côté de l'intelligence se sont produits ; c'est tantôt une excitation qu'on pourrait comparer à la première période de l'ivresse avec son expansion et sa loquacité encore cohérente, un sentiment général de satisfaction, mais qui en diffère par sa durée qui est plus longue ; parfois cette excitation s'accentue davantage et va jusqu'à l'agitation, jusqu'à l'incohérence absolue ; dans d'autres circonstances, ce sont les idées tristes qui dominent, il existe alors des visions effrayantes, des hallucinations ou des illusions de nature terrifiante qui portent ceux qui sont atteints à fuir, à se cacher. En lisant avec attention les témoignages recueillis dans l'enquête et dans la contre-enquête, on retrouve dans les détails qu'ils fournissent sur l'état de M. K., sur ses actes, sur sa conduite dans quelques circonstances, les symptômes que nous venons d'indiquer comme caractérisant les diverses espèces de délire alcoolique.

Ainsi les témoins rapportent qu'à certaines époques, ils avaient remarqué chez lui une grande excitation, qu'il quittait

©BIUM

sans motif sa maison, qu'il faisait des absences nombreuses et prolongées sans que sa famille inquiète sût ce qu'il était devenu, qu'il achetait des objets inutiles à son ménage. M. le Dr E... a constaté chez M. K..., en 1872, un véritable accès de folie aiguë, pendant lequel le malade, gardé à vue dans sa chambre, chantait à tue-tête pendant que son fils se mourait dans la chambre voisine.

Dans d'autres circonstances, au contraire, ce sont les idées dépressives qui ont dominé, c'est une sorte d'état d'angoisse, de crainte, de terreur, qui l'empêchait de dormir; dans ces moments, il disparaissait, avait peur, n'osait rentrer chez lui, se cachait dans les haies.

On comprend dans ces conditions que la famille de M. K... ait cherché, pendant ses accès, à le retenir chez lui, et lorsqu'il s'était soustrait à sa surveillance à le faire réintégrer dans sa maison ; il fallait alors naturellement employer la force, car M. K... ne se rendant pas compte de son état devait résister; on pourrait expliquer ainsi la partie de la déposition de M. le P... dans laquelle il rapporte qu'il avait ouï dire par ses ouvriers qu'un jour à P... M. K... avait été terrassé par son fils et un étranger, lié et ramené chez lui ; il est possible que dans ces luttes des violences aient pu être exercées, nous l'ignorons d'ailleurs absolument; mais ce que nous pouvons affirmer d'après une longue expérience, c'est qu'en général le peuple, même en présence d'un danger réel couru par les personnes qui luttent avec un aliéné, est toujours disposé à prendre parti pour ce dernier.

Conclusions.

De l'ensemble des faits et des considérations que nous venons d'exposer nous nous croyons en droit de conclure :

1° Qu'issu d'une famille dont quatre membres ont été atteints d'un délire de persécution qui caractérise en général les folies héréditaires, M. K... a présenté de bonne heure

©BIUM

d'abord une perversion des sentiments se traduisant par des soupçons monstrueux et bien entendu non justifiés sur la moralité de Mme K...

2° Que plus tard, le cercle des conceptions délirantes s'élargissant, M. K... a présenté tous les symptômes de la lypémanie avec prédominance d'idées de persécution, qu'il se croyait victime d'un complot ourdi par sa famille et que dans le but de se défendre, il a acheté un revolver et proféré des menaces de mort contre les siens ;

3° Qu'en outre, à diverses époques, on a constaté chez M. K... des troubles intellectuels qu'on peut d'autant plus rattacher au délire alcoolique qu'aujourd'hui, même malgré le régime sévère auquel il est soumis depuis trois ans, des troubles musculaires indiquent encore un abus prolongé de boissons alcooliques, et qu'il n'est pas douteux que les accidents susmentionnés n'aient contribué à déprimer chez lui les facultés intellectuelles.

4° Qu'il résulte enfin de l'observation à laquelle il a été soumis, aussi bien que des lettres qu'il a écrites pendant son séjour à St.-Méen, que ses conceptions délirantes persistent dans toute leur intensité, et que dès lors, malgré un calme d'ailleurs plus apparent que réel, son séjour dans sa famille étant un danger permanent pour les siens, il y a lieu de le maintenir dans un établissement spécial.

LAFFITTE.

Rennes, le 1er juin 1878.

Par jugement en date du 9 août 1878, le tribunal de 1re instance de Dinan a débouté M. K... de sa demande de mise en liberté.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Année 1878).

Le Progrès Médical.

1° *Des troubles de la vision chez les hystériques*, clinique du professeur Charcot (p. 37).

M. Briquet a depuis longtemps mentionné les troubles de la vision du côté où siège l'hémianesthésie; M. Galezowski a démontré qu'il existait alors une amblyopie avec dyschromatopsie ou achromatopsie. M. Landolt a déterminé que cette perversion visuelle se produisait suivant certaines règles. A l'état normal, il est des couleurs pour lesquelles le champ visuel est physiologiquement plus étendu que pour d'autres : pour le bleu, par exemple, le champ visuel est fort vaste, tandis que le violet n'est perçu que par les parties centrales de la rétine.

Dans l'amblyopie hystérique, ces caractères de l'état normal sont exagérés ; le violet, le vert, le rouge, l'orangé cesseront successivement d'être perçus, alors que le jaune et le bleu le seront encore. Toutes les couleurs peuvent cesser d'être perçues, et dans certains cas, rares, il se produit une véritable amaurose hystérique. Il reste entendu que ces troubles purement fonctionnels ne s'accompagnent pas de lésions du fond de l'œil visibles à l'ophthalmoscope. Ces phénomènes variables, mobiles, peuvent se rencontrer dans l'hémianesthésie de cause cérébrale, dans le cas où les parties postérieures de la capsule interne sont lésées dans la portion désignée par M. Charcot sous le nom de carrefour sensitif; seulement la pédominance des symptômes s'observe du côté opposé à la lésion.

M. Charcot a signalé en terminant la fréquencedes hallucinations chez les hystériques à la suite ou dans l'intervalle des crises. Les malades voient des troupes d'animaux ou des figures grimaçantes allant d'arrière en avant, et du côté hémianesthésié.

Ces troubles de la vision se rencontrent habituellement dans

©BIUM

l'hystéro-épilepsie (*hysteria major*) et parfois aussi dans l'hystérie vulgaire (*hysteria minor*).

Signalons enfin (p. 37) un cas de contracture hystérique de l'iris et du muscle accommodateur avec myopie consécutive (Galezowski).

2° *De la chorée rhythmique hystérique*, leçon du professeur Charcot, recueillie par Bourneville (p. 93).

3° *De la chorée vulgaire des vieillards*, leçon du professeur Charcot, recueillie par Bourneville (p. 477).

La chorée vulgaire des vieillards est une maladie assez rare et n'a pas d'ailleurs été signalée par les auteurs qui ont publié des travaux sur la pathologie sénile. Il ne faut pas la confondre avec le tremblement sénile (Voir analyse des journaux de 1876). MM. Charcot, Roger, G. Sée et Graves en ont rapporté quelques observations chez des malades ayant en moyenne 70 ans. Cette chorée ne se modifie pas d'une façon essentielle, il y a seulement à noter la lenteur relative des mouvements, un défaut de variété dans les grimaces, la marche chronique et l'incurabilité de la maladie. Chez les vieillards on n'a pas remarqué les relations habituelles du rhumatisme et de la chorée.

4° *Paralysie agitante ; contractions musculaires, thermométrie périphérique*, par le Dr Grasset et B. Apolinario.

Note sur l'état de la température périphérique dans un cas de paralysie agitante et sur l'influence des contractions musculaires sur la température périphérique normale.

5° *Hystérie locale traumatique, paralysie agitante et traumatisme*, leçon du professeur Charcot, recueillie par Bourneville (p. 335).

Résumé concis dans lequel le savant professeur nous montre l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale et aussi les relations qui existent entre le traumatisme et la maladie de Parkinson.

6° *Leçons sur l'encéphale*, par M. Follet de Lille (p. 494 et suivantes).

7° *Amblyopie hystérique, métallothérapie*, par le Dr Ch. Abadie (p. 535).

Note sur quelques troubles oculaires nerveux de nature hystérique et de leur traitement par la métallothérapie.

©BIUM

8° *Contracture hystérique, métallothérapie*, par le Dr R. Vigouroux (p. 679).

Relation intéressante d'un cas de contracture hystérique du poignet gauche, avec anesthésie des deux faces du membre supérieur du même côté. Le Dr Vigouroux a traité cette maladie en déterminant artificiellement par des applications d'aimant la contracture du poignet droit, bientôt suivie de la disparition de la contracture primitive.

9° *Catalepsie et somnambulisme provoqués*, leçon clinique du professeur Charcot, recueillie par P. Richer (p. 973).

Cette étude est le complément des recherches de M. Charcot sur la grande hystérie. En plaçant la malade devant un vif foyer de lumière qu'elle fixe du regard, on voit, parfois d'une façon spontanée, survenir l'*état cataleptique* : l'œil est grand ouvert; anesthésie totale et absolue; aptitude des membres et des diverses parties du corps à conserver la situation qu'on leur imprime; peu ou point de rigidité musculaire, impossibilité de faire contracter les muscles par excitation mécanique; la malade ne donne plus aucun signe d'intelligence tout en présentant le phénomène désigné par Braid sous le nom de suggestion (les traits reflètent l'expression du geste).

Si la lumière disparaît ou si on baisse les paupières supérieures avec le doigt il se produit un nouvel état, l'*état léthargique* que l'on a désigné sous les noms divers de somnambulisme, somniation (Joseph Franck et Moissenet), sommeil nerveux ou magnétique : les yeux sont fermés; frémissement persistant de la paupière supérieure; convulsion des globes oculaires; anesthésie totale et absolue; hyperexcitabilité musculaire; les membres ne conservent plus la position qu'on leur donne, en dehors de celle que peut imprimer la contracture provoquée. Il y a dans cet état une première phase, carus ou sommeil hystéro-léthargique, et une seconde phase pendant laquelle on peut faire écrire ou coudre la malade en lui donnant des ordres : c'est la période de somnambulisme.

Pour sortir de cet état, on fait la compression de l'ovaire du côté ou siége l'ovarie, ou bien on souffle violemment sur la figure. Au moment où la malade revient à elle, elle est prise d'un spasme pharyngien qui amène un peu d'écume entre ses lèvres.

Dans aucun cas elle n'a paru conserver le souvenir de ce qui s'est passé pendant ce sommeil artificiel.

©BIUM

1° *Compresseur des ovaires*, par Poirier (service du professeur Charcot), p. 994.

Note sur les moyens d'arrêter les attaques hystéro-épileptiques, et, en particulier, du compresseur des ovaires.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

Contribution à la médecine légale de l'épilepsie, par MM. Rousselin et Foville (n° de novembre).

Considérations intéressantes sur l'état mental du nommé X..., accusé de détournements, de faux et d'usage de faux. L'expertise médico-légale a permis à nos savants confrères de démontrer que X..., atteint d'épilepsie pendant 22 ans, était partiellement responsable. L'acquittement du prévenu a été prononcé.

Archives générales de médecine.

1° *Deux observations d'hémianesthésie saturnine*, par MM. Hanot et A. Mathieu (mars).

2° *Biographie médicale d'un alcoolique*, observation par le professeur Ch. Lasègue (août).

3° *Trépanation dans l'épilepsie*, par le Dr M. G. Echeverria de New-York (mars).

Long et consciencieux travail sur la trépanation dans l'épilepsie par traumatisme du crâne.

4° *Des délires par accès*, par le Dr Lasègue (janvier).

Les délires par accès envisagés au point de vue médico-légal se rencontrent de préférence chez les cérébraux. Le professeur Lasègue appelé comme expert dans l'affaire Chabot (parricide), a fait, avec le Dr Blanche, un rapport médico-légal suivi de considérations remarquables sur le délire par accès. Ceux d'entre nous qui ont eu le bonheur d'entendre sa communication orale au congrès international de médecine mentale, sont encore sous le charme. Dans l'espèce, le délire par accès se reconnaît aux caractères suivants : ictus initial, répétition de crises séparées par des intermissions ou de rémissions plus ou moins complètes et plus ou moins durables, ne se reproduisant pas sous un type et avec durée obligatoires, soit chez les divers individus ainsi frappés, soit chez le même malade.

5° *Des hystéries périphériques*, par le Dr Lasègue (juin).

©BIUM

Montpellier médical.

Aphasie intermittente de nature syphilitique, par R. Caizergues.

Observation intéressante recueillie avec le plus grand soin, dans laquelle l'aphasie, accompagnée d'hémiplégie et d'hémianesthésie droites, a revêtu le type intermittent. Le malade, sujet de l'observation, était fils d'un père syphilitique et avait perdu deux frères en bas âge, de syphilis héréditaire ; vers l'âge de 16 ans, il aurait en outre contracté une blennorrhagie de nature suspecte suivie d'infection syphilitique. Il existait évidemment chez ce malade une lésion de la partie antérieure de l'hémisphère gauche, lésion jouant le rôle d'épine, et, autour de cette épine des poussés congestives permettant d'expliquer l'intermittence.

Lyon médical.

1° *Recherches cliniques et statistiques sur la valeur de l'asymétrie faciale dans le diagnostic de l'épilepsie*, par M. J. Garel (6 janvier).

Toutes les fois, dit M. Lasègue, qu'un médecin sera appelé à examiner un épileptique, que son premier soin soit de constater si, oui ou non, il existe une asymétrie de la région supérieure de la face ; s'il constate son existence, l'épilepsie est le résultat d'une malformation et son début répond à l'âge de la vie ou se fait la consolidation. Le travail de M. Garel a pour but de démontrer par des preuves cliniques et statistiques qui semblent irréfutables, que le professeur Lasègue a trop généralisé et posé des conclusions trop radicales. En résumé, d'après le travail de M. Garel, l'asymétrie faciale est très-fréquente chez les épileptiques (55 0/0) ; mais sa valeur diagnostique est bien amoindrie par l'asymétrie identique que l'on rencontre presque aussi souvent chez les sujets non épileptiques (40 0/0) ou bien chez des épileptiques dont l'affection a débuté avant ou après l'âge de la consolidation osseuse.

2° *De l'état actuel de l'assistance des épileptiques indigents et de la nécessité de les hospitaliser*, par le Dr A. Lacour (septembre).

Les conclusions de ce travail ayant été longtemps examinées et discutées dans le sein de la Société médico-psychologique, nous n'avons pas à y revenir ici.

©BIUM

Nice médical.

1° *Hémichorée rhythmique chez une hystérique*, par le Dr Balestre (juin).

Cette observation est absolument identique à celle de M. Charcot (voir *Progrès Médical*, même année), elle ne fait, d'après M. Balestre, qu'ajouter un tout petit trait au tableau de l'hystérie ; elle montre une fois de plus que, dans cette maladie bizarre, toutes les aberrations physiques peuvent se fondre l'une dans l'autre, et qu'à toutes les excentricités intellectuelles peuvent s'ajouter les formes communes de la folie de la sensibilité aussi bien que les raretés de la folie musculaire.

2° *Note sur un cas de [illegible] avec arrêt complet d'urination*, par le Dr Binet de Venice.

Revue médicale de l'Est.

1° *Sur un cas d'hémiplégie intermittente syphilitique guéri par les frictions mercurielles*, par le Dr Bernheim (juin).

2° *Etude d'un crâne et d'un cerveau d'idiot*, par le professeur Beaunis (juillet).

3° *Observation d'un kyste hydatique développé dans les méninges*, par le Dr Mabille (octobre).

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie.

1° *Localisations cérébrales dans la paralysie générale*, par le Dr Magnan (janvier).

Observation intéressante dans laquelle les lésions anatomiques, invoquées pour l'explication d'une hémiplégie gauche, siégeaient en dehors de la zone motrice corticale. Si l'encéphalite chronique interstitielle diffuse est la lésion constante, il est bon de noter que parfois d'autres lésions telles que les congestions, les hémorrhagies et les ramollissements circonscrits viennent accidentellement, à titre d'accessoires, se greffer sur la lésion essentielle; il en est tout autrement des scléroses circonscrites et de la dégénérescence colloïde, qui ne font qu'affirmer la sclérose diffuse dont elles sont un mode de terminaison.

2° *De l'athétose*, par P. Oulmont (février).

Sous ce nom W. Hammond a décrit, en 1871, une maladie particulière caractérisée par l'impossibilité de maintenir les

©BIUM

doigts et les orteils dans la position qu'on leur imprime; cette maladie n'aurait pas de substratum anatomique connu. MM. Charcot, Gowers, Bernhardt et Berger rattachent l'athétose à une lésion analogue à celle qui détermine l'hémichorée symptomatique. M. P. Oulmont partage cette manière de voir, et, à défaut de preuves anatomiques, il s'appuie sur des faits cliniques sérieux qui lui sont, les uns personels, les autres fournis par le Dr Bourneville. Nous remarquons que la plupart des malades observés sont atteints d'épilepsie. De plus, M. Oulmont admet deux formes d'athétose, c'est-à-dire l'*athétose unilatérale* ou *hémiathétose*, la plus commune, et l'athétose double ou généralisée, forme rare.

La forme des mouvements, leur lenteur, leur continuité, leur exagération jusqu'à l'extrême limite de l'excursion articulaire, et surtout leur localisation aux doigts et aux orteils, caractérisent facilement cette affection, toujours symptomatique d'une lésion cérébrale.

3° *Contribution à l'étude de la myélite aiguë*, observation par MM. Proust et A. Joffroy (avril).

4° *Atrophie des circonvolutions liée au défaut d'usage d'un membre*, observation avec autopsie et planche, par Oudin (mars).

5° *Recherches par la méthode graphique sur l'attaque hystéro-épileptique*, par MM. Regnard et Richer (septembre).

(Nous empruntons le compte rendu suivant à M. Régis, interne de Ville-Evrard, dont le concours dévoué a déjà pu être apprécié par le lecteur des *Annales*.)

« Rien ne parle à l'esprit comme ce qui frappe les yeux. A ce point de vue, l'introduction des méthodes graphiques dans la science médicale est un progrès, et leur adaptation à l'étude des phénomènes morbides, une œuvre méritoire dont les résultats avantageux ne sauraient être contestés. Quels services ne rend point journellement le *sphygmographe* dont le tracé suffit parfois, abstraction faite d'autres symptômes, au diagnostic exact des affections du cœur?

Ce qu'est le *sphygmographe* à la fonction circulatoire, le *myographe* l'est à la fonction motrice; normale ou pathologique, il en reproduit exactement la physionomie; il enregistre, en un tracé d'une fidélité surprenante, les divers phénomènes de la contraction musculaire; toute excitation, toute secousse, tout travail fonctionnel, si légers soient-ils, viennent s'imprimer d'eux-mêmes sous forme d'ondulations,

©BIUM

dont l'amplitude et la multiplicité constituent l'image, pour ainsi dire photographique, de la période d'activité du muscle.

Mais les expériences myographiques, assez faciles à reproduire sur le cadavre ou sur des masses musculaires détachées du corps, présentent, dans la pratique vivante, de sérieuses difficultés. Il fallait toute l'intelligence et toute l'énergique initiative de MM. *Regnard* et *Richer* pour mener à bien l'application d'une telle méthode à l'étude de l'attaque hystéro-épileptique. Et encore cette étude est-elle restée forcément incomplète, les trois dernières périodes de l'*hystéria major*, avec leurs attitudes bizarres et leurs mouvements désordonnés, ne se prêtant pas à un ordre de recherches aussi minutieux et aussi délicat. Les auteurs ont donc été forcés de restreindre le cadre de leur ouvrage et de limiter leurs expériences à la première période de l'attaque : la période épileptoïde.

Là, du moins, leur tentative n'a pas été vaine.

Cette période épileptoïde, avec ses trois phases, tonique, clodique, résolutive, se trouve représentée et comme prise sur le vif dans les huit planches annexées au mémoire. A la première phase, subdivisée elle-même en phase de convulsions toniques et en phase de tétanisation musculaire, correspond un tracé graphique également composé de deux parties distinctes, l'une d'oscillations dont l'amplitude décroît à mesure qu'elles s'élèvent vers le sommet de la courbe, l'autre d'une ligne droite, résultat de la fusion des secousses, de l'état de tétanisation. A la seconde phase, caractérisée par des convulsions cloniques, suivies parfois de mouvements généraux du corps, répond, dans le tracé, une nouvelle série d'oscillations d'une étendue proportionnelle à celle des mouvements eux-mêmes. A la troisième enfin, constituée par la cessation des convulsions et le retour du relâchement musculaire, répond la décroissance graduelle des oscillations, et, finalement, le retour à la ligne droite intérieure qui marque l'état de repos.

