Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n° 01. - Paris: Masson, 1885.
Cote : 90152, 1885, n° 01

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1885x01

©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

LUNIER

Membre de l'Académie de Médecine, Inspecteur général honoraire
des établissements de bienfaisance et du service des aliénés

ET

FOVILLE

Inspecteur général des établissements de bienfaisance
et des asiles d'aliénés

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

SEPTIÈME SÉRIE. — TOME PREMIER

QUARANTE-TROISIÈME ANNÉE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1885

©BIUM

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

LA MÉDECINE MENTALE ET LA NÉVROLOGIE DANS LES CONGRÈS DE 1884.

Le Congrès de Copenhague : Les institutions psychiatriques dans les pays scandinaves. — Le morphinisme et son traitement. — Lésions et curabilité de l'ataxie locomotrice. — Du rôle des écoles dans la production des maladies mentales. — Valeur des exercices corporels et des colonies agricoles dans le traitement des maladies mentales. — Du rôle de la syphilis dans la paralysie générale.

Les congrès, et particulièrement les congrès internationaux n'auraient-ils d'autre résultat que d'être une occasion de déplacement et d'excursions scientifiques que ce serait beaucoup déjà, surtout pour les médecins français qui, pour la plupart du moins, ont tant de peine à quitter leur pays ; mais ils en ont un autre plus important encore : ils donnent lieu entre les savants et les simples praticiens

©BIUM

à des échanges d'idées qui sont profitables aux uns et aux autres, et contribuent plus qu'on ne pense à l'avancement de la science. Ils permettent enfin à ceux qui fréquentent ces assises scientifiques, de nouer des relations plus étroites avec des confrères qu'ils n'avaient souvent qu'entrevus, ou qu'ils ne connaissaient que de nom. Je suis donc un partisan déclaré des congrès, à la condition, toutefois, qu'on ne les multiplie pas trop, comme on l'a fait cette année, que les communications écrites soient moins nombreuses et moins étendues, et que la discussion y prenne une part plus importante.

Par suite de diverses circonstances, j'ai pris part, cette année, à trois congrès : ceux de Copenhague, de La Haye et de Blois; et je demanderai la permission aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques*, de leur faire connaître sommairement les communications intéressant les maladies mentales et nerveuses qui y ont été faites.

Le premier en date, de beaucoup le plus important d'ailleurs au point de vue qui nous occupe, est le CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES, qui s'est tenu à Copenhague du 10 au 17 août. La liste d'inscription comprenait plus de 1,200 noms de médecins appartenant à toutes les nationalités et répartis en 14 sections; et si ceux qui ont fait acte de présence n'ont pu assister à toutes les séances, il est certain que beaucoup d'entre eux ont pris part aux travaux des sections. Sous ce rapport le succès du congrès de Copenhague a été des plus complets; et je dois ajouter que nous y avons été accueillis, non seulement par nos confrères danois, mais par la population tout entière, avec une cordialité et des manifestations sympathiques dont aucun de nous ne perdra de longtemps le souvenir.

Bien que plusieurs communications intéressant les affec-

©BIUM

tions du système cérébro-spinal aient été faites dans les sections de médecine et d'hygiène, je ne parlerai à peu près exclusivement que des travaux de la *section de psychiatrie et de névrologie*.

La présidence en avait été dévolue à notre sympathique et distingué confrère, le Dr Steenberg, médecin-directeur de l'asile Saint-Hans, à Roskilde. On a acclamé comme présidents d'honneur, MM. Adamkiewicz, Althaus, Ball, Eulenburg, Gœdeken, Kjellberg, Laehr, Lunier, Magnan, Obersteiner, Pitres et Ramaer.

Les communications ont été faites en français, en allemand et en anglais. Ainsi en avait décidé le règlement; mais au moins eût-on pu, comme cela s'est fait dans d'autres congrès, demander à l'un des membres présents de donner en français une analyse sommaire des communications faites en langue allemande ou anglaise, idiomes que beaucoup de médecins français ne comprennent pas ou ne comprennent qu'imparfaitement. L'intérêt des communications et surtout des discussions y eût certainement gagné.

La première communication a été faite par le président de la section, M. Steenberg, qui nous a exposé avec beaucoup de netteté la situation des aliénés et des institutions psychiatriques dans les pays scandinaves, le Danemark, la Suède, la Norwège et la Finlande.