On le voit, l'aspect seul du tracé myographique permet de reproduire dans son ensemble et de reconstituer dans ses moindres détails la physionomie de la période épileptoïde. Mais il y a plus. Cette période peut cesser d'être normale, une des phases peut manquer ou se prolonger aux dépens d'une autre ; le tracé, toujours fidèle, enregistre encore la succession de ces phases diverses et en marque les anomalies. Enfin, si à un moment quelconque de l'attaque on vient à comprimer l'ovaire, ou si, faisant passer un courant électrique à travers le corps de la

©BIUM

malade, on vient à intervertir tout d'un coup le courant à l'aide d'un commutateur, l'attaque cesse brusquement, la résolution s'opère, ce qui se traduit dans les tracés par une chute brusque de la courbe et par son retour à la ligne droite de repos.

Il était intéressant de savoir ce que devenait, pendant ce temps, la fonction respiratoire. Ici encore, les auteurs ont employé la méthode graphique, et ici encore, elle leur a été d'un précieux secours. Au moyen du *pneumographe*, ils ont mesuré comparativement la respiration thoracique et la respiration abdominale, ainsi que les changements de volume du cou survenus chez les malades; et leurs tracés pneumographiques retracent exactement les modifications opérées dans l'appareil respiratoire pendant les diverses phases de la crise épileptoïde.

En résumé, le travail de MM. Regnard et Richer est une œuvre d'expérimentations habiles et patientes qui aura eu un double avantage: celui de rendre claires et précises, au moyen de tracés graphiques fidèles, les diverses périodes d'une crise jusqu'à ce jour demeurées confuses, et celui non moins important d'avoir inauguré une voie féconde, d'avoir ouvert la route aux explorations myographiques dans le domaine de la pathologie nerveuse. »

6° *Sur quelques cas d'athétose*, par J. Dreschfeld (octobre).

7° *Centres psycho-moteurs des animaux nouveau-nés et leur développement*, par le professeur Jean de Tarchanoff de St Pétersbourg (octobre et novembre).

Gazette des hôpitaux.

Les signes des folies raisonnantes, par le Dr Legrand du Saulle (5, 12 et 21 mars; 2, 9, 16 et 30 avril).

Le Dr Legrand du Saulle a tenu à dire qu'il ne lui déplaisait pas d'aborder une question de l'ordre somatique « parcequ'il est » nécessaire, dit-il, de sortir de la psychologie, de dépouiller de » plus en plus la médecine mentale de l'idéologie abstraite et » rêveuse, et de faire ressortir bien davantage l'importance de » l'examen physique... Si la médecine aliéniste a manqué de » crédit devant la science, la justice et le public, il y a quarante » ans, c'est qu'elle était psychologique et obscure... Si elle » se relève tant aujourd'hui et si elle conquiert tant d'autorité, » c'est qu'elle est pratique et qu'elle s'appuie sur des » signes exacts. » Après un début aussi alléchant, nous at-

©BIUM

tendions *tout l'ensemble significatif et caractéristique des signes physiques* sur lequel le clinicien doit s'appuyer pour affirmer l'existence de la folie raisonnante. Nous pensions qu'en pareille matière, M. Legrand du Saulle aurait au moins cité le nom de Morel qui, bien avant lui, a su trouver et décrire ce qu'il appelait les stigmates de l'hérédité, d'autant plus, qu'en fait de signes physiques, le Dr Legrand du Saulle, n'a fait que reproduire ceux qu'il attribuait aux fous héréditaires (voir *Leçons sur les folies héréditaires*. Paris 1873).

Parmi les signes physiques les plus remarquables, M. Legrand du Saulle, ainsi que M. Campagne, a indiqué *l'aplatissement de la région postérieure de la tête*, et cependant, comme MM. Campagne, Morel et autres, il admet que les fous raisonnants sont des êtres dégénérés, mal équilibrés, des fous héréditaires. Pour M. Campagne, cette malformation crânienne est presque constante (12 fois sur 13 cas); cette assertion, maintes fois contrôlée par M. Legrand du Saulle, lui a paru vraie dans la moitié des cas. Nous avons toujours constaté, au contraire, l'élongation de la région occipitale, la dépression frontale, la diminution du diamètre bi-pariétal, tous signes d'ailleurs énumérés longuement par Morel et acceptés comme réels par la majeure partie des aliénistes. Gratiolet désignait *les races supérieures* sous le nom de races frontales, par opposition aux *races inférieures*, dites races occipitales, parce que les lobes occipitaux y sont prédominants ; chez les races supérieures, les sutures du crâne s'ossifient tardivement dans les régions antérieures, de façon à permettre aux lobes frontaux de s'accroître progressivement. Par contre, chez les races inférieures, les sutures frontales sont précoces et définitives, alors que les sutures de la région occipitale sont loin d'être ossifiées. En admettant comme démontrée l'assertion de M. Campagne, contrôlée par M. Legrand du Saulle, il en résulterait évidemment que les fous raisonnants auraient une conformation crânienne absolument normale ; d'un autre côté, puisque MM. Campagne et Legrand du Saulle regardent l'aplatissement de la région occipitale comme une malformation, ils sont en contradiction formelle avec Gratiolet et tous les anthropologistes, pour qui le peu de développement des lobes occipitaux est un phénomène normal, caractéristique des races supérieures.

Le travail de M. Legrand du Saulle repose principalement sur trois observations; l'une d'elles, l'observation du fameux S* n'occupe pas moins de quatre numéros du journal.

©BIUM

Nous donnons ci-inclus les conclusions de l'auteur, sans pouvoir y adhérer intégralement ; il nous paraît difficile, en effet, sinon impossible de distinguer les fous raisonnants des fous héréditaires à l'aide de signes physiques. Pour compléter notre pensée, nous dirons que si, parmi les êtres dégénérés, les fous raisonnants sont les moins frappés dans leur état mental, ils sont probablement aussi ceux qui présentent les malformations physiques les moins accusées.

Conclusions de l'auteur.

1° Chez les fous raisonnants, indépendamment des symptômes intellectuels, il existe fréquemmemt des signes physiques tout à fait caractéristiques.

2° L'examen rétrospectif permet de reconnaître qu'il y a eu, dans un grand nombre de cas, certains troubles passagers de la raison, à l'époque de la puberté.

3° Les fous raisonnants présentent souvent des anomalies des organes génitaux et des perversions génésiaques de l'ordre le plus inattendu.

4° Les malades enfin peuvent être frappés, dans le cours de leur existence et n'importe à quel âge, d'accidents congestifs encéphaliques.

Le caractère et la marche de ces congestions cérébrales n'avaient point été jusqu'à aujourd'hui mis suffisamment en lumière, mais la signification importante de ces phénomènes pathologiques spéciaux, surtout au point de vue des troubles concomitants et consécutifs de l'intelligence, ne pourra plus désormais être méconnue.

La France médicale.

1° *Un cas d'aphasie passagère,* par M. Paul Bar (25 septembre).

Observation scrupuleusement recueillie, dans laquelle l'auteur a constaté, à l'autopsie, qu'à la suite d'une aphasie avec hémiplégie faciale droite, le cerveau du malade présentait une hémorrhagie cérébrale du pied de la deuxième circonvolution frontale gauche avec intégrité de la troisième frontale et du lobule de l'insula.

2° *Un cas d'épilepsie syphilitique,* par Chuquet (août).

3° *Fracture du rocher avec aphasie, guérison,* par Bournier, (janvier).

4° *Rhumatisme cérébral et médullaire*, par le Dr Dromain (janvier).

©BIUM

SOCIÉTÉS SAVANTES

(1877-1878).

Bulletin de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

De l'influence du travail intellectuel sur la forme et le volume de la tête, par MM. Lacassagne et Cliquet (tome 1, 1877-78, p. 391).

Les mensurations ont été faites chez des militaires à peu près du même âge, tous avaient les cheveux coupés courts ; elles ont été prises à l'aide du conformateur. Ces messieurs ont comparé 90 docteurs en médecine, 133 soldats sachant lire et écrire, 72 soldats ne sachant pas lire, et 91 détenus. Les moyennes dressées dans le tableau suivant permettent d'embrasser d'un coup d'œil les différences qui existent entre ces différentes catégories d'individus.

Diamètres.	Docteurs en médec.	Soldats sach. lire.	Soldats illettrés.	Détenus.	Différences.	
	mm.	mm.	mm.	mm.		mm.
Longitudinal.	85.29	81.97	79.13	84.10	En faveur des docteurs.	4.56
Bi-frontal...	48.91	43.65	42.35	41.62	»	6.37
Bi-occipital..	52.58	49.06	30.27	49.95	»	2.82

Société anatomique.

1° *Pachyméningite hypertrophique de la région dorso-lombaire*, observation avec autopsie, par MM. Lordereau et Troisier (p. 539, tome 11, 1877).

2° *Atrophie cérébrale et cérébelleuse dans un cas de paralysie infantile*, par H. C. de Boyer (p. 609, tome II, 1877).

3° *Epileptique mort en état de mal ; vaste plaque jaune occupant la face inférieure du lobe sphéno-occipital*, par C. de Boyer (p. 612, tome II, 1877).

4° *Fracture du crâne ; lésion de la première circonvolution frontale et du lobule orbitaire*, par M. A. Mossé (p. 619, tome II, 1877).

©BIUM

5° *Observation d'hémiplégie et de monoplégie avec autopsie*, par Landouzy et Maygrier (p. 527, 599, 602, tome II, 1877).

6° *Hémorrhagie de la partie antérieure des trois circonvolutions frontales gauches sans aphasie*, par Piéchaud, Lebec et Gauché (p. 13, tome III, 1878).

7° *Un cas d'athétose avec autopsie*, par Landouzy (p. 15, tome II, 1878).

8° *Aphasie, hémiplégie droite, lésions corticales*, par Mossé (p. 29, tome III, 1878).

9° *Fracture du crâne, monoplégie brachiale*, par Bide (p. 44, tome III, 1878).

10° *Ramollissement du corps strié gauche, hémiplégie temporaire*, par Mayor (p. 62, tome III, 1878).

11° *Cerveau d'amputé*, par Mossé (p. 13, tome III, 1878).

12° *Foyers hémorrhagiques centraux, dégénération secondaire*, par Richer (p. 93, tome III, 1878).

13° *Tumeurs cérébrales multiples*, par Mossé (p. 155, tome III, 1878).

14° *Tumeur cérébrale*, par Vermeil (p. 194, tome III, 1878).

15° *Hémiplégie gauche graduelle, tumeurs cérébrales*, par Berdinel et Delotte (p. 204, tome III, 1878).

16° *Hémorrhagie du centre ovale*, par Quenu, (p. 231, tome III, 1878).

17° *Lésion du lobule paracentral*, par Rouhet (p. 260, tome III, 1878).

18° *Tubercules du cerveau*, par Quenu (p. 314, tome III, 1878).

Société de Biologie.

1° *Mouvements provoqués par l'excitation de la substance grise du cerveau*, par F. Franck et Pitres. (Séance du 22 déc. 1877).

Il existe un certain retard des mouvements sur l'instant précis de l'excitation de la substance grise et de la substance blanche, ce retard est de 6 1/2 centièmes de seconde ; la substance grise intervient, non comme conducteur, mais comme centre ; elle est beaucoup plus excitable que les faisceaux blancs sous-jacents, elle renforce l'excitation reçue pour réagir sur les faisceaux blancs. Les incitations motrices partant du cerveau parcourent la moelle avec une vitesse de 10 mètres par seconde.

2° *Observation d'hystérie chez l'homme*, par Dreyfous. (Séance, du 23 déc.)

3° *Généralisation des phénomènes convulsifs d'origine corticale*, par Pitres et F. Franck. (Séance du 29 déc.)

©BIUM

D'après des expériences entreprises sur le cerveau du chien, il paraît démontré que les convulsions d'origine corticale ne sont pas directement produites par des lésions du cerveau, mais que ces lésions agissent sur des centres placés en dehors du cerveau. L'excitation limitée de certaines portions de l'écorce cérébrale peut s'étendre et se généraliser, mais par l'intermédiaire de ces centres.

4° *Tremblements réflexes chez les hémiplégiques*, par Déjerine (1er juin 1878).

On sait que sous le nom de trépidation, M. Charcot a décrit dans ses leçons un phénomène particulier qui consiste en mouvements réflexes du membre inférieur du côté paralysé chez les hémiplégiques. On produit facilement la trépidation en imprimant un vif mouvement de flexion du pied sur la jambe; il se produit alors une série de mouvements rhythmés qui impriment à la main de l'observateur une série de secousses régulières. M. Déjerine a observé assez souvent la trépidation dans les deux membres inférieurs, aussi bien du côté sain que du côté paralysé. L'explication de ce fait est encore à trouver.

5° *Sur les filets nerveux sympathiques irido-dilatateurs*, par F. Franck (20 juillet 1878).

Déjà dans une séance antérieure, M. F. Franck avait démontré que l'irritation du bout supérieur du nerf vertébral sectionné produisait la dilatation de la pupille. En cherchant à préciser le trajet de ces nerfs et leur mode de pénétration dans la cavité crânienne, M. Franck a remarqué, chez le chien, une branche ascendante du ganglion cervical supérieur qui traverse le trou déchiré postérieur en compagnie des nerfs pneumo-grastrique et glosso-pharyngien ; à ce moment, cette branche envoie un filet au nerf moteur oculaire externe, puis va se perdre dans le ganglion de Gasser avec l'ophthalmique de Willis. Il établit donc une communication directe entre le ganglion cervical supérieur d'où émane le nerf cervical et le trijumeau. La section de ce filet anastomotique faite sur l'animal vivant détermine le myosis, alors que l'excitation produit la dilatation de l'iris, et d'autre part l'excitation du sympathique cervical n'est plus suivie de dilatation de la pupille.

©BIUM

JOURNAUX BELGES

(Année 1878).

Société de médecine mentale.

1° *Deux cas de névroses extraordinaires*, par le Dr. J. de Windt, d'Alost (no 11).

La Belgique, depuis Louise Lateau, semble avoir le triste privilège des névroses extraordinaires. Ces deux cas nouveaux d'hystérie extatique ont été observés chez des jeunes filles débilitées appartenant à un milieu spécial, habitant un hameau situé dans un coin perdu sur les limites de la Flandre orientale et du Brabant. « Le travail des champs et les pratiques de la religion absorbent à peu près seuls le temps de ses habitants. » Les religieux d'un couvent voisin soutiennent les paysans dans toutes leurs infortunes physiques et morales, à l'aide « des conseils, des exhortations, des prières et même de petites bouteilles contenant une eau à laquelle on attribue des propriétés surnaturelles. »

2° *Rapport médical sur la situation de l'hospice Guislain pendant l'année* 1877. (n° 11).

3° *Discussion sur les pachyméningites* (n° 12), sera terminée en 1879.

4° *Discussion sur les insuffisants* (no 17), sera terminée en 1879.

5° *Rapport du Dr. Semal sur le congrès international de* médecine mentale de Paris (n° 12).

Dr Doutrebente.

©BIUM

JOURNAUX ANGLAIS.

Mental Science.

Analyse par MM. les Drs Dumesnil et Pons.

(3me trimestre 1876).

SOMMAIRE.

John Fraser. *Idiotie Kalmoucke, avec notes par le Dr Arthur Mitchell.*
John Howard. — *Essai.*
E. Claye Shaw. — *Sur la mensuration du palais chez les idiots et imbéciles.*
Daniel Hack Tuke. — *Bethlem Royal Hospital.*
J. A Campbell. — *Notes sur le pouvoir réparateur dans la folie.*
D. Yellowlees. — *La question de la folie dans les cas de meurtre.*
Un médecin arabe sur l'aliénation mentale.
Notes et cas cliniques.— Notes du trimestre.—Notes et nouvelles.

L'idiote dont M. John Fraser nous rapporte l'histoire appartient à cette singulière variété qu'on a désignée sous le nom bizarre de Kalmoucke, à cause de sa ressemblance éloignée avec ce type bien connu de la race jaune. Les idiots dits Kalmoucks ne sont pas rares dans la Grande-Bretagne, et le docteur Arthur Mitchell a réuni, sur cette forme particulière de dégénérescence, des notes pleines d'intérêt que nous aurons à résumer un peu plus loin. Ils ont des caractères qui leur donnent une physionomie propre, tant au point de vue physique qu'au point de vue mental. Les plus remarquables des signes physiques sont : l'obliquité des yeux et des paupières, l'aplatissement du nez, déprimé à sa racine, la forme massive des mains, le sillonnement transversal de la langue, l'exiguïté de la taille, le défaut de proportion des membres, la petitesse de la tête et la brièveté de ses diamètres antéro-postérieurs.

Le sujet de M. Fraser est une femme de quarante ans. C'est un enfant naturel dont la mère a souffert moralement pendant sa grossesse .

Elisabeth Meldrum est de formes grêles, mais de bonne constitution. Sa taille est de un mètre quarante. Elle pèse quarante-quatre kilogrammes. Relevons dans la description détaillée qui en est faite la disproportion des bras et des cuisses avec les avant-bras et les jambes, ces derniers étant démesurément développés, les mains courtes et massives, et surtout une défor-

©BIUM

mation singulière du pied : le gros orteil a des proportions anormales, le second orteil est très-long. Le troisième a la moitié de la longueur du second, le quatrième la moitié de la longueur du troisième. Le petit orteil est de dimension normale. Le quatrième orteil enfin est recourbé en dedans et presque entièrement couvert par le troisième et le petit orteil. Cette forme particulière du pied se rencontre fréquemment chez ces idiots.

Les dimensions de la tête sont longuement et scrupuleusement données dans ce travail; nous devons nous borner à rapporter ici les caractères morphologiques qui ont le plus d'importance.

La tête est ronde et petite; la chevelure est belle quoique peu fournie, de couleur châtain clair ; les oreilles sont petites et simplement conformées ; la face et la partie postérieure de la tête sont, suivant deux plans sensiblement parallèles, distants l'un de l'autre de six pouces trois huitièmes. La face est presque carrée, longue de six pouces trois huitièmes, large de quatre pouces trois quarts. Les os malaires sont proéminents et le menton pointu. Le front est arrondi et modérément saillant; *il n'est ni bas ni fuyant*, mais le caractère vraiment curieux de cette physionomie est l'obliquité des yeux à laquelle participent les sourcils, et la largeur de la base du nez. Les yeux sont petits; l'iris est de couleur grise; ils sont dépourvus de cils. La bouche est petite, pincée ; les lèvres sont minces, à angles dirigés inférieurement. La langue est longue, mince et effilée; elle présente à sa face dorsale de nombreuses fissures transversales ; au niveau de sa moitié postérieure est une surface polie, d'un pouce de longueur sur trois huitièmes de pouce de large. La denture se compose seulement de quelques incisives, deux à la mâchoire supérieure et quatre à l'inférieure.

Cette idiote avait l'intelligence d'un enfant de dix-huit mois. Son langage consistait en cris inarticulés qu'elle poussait parfois avec précipitation et véhémence, sous l'influence de la passion. Elle était d'un naturel doux et caressant et savait témoigner la sympathie et la reconnaissance. Elle aimait beaucoup les ornements et la toilette et montrait un goût prononcé pour la musique Elle était du reste fort sale et devait être baignée fréquemment. Elle a succombé à une pleurésie aiguë.

L'examen du crâne a montré plusieurs particularités intéressantes. Il est d'une minceur et d'une légèreté anormales, et asymétrique. Il paraît comprimé latéralement et présente une

©BIUM

dépression au niveau de l'orbite gauche et de l'éminence pariétale droite, tandis qu'il est renflé au niveau de la région frontale droite et de l'éminence pariétale gauche. Les fosses internes du crâne sont inégales. Les sutures de la voûte, notamment celles du frontal, sont très-ouvertes et facilement séparables. Dans les sutures lambdoïdes et squammeuses, on ne compte pas moins de cinq os wormiens ; on en trouve aussi entre les os pétreux et la portion basilaire de l'occipital, où existe un vide considérable. La synarthrose sphéno-basilaire n'est pas visible. Enfin la suture qui unit, à l'état normal, les petites ailes du sphénoïde et le frontal, est ouverte, et l'auteur fait remarquer avec raison que l'idiotie n'a pas reconnu pour cause la réunion prématurée d'une partie des os du crâne. Mentionnons encore dans ce crâne curieux, la dimension excessive des trous de la base, l'absence des os propres du nez, remplacés par une expansion du frontal, et enfin la forme du palatin dont la portion horizontale est parfaitement plane.

Le cerveau est petit. Il pèse seulement quarante onces et un huitième. Il est asymétrique et sa déformation correspond à celle du crâne. Le dessin des circonvolutions est relativement simple. Les sillons ont une profondeur variable ; ils sont très-profonds antérieurement.