Ces divers pays offrent de grandes analogies en ce qui concerne la race, la langue et les usages; mais ils présentent sous d'autres rapports de notables différences que M. Steenberg a très bien fait ressortir, et dont il a tiré, en ce qui concerne les aliénés, des conclusions qui nous ont paru des plus rationnelles.

Le *Danemark*, en effet, a presque le climat de l'Allemagne du nord, quoiqu'un peu plus doux à cause de la confi-

©BIUM

guration et de l'étendue de ses côtes. L'aisance y est à peu près uniformément répandue; et comme plus le bien-être matériel est général dans un pays, moins les familles sont disposées à garder leurs aliénés, le nombre de ceux qui sont internés est relativement plus élevé en Danemark que dans les autres pays scandinaves. Malheureusement sur bien des points, les préjugés contre les hôpitaux — c'est ainsi qu'on appelle les asiles en Danemark — sont encore très vivaces, et on n'y envoie les malades que lorsqu'ils deviennent embarrassants ou dangereux.

La partie méridionale de la *Suède* a le même climat que le Danemark, tandis que la partie septentrionale a celui de la Norwège. Aussi l'aisance y est-elle moins uniformément répandue qu'en Danemark, la population moins dense, et le nombre des aliénés internés y est-il relativement moins élevé.

En *Norwège* et en *Finlande* le climat est plus rigoureux, la population moins dense et l'aisance moins répandue encore qu'en Suède; aussi y éprouve-t-on plus rarement le besoin d'éloigner les malades et de les envoyer dans des établissements spéciaux. Dans ces régions, d'ailleurs, où l'existence est tranquille et silencieuse et la lutte pour l'existence des plus pénibles, l'aliénation mentale se présente en général sous la forme d'une profonde mélancolie avec exaltation religieuse qui passe rapidement à la démence. Les allures des aliénés diffèrent si peu de celles des autres habitants qu'on les remarque à peine, et que le plus souvent on peut les conserver dans la famille; ce qui, malheureusement, n'exclut pas des actes de violence qui viennent de temps en temps rappeler aux populations que les aliénés, même les plus calmes en apparence, sont toujours des êtres dangereux.

J'ai groupé dans le tableau qui suit les documents statistiques les plus récents recueillis par M. Steenberg sur le nombre et la proportion des aliénés recensés dans les

©BIUM

pays scandinaves, et des aliénés internés dans les établissements spéciaux :

Pays	Année du recensement	Population	Aliénés recensés à domicile et dans les hôpitaux. Nombres absolus	Aliénés recensés à domicile et dans les hôpitaux. Proport. sur 10000 hab.	Aliénés internés. Nombres absolus	Aliénés internés. Prop. sur 100 aliénés rec.	Aliénés conservés à domicile. Prop. s. 100 aliénés rec.
Suède.....	1880	4.355.650	7118	15.6	1727	24.3	75.7
Norwège...	1865-75	1.701.750	3156	18.5	1041	33.1	66.9
Finlande...	1880	2.060.800	4380	21.2	443	10.2	89.8
Danemark..	1880	1.980.230	3288	16.6	1845	56.1	43.9
Totaux et moyennes.		10.298.430	17942	17,4	5056	28.2	71,8

Le nombre des aliénés conservés dans leur famille n'est donc que de 43,9 p. 100 en Danemark, tandis qu'il atteint la proportion de 66,9 en Norwège et de 89,8 en Finlande. Il est en moyenne, dans les pays Scandinaves, de 71,8.

Les aliénés qui ne sont pas internés, restent pour la plupart chez eux ou chez des parents; ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils sont confiés à des étrangers.

Quant aux autres, ils sont placés dans des établissements publics spéciaux; quelques-uns seulement sont admis dans des hôpitaux ordinaires. Les maisons de santé sont à peu près inconnues dans la Scandinavie; il n'y en a que deux en Suède, encore n'ont-elles que fort peu d'importance.

On admet indistinctement dans les mêmes établissements les cas aigus et les cas chroniques, les riches et les pauvres, et presque tous les aliénistes des pays Scandinaves considèrent ce système comme le meilleur.

Le *Danemark* possède aujourd'hui quatre établissements spéciaux dont la construction a coûté, par lit, de 3,666 fr. à 6,060 francs. Le nombre des malades, au 13 janvier 1884,

©BIUM

y était de 1,959 : le prix de revient par malade à oscillé, en 1883, entre 1 fr. 85 et 2 fr. 35. Le seul que nous ayons visité, celui de Saint-Hans, à Roskilde, dirigé par notre sympathique et distingué confrère le Dr Steenberg, est établi dans un site admirable ; il nous a paru, à tous égards, des mieux organisés. Aucun de nous n'oubliera l'accueil cordial que nous y avons reçu.

Il y a en *Suède* dix établissements contenant ensemble 2,248 places. Le prix de revient y a été en moyenne, en 1882, de 1 fr. 80 par malade. Le seul que nous ayons eu le temps de visiter, celui de Conradsberg, dans la banlieue de Stockholm, dirigé par notre savant confrère, le professeur Bjornstrôm, est bien construit et parfaitement organisé.

On compte en *Norwège* dix établissements, dont deux asiles privés faisant fonction d'asiles publics. Le nombre des malades, au 31 décembre 1880, y était de 1,041 : 891 indigents et 150 payants. Le prix de revient a oscillé, en 1880, entre 1 fr. 77 et 2 fr. 14.

Nous trouvons en *Finlande* une organisation toute spéciale qui mérite d'être signalée : dans le voisinage immédiat de chaque chef-lieu de département, il y a un quartier d'admission contenant 20 places au plus, et qui est destiné à recevoir tous les malades atteints d'aliénation mentale aiguë ; on ne peut les y conserver plus de six mois. Il y a actuellement en Finlande cinq établissements de cette catégorie, contenant 92 places. Le prix de revient par malade et par jour y varie de 2 fr. 01 à 3 fr. 04. On compte de plus un grand établissement central de 500 lits — un deuxième est projeté, — un asile clinique de 120 lits et un hôpital de 67 lits pour les épileptiques et les aliénés criminels.

En *Suède* et en *Finlande*, le service des aliénés ressortit à la direction de la médecine, dont le directeur général a l'inspection de tous les établissements.

©BIUM

En *Danemark* et en *Norwège*, il y a à la fois des établissements de l'Etat et des asiles communaux.

La *Suède*, la *Norwège* et la *Finlande* ont des lois spéciales sur les aliénés ; il n'en existe pas en *Danemark*, et si nous en croyons M. Steenberg, il ne paraît pas que le besoin s'en fasse bien vivement sentir, si ce n'est peut-être en ce qui concerne l'administration des biens des aliénés.

En *Suède*, l'étude de la psychiatrie est obligatoire. Elle ne l'est pas dans les trois autre pays scandinaves, mais dans tous il y a des cours de psychiatrie, et si les vœux unanimes des médecins de la Scandinavie sont exaucés, il est probable que l'étude des maladies mentales y deviendra bientôt partout obligatoire. Nous ne sommes pas encore aussi avancés en France, où il serait bien facile cependant d'exiger qu'au moment de passer leur dernier examen, les étudiants fussent tenus de fournir un certificat de stage auprès d'une clinique spéciale.

La proportion des idiots est :

En Suède,	de 9 25	sur	10.000	habitants.
En Norwège	11.98	—	—	—
En Finlande	13.70	—	—	—
En Danemark	13.20	—	—	—

Le nombre des hommes dépasse de beaucoup celui des femmes dans la proportion de 152 à 100.

Il n'y a d'établissements publics pour les idiots ni en Norwège, ni en Finlande, ni en Danemark ; mais la Norwège et le Danemark possèdent l'un et l'autre deux établissements privés, subventionnés par l'État ; il n'y en a qu'un seul en Finlande. En Suède, on compte six établissements publics départementaux et cinq établissements privés destinés aux idiots.

Dans la même séance du 11 août, MM. les docteurs

©BIUM

Obersteiner, de Vienne et Adamkiewicz, de Cracovie, nous ont fait d'intéressantes communications, le premier sur le *Morphinisme et son traitement*, et le second sur l'*Anatomie pathologique de l'ataxie locomotrice*.

— Le traitement du morphinisme, dit M. OBERSTEINER, demande beaucoup de précautions : dans certains cas, les phénomènes cérébraux sont tels, que tous les moyens thérapeutiques sont inutiles, et qu'il faut se contenter de diminuer progressivement la dose de la morphine. Dans les cas moins graves, on se trouve bien parfois de supprimer brusquement l'agent toxique. M. OBERSTEINER a obtenu de bons résultats de la cocaïne.