Les scissures principales sont bien marquées ; la pariéto-occipitale externe du côté gauche se prolonge extérieurement sur une étendue de deux pouces. *La partie postérieure des deux troisièmes frontales est peu développée ; les deux insulas de Reil sont petits et ne donnent naissance à aucune circonvolution par leur bord externe.* On a noté aussi l'étroitesse de la circonvolution supérieure des deux lobes temporo-sphénoïdaux.

La section a fait voir que l'épaisseur de la substance grise était antérieurement de quatre à cinq, postérieurement de trois à quatre millimètres.

L'examen micrographique n'a rien révélé de bien remarquable, si ce n'est la dilatation extrême des canaux péri-vasculaires.

Le lobe gauche du cervelet avait son diamètre transversal plus long que celui du lobe droit.

Enfin, les ganglions du grand sympathique du cou avaient un très-petit volume. Le ganglion supérieur droit était de moitié plus petit que son congénère du côté gauche.

Les notes du Dr Arthur Mitchell résument ce qu'on sait sur ces idiots. Nous détachons de cette seconde partie du mémoire

©BIUM

les passages les plus intéressants. Les observations de l'éminent inspecteur ne s'étendent pas à moins de soixante-deux sujets, sur cinquante-quatre desquels il possède des renseignements précis.

Les idiots Kalmoucks existent notamment dans l'est de l'Écosse. Il n'en a jamais vu dans les asiles, sinon deux dans celui de Fife et Kinross, et deux autres dans les établissements pour idiots.

Sur les cinquante-quatre observés, il y avait trente individus du sexe masculin, vingt-quatre de sexe féminin. Ils n'arrivent pas à un âge avancé ; le plus âgé n'a que 43 ans.

Il en est mort aujourd'hui un grand nombre. La cause habituelle de la mort est la phthisie, quelquefois aussi, c'est une sénilité précoce.

La moyenne de la taille est, chez les hommes de 1 mètre 41 centimètres, chez les femmes de 1 mètre 33.

Les têtes sont petites et appartiennent au type brachycéphale. On les a mesurées chez 25 adultes : 11 hommes et 14 femmes. La circonférence moyenne était de 20 pouces 3/8 pour ceux-là, et de 19 pouces 4/8 pour celles-ci.

Une proportion considérable de ces idiots est congénitalement débile, d'où l'on doit inférer que la dégénérescence remonte chez eux à la vie intra-utérine.

Parmi les causes de cette forme d'idiotie, l'hérédité paraît jouer un rôle secondaire. La consanguinité est très-rare. Dans quatre cas, les père et mère étaient seconds cousins ; dans deux autres cas, il existait une parenté plus éloignée encore. Le Dr Mitchell a pu avoir des renseignements sur 51 sujets.

Un nombre considérable d'idiots sont nés de mères ayant une santé physique très-affaiblie. Les remarques de notre confrère sur la fonction génitale sont curieuses. Chez les garçons, il a noté la migration plus ou moins incomplète des testicules ; chez les filles, l'intensité très-faible de la passion sexuelle, la menstruation tardive s'accompagnant spontanément du développement des formes, et la ménopause prématurée ; chez les uns et les autres, le peu d'abondance du système pileux à l'époque de la puberté.

La forme de la tête, la direction des yeux, la faiblesse de la vue, les caractères de la langue, des dents, du palais, etc., tous les signes, en un mot, précédemment décrits sont d'autant plus évidents que le sujet n'a pas encore subi la dégénérescence sénile.

©BIUM

La langue rouge, large, sillonnée est un caractère constant. Les dessins des sillons varient dans leur forme et échappent à toute description. Un caractère tout aussi constant est la forme courte et massive de la main et du pied.

Ces idiots se rapportent tous à un type vraiment uniforme tant sous le rapport physique que sous le rapport mental. Ils ne sont pas crétins, mais peuvent être considérés comme des idiots *crétinoïdes*. L'auteur fait remarquer en passant que le goître n'est pas en relation forcée avec le crétinisme. Recherchant ensuite l'influence de l'illégitimité, il ne croit pas qu'on puisse l'admettre parmi les causes directes. Il étudie l'ordre d'apparition des enfants dans la famille et fait cette constatation importante que les kalmoucks sont rarement premiers-nés, à l'inverse de ce qu'on observe pour les autres idiots; enfin un examen scrupuleux lui a permis d'affirmer que cette forme d'idiotie n'est pas imputable aux accidents de la parturition.

— Un écrivain anonyme d'Australie, a publié dans le *Mental Science* une étude psychologique sur John Howard. Elle n'engage pas, bien entendu, la responsabilité du journal qui l'a insérée. C'est une critique amère de l'œuvre du célèbre philanthrope. L'impression qu'on éprouve après l'avoir lue est d'autant plus pénible que l'auteur a commis nombre d'erreurs au point de vue historique et que ses arguments, par cela même, pèchent par la base.

Il s'occupe peu de la vie de M. Howard et s'attache seulement à rechercher la responsabilité qui lui revient dans les malheurs de son fils qui, comme on sait, devint aliéné. A la vérité, le correspondant du *Mental Science* tient à laver Howard de cette tache à sa mémoire. Absorbé par ses voyages, il n'a pu être sévère envers son fils pour lequel il eut, au contraire, trop d'indulgence. Il serait peut-être plus juste de faire dépendre la folie de ce jeune homme de l'hérédité, et l'auteur justifie la possibilité de cette cause par les allures bizarres d'Howard, son amour exagéré des voyages qui s'empara de lui à un âge avancé, son caractère impulsif, etc. Et l'on peut se demander, en lisant l'histoire du réformateur des prisons en Angleterre, s'il n'était pas un terrain préparé pour donner naissance à un fils aliéné.

L'auteur entame ensuite une longue dissertation sur les rapports entre nos actes et les motifs qui les déterminent, dans le but de prouver que nous ne sommes pas libres et que les

©BIUM

mobiles qui nous font agir sont indépendants de nous. En conséquence, on ne jugera pas un homme d'après ses intentions. Elles lui ont été suggérées par des influences plus fortes que lui, par le milieu qu'il occupe, par son organisation même. Une œuvre ne doit donc être appréciée que par les résultats qu'elle a produits. Appliquant cette méthode au célèbre réformateur, l'auteur du mémoire se demande quels ont été les fruits de son enthousiasme et de ses labeurs et quels bénéfices le monde a retirés de ses efforts. Les prisonniers, répond-il, représentent la portion tarée, malsaine du genre humain. En travaillant pour eux, Howard a travaillé pour le mal.... Il ne s'est épargné aucune peine pour procurer aux criminels une vie confortable dans leur prison, tandis que des centaines d'hommes souffrent la faim et voient souffrir leurs enfants, qui deviennent criminels à leur tour pour en finir avec leurs douleurs. Il a récompensé le coupable et enseigné l'immoralité à l'innocent. Enfin, il a si bien aveuglé l'homme, que la race humaine est entrée dans une phase de dégénérescence. Il faut déplorer la facilité de propagation des individus mal organisés.

Ne vaudrait-il par mieux, au lieu de les entourer de soins, les exterminer *avec douceur et humanité* (!) dans l'intérêt de la postérité, pour prévenir la dégénérescence certaine et la destruction possible de la race humaine.

« Il est positif, dit-il, en terminant, que, la moyenne de la » moralité et de l'intelligence décroît sûrement et peut-être » rapidement dans la famille humaine. Le premier remède, et » le plus pratique, pour s'opposer à cette décadence, est l'empri- » sonnement perpétuel des criminels ; le second, la destruction » sans douleur de tous ceux dont l'existence intellectuelle a » cessé et de ceux par qui peut se propager la maladie ; le » troisième consiste à recommander l'étude de la physiologie » aux deux sexes en insistant sur les chapitres qui s'occupent » du danger des unions matrimoniales mauvaises. Ces mesures » suffiront à elles seules pour produire dans le monde une ré- » volution morale. »

Certes il faut le croire, mais il faut convenir aussi que le correspondant australien n'aime pas les demi-mesures. Le grand Lycurgue se contentait, pour procurer à sa patrie des citoyens robustes, de supprimer les enfants malingres. Il renchérit, lui, sur Lycurgue et trouve indispensable, pour épurer la société humaine, de la décimer par quelques hécatombes. Heureusement, il n'est pas de philosophe assez convaincu, à com-

©BIUM

mencer par lui, pour immoler un seul dégénéré aux populations de l'avenir !

— L'importance de la forme voûtée du palais comme signe d'imbécillité est fort contestée par M. Claye-Shaw, médecin directeur de l'asile de Leavesden, qui prétend que cette déformation est purement accidentelle et qu'elle n'a aucun rapport avec le développement de l'intelligence. Certaines maladies qui attaquent les os peuvent altérer en même temps la forme du crâne et de la face, mais ces maladies peuvent aussi la respecter, et certains idiots à déformation crânienne ne présentent à la face aucune anomalie.

M. Claye-Shaw a pratiqué la mensuration du palais chez tous les malades de son asile, et il a pu arriver à se faire une conviction. Il a éliminé de son étude les vieillards, chez lesquels l'atrophie du bord alvéolaire pourrait en imposer pour une diminution de hauteur de la voûte palatine. Chez beaucoup de sujets il a pris en outre les dimensions du crâne.

L'instrument dont il s'est servi consiste en deux pièces de métal pouvant glisser l'une sur l'autre; il est long d'un pouce quand il est fermé, mais il peut s'allonger de plus de deux pouces et est gradué sur les bords. Les deux pièces sont mises en mouvement par deux leviers placés hors de la bouche et pivotant dans une direction opposée. Elles sont traversées horizontalement par une rainure dans laquelle se meut un levier à angle droit mobile aussi de l'extérieur, c'est cette tige verticale qui donne la hauteur du palais. Cet instrument permet de prendre toutes les dimensions de la voûte palatine en divers points : longueur, largeur et hauteur.

Les conclusions de ce travail, qui contient quelques réflexions intéressantes sur la genèse des déformations de la voûte palatine, sont les suivantes:

1° Il n'y a pas un rapport forcé entre l'élévation et la voussure du palais et le degré de capacité mentale d'un individu. Certains idiots ont le palais parfaitement plan et symétrique, tandis qu'un grand nombre d'hommes d'une intelligence remarquable l'ont plus ou moins voûté.

2° Il existe généralement une relation entre la forme de la voûte palatine et celle du crâne, au point de vue de la longueur et de la largeur.

3° Un intervalle ptérygoïdien étroit est invariablement associé avec un palais élevé, comme avec un crâne étroit.

©BIUM

4° L'espace compris entre les premières molaires est presque toujours inférieur ou égal à l'espace interptérygoïdien ; il est rarement plus considérable.

5° La courbure du palais n'a aucun rapport, en ce qui concerne la hauteur, avec la synostose prématurée de la base du crâne.

6° Les différences obtenues dans de nombreuses mensurations sont si faibles et si variables à la fois, qu'il est difficile de comprendre l'utilité de ces mensurations dans les recherches psychologiques.

Il est impossible d'écrire l'histoire des aliénés d'autrefois sans consacrer un important chapitre à l'hôpital de Bedlam. Les pages que l'on doit sur le Bicêtre londonien à M. le Dr Hack-Tuke sont d'un haut intérêt pour l'archéologue, le médecin et le penseur, et à ces titres nombreux on ne peut que féliciter ce savant confrère de les avoir écrites.

Nous devrons laisser de côté les renseignements topographiques qui abondent dans le remarquable travail que nous avons sous les yeux, mais qui auraient peu d'intérêt pour nos lecteurs ; nous négligerons aussi, quoique à regret, de nombreux détails historiques pour ne nous attacher qu'à ce qui nous intéresse directement, le passé des aliénés dans la vieille Angleterre.

En 1247, sous le règne de Henri III, un shérif de Londres, Simon Fitzmary, fit hommage à l'évêque de Bethléem d'un terrain situé dans la paroisse de Saint-Botolph, pour y construire un couvent destiné à lui servir de résidence quand il viendrait en Angleterre. Ainsi prit naissance l'ordre de Sainte-Marie de Bethléem. Après avoir fait connaître la situation exacte du vieux Bethléem (qui s'appela plus tard Bedlam), M. Tuke fait l'histoire fidèle de ses premières années.

Il est probable qu'en principe, Bethléem fut, non un hôpital, mais une maison de refuge. En l'année 1346, le couvent était si misérable qu'il fut contraint de solliciter la protection de la ville de Londres.

Un peu plus tard, en 1375, dans la quarante-huitième année du règne d'Edouard III, il fut saisi au profit de la couronne, sous prétexte qu'il était prieuré étranger, et depuis cette époque, les rois s'attribuèrent le droit de choisir le directeur de l'établissement.

©BIUM

En 1403, sous le règne d'Henri IV, la mauvaise conduite du portier du couvent fournit l'occasion d'une enquête officielle. C'est alors seulement qu'il est fait mention pour la première fois de Bedlam comme maison d'aliénés. Le rapport de la commission royale signale l'existence de six aliénés qui y étaient traités, naturellement, par les moyens de contrainte autrefois en usage. Comment se trouvaient-ils à Bedlam? Entre Saint-Martins, Lane et Charing Cross se trouvait autrefois une maison de religieux qui gardait des aliénés. Stow, dans son ouvrage intitulé « Survey of the city of Westminster », raconte qu'un roi dont il ne dit pas le nom, ennuyé des cris de ces malheureux, qui troublaient le palais royal, ordonna qu'ils fussent transférés à l'hôpital de Bedlam. Il y avait donc, des aliénés à Bedlam avant le quinzième siècle. Ainsi s'explique ce fait, qui a paru extraordinaire à beaucoup de personnes, que le nom de Bedlam se trouve associé à celui d'aliénés dans des documents historiques, dans des pièces de poésie, antérieurs au règne d'Henri VIII.

Il nous faut maintenant arriver en 1546, pour retrouver Bedlam dans l'histoire. A cette époque, le roi donne à la cité Bedlam avec l'hôpital Saint-Barthélemy. La charte fut signée en janvier 1549. Henri VIII mourut quelques jours après cet acte.

L'histoire est pauvre de documents sur ce vieux Bedlam, le Bedlam de Sir Thomas Moore, de Tyndale et de Shakespeare. A l'aide de cartes anciennes, M. Tuke a pu en indiquer les limites en dedans du périmètre de l'hôpital actuel. C'est un espace rectangulaire bordé de bâtiments; au centre était la chapelle. La disposition des différentes parties de l'édifice est indiquée dans une description du temps : en bas, un parloir, une cuisine, des offices, un long couloir et trente et une chambres pour les pauvres aliénés; en haut il y avait huit chambres. L'établissement avait deux portes, l'une à l'est, l'autre à l'ouest.

Sous le règne suivant, le gouvernement de Bedlam passa successivement aux mains des directeurs de l'hôpital du Christ, puis à celles des directeurs de Bridewell. Alors la ville perdit peu à peu son autorité sur l'établissement, qui se trouvait, par sa réunion avec le dernier hôpital, régi par une loi nouvelle et administré par un président, un trésorier, la cour des échevins, le conseil municipal et un nombre illimité d'administrateurs (governors) élus au scrutin. La ville n'était représentée dans

©BIUM

ce conseil de gérance que par les échevins et le conseil municipal.

En 1555, Bedlam n'était pas riche. Ses revenus s'élevaient seulement à 40 livres 8 shellings et 4 deniers. Il est vrai qu'il recevait de nombreuses aumônes. Un siècle plus tard, sa fortune s'était légèrement accrue; il possédait 470 livres de rentes. On suppléait à l'insuffisance des ressources par des prédications. En 1669, une députation de l'hôpital vint demander au lord-maire qu'aucun malade ne fût admis sans son approbation, afin que le payement de sa pension fût assuré.

Un demi-siècle après la mort d'Henri VIII, l'hôpital contenait vingt malades. Un rapport du temps le signale comme un lieu dégoûtant et indigne de donner asile à un être humain. Ce ne fut néanmoins qu'en 1632 qu'on put faire les agrandissements nécessaires et construire un bâtiment en briques contenant une cave, une cuisine, une salle de réunion, quatre chambres et un grenier..... En 1642 furent construites douze nouvelles chambres dont huit pour aliénés. Malgré ces améliorations, l'hôpital était encore dans des conditions très-fâcheuses, et Smith dans son ancienne topographie de Londres assure que les sexes étaient confondus à cette époque.

Le traitement des aliénés était conforme aux idées du temps et avait pour principal élément la contrainte. La garde des malades présentait des difficultés telles que les gardiens appelaient souvent à leur aide pour leur prêter main-forte des séranceurs qui travaillaient dans un champ voisin. Un rapport d'enquête fait mention de diverses sommes affectées à des achats de paille et de chaînes. Le gouverneur d'alors était un médecin.

En l'année 1647, vers la fin du règne de Charles Ier, la création d'un nouvel hôpital fut décidée. A cet effet, un terrain fut concédé par la ville au nord des murs de Londres. Le nouveau bâtiment, construit pour 150 malades, fut terminé en juillet 1676 et coûta 17,000 livres. Il avait 500 pieds de long sur 40 de large. C'est cet asile, situé à Morfilds, que nos aïeux ont connu depuis un siècle et demi sous le nom de vieux Bedlam. En réalité c'est le second Bedlam; le premier a été ressuscité par notre confrère.

Smith, dans son ouvrage déjà cité, décrit l'entrée monumentale de cet édifice, remarquable surtout par deux portes en fer massif surmontées chacune d'une statue. L'une des figures re-

©BIUM

présente la manie furieuse, l'autre la mélancolie. Elles sont du sculpteur Cibber, on peut les voir aujourd'hui au South-Kensington Museum.

Il y avait encore d'autres portes appelées « penny-gates » (portes du sou). De chaque côté de ces portes était une figure de maniaque, homme et femme; au-dessus se lisait une inscription : « N'oubliez pas les pauvres aliénés et déposez vous-même votre aumône dans le tronc. » Ce tronc rapportait à l'établissement un fort joli revenu, un minimum de 400 livres par an. Cette pratique a été interrompue en 1770.

On doit au graveur Hogarth un certain nombre de dessins représentant des scènes de Bedlam.

Ned Ward, dans son « London Spy », fait aussi d'une visite à la maison d'aliénés un récit fort curieux mais peut-être fantaisiste.

En 1733, deux ailes furent ajoutées aux bâtiments pour les incurables; mais cet agrandissement fut bientôt trouvé insuffisant, et de nouveaux bâtiments furent construits en 1793. Six ans plus tard, des inspecteurs se plaignirent du mauvais aménagement de l'hôpital, de son manque d'aération; en 1809, son insalubrité était telle qu'on dut interdire l'entrée de nouveaux malades. Enfin, l'asile ayant été construit dans l'ancien fossé de la ville, ses fondements manquaient de solidité et les murs menaçaient ruine. On dut songer à l'érection d'un autre asile dans un emplacement mieux choisi. C'est ici le lieu de donner quelques détails sur le traitement des malades à cette époque.

Un dessin présenté à la commission de la Chambre des communes, en 1815, représente l'application de la contrainte à l'ancien hôpital de Bedlam. On y voit un malade assujetti par les moyens suivants : 1° un collier en fer, qui est fixé par une chaîne à la tête du lit; 2° un vêtement de fer emprisonnant le corps à sa partie inférieure et passant au-dessus des épaules, ce vêtement est muni d'ouvertures pour les bras, qu'il entoure au-dessus du coude; 3° une chaîne s'étendant de la cheville au pied du lit.

Quant au traitement médical, nous allons laisser le docteur Monro l'exposer devant la même commission : « Les malades, dit-il, sont saignés vers la fin mai selon le temps. Après avoir été saignés, ils prennent un vomitif par semaine pendant un certain nombre de semaines. Plus tard, nous purgeons les malades. » Comme dernier détail sur le Bedlam ancien, ajoutons que pour une population de 122 aliénés, il y avait cinq

©BIUM

gardiens, trois hommes et deux femmes; les hommes prêtaient au besoin main-forte aux femmes.

Nous arrivons à l'époque de l'érection du nouvel asile. En 1810, un acte du Parlement autorisa la cité à confier aux administrateurs de Bedlam la construction d'un nouvel hôpital dans le quartier de Saint-Georges. La jouissance devait être de 865 années moyennant la rente annuelle d'un schelling. La première pierre fut posée en avril 1812, et l'asile ouvert en août 1815. Il se composait d'un bâtiment central avec deux ailes, le tout avait 594 pieds de façade. Le bâtiment central est orné de portiques d'ordre ionique avec les armes du roi. La hauteur de l'édifice est de 64 pieds. Les ressources de Bedlam à cette époque s'élèvent à 122.512 livres 7 schellings et 5 deniers. Nous voilà bien loin des 40 livres du seizième siècle. De nouveaux bâtiments furent ajoutés en 1838. La première pierre en fut posée au mois de juillet de cette année.

Le Bedlam actuel a été l'objet de réformes utiles, dont la plus importante a été l'inspection officielle obligatoire dont un acte du parlement l'avait affranchie en 1845 ; les résultats de cette innovation ont été excellents. Tandis qu'il y avait encore en 1837 des malades enchaînés (rapport des inspecteurs de charité), les pratiques de l'ancien régime, comme les appelle M. Hack-Tuke, ont fini par disparaître et ont fait place à un nouvel état de choses, rendu encore plus satisfaisant aujourd'hui par la création à Vitley d'un hôpital de convalescents.

— A la réunion trimestrielle de la société médico-psychologique, qui a eu lieu à Glasgow le 3 mars 1876, M. le Dr Campbell, de Carlisle, lit une note courte mais instructive sur le pouvoir réparateur des tissus chez les aliénés. Ce qui fait l'intérêt de cette communication, c'est la variété des affections mentales et des lésions chirurgicales observées chez les malades. Nous trouvons en effet, sur dix observations rapportées brièvement par notre confrère, deux paralysies générales, une manie aiguë, quatre manies chroniques, une mélancolie et deux manies épileptiques. Les blessures traitées ont été les suivantes : fracture de côtes, du radius, comminutive de l'humérus (mélancolique), du fémur (paralysie générale), fracture de la clavicule, nécrose de la phalange de l'index droit, désarticulation, guérison en trois semaines (maniaque chronique), amputation de la jambe au-dessus du genou, amputation d'un pied gangrené

©BIUM

chez un épileptique, ablation successive du pied et de la jambe chez un autre épileptique.

Toutes ces blessures ont complètement et rapidement guéri, en dépit de leur gravité et des obstacles qu'opposait au traitement l'indocilité des malades.

A l'asile de Carlisle ont été traités avec succès six cas de section plus ou moins profonde de la partie antérieure du cou. Chez deux de ces malades la trachée était ouverte. Chez un troisième, dont on doit l'observation au docteur Macleod, le pharynx était à nu et l'épiglote divisée ; chez un quatrième enfin, la langue était séparée de l'os hyoïde.

En 1870, M. Campbell a publié dans le British Medical journal un cas d'abcès fécal en communication avec le cœcum qui s'ouvrit à la partie supérieure de l'aine droite.

Les plaies du cuir chevelu sont surtout fréquentes chez les épileptiques et tout le monde sait avec quelle rapidité ces blessures se réparent. Notre confrère remarque que les épileptiques et les paralysés généraux voient leurs plaies guérir d'autant plus rapidement qu'ils se trouvent les uns dans une période éloignée de leurs attaques, les autres dans cette phase de leur affection où il mangent avec voracité et prennent de l'embonpoint. Le pouvoir de réparation est d'ailleurs très-irrégulier chez les paralytiques, et cette irrégularité est imputable à l'altération de la fonction trophique.

—Le Dr Yellowlees donne la relation de deux affaires criminelles et les accompagne de réflexions intéressantes.

Le nommé James Macklin, homme de peine, a tué sa mère d'un coup de fusil. Après ce meurtre il emprunte un couteau, l'affile sur une ardoise et s'ampute le scrotum et les testicules, aimant mieux, dit-il, mourir de la sorte qu'être pendu. Il guérit cependant et comparaît au mois de mai 1876 devant les juges de la « Glasgow circuit Court ».

L'examen médico-légal a révélé que l'accusé était atteint de débilité mentale, quoique assez intelligent pour n'avoir jamais fait concevoir de doutes à ses voisins.

Les motifs qui l'ont conduit à l'acte horrible qui le fait comparaître devant la cour suffisent seuls à démontrer d'ailleurs la pauvreté de son organisation. Macklin était protestant comme son père, tandis que sa mère était catholique. Atteint d'une affection des voies urinaires, il demande les soins d'un médecin, qui pratique sur lui une opération douloureuse (une injec-

©BIUM

tion uréthrale probablement) et lui demande au même moment pourquoi il n'est pas catholique comme sa mère. A partir de cette époque, le malade est envahi par un délire bizarre. Il croit que le médecin, à l'instigation de sa mère, lui fait subir des tortures, non pour le guérir mais pour lui faire embrasser la religion romaine. Plus tard, ces conceptions maladives prennent de l'extension. Une remarque faite incidemment par le médecin sur une autre femme l'amène à penser que sa mère (âgée de 70 ans) a des relations déshonnêtes avec le médecin et avec d'autres hommes qu'elle reçoit en son absence. Il est pris d'une haine aveugle contre le médecin et sa mère et finit par porter à cette dernière un coup mortel.

L'aliénation mentale est évidente, et l'on s'explique aisément que M. Yellowlees ait obtenu sans peine le placement du meurtrier dans une maison d'aliénés.

Le dénouement de la seconde affaire a été fatal à l'accusé, qui a été condamné à mort et exécuté.

Thomas Barr, veuf avec quatre enfants, s'était remarié et vivait en continuelle mésintelligence avec sa nouvelle femme. Dix-sept fois cette malheureuse avait dû s'enfuir et se réfugier chez sa mère. Un jour, après une de ses fuites, Barr se rend à la maison de sa belle-mère, y pénètre de force et frappe avec un couteau de poche les deux femmes. La belle-mère meurt sur le coup; quant à la jeune femme, elle succombe après sept semaines. Le meurtrier s'enfuit par le train, se cache intelligemment sous un faux nom, mais finit par être capturé.

M. Yellowlees, appelé à étudier l'état mental de cet homme, constate que son caractère est très-irritable. Il était jaloux à l'excès et accusait fréquemment sa femme de le tromper, ainsi que le prouve une lettre qu'il a écrite autrefois à son beau-frère. L'enquête a démontré d'ailleurs que cette accusation était injuste. A part cette donnée morale, l'examen de Barr n'a rien montré qui ressemblât à une conception délirante morbide. En effet, ses soupçons se portaient sur un objet unique, il ne trouvait pas de poison dans ses aliments, n'avait pas d'hallucinations de l'ouïe; aucune influence maligne ne s'exerçait. Il était simplement jaloux, jaloux à l'excès et sans motif sérieux.

A quel moment une émotion naturelle peut-elle prendre le caractère délirant? Cette question est fort difficile à résoudre. La solution n'a pas été dans le cas actuel en faveur de l'accusé, le jury n'a pas pensé qu'il y avait lieu d'admettre l'aliénation

©BIUM

mentale. Il avait droit néanmoins à des circonstances atténuantes ; son père était comme lui extrêmement violent, et son grand-père avait été aliéné pendant les cinq dernières années de sa vie.

Notre confrère fait remarquer que, pendant les débats, aucune question ne lui a été posée ni par l'accusation ni par la défense relativement à l'état du pouvoir de contrôle de l'accusé au moment du meurtre. Les deux parties craignaient sans doute que la réponse du médecin ne leur fournît pas une aide efficace pour le succès de leur cause.

— Quelques renseignements intéressants sur l'état de la science mentale chez les Arabes au huitième siècle nous sont donnés par M. Balfour. Les notes qu'il publie sont tirées d'un ouvrage persan du dix-septième siècle. Cet ouvrage intitulé « Tible Akbari » est l'œuvre de Muhammad Akbar. Il est la traduction d'un commentaire écrit en l'an 1450 d'un traité de médecine d'un médecin arabe, Najab ud din Unhammad, de Samarcande, qui vivait au huitième siècle.

Les notes de M. Balfour ne se prêtent pas à l'analyse. Nous y voyons une longue nosologie ne contenant pas moins de vingt-huit espèces morbides, mais la traduction n'en est pas faite. Quant à la description sommaire des affections mentales, elle manque nécessairement de rigueur scientifique, et il est bien difficile de rapprocher des variétés vésaniques admises par le médecin arabe les affections mentales aujourd'hui connues.

Toutefois, il est intéressant de constater qu'au huitième siècle, alors que nos aïeux étaient plongés dans la barbarie, les aliénés étaient observés cliniquement par les Arabes et soumis à un traitement humain et scientifique.

— Aux « Notes et Cas cliniques » nous trouvons trois observations de paralysie générale sans aliénation mentale. Les deux premières sont du Dr Gairdner, la troisième du Dr Clouston. Ces médecins insistent naturellement sur le détail des symptômes paralytiques qui donnent à cette étude tout son intérêt.

Le sujet de la première observation est un horloger âgé de 50 ans. Il ne présente rien de notable dans ses antécédents, si ce n'est un frère utérin, hémiplégique aujourd'hui, à l'âge de 74 ans. C'est un homme bien constitué. Il a toujours été sobre et n'a commis aucun excès physique.

L'embarras de la parole et de la démarche date de deux ans

©BIUM

et demi. Il se complique d'une gêne des mouvements délicats des doigts nécessités par sa profession. La sensibilité est intacte. Les troubles moteurs sont précédés au moment où ils se produisent de tressaillements, mais sans douleur notable.

Le trouble observé dans l'articulation des mots est difficile à définir. Il s'exprime assez bien quand il parle avec attention, mais, aussitôt qu'il s'oublie, son langage devient diffus et il bredouille. On a remarqué que les consonnes linguales son plus difficiles à prononcer que les labiales.

La démarche présente aussi un caractère spécial : sur une surface unie le malade marche aisément, pourvu qu'il ne soit pas troublé ; mais le désordre apparaît aussitôt qu'il s'agit de tourner, de marcher dans un espace limité, ou d'avancer les yeux fermés ; alors il trébuche et toujours du côté gauche. On n'observe pas chez cet homme le sautillement, le défaut de coordination qui caractérise l'ataxie locomotrice. Le dynamomètre n'indique pas un affaiblissement musculaire, mais les mains étendues sont le siège d'un tremblement appréciable, visible surtout à gauche et à l'annulaire. L'examen ophthalmoscopique montre un état congestif rétinien paraissant dépendre d'une affection des centres nerveux.

Le deuxième malade est un mineur âgé de 45 ans. Il a eu la gonorrhée à 19 ans, s'est marié à 20. Sa première femme lui a donné une nombreuse famille, mais, s'étant marié une seconde fois, il n'a pas eu d'enfants de cette seconde union. Il n'a pas d'antécédents syphilitiques. Il paraît avoir autrefois abusé du coït, mais il est devenu plus modéré sans être impuissant. Enfin, il n'a jamais abusé des alcooliques.

Son histoire se résume ainsi : il a eu, il y a sept ou huit ans, des céphalées fréquentes qui ne paraissent pas se rattacher à l'affection actuelle. Il y a cinq ans, alors qu'il jouissait d'une santé parfaite, il a eu une légère attaque d'épilepsie. Enfin, cinq mois avant son observation, il a eu une nouvelle attaque suivie d'une altération progressive de la motilité, appréciable surtout dans l'articulation des mots et la démarche. Il n'y a pas eu de nouvelle attaque d'épilepsie, et l'affection paralytique a été lentement progressive. Le malade présente bien les signes extérieurs de la paralysie générale : l'embarras de la parole, le tremblement de la langue et des doigts étendus, etc. Il n'y a pas d'anesthésie ni d'anomalie de la sensibilité. Les yeux sont hypermétropes, et c'est à leur conformation vicieuse qu'on doit sans doute attribuer la faiblesse de la vision.

©BIUM

Le Dr Gairdner remarque qu'on ne doit pas confondre ces deux cas avec l'ataxie locomotrice. L'existence de troubles musculaires limités le porte à se demander s'il n'a pas sous les yeux l'affection décrite par MM. Charcot et Bourneville sous le nom de « sclérose en plaques disséminées. »

Le Dr Clouston ajoute à ces deux observations celle d'un chirurgien de ses amis, dont il a vu les tortures morales. Ce malheureux confrère assistait en se désespérant aux progrès de son mal, qu'il connaissait et qu'il savait devoir l'emporter. En 1872, il fut envoyé en Suisse par ses médecins qui conseillèrent aussi l'emploi de l'électricité, mais le traitement ne fut suivi d'aucune amélioration. Comme symptômes physiques, ce malade présentait, outre l'embarras de la parole et les troubles dans la marche, la surdité qui envahit d'abord l'oreille gauche, puis la droite. Il pouvait encore pratiquer la médecine et le faisait avec distinction, mais il dut renoncer à la chirurgie. Il eut plus tard des congestions qui aggravèrent son état et se compliquèrent d'accès délirants passagers. Alors il empira rapidement et mourut à la fin de 1875, avec des eschares et dans un marasme complet.

— Les observations de crétinisme sporadique ne sont pas nombreuses. Celle que possède M. le Dr Fletcher Beach, médecin directeur de l'asile d'idiots de Clapton, est la sixième que possède la science. Nous en détachons les détails les plus saillants.

Le sujet est une jeune fille de 15 ans. Taille, 28 pouces. Elle est remarquable par son obésité. La circonférence de l'abdomen, au niveau de l'ombilic, mesure 26 pouces 1/2. La tête est grosse, aplatie à son sommet, développée latéralement, diamètre longitudinal, 11 pouces; transversal, 10 pouces; circonférence, 19 pouces. La fontanelle antérieure n'est pas fermée, les cheveux sont noirs et rudes, la face est large, le front a 2 pouces de hauteur et 4 de largeur; la distance du front au menton est de 6 pouces et du menton au conduit auditif externe de 5 pouces. Les yeux sont châtains avec de longs cils noirs, le nez est épaté, les lèvres épaisses, les gencives sont saines et la denture régulière; le palais n'est pas plat, les joues sont flasques, les oreilles et la langue ne présentent rien de spécial. Il n'y a pas de goitre, mais une tumeur graisseuse énorme développée sur les côtés du cou, au-dessus des clavicules. Les bras

©BIUM

et les jambes sont courts et arqués; les mains et les pieds sont courts et larges.

Cette idiote a pu recevoir quelque instruction. Elle disait son alphabet, épelait quelques mots de trois lettres, écrivait deux lettres sous la dictée. Elle additionnait jusqu'à cinq, comptait jusqu'à cinquante, multipliait deux jusqu'à douze et distinguait trois couleurs. Elle cousait un peu et enfin était propre. Elle est morte d'une bronchite. La menstruation avait apparu trois fois chez elle.

L'autopsie fit voir, outre l'ouverture de la fontanelle antérieure, qui est recouverte d'une membrane, l'adhérence de la dure-mère à la fontanelle et à la suture sagittale. Le crâne présente une voussure en dedans à la région frontale, en dehors à la région pariétale. Il est symétrique, plus épais en avant et en arrière que dans sa partie moyenne. Le *foramen magnum* est petit. De chaque côté de son bord existe un bourrelet osseux, circonscrivant un espace de forme triangulaire. La selle turcique est étroite dans le sens antéro-postérieur. Le dos de la selle turcique est fortement incliné.

L'auteur paraît attacher à cette dernière anomalie une certaine importance. La base du crâne mesure intérieurement 6 pouces 3|8 dans le sens antéro-postérieur, 4 pouces 1|2 dans le sens transversal. Le cerveau pèse 34 onces. Les circonvolutions sont d'une grosseur excessive et mesurent un demi-pouce de large. Les sillons sont bien indiqués.

L'examen micrographique a montré une épaisseur anormale de la couche corticale et les vaisseaux de l'encéphale tortueux. Dans les feuillets superficiels, les espaces intercorpusculaires étaient plus considérables.

Il n'y avait pas trace du corps thyroïde, mais au-devant de la trachée était un énorme paquet de graisse, de couleur rose, mal limité, envoyant des prolongements derrière les sterno-mastoïdiens et les clavicules. Ce développement anormal de graisse au-devant de la trachée doit être regardé comme un caractère principal du crétinisme sporadique.

— Le chapitre des notes du trimestre est entièrement consacré à une polémique des plus graves occasionnée par un discours prononcé par le Dr Bucknill à la Société de tempérance. L'éminent aliéniste, après avoir flétri l'ivrognerie en termes éloquents, et s'être associé aux hommes d'élite qui ont pris l'initiative de mesures destinées à combattre ses déplorables conséquences,

©BIUM

s'élève contre une fâcheuse erreur qui tend à se répandre et qui consiste à considérer l'ivrognerie comme une maladie, tandis qu'on doit la regarder comme un vice honteux. Il fait alors la critique des hôpitaux confortables créés pour les *infortunés* buveurs et met en doute leur efficacité curative. L'Amérique, où ils sont très-répandus, est surtout l'objet de ses sarcasmes. L'ivrognerie, dit le Dr Bucknill, n'est pas une maladie, mais un vice, et doit être traitée comme un vice.

Le Dr Clouston a protesté contre cette opinion et dans une lettre adressée au Dr Bucknill ; il demande une exception en faveur d'une affection mentale connue et étudiée. Si le vice existe, la maladie existe aussi et ne demande pas, comme le vice, a être traitée par l'éducation, la répression et les formes légales.

Dans sa réponse, le Dr Buknill fait un exposé complet, *ex professo*, de ses idées sur l'intempérance et l'aliénation mentale, et met en doute l'existence de la dipsomanie, considérée comme une vésanie essentielle. Sa lettre contient une critique mordante des asiles pour buveurs (for drunkards) d'Amérique et d'Angleterre (Binghampton, New-York, Boston, etc.) et démontre que les résultats qu'on en obtient sont illusoires. Il fait, en revanche, un éloge convaincu de l'asile de Philadelphie (Franklin Howe) où les buveurs, privés dès leur entrée de l'usage des alcools, sont soumis à une règle sévère. Il voudrait voir encourager la propagation d'établissements semblables. S'occupant enfin des rapports entre la folie et l'intempérance, il les place sous trois chefs :

1° l'intempérance cause directement la folie ;

2° certaines influences (fatigue cérébrale) donnent naissance au désir de boire et à la folie comme résultats concomitants;

3° L'intempérance et plusieurs autres causes produisent un effet progressif et aboutissent à l'aliénation mentale.

C'est par les effets d'une prédisposition native que l'ivrognerie cause directement la folie. Les doses d'alcool nécessaires pour la produire peuvent, en conséquence, être faibles (*mania a potu*). L'aliénation mentale ne résulte donc pas directement de l'abus des alcooliques. Mais elle se développe sur un terrain préparé à l'avance, et l'intempérance n'est que la cause occasionnelle.

Le deuxième groupe de faits correspond, selon le Dr Buknill, à ce qu'on a nommé la dipsomanie. Il pense que la dipsomanie n'existe jamais seule et se joint à la folie. *Un dipsomane sain*, voilà deux mots qui se contredisent. Sous l'influence d'un état spécial du cerveau, une cause existante amène simultané-

©BIUM

ment avec la folie, l'intempérance morbide. L'homme boit parce qu'il est aliéné, et il devient aliéné parce qu'il boit. Le désir de boire s'est développé chez un homme qui était déjà aliéné, *un aliéné ordinaire*, comme dit le Dr Magnan, cité fort à propos dans ce chapitre.

La « Revue » donne l'analyse des ouvrages suivants :

— *Philosophie sans parti pris*, par Thomas Penyngton Kirkman.

— *Philosophie et ses bases, avec un appel à la psychologie spiritualiste. Un traité philosophique sur la nature et la constitution de l'homme*, par Georges Harris.

— *Le mécanisme de l'homme, réponse à la question : Que suis-je?* par Edouard W. Cox.

— Les « Notes et Nouvelles » donnent le compte rendu des deux séances de l'Association médico-psychologique tenues à Glasgow (3 mars) et à l'hôpital de Bethléem (10 mai). La première de ces réunions, présidée par le Dr Gairdner, a été marquée par une discussion intéressante sur la paralysie générale sans lésion de l'intelligence. Les docteurs Clouston, Stainthorpe Yellowlees, Robertson et Rutherford ont pris tour à tour la parole sur cette affection qu'on s'est attaché à distinguer de l'ataxie locomotrice et à localiser dans l'encéphale. Le Dr Yellowlees a proposé de combattre l'onanisme par une opération tant soit peu barbare. Elle consiste à percer le prépuce à la racine du gland avec une aiguille en argent. L'érection est rendue par ce moyen horriblement pénible. Ce médecin dit avoir ainsi guéri des masturbateurs de leurs habitudes vicieuses. Le même médecin a présenté une pompe stomacale de son invention.

A Bethleem-hospital, la séance était présidée par le Dr Rogers. Le Dr Harrington Tuke a lu un mémoire sur les symptômes d'aliénation mentale pendant l'incubation de la fièvre. Ce mémoire a été suivi d'une courte discussion sur les accès de manie qui compliquent parfois l'incubation des fièvres éruptives. — On s'est occupé ensuite, à propos du mémoire du Dr Shaw, de la déformation du palais chez les idiots, et le Dr Tuke a eu, par la lecture de son laborieux travail sur l'hôpital de Bethléem, tous les succès qu'il devait attendre. La séance a été levée sur l'exhibition de préparations microscopiques d'anatomie normale et pathologique du cerveau, par le Dr Savages.