— M. ADAMKIEWICZ nous a montré de fort belles préparations destinées à mettre en évidence deux sortes d'altérations constatées par lui dans l'ataxie locomotrice. Les unes consistent dans un développement anormal du tissu interstitiel qui accompagne les artères des cordons postérieurs. Les autres auraient pour siège les nerfs des cordons de Goll et d'autres nerfs situées dans la partie centrale de la moelle. Ces nerfs subiraient une dégénérescence qui aurait pour point de départ une substance particulière qui entoure le cylindre-axe, et que l'auteur nomme *chromoleptique*.

La séance du 12 a été consacrée à une série de communications faites par MM. le professeur Eulenburg (de Berlin), le professeur Kjellberg (d'Upsal), Rohmell, médecin-adjoint de l'asile de Roskilde, Paetz (d'Alt-Scherbitz), et Ramaër, inspecteur général des asiles d'aliénés des Pays-Bas.

M. EULENBURG nous a entretenus de la curabilité de l'ataxie locomotrice progressive ; mais ses arguments, très bien présentés d'ailleurs, ont trouvé de nombreux contradicteurs. C'est qu'en effet, les observations de M. Eulenburg se rapportent presque toutes au début de la maladie, alors que le diagnostic peut difficilement être porté avec une certitude absolue.

©BIUM

M. le professeur KJELLBERG nous a lu un premier travail sur le *rôle des écoles dans la production des maladies mentales*. Déjà, dans une excellente communication faite au Congrès de Bruxelles de 1880, M. Kjellberg (1) avait étudié l'influence des méthodes d'enseignement sur la santé des enfants. Il avait critiqué, notamment, avec une grande vigueur cette habitude déplorable de surmener le cerveau des enfants en pleine évolution, et avait fait ressortir les fâcheux résultats qui en sont la conséquence. M. Kjellberg demandait, comme nous l'avons fait nous-même au Congrès de Rouen, que jusqu'à l'âge de quinze ans, — je m'étais arrêté à treize, — sur les douze heures de la journée, six au plus fussent consacrées au travail intellectuel, y compris le temps employé à la préparation des leçons.

Aujourd'hui, M. Kjellberg nous apporte des faits recueillis par lui et qui démontrent, jusqu'à l'évidence, l'influence pernicieuse du surmènement intellectuel dans la première enfance. Les accidents cérébraux qu'il détermine sont presque toujours les mêmes, et se présentent, en général, dans le même ordre : céphalalgies, insomnies, torpeur intellectuelle, auxquels viennent s'ajouter, suivant les idiosyncrasies, le découragement, l'affaiblissement physique, puis des mouvements spasmodiques, des hallucinations, et, parfois même, des véritables syncopes. M. Kjellberg pense que ces phénomènes morbides ont pour cause anatomique une congestion chronique de la substance grise des hémisphères cérébraux.

Les considérations développées par M. Kjellberg n'ont pas trouvé de contradicteurs, et plusieurs d'entre nous sommes venus apporter des observations confirmatives de sa manière de voir.

---

(1) *Influence du régime scolaire et des méthodes de l'enseignement actuel sur la santé de la jeunesse.* Paris, 1880.

©BIUM

M. KJELLBERG nous a fait une seconde communication sur la *valeur des exercices corporels dans le traitement des maladies mentales*. Notre savant confrère attribue, et avec raison, une grande importance, dans le traitement de la folie, aux exercices corporels. Pour lui, comme pour nous, le travail en plein air est le meilleur ; mais il n'est pas à la portée de tous les aliénés. Aussi M. Kjellberg voudrait-il qu'il y eût dans les asiles des emplacements assez vastes pour que les malades pussent y faire de la gymnastique ou s'y promener à l'aise. Et comme ce mode de traitement ne lui paraît utile que pour les malades qui peuvent prendre la nuit un repos suffisant, M. Kjellberg condamne les grands dortoirs, où un seul malade quelque peu agité empêche les autres de dormir. Je crois que la plupart des aliénistes, aujourd'hui, partagent sa manière de voir à cet égard.