©BIUM

(4e trimestre 1876).

SOMMAIRE

William Parsey. — *Adresse du président à l'assemblée annuelle de l'association médico-psychologique* tenue le 28 juillet 1876.
T. S. Clouston. — *Sur la question du choix, de l'éducation et de la conservation de bons serviteurs pour les asiles.*
Ringrose Atkins. — *Cas d'aphasie soudaine et complète* etc.
Joseph Lalor. — *Quelques remarques sur les mesures à prendre en vue de l'accroissement du nombre des aliénés de toutes classes, et sur les meilleurs moyens de pourvoir à leur éducation.*
Dr Peddie et Dr Bucknill : *Lettres sur les rapports entre la folie et l'intempérance.*
Notes et cas cliniques. — Notes du trimestre. — Notes et nouvelles.

Ce numéro contient encore deux articles intitulés : 1° *Sur la fréquence des causes de l'aliénation mentale chez les anciens* par le Dr Hack Tuke, et *Torquato Tasso*. Ces deux articles devant être continués, nous en donnerons plus tard l'analyse complète.

— En prenant possession du fauteuil présidentiel, à la séance annuelle de l'Association médico-psychologique tenue à Londres le 28 juillet 1876, le docteur William Parsey a prononcé une allocution des plus instructives. M. Parsey est un vétéran des asiles d'Angleterre; il est élève de Conolly et a contribué dans la mesure de ses forces à la transformation du traitement des aliénés. Les réformes de Pinel, inaugurées en Angleterre par Conolly, eurent d'abord des difficultés sérieuses pour s'accomplir. Les tentatives faites par les plus sincères partisans du non-restraint manquaient de hardiesse, n'étant pas inspirées par la confiance dans l'existence d'un libre arbitre latent chez l'aliéné et dans la curabilité du cerveau malade. A part les distractions et le travail prescrits au malade sous une surveillance rigoureuse, on se hasardait difficilement à lui accorder le droit de se contrôler lui-même, et l'orateur se rappelle encore l'émotion qu'il éprouva lorsqu'il autorisa pour la première fois dans son asile le mélange des sexes et qu'il organisa des bals, des promenades et des divertissements de toute nature.

Les asiles et les malades étaient alors en petit nombre. Les communications, et par suite l'échange des opinions et de l'expérience étaient d'une grande difficulté; de là la marche lente du progrès qui trouvait un obstacle de plus dans les idées

©BIUM

enracinées de l'époque, dans la croyance à l'intervention de l'esprit malin dans la production de la folie.

Après avoir dit quelques mots du non-restraint, dont l'application soulève tant de dissidences parmi ses partisans; après avoir rappelé les dénonciations publiées par le journal « The Lancet » contre les aliénistes d'Amérique, au sujet desquels il entend rester sur la réserve, l'orateur aborde l'objet principal de son discours, qui est la recherche d'un moyen d'assistance nouveau pour les malades chroniques incurables.

L'idée d'ajouter au workhouses des comtés ruraux des quartiers d'aliénés est peu pratique. Leur exiguité se prête difficilement à cette combinaison, à moins de faire des dépenses considérables, difficiles à concilier avec la loi du pays (Poorlaw-Union). Y arriverait-on d'ailleurs, le résultat serait mauvais et mériterait les mêmes critiques que la réunion des workhouses de ville avec les quartiers d'aliénés. Le docteur Parsey n'est pas plus favorable à l'érection d'asiles spéciaux sur les ressources de deux ou trois comtés ruraux et de populations disséminées sur une grande étendue. Ce mode d'assistance présente des inconvénients sérieux. Il y aurait de grandes difficultés pour transporter à des distances éloignées, par de mauvais chemins, les malades infirmes; l'humanité s'oppose ensuite à ce qu'on sépare les aliénés de leurs familles pour le reste de leurs jours.

Dans les districts populeux et agglomérés, il serait possible d'alléger les asiles existants en construisant des établissements de second ordre, où l'entretien des malades incurables serait d'un prix moins élevé. On trouverait aisément pour ces nouveaux asiles un emplacement convenable, également rapproché de l'asile principal et des districts. Un conseil d'administration serait chargé de régler les transferts des malades.

Il faut regretter que la législation actuelle, qui répartit entre deux pouvoirs le contrôle des aliénés, soit un obstacle à cette innovation. Si le principe de l'unité de direction était une fois établi, les aliénés des grands districts pourraient être distribués dans des asiles de différents degrés, dans un but vraiment curatif. Tous ces asiles seraient administrés uniformément et leur entretien serait à la charge du trésor et des contribuables des diverses localités. Ces asiles reviendraient plus cher que le traitement dans les workhouses, mais on aurait l'avantage de pouvoir retirer de ces derniers établissements les aliénés qui y sont dans des conditions très-fâcheuses. La

©BIUM

ville de Birmingham a une population de 400,000 habitants ; son asile, qui est encombré, contient 650 malades environ. Son workhouse en loge 250 autres, et plus de deux cents sont en liberté dans la ville. Il est donc temps de prendre des mesures définitives. Il est vrai qu'un asile de 500 places pour les aliénés chroniques va être construit à une certaine distance de la ville, mais il sera insuffisant, et l'on pourrait encore, sous le patronage du gouvernement et avec la coopération des districts mineurs des environs, fonder un établissement dans le genre de ceux de Caterham et de Leavesden.

Le Dr Parsey étudie ensuite longuement le système familial appliqué en Ecosse. Le mécanisme en est fort simple. Pouvoir est donné au « Scotch-board » et, sous sa responsabilité, aux inspecteurs des pauvres, d'autoriser les paysans et les petits propriétaires à recevoir des aliénés. Le nombre des malades pouvant être admis dans une maison est de quatre au plus (il a été depuis réduit à deux.)

Ce service est placé sous la direction des inspecteurs des pauvres qui exercent leur contrôle non-seulement sur les propriétaires autorisés, mais aussi et surtout sur les malades. Aux renseignements puisés dans le mémoire du professeur Jolly, que nos lecteurs connaissent déjà, l'orateur ajoute de nouveaux détails, empruntés à un médecin de ses amis sur le village de Kernowey. Il faut constater, d'après lui, que le système est passible d'un reproche très-grave, l'irrégularité de la position matérielle des pensionnaires qui peut être fort confortable ou précaire suivant la maison où ils ont été placés. On accorde trop facilement aux paysans qui la sollicitent l'autorisation de prendre des aliénés, et l'on ne s'assure pas assez de l'état de leur fortune et de leur valeur morale.

En Écosse, le système familial est mis en pratique chez 22 p. 100 des aliénés pauvres ; une proportion de 70 p. 100 est maintenue dans les asiles des différentes catégories. Le reste, à peu près 8 1/2 p. 100, est confiné dans les quartiers des poor-houses. En Angleterre et dans le pays de Galles, 61 p. 100 des aliénés sont dans les asiles ; les workhouses, en y comprenant les grands asiles métropolitains, en contiennent plus de 27 p. 100, et 12 p. 100 sont placés chez leurs parents et leurs amis. La proportion des aliénés pauvres maintenus dans les asiles en Écosse est plus grande qu'en Angleterre. L'application du système familial en Angleterre aurait pour résultat non d'alléger les asiles, mais de désencombrer les workhouses.

©BIUM

Examinant ensuite la question économique, M. Parsey arrive à cette conclusion : que l'application du système familial en Angleterre reviendrait au prix le plus élevé payé en Écosse, et serait d'un prix plus élevé que le traitement dans les workhouses. Aussi pense-t-il qu'on n'adoptera pas cette réforme tant qu'il y aura de la place dans ces derniers établissements, et encore voudra-t-on peut-être continuer, quand il n'y en aura plus, à loger les aliénés chez leurs amis. Cette pratique, qui est aussi répandue dans les comtés ruraux que le système familial en Écosse, avec lequel il ne faut pas la confondre, est surtout mauvaise dans les localités très-populeuses, où l'aliéné se trouve dans des conditions d'hygiène et de milieu qui compromettent sa santé mentale et physique.

Dans les districts ruraux toutefois, on pourra favoriser, si la question économique ne s'y oppose, le système du traitement libre, tel qu'il est appliqué déjà dans un ou deux comtés d'Angleterre. On pourra autoriser à recevoir des malades les localités voisines de l'asile. L'échange et le déplacement des malades se feront sans grande difficulté sous la surveillance de la loi, et les malades traités au dehors pourront même être visités par le personnel de l'établissement.

Mais on n'oubliera pas, en adoptant cette innovation, qu'on court des risques sérieux. Ce n'est pas impunément, en effet, qu'on accorde à des aliénés la liberté, même avec des restrictions, et l'on devra s'attendre à voir grossir le nombre des suicides et à constater des infractions plus ou moins graves aux lois.

— Le recrutement des bons surveillants est une question capitale pour tout directeur d'asile. C'est la « question des questions », comme l'appelle justement M. le Dr Clouston dans les réflexions excellentes qu'il a lues à la Société médico-psychologique, dans la séance du 18 juillet 1875. Du court aperçu statistique contenu dans cette note, il résulte que les asiles d'Angleterre renouvellent fréquemment leur personnel. Si un petit noyau de bons sujets demeure acquis aux établissements d'aliénés, plus de la moitié des 6,000 gardiens de la Grande-Bretagne forme une population flottante, et la durée moyenne du service d'un gardien est inférieure à deux ans. Cette pénurie de bons surveillants a conduit M. Clouston à rechercher la solution d'un triple problème : bien choisir les sujets, les former, les fixer à l'asile.

©BIUM

Il établit d'abord un fait qui ne sera contesté par aucun homme d'expérience, c'est que toutes les classes de la société, tous les âges peuvent fournir de bons gardiens d'aliénés. Il est sceptique à l'endroit des motifs qui déterminent un homme ou une femme à embrasser cette ingrate profession. On en trouve fort peu qui le fassent par pure philanthropie. Dans le cours de treize années, notre confrère a pu mettre la main sur un de ces rares sujets. On se défiera généralement des candidats bien élevés et trop instruits, ce sont presque toujours des individus tarés. M. Clouston a consulté souvent les surveillants en chef, et ils lui ont toujours répondu que les meilleurs gardiens se recrutent parmi les garçons de ferme et les servantes, et encore cette dernière classe ne fournit-elle pas aux asiles ce qu'elle a de mieux. Le gardien ayant été plus ou moins heureusement choisi, il s'agit de le former. Selon les préceptes tracés par l'auteur distingué de cette note, il sera dès son entrée l'objet de soins spéciaux. On lui remettra un règlement qui lui tracera sa conduite, en lui recommandant de s'en pénétrer. Il sera ensuite placé comme second gardien dans un quartier de malades, avec un camarade âgé et expérimenté. Il assistera régulièrement aux visites médicales, écoutera les renseignements fournis au médecin par son camarade et bientôt sera capable d'observer les malades lui-même et de rendre compte de ce qui s'est passé dans son service. M. Clouston demande qu'on procède à l'instruction régulière des surveillants. Il veut qu'on leur fasse dans une salle *ad hoc* un véritable cours; qu'on leur montre des types d'aliénés; qu'on leur inculque enfin des connaissances théoriques.

Lorsque l'asile sera en possession de bons sujets, il est indispensable, pour les y fixer définitivement, de leur faire aimer leur profession. C'est dans ce but que M. Clouston propose les mesures suivantes :

1° Elever progressivement le chiffre des salaires.

2° Assurer aux gardiens une retraite.

3° Ordonner qu'ils pourront être changés d'un asile dans un autre avec avancement et sans perdre leurs droits à une pension.

4° Relever la profession en développant l'esprit de corps; créer des diplômes; organiser une association générale des gardiens.

5° Les traiter avec bonté, s'intéresser à leurs affaires, leur accorder des congés, faciliter le mariage chez les hommes.

©BIUM

6° Les stimuler par la perspective de l'avancement.

7° Développer chez les gardiens le goût de l'épargne.

8° Rendre leur existence aussi agréable que possible par des récréations, des congés ; favoriser la satisfaction de leurs désirs naturels.

9° Enfin donner toute l'influence possible à l'élément dirigeant des asiles: corps médical, aumônier, premières surveillantes.

— Le sujet de l'observation rapportée par M. Ringrose Atkins, est une femme âgée, atteinte d'imbécillité. Cette malade est très-douce de caractère et a des habitudes propres. Elle s'exprime lentement et avec emphase. Elle montre volontiers sa langue qui est d'une longueur démesurée.

Quatre mois avant les accidents graves qui ont déterminé la mort, elle a eu un érysipèle de la face et du cuir chevelu, qui a parfaitement guéri. Pendant le cours de cette affection, elle était devenue très-apathique, mais elle conservait l'usage de la parole.

Le 19 mars 1876, elle est prise de toux, et deux jours après elle a une attaque. On la trouve assise près du feu, balançant la tête d'une façon particulière. Elle est stupide et aphasique. Elle se lève à l'approche du médecin et fait des efforts pour répondre, mais ne peut y arriver; les lèvres sont soulevées à chaque inspiration. Il lui est impossible de montrer sa langue. Enfin on constate une hémiplégie droite incomplète avec conservation de la sensibilité directe et réflexe. Il n'y a pas de convulsions ni de spasmes musculaires.

Elle meurt le dixième jour. Le mouvement était retourné en partie dans le côté du corps hémiplégié, mais la malade n'avait pas recouvré la parole. La mort a été causée par l'hypostase pulmonaire.

A l'autopsie, on constate l'asymétrie du crâne, qui avait été méconnue pendant la vie. Le crâne a conservé dans sa structure le caractère infantile. Il y a adhérence de la dure-mère à l'os le long du sinus longitudinal supérieur et à l'arachnoïde au niveau de la grande fissure longitudinale. Quatre onces de sérosité environ s'échappent à l'ouverture. A la surface inférieure de la portion postérieure des circonvolutions frontales gauches se voit un nombre considérable de vaisseaux tortueux se dirigeant en dehors, dans la scissure de Sylvius. L'un de ces vaisseaux est

©BIUM

obturé complètement par un détritus granuleux ; il est saillant sous le doigt et se dirige dans l'épaisseur de la pie-mère vers l'insula de Reil ; cette membrane ne peut être détachée des circonvolutions sans arracher des fragments de substance cérébrale. Les circonvolutions qui présentent cette lésion sont : l'extrémité et la portion inférieure de la partie postérieure de la troisième frontale vers le bord du sillon précentral, et une petite partie du bout de la circonvolution antérieure centrale (Ecker), à l'endroit où elle se réunit avec la troisième frontale et la centrale postérieure pour former l'operculum ; le ramollissement s'étendait en dedans, envahissant l'insula de Reil sur un espace de la largeur d'un florin.

L'hémisphère droit présentait au niveau du lobule pariétal et des première et deuxième circonvolutions occipitales des foyers multiples de ramollissement consécutif à des hémorrhagies anciennes.

Mais la lésion la plus remarquable existait dans la substance du corps calleux où la dissection fit découvrir un petit caillot de la dimension d'une pièce de trois pence. Il est formé par trois petits caillots contigus, enkystés. Cette lésion est située un peu antérieurement au centre du corps calleux, à un demi-pouce environ à gauche de la ligne médiane, elle est plus rapprochée de la surface inférieure et sa position exacte correspond au tiers postérieur du corps strié gauche qu'elle n'intéresse pas visiblement. Ce caillot n'a aucune connexion avec les lésions décrites aux circonvolutions frontales.

Le Dr Ringrose Atkins a donné, dans un commentaire savant et très-étendu, une explication ingénieuse de la succession des phénomènes morbides chez cette malade. On est frappé, en lisant l'observation, de voir avec un âge différent des lésions de l'insula et du corps calleux, l'aphasie et l'hémiplégie se manifester simultanément. Il y a là une contradiction apparente dont notre confrère est heureusement parvenu à se rendre compte.

Heubner a démontré récemment que la troisième circonvolution frontale est nourrie par la première branche du second ordre de vaisseaux fournis par l'artère cérébrale moyenne, et l'insula de Reil par un réseau artériel de la pie-mère qui provient notamment des petits rameaux latéraux qui sont fournis par les branches de l'artère de la fosse de Sylvius. C'est la thrombose d'un ou plusieurs de ces vaisseaux, qui a été constatée à l'autopsie, qui a produit pendant l'affection erysipélateuse le

©BIUM

ramollissement consécutif de la troisième circonvolution frontale.

L'aphasie ne s'est pas montrée immédiatement, mais seulement plus tard avec l'hémiplégie, ce qui nous oblige à admettre que cette dernière n'a pas été étrangère à la perte du langage. Voici, d'après notre confrère, comment les choses ont dû se passer.

Lorsque le ramollissement de la partie inférieure de la troisième frontale a interrompu la communication de ses fibres avec le corps strié, cette portion de l'organe a perdu ses fonctions; mais la partie supérieure de la circonvolution a conservé ses connexions avec ces ganglions, en partie par les fibres radiées du corps strié. Elle a gardé en outre ses rapports avec le corps strié droit par les fibres commissurales du corps calleux et la circonvolution frontale inférieure droite. La troisième frontale gauche a donc pu conserver ses fonctions grâce à la synergie des corps striés.

Mais l'hémorrhagie du corps calleux, qui a déterminé les phénomènes morbides ultimes, a brisé les fibres commissurales; la communication de la troisième frontale gauche avec le corps strié droit s'est trouvée interrompue et l'aphasie a été produite. La commotion cérébrale et la compression exercée par l'hémorhagie sur le corps strié gauche ont déterminé l'hémiplégie partielle, qui a pu diminuer graduellement au fur et à mesure que le corps strié gauche a repris ses fonctions. L'aphasie, au contraire, ne devait pas disparaître à cause de la persistance de la division des fibres qui relient la troisième circonvolution frontale gauche aux deux corps striés.

L'auteur établit ensuite par une étude topographique des lésions, qu'elles correspondent exactement aux différents sièges occupés par la paralysie, à la langue et à la face, et que son observation est confirmative des expériences du professeur Ferrier. Un autre point à signaler dans cette observation, ce sont les résultats négatifs qui ont suivi la destruction des circonvolutions postérieures à la scissure de Rolando. Cette étude savante et pleine d'intérêt, que nous sommes contraints d'abréger, se termine par une dissertation remarquable sur les fonctions du corps calleux.

— Un comité spécial nommé par la « Charity organization Society » s'est récemment occupé des mesures à prendre dans l'intérêt des idiots, imbéciles et aliénés inoffensifs. M. le

©BIUM

Dr Lalor vient lire à la société médico-psychologique une note à ce sujet et demander à ses confrères de soutenir avec lui les intérêts des asiles d'aliénés. Deux questions ont été discutées au sein de cette société. Les idiots et les aliénés inoffensifs pourraient-ils trouver dans les asiles les éléments d'un traitement complet, ou convient-il de créer des établissements séparés, organisés spécialement pour l'éducation de ces malades ?

Notre confrère fait remarquer que les asiles de comtés, pour être parfaits, doivent être pourvus des moyens nécessaires à la pédagogie et à l'éducation des idiots. Il est donc indispensable de les améliorer à ce point de vue, et ils pourront alors être utilisés pour le traitement de l'idiotie en même temps que pour celui des autres maladies mentales.

La dépense nécessitée pour la construction de bâtiments nouveaux et l'entretien du service administratif et religieux pour les deux catégories de malades, serait moins forte en réunissant les idiots et les aliénés ordinaires dans le même établissement, en affectant aux premiers des pavillons séparés sous la même administration. Réunir ces deux institutions c'est les rendre florissantes, tandis que leur séparation se fera au détriment de l'une et de l'autre.

La récente lettre de M. le Dr Bucknill sur les buveurs, dont nous avons donné le résumé rapide, ne pouvait manquer de provoquer des réclamations. M. le Dr Peddie, qui a été cité dans cette lettre, écrit à son tour à l'éminent aliéniste pour se plaindre d'avoir été mal compris par lui, et déclarer que ses opinions sont entièrement conformes à celles du Dr Clouston. Il reproche au docteur Bucknill d'abuser de sa haute position scientifique pour entraver les louables efforts tentés par des milliers de médecins pour arrêter les progrès désastreux de l'intempérance, qu'on la considère comme un vice ou comme une maladie. Dans ses propres travaux, M. Peddie a distingué l'affection mentale du vice vulgaire. Il croit devoir admettre la dipsomanie. Cette maladie n'est sans doute pas connue dans les asiles, où suivant M. Bucknill lui-même, elle existe concurremment avec d'autres affections mentales. Par contre, elle est d'une observation commune dans la pratique ordinaire où le médecin sait la différencier parfaitement de la simple défaillance morale. Enfin, M. Peddie cite des extraits de son mémoire qui contient l'histoire complète de la dipsomanie, et il conclut en affirmant que cette classe de malades réclame

©BIUM

un traitement différent de celui auquel sont soumis les aliénés ordinaires.

M. Bucknill a risposté par une nouvelle lettre adressée au directeur du «Mental Science ». Le Dr Peddie l'accuse à tort de l'avoir mal compris et surtout de ne pas l'avoir lu. Il démontre le contraire par nombre de citations empruntées au Dr Peddie, dont il se fait un devoir de combattre les idées. S'emparant des réponses faites par ce dernier devant le « Dalrymple's Select Committee», il s'élève vivement contre ses opinions, lorsqu'il soutient par exemple qu'un homme peut être un buveur aliéné bien qu'il soit, lorsqu'il est sobre, en complète possession de ses facultés mentales. Le Dr Peddie prétend qu'il ne trouve aucune difficulté à déterminer si un homme a perdu le contrôle de ses actes. C'est, dit-il, une simple affaire de diagnostic, et il ajoute que ce diagnostic n'est pas plus difficile que celui de n'importe quelle forme d'aliénation mentale. M. Peddie se montre alors peu conséquent en proclamant l'incompétence des aliénistes à poser ce diagnostic, sous prétexte qu'ils ont rarement l'occasion de voir de vrais dipsomanes. Le comité de Dalrymple a montré plus de confiance que M. Peddie dans les spécialistes, puisqu'il a fait appel aux lumières des Crichton Browne, Skae, Mitchell, Nugent, Boyd et Mould.

Cette lettre se termine par une critique énergique de cette fausse philanthropie qui pousse à la construction d'établissement confortables pour le traitement des buveurs des classes élevées; on ne voit pas que le vice odieux qu'il s'agit de combattre fait surtout ses ravages dans le peuple et que c'est sur lui que doit se porter l'intérêt. Il rend justice toutefois à son confrère qui a demandé la création de quatre grands asiles pour les buveurs pauvres; il a demandé aussi qu'on leur réserve des quartiers spéciaux dans une partie séparée des poor-houses, ainsi que dans les prisons pour les criminels buveurs. De même qu'il veut doter les établissements pour les classes riches de tout le confort possible, de même il veut que, dans les *reformatory wards*, le travail soit rendu agréable aux pensionnaires pauvres par un système de récompenses et de gratifications.

M. Bucknill fait remarquer que si ces mesures sont philanthropiques, elles sont loin d'être scientifiques, et il finit par une réflexion qui ne manque pas de malice. Tout le monde, avec la perspective de l'existence promise par le Dr Peddie dans ces établissements, voudra devenir ivrogne pour avoir le plaisir

©BIUM

de s'abriter sous son aile ; et il ne restera plus sur la terre qu'un seul homme sobre, M. le Dr Peddie.

Les « Notes et Cas cliniques » mentionnent quelques essais heureux tentés avec l'hyosciamine dans le traitement de la manie par le Dr Lawson, de l'asile de West-Riding. Cet alcaloïde paraît surtout indiqué dans la manie sthénique. Il agit en substituant à l'état maniaque aigu une forme d'agitation moins violente, qui disparaît à son tour pour faire place au calme.

Le médicament a été administré à trois maniaques et à un épileptique agité avec un plein succès, après que d'autres calmants, tels que le bromure de potassium, l'hydrochlorate de morphine, etc., avaient entièrement échoué. Mais on est surpris en lisant ce travail des doses énormes qui ont été données. Les malades en ont pris jusqu'à un grain et un grain et demi. L'effet est rapide, et le malade ne tarde pas à tomber dans un sommeil profond. Bien peu de médecins, croyons-nous, auraient la hardiesse d'administrer d'un seul coup 0,09 centigrammes d'hyosciamine, surtout dans le seul but de réprimer les écarts des malades indociles, sans autre indication que de couper court à leurs violences.

Dans le même asile a été observé un curieux cas de manie érotique chez un homme de soixante-cinq ans. C'était une seconde attaque, succédant à un calme de plus de vingt ans que le malade avait passés dans l'établissement. A son entrée, il était âgé de trente-huit ans, en 1849. Son affection mentale était une manie avec des idées érotiques : il prenait les hommes pour des femmes, tenait des propos obscènes ; il présentait en outre un délire des richesses et des grandeurs. Au bout de six ans, en 1855, il recouvra le calme, et sa débilité mentale le fit garder à l'asile, où il se rendait utile.

En avril 1876 s'est manifestée une nouvelle attaque, entièrement semblable à la première, malgré l'âge avancé du malade. Nous relevons dans l'observation un détail singulier. Le malade prend pour une femme et appelle « Fanny » l'un des gardiens de l'asile, qui était précisément lors du premier accès, sous le même nom, l'objet de ses tendresses.

Les *Notes de ce trimestre* sont nombreuses et variées.

— A la troisième réunion générale de l'association médicale anglaise, M. le Dr Bucknill, avec l'assentiment du conseil, a pris la défense des aliénistes américains récemment attaqués par le journal « the Lancet ».

©BIUM

Cette feuille s'est fait l'écho d'imputations calomnieuses dirigées par les journaux d'Amérique contre plusieurs médecins honorables, entre autres le Dr Nichols. Or, la presse américaine est peu soucieuse de la réputation des citoyens qu'elle attaque fort légèrement. Il suffit, dit M. Bucknill, d'appartenir à un parti politique opposé pour être insulté impunément par un journal.

Les articles publiés contre le docteur Nichols ont été inspirés par la malveillance, et une enquête a déjà démontré jusqu'à l'évidence le caractère calomnieux de ces articles.

— Ce chapitre donne ensuite des extraits du rapport de l'asile royal d'Edimbourg pour 1875. Sous le titre « intempérance et aliénation mentale, » sont fournis quelques renseignements statistiques intéressants.

Il est très-difficile, lorsqu'un aliéné entre à l'asile, de mettre en lumière l'étiologie de l'affection mentale, d'abord parce que les causes sont multiples, ensuite parce que les renseignements manquent. A l'asile d'Edimbourg, ils ont fait défaut sur 17 pour 100 des admissions.

L'intempérance figure comme cause principale chez 48 malades sur 257 entrées, soit une proportion de 20 pour 100. La folie alcoolique se présente sous deux formes : la forme transitoire, curable, et la forme incurable, symptomatique d'une affection des centres nerveux. Sur 50 malades, il y en a 30 curables et 20 incurables. Les cas incurables proviennent surtout des centres industriels, des populations de mineurs; ils sont relativement rares dans les comtés ruraux. L'intempérance est relativement plus fréquente chez les riches.

Notre confrère s'occupe ensuite de la dipsomanie et déclare qu'il ne lui a jamais été donné d'observer le simple désir irrésistible de boire, isolé d'autres symptômes d'aliénation mentale. Examinant ensuite la fréquence des causes physiques et des causes mentales dans la production de la folie, il a constaté que les premières sont plus fréquentes chez les pauvres, les deuxièmes chez les riches.

— Le même rapport consacre quelques lignes à une aliénée, morte à l'asile, qui avait fait beaucoup parler d'elle avant d'être séquestrée. Cette femme avait fait un grand nombre de dupes dans la plus haute société. Son esprit était fécond en ressources pour voler, et il est assez curieux de remarquer que son adresse et ses vices étaient le résultat de l'aliénation men-

©BIUM

tale. Douze mois avant son admission à l'asile son existence était honnête et régulière.

Notre confrère constate le nombre relativement considérable de guérisons dont l'asile a été favorisé depuis trois ans. En effet, la population des malades inscrits n'a pas augmenté pendant cette longue période.

Ce fait extraordinaire doit être attribué, selon lui, à la proximité de la ville qui permet aux malades d'être visités fréquemment par leurs familles, et facilite en même temps les sorties à titre d'essai.

— Le « Times » du 24 juillet donne le compte rendu d'un procès dont le « Mental Science » s'occupe aujourd'hui.

Les assises de Maidstone ont eu à juger un ouvrier qui, à l'arsenal de marine, a tué son camarade d'un coup de doloire. Sans entrer dans le détail de cette affaire, nous noterons seulement que cet homme était évidemment coupable, mais qu'il était sujet à des vertiges, à des impulsions. Il avait été en traitement, en 1872, à l'asile de Barming pour une mélancolie avec délire religieux; en outre, son grand-père et au moins une de ses sœurs étaient aliénés. Il a été acquitté par le jury, mais il importe de reproduire les conclusions présentées par le juge. « Peu importe, dit ce magistrat, qu'un homme soit » fou, ou qu'il soit sujet à des impulsions irrésistibles. Il ne » doit pas être absous pour ce fait, s'il a su ce qu'il faisait et » s'il a su qu'il avait tort de le faire. » Notre confrère critique avec raison cette appréciation du juge, qui l'a encore exprimée quelques jours après aux assises de Croydon.

— L'hôpital des aliénés d'Alabama possède un journal, une petite feuille que se nomme le *Meteore*. Ce journal publie une curieuse lettre que lui adresse un correspondant anonyme. C'est une description des souffrances morales que ressent un individu affecté d'une névrose bizarre. Cet homme, qui paraît fort instruit et intelligent, s'est déjà placé volontairement dans les asiles, qui ne veulent pas de lui. Il croit que les personnes qui l'entourent ont le pouvoir de lire dans son esprit, de scruter sa pensée et même de lui communiquer des sensations étranges, tantôt agréables, tantôt pénibles. Il est très-malheureux et recommande l'étude de sa maladie aux médecins spécialistes.

M. Georges Darwin a publié dans le journal de la société sta-

©BIUM

tistique (mois de juin 1875) le résultat de ses recherches sur les mariages entre cousins. La proportion de ces mariages pour toute l'Angleterre ne dépasse pas 3 p. 100. Chez les aliénés, elle n'est pas plus grande que dans le reste de la population, ce qui ferait supposer que les mariages consanguins sont sans influence sur la production de la folie et de l'idiotie. La consanguinité ne joue pas un rôle plus évident dans la production de la surdi-mutité. M. Darwin a consulté un grand nombre d'aliénistes, mais les renseignements qu'il en a obtenus sont contradictoires. La question de la consanguinité est donc toujours pendante.

— La « Revue » donne l'analyse des rapports du West Riding Asylum. Les travaux publiés dans ce recueil sont nombreux, en voici l'énumération : Influence du régime sur l'épilepsie (Dr Merson); maladie de Menière (Dr Ferrier); action physiologique de l'hyosciamine (Dr Lawson) ; étude micrographique des gros troncs nerveux dans la paralysie générale et l'atrophie sénile (M. Bewan-Lewis); entretiens sur l'épilepsie (Dr Huglings Jackson) ; emploi de la nicotine, de l'atropine, de l'aconitine, de l'hydrate de chloral, du nitrite d'amyle, de l'acide prussique, de la strychnine, de l'hyosciamine, de la morphine, du nitrate d'amyle combiné avec l'atropine, de chacune de ces substances, associée avec la picrotoxine (Dr Arbuckle); six cas d'hématome de l'oreille (Dr Lennox Browne) ; histologie morbide du cerveau chez les animaux inférieurs (Dr Major); hyperémie cérébrale (Dr Milner Fothergill) ; sur les attaques épileptiformes dans la paralysie générale (Dr Newcombe) ; fonctions de la couche optique (Dr Crichton Browne); le chloral dans l'épilepsie (Dr Wallis) ; état du larynx dans la paralysie générale (Dr Lennox Brown).

— Les « Notes et Nouvelles » donnent le compte rendu de l'assemblée générale annuelle de l'association médico-psychologique qui s'est tenue au collège royal des médecins, à Londres, le 28 juillet 1876. La séance du matin a été consacrée au renouvellement du bureau. Le Dr Parsey occupe le fauteuil pour cette année. Le président a été nommé pour l'année suivante, c'est M. Blandford.

La réunion du soir a été marquée par des discussions d'un grand intérêt pratique. Mais auparavant, mentionnons le discours éloquent prononcé par M. Bucknill pour la défense de ses confrères d'Amérique, qui ont reçu à cette occasion des témoignages énergiques de sympathie de la part de l'association. La

©BIUM

résolution suivante a été adoptée : *L'Association, tout en réservant son opinion sur la question générale du traitement des aliénés en Amérique et sur les sujets qui sont actuellement l'objet d'une enquête, désire exprimer son estime pour les médecins qui traitent les aliénés aux États-Unis, et sa sympathie pour ceux qui ont été en butte à des accusations et des imputations mal fondées, soit aux États-Unis soit dans ce pays.*

Ensuite ont été discutés les mémoires des docteurs Clouston et Lalor (recrutement et éducation des gardiens d'aliénés). A propos des gardiens d'asile, une opinion a trouvé beaucoup d'adhérents, c'est celle qui veut qu'on admette des femmes comme surveillantes dans les quartiers d'hommes. Elle a été soutenue par M. Mould et M. Bucknill. Ce dernier est d'accord avec le Dr Clouston pour favoriser le mariage des gardiens.

Les idées du Dr Lalor ont trouvé un contradicteur compétent en M. Hack Tuke, qui est d'avis que les idiots doivent être traités dans les établissements séparés des asiles.

La société d'organisation spéciale de charité a d'ailleurs pensé comme le Dr Hack Tuke, et elle a voté, après discussion, un ensemble de résolutions dont les principales sont les suivantes :

Les idiots ne doivent pas être associés avec les aliénés des asiles, ni avec les pauvres des « Unions »; ils peuvent être élevés à l'école avec d'autres enfants.

L'assistance convenable des idiots ne peut être pratiquée qu'avec le concours de l'État.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Rapport adressé à M. le préfet de Meurthe-et-Moselle sur l'asile d'aliénés de Maréville; par M. le Dr Giraud, directeur de l'établissement. 1 broch. in-8. Nancy, 1879.

Chaque année les médecins et les directeurs des asiles d'aliénés sont tenus de consigner dans un rapport les faits principaux qui se sont passés dans le courant de l'année. Mes honorables confrères ne me démentiront pas si je dis que ces rapports n'offrent en général qu'un intérêt *local*, et qu'ils se ressemblent tous plus ou moins. C'est que les aliénés étant partout les mêmes, et nos asiles étant tous soumis aux mêmes règles, étant dirigés d'après les mêmes principes généraux, il en résulte que dans tous ces rapports il ne saurait y avoir de différences bien tranchées. Les directeurs parlent des économies qu'ils ont su réaliser et de l'emploi judicieux qu'ils en feront. Les médecins racontent combien ils ont eu d'entrées, de sorties, de guérisons, de décès; ils y ajoutent en général quelques observations choisies parmi les plus intéressantes de l'année. Rarement ces rapports voient le jour : ils vont rejoindre dans quelque carton poudreux leurs camarades des années précédentes. Et si d'aventure il se trouve un médecin qui croie devoir mettre dans son rapport les vœux ou les *desiderata* dont l'expérience lui a montré l'urgence, il y a fort à parier que ces vœux ne troubleront la quiétude de personne. J'en parle par expérience.

Le rapport dont je veux dire quelques mots sort de l'ornière habituelle : c'est un plaidoyer *pro domo sua*; à ce titre il a quelque chose de personnel.

Le rapport général sur le service des aliénés (1), publié l'an dernier, terminait son article sur Maréville par la phrase sui-

(1) Rapport général à M. le ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1876, par les inspecteurs généraux du service.

©BIUM

vante : « Si donc, par le chiffre de sa population, Maréville est » le plus important de nos asiles publics, il est loin d'être un » des meilleurs. »

Le compliment pouvait paraître maigre, et M. Giraud, qui depuis quinze ans dirige cet asile, ne s'est pas senti flatté. Au fond je ne crois pas que le rédacteur de l'article ait voulu faire de la peine à un vétéran de l'administration ; mais la forme n'était pas gracieuse. Elle prêtait à une équivoque qui certes était loin de la pensée des inspecteurs ; car mieux que personne MM. les Inspecteurs savent que la qualité d'un asile dépend beaucoup moins de la configuration des bâtiments, que de l'esprit qui y règne, du zèle et de l'activité que directeur et médecins apportent dans l'exercice de leurs fonctions, de l'impulsion qu'ils savent donner au personnel placé sous leurs ordres. Je ne crois pas d'ailleurs commettre d'indiscrétion en disant qu'une voix autorisée, celle de M. l'inspecteur général Constans, s'est hâtée de calmer les susceptibilités de M. Giraud.

A l'époque où M. Giraud a pris la direction de Maréville, cet asile sortait de la période de luttes et de difficultés dans laquelle Renaudin avait sacrifié ses forces et sa santé, mais où il avait fini par triompher. Renaudin n'eut pas la joie d'achever son œuvre. Mais il avait singulièrement facilité la tâche de son successeur, à qui il laissait des conditions budgétaires excellentes.

Ce qui cependant restait à faire n'était pas peu de chose : reconstruire successivement les anciens bâtiments qui tombaient en ruines et qui étaient dans de déplorables conditions hygiéniques ; — assurer l'asile d'un approvisionnement d'eau suffisante pour tous les besoins du service ; — étendre progressivement le domaine cultural, — telle était, dans ses principaux traits, la tâche à accomplir, tâche à laquelle M. Giraud a consacré quinze années d'une administration zélée et vigilante.

Deux reproches ont été faits au plan qu'a suivi M. Giraud. Le rapport de l'inspection déplore : 1° que l'on ait entamé le coteau pour asseoir les bâtiments, au lieu de les mettre dans la plaine qui s'étend devant l'asile ; — 2° que l'on ait adopté la construction de pavillons trop considérables.

L'étude attentive des localités ne me permet pas de regarder le premier reproche comme fondé, et je pense qu'il faut au contraire se féliciter que les pavillons aient été étagés sur le coteau. Il en résulte que tous les bâtiments, tous les préaux jouissent d'une vue superbe, qu'ils sont placés dans d'excel-

©BIUM

lentes conditions d'aération, et admirablement exposés au sud et à l'est. Le terrain devant l'asile est bas, humide, marécageux. Il eût fallu d'abord le niveler, et où prendre les terres nécessaires à moins d'entamer le coteau? En outre il eût fallu bâtir sur des terres rapportées, et par conséquent dans de détestables conditions. Mieux valait assurément faire ce qu'a fait M. Giraud, employer les terrains pris dans le coteau pour combler ces bas-fonds et en faire d'excellents champs de culture.

Quant aux pavillons trop grands, je pense, comme M Giraud, que dans un asile de 1,500 malades, il est impossible, à moins de morceler indéfiniment le service, de recourir au système des petites sections. Qu'importe d'ailleurs que le pavillon soit petit ou grand, pourvu qu'il y ait suffisamment d'espace pour le nombre des malades, et que le service soit assuré par un personnel assez nombreux? Du reste l'expérience a parlé. Dans le service que je dirigeais à Maréville, le quartier des déments et gâteux, qui contient près de 200 lits, était l'un de ceux qui par son excellente tenue, frappait le plus les visiteurs, et méritait le plus d'éloges. Je puis rappeler ici l'opinion d'un excellent juge, M. l'inspecteur général Dumesnil, qui en 1877, signala tout spécialement ce quartier.

Quand on veut juger Maréville, il faut se rappeler qu'il date de Stanislas. Il ne pouvait venir à l'idée de personne de faire table rase pour construire un asile de toutes pièces. Il s'agissait au contraire de tirer le meilleur parti de ce qui existait, d'y rattacher les nouvelles constructions, afin d'arriver à un ensemble aussi harmonique que possible. La perfection n'est pas de ce monde : Maréville n'est pas parfait. Mais quand nous voyons, — et je pourrais en citer des exemples, -- des asiles tout neufs, construits sur des terrains absolument nus, et que nous y déplorons tant de lacunes et tant d'imperfections, nous devenons indulgents pour nos vieux asiles, et nous apprécions mieux les avantages qu'on a su y réaliser. Pour moi qui ai eu l'honneur d'être, pendant trois ans, médecin en chef à Maréville, j'affirme que c'est l'un des asiles les plus salubres que je connaisse. Et il ne faut pas oublier qu'il y a une quinzaine d'années l'ophthalmie purulente y sévissait d'une manière presque continue ! Il n'est que juste de faire honneur à notre confrère des progrès qu'ont su réaliser « ses longs et persévérants labeurs ».