La communication de M. le Dr PAETZ sur le *rôle des colonies agricoles dans le traitement des maladies mentales*, a porté à peu près sur les mêmes points que celle de M. Kjellberg; mais M. Paetz est plus explicite encore que ce dernier; il voudrait notamment qu'on eût recours au travail des champs, même dans les cas aigus.

J'ai fait observer que les idées émises par nos savants collègues étaient appliquées presque partout en France. Le *modus faciendi* seul varie suivant les circonstances et les nécessités locales.

Mais les divers modes d'application du travail agricole qui ont été adoptés ne méritent pas tous d'être encouragés.

Les fermes annexées, situées à une certaine distance de l'établissement central, notamment, n'ont donné en général que de médiocres résultats ; les malades abandonnés à des subalternes y sont trop souvent perdus de vue par le médecin.

Les colonies agricoles organisées *ad hoc* peuvent rendre

©BIUM

de très bons services, si elles ne sont pas trop éloignées du centre de l'établissement, si l'un des médecins y réside, et s'il se fait un échange continuel de malades entre l'asile proprement dit et la colonie.

Mais je préfère encore à ce système le travail agricole ou celui des chantiers en plein air, pratiqué dans le voisinage immédiat et autour de l'établissement, et appliqué à presque tous les aliénés chroniques et sub-aigus. Ce n'est plus alors la moitié des hommes, comme le pense M. Kjellberg, mais à peine 20 à 25 p. 100 qui resteront inactifs dans les quartiers.

La communication de M. le Dr Rohmell sur le *rôle de la syphilis dans la paralysie générale* a donné lieu à une très intéressante discussion.

Reprenant une thèse soutenue, il y a longtemps déjà, par plusieurs aliénistes allemands, M. Rohmell, se fondant sur ce que la plupart des déments paralytiques ont eu des accidents vénériens, prétend que la syphilis doit jouer un rôle prépondérant dans la genèse de la paralysie générale. Ce qui viendrait encore à l'appui de cette manière de voir, dit M. Rohmell, c'est que la plupart des cerveaux dans lesquels, à l'autopsie, on trouve l'athérome des artères cérébrales et l'adhérence des méninges, proviennent de déments paralytiques. Mais comme le traitement spécifique ne semble pas retarder l'évolution de la maladie, il y a lieu de présumer que la syphilis a subi une modification spéciale.

Les idées développées par M. Rohmell sont partagées, paraît-il, par la plupart des médecins scandinaves ; mais elles ont trouvé des contradicteurs convaincus parmi les aliénistes des autres pays, et particulièrement des médecins français, pour lesquels, en général du moins, la paralysie générale et la syphilis cérébrale de forme paralytique constituent deux entités morbides essentiellement distinctes. M. Magnan, notamment, a fait observer que si la

©BIUM

syphilis joue parfois un certain rôle dans la genèse de la paralysie générale, elle n'en est jamais la cause efficiente et principale; aussi l'iodure de potassium ne produit-il que bien rarement l'amélioration de la maladie, tandis qu'il donne d'excellents résultats dans les affections cérébrales limitées, déterminées par la syphilis et qui simulent quelquefois, mais toujours incomplètement, la véritable paralysie générale.

La communication de M. RAMAER sur l'*analyse psychique comme fondement du diagnostic psychiatrique*, n'a donné lieu à aucune observation. Elle ne nous a pas paru d'ailleurs susceptible d'analyse.

(*La fin au prochain numéro.*)

L. L.

©BIUM

Pathologie

NATURE CADAVÉRIQUE

DE QUELQUES LÉSIONS DES

CENTRES NERVEUX

Sclérose miliaire. — Adhérences des membranes à la couche corticale du cerveau.

Le docteur Plaxton a publié l'année dernière un travail sur la sclérose miliaire dans lequel il a démontré qu'on retrouve presque constamment cette altération dans les portions du cerveau qu'on conserve dans l'alcool, et qu'au contraire, on ne peut la constater si, au lieu d'alcool, on se sert de bichromate de potasse. Mais l'auteur ne s'en est pas tenu là, il regarde comme très probable et il a, dit-il, *de fortes raisons de penser que la sclérose miliaire ne se produit qu'après la mort et qu'elle devrait être considérée comme une lésion cadavérique.* (Journal *of Mental Science*, avril 1883.)