M. Giraud s'est souvenu qu'avant d'être directeur il avait été médecin, et quelques pages de son rapport sont consacrées à

©BIUM

des considérations médicales, semblables à celles que renfermait déjà son rapport administratif de 1877. Mais comme, à l'asile de Maréville, le service administratif et le service médical sont absolument séparés, que le service médical y est placé sous la responsabilité exclusive de deux médecins en chef, il en résulte que les considérations ne nous apprennent rien sur le service médical proprement dit de Maréville. Ce sont des généralités qui résument l'expérience scientifique de notre distingué confrère : il y aurait profit à les méditer et à les discuter. Mais par cela même que ce sont des généralités, elles offrent quelque chose de vague et s'appliqueraient aussi bien aux malades de n'importe quel asile; les données médicales précises sur Maréville ne se trouvent que dans les rapports annuels des deux médecins. Il eût été facile d'en faire des extraits, qui, ajoutés au rapport administratif, n'auraient pas manqué d'intérêt.

M. Giraud termine par l'exposé de la situation financière de l'asile. Cette situation est excellente, puisque, après avoir dépensé dans le courant de l'exercice en chiffre rond près de 170,000 francs, savoir : constructions nouvelles (95,000), grosses réparations et transformation d'anciens bâtiments (25,000), réforme de la literie et du couchage (15,000), acquisition de terrains (35,000), il reste un excédant final de 352,000 fr.

Dans ces conditions, notre honorable confrère a le droit de dire que « l'achèvement de l'œuvre entreprise il y a quinze ans, » est aujourd'hui assurée. » Ce sera son honneur de l'avoir menée à bonne fin; et j'espère bien que Maréville restant, alors comme aujourd'hui, l'un des plus importants de nos asiles publics, sera également considéré comme l'un des meilleurs.

Dr J. Christian.

La syphilis du cerveau; par Alfred Fournier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Leçons cliniques recueillies par E. Brissaud, interne des hôpitaux, 1 vol. in-8, Paris, 1879. Victor Masson, éditeur.

Dans la discussion qui a eu lieu récemment à Société médico-psychologique sur les rapports pouvant exister entre la syphilis et la paralysie générale, l'ouvrage de M. Fournier a été bien

©BIUM

souvent cité. A tous égards, il méritait de l'être ; car il constitue, sur la question qu'il traite, la monographie la plus méthodique, la plus complète, étant donné l'état actuel de la science, qui ait été publiée depuis les travaux de Zambaco, de Gros et Lancereaux, etc.

Après avoir consacré trois leçons à des considérations générales et à l'anatomie pathologique des affections syphilitiques du cerveau, l'auteur entre dans le domaine clinique qu'il ne devra plus quitter. Dans la multiplicité des symptômes et des formes morbides qui se sont présentés à lui et qui lui permettent de dire que « la syphilis cérébrale est de nature essentiellement *protéiforme* », M. Fournier s'est attaché surtout à l'étude des formes initiales qui, suivant lui, sont au nombre de six : les formes céphalalgique, congestive, convulsive ou épileptique, aphasique, mentale et paralytique.

La forme mentale est celle qui devra intéresser le plus nos lecteurs. Trois leçons lui sont consacrées. L'auteur signale la très-grande fréquence des troubles intellectuels dans la syphilis cérébrale ; suivant lui, ils s'associent fréquemment aux autres formes initiales et surtout aux formes paralytiques ; rarement ils se montrent isolés. Ces troubles psychiques se divisent naturellement en deux groupes distincts, suivant qu'ils sont d'évolution lente (forme dépressive), ou qu'ils se manifestent par des phénomènes relativement aigus d'excitation cérébrale (délire, aliénation, manie, etc.). Le premier groupe présenterait lui-même deux variétés ou degrés : 1° la dépression intellectuelle simple, sorte d'*asthénie intellectuelle*, dont un des symptômes les plus fréquents est l'amnésie ; 2° la dépression intellectuelle avec incohérence, ou *hébétude incohérente*. L'auteur fait remarquer combien sont rares, dans la syphilis cérébrale, le délire spécial à idées fixes, à idées de persécution, par exemple, le suicide.

Le second ordre de troubles intellectuels, dus à la syphilis, est, avons-nous dit, constitué par des phénomènes plus aigus d'excitation cérébrale, de délire, d'incohérence maniaque, de manie. C'est là ce que l'auteur appelle la *folie syphilitique*. On a mis en doute cette forme de folie ; M. Fournier combat avec chaleur en faveur de son opinion : « Vous ne rencontrerez » guère, dit-il à ses élèves, que des tendances peu favorables » (pour ne rien dire de plus) à l'admission de cette folie spé- » ciale. Ma conviction à cet égard a droit d'être faite par expé- » rience personnelle. Plusieurs fois il m'est arrivé en pratique

©BIUM

» d'avoir à émettre le diagnostic de folie syphilitique devant » des aliénistes très-compétents, très-justement célèbres; et » presque invariablement mon opinion n'a été admise qu'au » titre d'une hypothèse possible, rationnelle, tolérable à la » rigueur, mais singulièrement aventureuse et « fortement en- » tachée d'hérésie. »

Il nous est difficile dans ce compte rendu de suivre l'auteur dans l'énumération et la description des différentes formes de folie syphilitique qu'il admet et qu'il décrit avec le plus grand soin; encore moins parlerons-nous de la pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique. Le mémoire publié ici même par M. Ach. Foville et la discussion qui a eu lieu à la Société médico-psychologique ont, sinon épuisé le sujet, du moins indiqué les *desiderata* et les points en litige.

Le peu que nous avons dit du livre de M. Fournier servira peut-être à en faire ressortir l'importance. Par les sujets qu'il traite, il mérite de trouver place dans la bibliothèque non-seulement des médecins livrés à la pratique de la syphiliographie, mais aussi de ceux qui s'appliquent à l'étude des maladies mentales.

Dr Ant. Ritti.

De quelques phénomènes accessoires dans la paralysie générale, par le Dr A. Fabre de Parrel (thèse de Paris 1879).

De toutes les affections encéphaliques, la paralysie générale est sans contredit la plus complexe, celle qui se prête le moins à une description classique invariable. Protéiforme dans ses désordres intellectuels, elle est loin d'offrir, dans ses troubles somatiques, une régularité constante; ces troubles, très-accusés chez certains malades, à peine apparents chez d'autres, se compliquent parfois de phénomènes morbides accessoires qui, se surajoutant aux signes essentiels, modifient plus ou moins sensiblement l'allure de la maladie. Ce sont ces phénomènes accessoires, ces complications de l'ordre physique, que M. le Dr Fabre de Parrel s'est proposé d'étudier dans sa thèse inaugurale.

Le sujet était trop vaste pour pouvoir s'adapter au cadre d'un simple mémoire; l'auteur s'est vu forcé de le restreindre à l'étude des complications suivantes: *Hémiplégies transitoires et*

©BIUM

persistantes, convulsions épileptiformes, monoplégies, tremblement général.

S'appuyant à la fois sur des observations personnelles intéressantes, complétées par un examen nécroscopique approfondi, et sur des observations étrangères empruntées soit aux livres classiques, soit à son maître, M. le Dr Magnan, l'auteur a successivement recherché le mode d'apparition, la fréquence, les caractères et la raison anatomique de chacun de ces phénomènes, après quoi il s'est efforcé de dégager, au milieu de la confusion amenée par l'addition de ces phénomènes aux phénomènes classiques de la paralysie générale, les faits propres à éclairer le diagnostic, ce qui lui a permis de poser les conclusions suivantes :

I. — A la lésion constante et essentielle de la paralysie générale (encéphalite chronique interstitielle diffuse) correspondent des symptômes essentiels et constants qui peuvent être masqués et obscurcis par des phénomènes accessoires.

II. — Parmi ces derniers, nous avons étudié spécialement l'hémiplégie, qui est plutôt ici une hémiparésie, et les convulsions épileptiformes ; puis les monoplégies et le tremblement général.

III. — Les lésions accessoires et circonscrites que nous avons trouvées dans quelques-uns de ces cas sont :

1° Pour l'hémiplégie persistante : l'atrophie d'un hémisphère, l'encéphalite en foyer, les ramollissements. L'hémorrhagie cérébrale est très-rare, à cause de l'épaississement des parois vasculaires dans la paralysie générale.

2° Pour les convulsions épileptiformes, la congestion active des méninges, accompagnée d'hémorrhagies capillaires, de suffusions sanguines, situées généralement sur cette zone de l'écorce cérébrale où l'on a signalé l'existence de centres moteurs.

IV. — Les lésions cérébrales en foyers peuvent se traduire cliniquement par des signes analogues à ceux de la paralysie générale. Le diagnostic à faire entre cette dernière affection et des lésions circonscrites exige la connaissance de la valeur exacte et de la nature spéciale des symptomes essentiels de la paralysie générale, et en particulier de l'embarras de la parole caractéristique. Les troubles intellectuels sont différents dans les deux affections. L'affaissement en masse de l'intelligence, le délire de satisfaction, l'incohé-

©BIUM

rence, l'absurdité chez le paralytique général sont tout autres que la démence du paralytique simple, qui garde un certain jugement, ne reste pas indifférent à sa situation et manifeste une sensiblerie presque spéciale.

E. Régis.

De la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Contribution à l'étude des localisations cérébrales; par M. le Dr J. Grasset, agrégé, chargé du cours de clinique annexe des maladies des vieillards. 1 broch. in-8° Montpellier, Coulet, éditeur; 1879.

On connaît la thèse de Prévost, soutenue à la faculté de Paris, en 1868, sur cette question : Des observations qu'il avait recueillies, cet interne distingué des hôpitaux concluait que la déviation se fait vers la lésion, c'est-à-dire que le malade regarde son hémisphère altéré. Cette loi semblait acceptée et définitivement conquise, lorsque de nouvelles observations vinrent démontrer qu'elle subissait de nombreuses exceptions. Brouardel et surtout Landouzy, dans sa thèse, publièrent un grand nombre de faits démontrant que la loi de Prévost ne pouvait plus être acceptée. Landouzy même crut pouvoir poser, d'après ses observations, la nouvelle conclusion suivante : « La tête et les yeux se tournent du côté des membres paralysés quand il y a paralysie; ils se tournent au contraire du côté opposé aux membres convulsés quand il y a excitation. »

Le travail de M. Grasset, qui a eu l'occasion d'observer des cas nouveaux, et qui a collationné toutes les observations publiées avant lui, nous donne des conclusions différentes. De ses recherches, ce savant clinicien conclut que « *dans les lésions d'un hémisphère*, quand il y a déviation conjuguée, *le malade regarde ses membres convulsés s'il y a excitation, et regarde sa lésion s'il y a paralysie.* »

La seconde question que s'est posée M. Grasset, c'est-à-dire de déterminer les points de l'hémisphère dont les altérations peuvent amener la déviation conjuguée, est plus délicate à résoudre. De faits connus et d'observations personnelles, l'auteur tire la proposition suivante, dont l'avenir devra vérifier ou non l'exactitude « Quand la déviation conjuguée doit être attribuée » à une lésion corticale, l'altération siège le plus souvent dans » les circonvolutions qui coiffent le fond de la scissure de Syl- » vius et le pli courbe (centres 13,13' et 14 de Ferrier. » Natu-

©BIUM

rellement, l'auteur ne veut pas dire que ce soit là le seul point de l'encéphale dont la lésion entraîne la rotation; car, comme pour les autres centres moteurs, tout le faisceau de fibres blanches qui part de cette région et va au pédoncule en passant par la capsule interne, pourra, quand il est altéré, donner lieu au même phénomène. Et enfin, il y a encore les altérations du mésocéphale... Mais nous aurons l'occasion de revenir sur cette importante question du siège de la déviation conjuguée et de la siguificattou de ce symptôme, lorsque le travail que publie en ce moment sur ce sujet M. Landouzy dans le *Progrès médical* sera terminé.

Dr Ant. Ritti.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Asile public d'aliénés d'Armentières; compte rendu sur le service médical pendant l'année 1878; par M. le Dr Bouteille; br. in-4.

— Contribution à l'étude de l'état mental dans la phthisie pulmonaire; par M. le Dr Alcée Biaute; thèse de Paris, 1879; in-4.

— Du chloral; propriétés et applications au traitement des maladies mentales; par M. le Dr Charles André; thèse de Nancy, 1879; in-4.

— Perizia sullo stato di mente de C. Passanante (tentativo di regicidio); par MM. Tomasini, Verga, Biffi, Buonomo, Tamburini; br. in-8; Reggio-Emilia, 1879.

— Il processo contro Carlino Grandi l'uccisore dei bambini e gli studii medico-legali dei periti Livi, Bini e Morselli; par le Dr E. Morselli; vol. in-8; Reggio-Emilia, 1879.

— Il suicidio saggio di statistica morale comparata; par le Dr E. Morselli; vol. in-8 de 512 p. avec cartes. Milan, 1879.

— Ueber natürlichen Tod und abnorme Todesarten; br. in-8; par le Dr Samuelo; Berlin, 1879.

— Asile public d'aliénés de Saint-Robert; compte rendu administratif pour l'année 1878: br. in-8.

— Etude anthropolopique sur une série des crânes d'assassins; par le Dr Bordier; br. in-8, 1879.

— Asile d'aliénés de La Roche-Gandon; compte rendu moral, administratif, rapport médical; exercice 1878; par M. le Dr Henry Bonnet; vol. in-8, 1879.

©BIUM

— Rib-fracture in english asylum; par M. Lauder Lindsay; br. in-8; 1879.

— De la nécessité d'associer le traitement moral à l'hydrothérapie pour combattre efficacement l'état nerveux; par M. le Dr Gillebert-Dhercourt; br. in-8; Paris, 1879.

— Morbid fear as a symptom of nervous disease; par le Dr George M. Beard; br. in-12; New-York, 1879.

— American Nervousness; its philosophy and treatment; par M. le Dr G. M. Beard; br. in-8; Richmond, 1879.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêtés du 15 septembre 1879.* — M. le Dr Langlois, médecin en chef de la division des hommes de l'asile de Maréville, est promu à la 4e classe de son grade (4000 fr.) pour prendre rang à partir du 30 mai 1879.

M. Le Dr Sizaret, médecin de la division des femmes du même établissement, est promu à la 2e classe de son grade (6000 fr), à partir du 1er octobre 1879.

— *Arrêté du 20 septembre 1879.* — M. le Dr Bigot, directeur-médecin de l'asile de Châlons, est promu à la 1re classe de son grade (7000 fr.), à partir du 1er octobre 1879.

— *Arrêté du 8 octobre 1879.* —M. le Dr Doutrebente, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard est nommé médecin adjoint à l'asile Sainte-Anne et promu à la 1re classe de son grade (3000 fr.). M. le Dr Doutrebente a été nommé par la Faculté chef de clinique de M. le professeur Ball.

— *Arrêté du 27 octobre 1879.* — M. le Dr Rousseau, directeur-médecin de l'asile d'Auxerre, a été promu à la 1re classe de son grade pour prendre rang à partir du 1er janvier 1880.

— *Arrêtés du 20 octobre 1879.* — Les fonctions de directeur et de médecin sont séparées à l'asile de Ville-Evrard.

M. Leblond, directeur de l'asile Sainte-Anne, est nommé au même titre à l'asile de Ville-Evrard.

M. le Dr Espiau de Lamaestre, directeur-médecin de l'asile de Ville-Evrard, est nommé médecin en chef du même établissement.

M. Corby, chef de bureau à la préfecture de la Seine, est nommé directeur de l'asile Sainte-Anne et placé dans la classe exceptionnelle (8000 fr.).

M. le Dr Bouchereau, l'un des médecins du bureau d'admission, est nommé médecin en chef de la section des femmes à l'asile Sainte-Anne en remplacement de M. le Dr Lucas admis à faire valoir ses droits à la retraite; M. Bouchereau est placé dans la 2e classe de son grade (6000 fr.).

M. le Dr Magnan, resté seul chargé avec le titre de médecin en chef du service du bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne, et est placé dans la 2e classe de son grade (6000 fr.).

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Dans sa séance du 27 octobre 1879, la Société médico-psychologique, sur la proposition de M. Billod, a nommé membres associés étrangers :

MM. Van der Lith, médecin-directeur de l'asile d'Utrecht.
Persijus, directeur-médecin de l'asile de Meerenberg, (Bloémendaal).
Van der Bogaert, médecin-directeur de l'asile de Rosmalen, près Bois-le-Duc.
Van der Swalme, directeur-médecin de l'asile de Delft.
Donkersloot, directeur-médecin de l'asile de Dondrecht.
de Jong, directeur-médecin en chef de l'asile des aliénés israélites d'Amsterdam.
Hubrecht, secrétaire général du ministère de l'intérieur de la Hollande.

L'ASILE SAINTE-ANNE

Le personnel administratif et médical de l'asile vient de subir d'importantes modifications.

Le bureau d'admission, d'où les malades sont répartis après examen entre les différents asiles du département, (Sainte-Anne, Ville-Evrard, Vaucluse, La Salpêtrière, Bicêtre) et qui disposait, depuis plusieurs années, de trois cents places, n'en contiendra plus que cent. Le service médical en est confié à un seul médecin dont le traitement est augmenté.

Il est désormais interdit aux médecins des asiles, ainsi qu'au médecin du bureau d'admission, d'avoir aucun intérêt dans les établissements privés où sont traités des aliénés.

La clinique des maladies mentales a été installée à l'asile Sainte-Anne. Elle est placée sous la direction de M. le professeur Ball, assisté d'un médecin adjoint, chef de clinique, responsable du service, conformément aux prescriptions de la loi du 30 juin 1838.

Le personnel administratif et médical de l'asile est maintenant ainsi composé :

Directeur : M. Corby, ancien chef du bureau de la comptabilité municipale à la préfecture de la Seine.

Médecins chefs de service : M. le docteur Dagonet, pour la division des hommes ;

M. le docteur Bouchereau, pour celle des femmes.

Médecin chef du service d'admission : M. le docteur Magnan ;

Médecin adjoint chef de clinique : M. le docteur Doutrebente ;

Pharmacien en chef : M. Quesneville, agrégé à l'école de pharmacie.

Receveur-économe : M. Lobrani.

Six internes en médecine : deux pour chacun des services de

©BIUM

Sainte-Anne, un pour le bureau d'admission et un pour le service de clinique.

Quatre internes en pharmacie, un pour chaque service.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

M. le Dr LAGARDELLE, médecin en chef de l'asile de Bordeaux, est chargé du cours complémentaire de clinique des maladies mentales en remplacement de M. Auzouy, décédé.

BUDGET DES ALIÉNÉS DE LA SEINE

Le département de la Seine est, de tous les départements français, celui qui supporte la plus lourde charge pour l'entretien de ses aliénés indigents. Il y a toujours dans ses asiles 7 à 8,000 aliénés, et le traitement s'applique, année moyenne, à plus de 10,000 personnes atteintes de folie.

Voici les chiffres officiels du dernier dénombrement de cette malheureuse population, tels qu'ils résultent du rapport présenté par M. Hérold, préfet de la Seine, au Conseil général.

Le nombre des aliénés traités, tant dans les trois grands asiles que possède le département (Sainte-Anne, Ville-Evrard et Vaucluse) que dans les asiles des autres départements auxquels le département de la Seine paie une pension, était, au 31 décembre 1877 de. 7,547

Dans le courant de l'année 1878, le nombre des admissions a été de. 2,921

Le chiffre des aliénés traités en 1878 a donc été de. 10,468

Les sorties définitives, guérison, décès, se sont élevés à 2,791

De sorte que le 31 décembre 1878, le nombre des aliénés traités aux frais du département était de. . 7,677

Cet entretien coûte plus de 4 millions par an au département de la Seine.

La dépense exacte a été de 4,215,367 fr. 30 c. en 1878.

On prévoit au budget de 1880 un chiffre de 4,419,501 fr. 24 c.

Ce qui représente plus du quart du budget ordinaire total du département, s'élevant à 16,603,133 fr. 80 c.

PRIX MONTHYON.

L'Académie française, dans sa séance publique annuelle du jeudi 7 août, a décerné une médaille de 1000 fr. du prix Monthyon à Mlle Léontine Nicolle, surveillante à l'hospice de la Salpêtrière. Pour bien faire connaître les titres de la lauréate à la récompense qui lui a été accordée, nous croyons devoir reproduire le passage éloquent et ému que lui a consacré,

©BIUM

dans son discours sur les prix de vertu, M. Jules Simon, directeur de l'Académie française :

« Entrons à présent à la Salpêtrière. Disons adieu à la santé, à la liberté, à la gaieté et même à la jeunesse ; car, ce ne sont pas des jeunes filles que ces idiotes, ces rachitiques, ces épileptiques. La ville de Paris a élevé, dans ces dernières années, de magnifiques maisons hospitalières ; elle peut citer avec orgueil l'asile Sainte-Anne, la Ville-Évrard, l'Hôtel-Dieu. Les constructions anciennes étaient moins bien entendues ; il a fallu les reprendre en sous-œuvre, abattre des cloisons, percer des fenêtres, et, malgré tout, on n'arrive que bien imparfaitement à réaliser les conditions de salubrité exigées par la science moderne. La Salpêtrière, dont les bâtiments ont été construits sous Louis XIII pour servir d'arsenal, ne manque pas d'espace, ni même de magnificence ; mais la division des enfants y est pitoyable. Ces pauvres êtres, au nombre de cent vingt petites filles, sont entassées dans des salles humides et obscures. Les épileptiques ne sont pas séparées des simples idiotes. Ces enfants sont plutôt des agitées que des hébétées, de sorte que le défaut d'espace et de mouvement est pour elles un cruel supplice. L'été, elles ont au moins quelques heures de soleil ; elles passent leurs tristes journées d'hiver dans des classes malsaines et encombrées, où la lumière même est insuffisante, sous les yeux de surveillantes, qui ne sont en réalité que des gardiennes et des filles de service. On se demande quelquefois comment on peut trouver des pauvres femmes assez abandonnées pour remplir de tels emplois. Ne croyez pas qu'on les achète à prix d'or. Pour passer sa vie entière au milieu de ces malheureuses filles, pour les servir et pour les contenir, pour les voir souffrir sous ses yeux, sans obtenir d'elles, la plupart du temps, un peu d'affection et de reconnaissance, une deuxième surveillante reçoit un traitement annuel de 360 francs, moins que les gages d'une fille de peine. On exige pourtant qu'elle soit honnête, qu'elle ait reçu quelque éducation, qu'elle ait une forte santé, pour subir cette captivité et résister à ce travail sans relâche ; il est même bon qu'elle soit robuste, pour lutter au besoin contre les patientes. Il paraît qu'il y a des postulantes pour ces places, et il faut que les heureux, et même les malheureux, se le disent et apprennent ainsi à être reconnaissants de la situation qui leur est faite. Mlle Léontine Nicolle, qui a pourtant reçu une éducation sérieuse, a vivement sollicité sa place de deuxième surveillante ; elle a attendu impatiemment une vacance ; elle est entrée avec joie dans cet enfer. Elle avait un secret que je vous livre. Sa mère était atteinte de la folie de la persécution. Léontine ne pouvait la garder avec elle ; elle obtint de la faire entrer à la Salpêtrière, et n'eut plus qu'une pensée, de s'y enfermer avec elle, pour pouvoir encore lui donner ses soins. Elle fut nommée, elle prit possession de son triste emploi. Tant que sa mère a vécu, Mlle Nicolle passait les journées auprès de ses idiotes, et les quelques minutes qu'on lui accordait pour se remettre de son rude labeur, auprès de la folle qui était sa mère, allant ainsi d'un martyre à un

©BIUM

autre, et se trouvant heureuse parce qu'elle remplissait son devoir filial. Cette vie a duré vingt-sept ans. La pauvre folle est morte, il y a un an, dans les bras de sa fille, qu'elle reconnaissait à peine, et dont elle repoussait les soins avec terreur dans ses moments d'hallucination. Voilà vingt-huit ans passés que Mlle Nicolle exerce à la Salpêtrière, ses fonctions de surveillante. Elle s'y est attachée; elle s'est dit qu'à force de patience elle sauverait ces infortunées, et plus de cinq cents d'entre elles, sorties de ses mains, sont entrées dans la vie commune et parviennent aujourd'hui à gagner leur vie.

L'administration de la Salpêtrière, qui est une sage et paternelle administration, mais qui est entravée par les règlements, a pu enfin, dans ces derniers mois, faire de la surveillante une institutrice. Elle aura 900 fr. de traitement, peut-être davantage. Elle fera, dans son nouveau grade, le même travail. Elle ne fera pas plus, ni mieux, parce que c'est impossible. Quelle vie! messieurs, et quel noviciat! et quelle récompense! L'Académie, avec le plus profond respect, décerne un prix de vertu à Mlle Léontine Nicolle. »

Le ministre de l'instruction publique vient d'accorder à Mlle Nicolle les palmes d'officier d'Académie.

La remise de cette distinction a été faite par M. Michel Moring, directeur de l'Assistance publique, qui, à cet effet, avait convoqué à la Salpêtrière les docteurs Charcot, Delasiauve et Bournerville, les internes, le personnel administratif, les surveillants et sous-surveillants de l'établissement.

Après un discours de M. Moring, Mlle Nicolle est venue recevoir les palmes et une médaille d'or qui lui a été décernée par le préfet de la Seine, en témoignage de gratitude de la ville de Paris.

FAITS DIVERS.

On télégraphie de Grenoble, le 3 courant, au *Petit Lyonnais*, que M. Dufour, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Robert, passait il y a quelques jours sa visite accoutumée du matin, lorsqu'un pauvre fou, qui, selon son expression, voyait dans le docteur le mauvais esprit qui chaque matin lui apportait sa folie, pour se venger le frappa de deux coups de couteau, dont un l'atteignit au-dessus de la mâchoire inférieure et l'autre à la région temporale.

Ses blessures, qui présentaient de prime-abord un sérieux caractère de gravité, sont aujourd'hui en bonne voie de guérison. (*Le Temps*, n° du jeudi 6 novembre 1879.)

Un Abraham américain. — Un crime épouvantable vient d'être commis aux Etats-Unis pendant un accès de folie furieuse.

Un prédicateur, Charles Freeman, de l'Etat de Massachussets, est devenu fou subitement par suite des émotions d'un « revival meeting » ou assemblée religieuse tenue en plein air et destinée à ranimer la foi en Dieu. Ce prédicateur, croyant avoir reçu une révélation miraculeuse, est resté trois jours sans boire ni manger.

©BIUM

Au bout de ce temps-là il a déclaré que Dieu lui avait ordonné de sacrifier sa fille Edith, âgée de cinq ans, lui promettant qu'elle ressusciterait le troisième jour. Il s'est emparé de l'enfant, l'a clouée avec un couteau de cuisine sur une table transformée en autel, et après l'avoir égorgée, a répandu son sang dans la salle.

Il s'est ensuite barricadé au fond de sa maison, attendant le jour fixé pour la résurrection. Il a fallu faire un véritable siège pour s'emparer du forcené qui était armé et qui menaçait de mort tous ceux qui tentaient d'approcher.

Freeman a été arrêté vendredi, dans l'après-midi, et conduit à la prison de Barnstaple, à Cape Cod, où l'émotion continue. Il a tué son enfant jeudi, au point du jour, du consentement de sa femme ; tous deux priant avant le meurtre. Ensuite il convoqua un meeting de sa secte qui se réunit dans l'après-midi. Il raconta le sacrifice qu'il venait de faire et montra le cadavre aux assistants. Vendredi, il se livra à une incantation sur le corps de l'enfant pour préparer la résurrection du dimanche. Après son arrestation, et pendant qu'on le menait au chemin de fer, pour se rendre à la prison, il chantait des hymnes et déclarait qu'il était un second Abraham obéissant à un ordre divin. Sa femme l'a aidé à commettre son crime, et ils n'ont exprimé ni l'un ni l'autre aucune inquiétude pour l'avenir.

Plusieurs coreligionnaires du fermier ont été arrêtés comme complices, et l'affaire a causé une profonde émotion dans le pays. (*La France*, n° du mercredi 7 mai 1879.)

Asile Sainte-Anne. — M. le professeur Ball commencera son cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 16 novembre 1879, à 9 heures, à l'asile Sainte-Anne et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

La leçon du jeudi sera consacrée à des exercices pratiques de diagnostic. MM. les élèves qui désirent y prendre part sont priés de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine.

Hospice de la Salpêtrière.— M. Charcot recommencera ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le 16 novembre à 9 heures 1/2, dans l'amphithéâtre que vient de construire l'administration de l'Assistance publique, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE IIe VOLUME DE LA SIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

PAGES.

Compte rendu des travaux de la section de médecine mentale au congrès d'Amsterdam ; par M. le Dr Billod. 345

I. Anatomie et Physiologie.

Le pli courbe n'est ni le siège de la perception des impressions visuelles ni le centre des mouvements des yeux ; par M. le Dr Gallopain. 177

II. Pathologie.

De la dynamie, ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale ; par M. E. Régis. . . . . 5 et 210

De la nécessité d'associer le traitement moral à l'hydrothérapie pour combattre efficacement l'état nerveux ; par M. le Dr Gillebert Dhercourt 189

De la claustrophobie ; par M. le Dr Benjamin Ball. 378

D'un élément symptomatique secondaire de la mélancolie et de son traitement ; par M. le Dr Hildenbrand. 387

III. Archives cliniques.

18. Paralysie générale ; par M. Foville. 36
19. Deux cas d'ovariotomie suivie de délire ; par M. Aug. Voisin. . 41
20. Paralysie générale et ataxie locomotrice ; par M. Christian. . . 46
21. Folie congestive d'origine syphilitique ; par M. Fournier. . . . 48
22. Paralysie générale survenant comme complication dans le cours d'une folie simple ; par M. Billod. 241
23. Folie sympathique à la suite de brûlures ; par M. Ach. Foville. 246
24. Lypémanie consécutive à une atrophie musculaire progressive ; par M. Mabille. 248
25. Hématome de l'oreille et purpura hémorrhagique chez un paralytique général ; par M. J. Christian 398
26. Paralysie générale à marche très-rapide ; par M. Mabille. . . . 399
27. Paralysie générale. Cysticerque dans l'hémisphère droit du cerveau ; par M. Baillarger. 403

IV. Etablissements d'aliénés.

Rapport général sur le service des aliénés en 1876 par les inspecteurs généraux du service : MM. les Drs Constans, Lunier et Dumesnil. Analyse par M. le Dr Motet. . . . . 54 et 408

©BIUM

PAGES.

Des sorties provisoires comme moyen de traitement de la folie; par M. le Dr Taguet. 252

Notes sur quelques asiles de l'Amérique du Sud, du Portugal et de l'Espagne, par M. Philippe Rey. 262

V. Médecine légale.

Rapport médico-légal sur l'état mental du nommé C..., accusé de vol ; par M. le Dr Laffitte 82

Un cas de simulation; par M. le Dr Marandon de Montyel. 270

Rapport sur l'état mental de M. K... atteint de lypémanie avec idées de persécution ; par M. le Dr Laffitte.. 426

DEUXIÈME PARTIE.

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

I. Société médico-psychologique.

Séance du 31 *mars* 1879. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Christian, Billod, Doutrebente, Belloc, Voisin, Legrand du Saulle. — Communication : M. Billod. — Rapport de M. Dagonet sur la candidature de M. Christian ; élection. — De l'assistance et de l'hospitalisation des aliénés : M. Lunier. — De la sortie à titre provisoire des aliénés en traitement : M. Falret 88

Séance du 28 *avril* 1879. — Correspondance : MM. Lunier, Foville, Legrand du Saulle. — Rapport sur le prix Esquirol : M. Paul Moreau (de Tours). — Rapport sur le prix Aubanel : M. Ritti. — Des rapports entre la syphilis et la paralysie générale : MM. Foville, Lunier. 92

Séance du 26 *mai* 1879. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Despine, Cullerre, de Fourcaud, Mabille, Brochin, Lunier, Legrand du Saulle. — Statue de Pinel. — Communication : M. Ball. — Des rapports entre la syphilis et la paralysie générale : M. Lasègue.. 297

Séance du 30 *juin* 1879. — Correspondance : MM. Brosius, Miraglia, Prosper Despine. — Rapport de M. Dagonet sur la candidature de M. Mabille; élection. — Rapport de M. Christian sur la candidature de M. Cullerre; élection. — Communication : M. Bourdin. — Des rapports entre la syphilis et la paralysie générale : MM. Christian, Baillarger, Mesnet. 301

II. Revue anthropologique.

Par M. le Dr Ach. Foville.

Facultés mentales des animaux comparés à celles de l'homme. . . 114

Prédominance de l'hémisphère cérébral gauche. 116

Cerveau d'un imbécile. 116

Idiots aztèques. 119

©BIUM

PAGES.
Recherches à faire sur les idiots dans les asiles d'aliénés 119
Cas de microcéphalie avec autopsie 120
Déformations artificielles du crâne. 121
Scaphocéphalie et plagiocéphalie. 122
Instruments et recherches crâniométriques. 126

III. Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS (1875 à 1878)

Anal. par M. le Dr Doutrebente.

Hystérie chez l'homme. 313
Attaques spinales convulsives dans la paralysie générale. 313
Leçons sur le délire des persécutions. 313
Troubles de la vision chez les hystériques. 449
Chorée rhythmique hystérique. 450
Chorée vulgaire des vieillards. 450
Paralysie agitante ; contractions musculaires, thermométrie périphérique 450
Hystérie locale traumatique, paralysie agitante et traumatisme. . . 450
Amblyopie hystérique, métallothérapie. 450
Contracture hystérique, métallothérapie. 450
Catalepsie et somnambulisme provoqués. 451
Compresseur des ovaires. 451
Contribution à la médecine légale de l'épilepsie. 452
Trépanation dans l'épilepsie. 452
Des délires par accès. 452
Des hystéries périphériques. 452
Aphasie intermittente de nature syphilitique. 453
Recherches cliniques et statistiques sur la valeur de l'asymétrie faciale dans l'épilepsie. 453
Assistance et hospitalisation des épileptiques. 453
Hémichorée rhythmique chez une hystérique. 454
Etude d'un crâne et d'un cerveau d'idiot. 454
Localisations cérébrales dans la paralysie générale 454
De l'athétose. 454
Atrophie des circonvolutions liée au défaut d'usage d'un membre. 455
Recherches par la méthode graphique sur l'attaque hystéro-épileptique. 455
Les signes des folies raisonnantes. 457
Aphasie passagère. 459
Fracture du rocher avec aphasie. 459
Rhumatisme cérébral. 459

SOCIÉTÉS SAVANTES (1877-1878).

Anal. par M. le Dr Doutrebente.

Influence du travail intellectuel sur la forme et le volume de la tête. 460

©BIUM

PAGES.
Epileptique mort en état de mal. 460
Hémorrhagie de la partie antérieure des trois circonvolutions frontales gauches sans aphasie. 461
Cas d'athétose avec autopsie. 461
Cerveau d'amputé. 461
Hémorrhagie du centre ovale. 461
Lésion du lobule paracentral. 461
Mouvements provoqués par l'excitation de la substance grise du cerveau. 461
Hystérie chez l'homme. 461
Généralisation des phénomènes convulsifs d'origine corticale. . . 461
Tremblements réflexes chez les hémiplégiques. 462
Filets nerveux sympathiques irido-dilatateurs. 462

JOURNAUX BELGES (1877 et 1878).

Anal. par M. le Dr DOUTREBENTE.

Deux cas de névrose extraordinaire. 463
Discussion sur la pachyméningite. 463
Discussion sur les insuffisants. 463
Rapport sur le congrès de médecine mentale de Paris. 463

JOURNAUX ANGLAIS (1876).

Anal. par MM. les Drs DUMESNIL et PONS.

Cérébration inconsciente. 128
Cerveau de chacma babouin. 129
Esprit chez les plantes. 131
Classification des maladies mentales de Skae. 133
Folie plaidée dans les cas de meurtre. 134
Paralysie générale, avec attaques épileptiformes unilatérales. . . . 135
Lésion de la fonction coordinatrice. 138
Guérison d'une épileptique. 139
Éducation de Laura Bridgmann. 140
Edward Stuart dipsomane. 141
Suppléance des sens. 141
Injections hypodermiques de morphine dans la folie. 142
De l'assistance des aliénés aux Etats-Unis. 145
Emploi de l'analogie dans l'étude et le traitement des maladies mentales. 149
Visite à la colonie d'aliénés de Gheel. 152
Aliénation mentale dans la Guyane anglaise. 152
Observations sur la paralysie générale. 154
Traitement de l'hématome de l'oreille. 157
Troubles mentaux produits par le chloral. 157
Manie aiguë terminée par la mort. 158
Idiotie Kalmoucke. 464
Etude psychologique sur John Howard. 468

©BIUM

PAGES.
Sur la mensuration chez les idiots et imbéciles. 470
Bethlem royal hospital. 471
Du pouvoir réparateur dans la folie. 475
Question de la folie dans les cas de meurtre. 476
Du médecin arabe sur l'aliénation mentale. 478
Paralysie générale sans altération. 478
Crétinisme sporadique. 480
Intempérance et aliénation mentale. 481
Symptômes de folie pendant l'incubation des fièvres éruptives. . 483
Assemblée annuelle de l'association médico-psychologique. 484
Choix, éducation et conservation des bons serviteurs pour les asiles. 487
Cas d'aphasie soudaine et complète 489
Mesures à prendre en vue de l'accroissement du nombre des aliénés 491
Rapports entre la folie et l'intempérance. 492
Homicide commis par un aliéné. 496
Névrose bizarre. 496
Mariages entre cousins. 497

JOURNAUX ALLEMANDS (1876).

Anal. par MM. les Drs CHALLAND, RABON.

Du morphinisme. 315
Un cas de morphinisme. 315
Symptômes prémonitoires de la paralysie générale. 315
Traitement de l'agitation dans la folie. 317
Empoisonnement aigu par la morphine et le chloral. 318
Arrêt des attaques d'épilepsie 319
Maladies mentales consécutives à la maladie de Bright. 321
Période initiale mélancolique des maladies mentales. 322

IIII. Bibliographie.

Etude clinique sur l'œil dans la paralysie générale progressive; par M. le Dr Ph. Boy. (Anal. par M. E. Régis.). 162
Revue des thèses de la faculté de Paris (année 1878). (Anal. par M. le Dr Ant. Ritti.). 324
Anatomie des centres nerveux; par le professeur Huguenin (de Zurich). (Anal. par M. le Dr Doutrebente.). 330
Paralysie générale ; par le Dr Ach. Foville. (Analyse par M. le Dr Ant. Ritti.) 331
Traité des maladies du système nerveux; par Haumond, traduit par le Dr Labadie-Lagrave. (Anal. par M. E. Régis.) 333
Etude critique sur les localisations spinales de la syphilis ; par le Dr Julliard. (Anal. par le Dr Doutrebente.) 337
Du chlorhydrate d'apomorphine et de ses applications spéciales

©BIUM

PAGES.

à la psychiatrie ; par les Drs Challand et Rabow. (Anal. par M. le Dr Ant. Ritti.) 338

Rapport adressé à M. le préfet de Meurthe-et-Moselle sur l'asile d'aliénés de Maréville ; par M. le Dr Giraud, directeur de l'établissement. (Anal. par M. le Dr J. Christian.). 499

La syphilis du cerveau ; par M. Alfred Fournier, professeur agrégé de la faculté de Paris. (Anal. par M. le Dr Ant. Ritti.) 502

De quelques phénomènes accessoires dans la paralysie générale ; par M. le Dr A. Fabre de Parrel. (Anal. par M. E. Régis.). . . . 504

De la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Contribution à l'étude des localisations cérébrales ; par M. le Dr Grasset, agrégé de la faculté de Montpellier. (Anal. par M. le Dr Ant. Ritti.). . 506

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. . . . . 163, 339 et 507

Association mutuelle des médecins aliénistes de France, assemblée générale du 28 avril 1879. 165

IV. Variétés.

Nominations et promotions : MM. Delasiauve, Langlois, Guignard, Cartoun. — Nécrologie : Auzouy. — Prix des Annales. — Statue de Pinel : souscription (1re liste). — Concours des médecins de Bicêtre. — Concours pour l'internat des asiles d'aliénés de la Seine. — Vœu pour la création d'un corps spécial de surveillants. Cours de psychiatrie des universités de l'Empire allemand. — Prix de l'Académie de médecine de Belgique. — Erratum. . . 171

Nominations et promotions : MM. Dumesnil, Lagardelle, Taguet, Cullerre, Gallopain, Boudrie, Peybernès, Maret, Guérineau, Chadzinski, Schils, Jules Voisin et Bourneville. — Prix Esquirol : M. Ravaillet. — Prix de l'Académie de Médecine. — Fondation d'un prix à l'Académie royale de Belgique. — Loi autorisant à emprunter pour l'agrandissement de l'asile de Bonneval. — Faits divers. 340

Nominations et promotions : MM. Langlois, Sizaret, Bigot, Doutrebente, Rousseau, Leblond, Espiau de Lamaestre, Corby, Boucherau, Magnan. — Société médico-psychologique. — Asile Sainte-Anne. — Faculté de médecine de Bordeaux : M. Lagardelle. — Budget des aliénés de la Seine. — Prix Monthyon : Mlle Nicolle. — Faits divers. 509

Table des matières du tome deuxième de la sixième série. . . . , 515

Paris. — Imp. de E. DONNAUD, rue Cassette, 1.