J'ignore quelles sont les *fortes raisons* auxquelles l'auteur fait ici allusion, mais je crois devoir faire remarquer que l'opinion de M. Plaxton ne peut guère être basée que sur l'examen de cerveaux fait peu d'heures après la mort.

D'autre part, M. le docteur Schulz a publié en 1883 un mémoire ayant pour titre :

Des altérations artificielles cadavériques et pathologiques de la moelle épinière.

Les faits curieux que l'auteur a découverts ont été cons-

©BIUM

tatés après vingt autopsies de malades qui, avant la mort, n'avaient offert aucun symptôme du côté de la moelle épinière; mais il est à noter que parmi ces autopsies, il en est qui ont été pratiquées quelques heures, ou même seulement *une heure* après la mort, et d'autres au contraire de trente à quarante-cinq heures après.

Je ne puis dans cette courte note donner même une analyse succincte du mémoire de M. Schulz, et je renvoie à ce mémoire qui a été inséré dans le numéro de novembre 1883 du *Neurol. Centralblatt.*

J'ai cru devoir rappeler ici ces travaux de M. Plaxton et du docteur Schulz à l'occasion d'un fait qui m'a été récemment communiqué et qui me paraît avoir un assez grand intérêt.

Quelques observations recueillies avec soin tendent à démontrer que les adhérences des membranes à la couche corticale, qu'on trouve presque constamment sur le cerveau des malades morts de paralysie générale, *ne se produisent qu'après la mort et qu'elles devraient par conséquent être considérées comme une lésion cadavérique.*

On n'a pas, en effet, trouvé ces adhérences dans cinq cas où les autopsies ont été faites moins de dix heures après la mort.

Il est probable que d'autres faits intéressants seraient constatés si, dans quelques cas au moins, cas nettement spécifiés, l'examen des centres nerveux pouvait avoir lieu après un délai moins long que celui qui est fixé par les règlements.

Quand un malade atteint de paralysie générale, par exemple, a parcouru toutes les périodes de la maladie et qu'il est mort dans le marasme paralytique, quelle crainte pourrait-on conserver en autorisant l'autopsie quelques heures après la mort?

Les Allemands sont moins sévères que nous sur la réglementation des autopsies, quant au délai dans lequel il est

©BIUM

permis de les pratiquer ; ainsi, au *Congrès annuel de la Société des médecins aliénistes* de 1883, siégeant à Berlin, une discussion s'établit, dans la séance du 16 mai, au sujet d'une communication du docteur Tuczek sur l'*anatomie pathologique de la démence paralytique*. A cette discussion prirent part plusieurs membres du Congrès et entre autres, les docteurs Meynert (de Vienne), Mendel (de Berlin), Westphal et Smidt. Ces savants spécialistes basaient en partie au moins leurs argumentations sur des données anatomiques résultant de l'examen des cerveaux dix heures et même *deux heures après la mort* (1).

Je crois devoir rappeler qu'en France, l'ordonnance de police du 6 septembre 1839 concernant les autopsies, si elle ne les autorisait qu'après vingt-quatre heures, contenait un article spécial, article 6, disant : « que les dis-« positions de la présente ordonnance ne sont pas ap-« plicables aux opérations qui sont pratiquées dans les « hôpitaux et hospices et dans les amphithéâtres de dis-« section légalement établis. »

Il ne résulte pas de cet article qu'on fut libre de faire les autopsies moins de vingt-quatre heures après la mort, mais il prouve au moins qu'on mettait les hôpitaux sous ce rapport dans une catégorie à part. Ne trouve-t-on pas là un effet des garanties spéciales qui permettraient, dans l'intérêt de la science, d'apporter quelques restrictions aux ordonnances aujourd'hui en vigueur ?

BAILLARGER.

---

(1) Dans cette discussion le docteur Meynert émet l'opinion qu'on peut expliquer la fonte du protoplasma des cellules par l'œdème qui se forme pendant l'agonie.

D'après le docteur Smidt les moindres déformations cadavériques, la position même des corps influeraient sur l'état des fibres myélitiques de l'écorce.

Tout cela ne tend-il pas à prouver qu'il y a lieu d'être très réservé sur l'importance qu'on doit ou non accorder à certaines lésions que les recherches microscopiques permettent de constater dans les centres nerveux ?

©BIUM

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SOMMEIL PATHOLOGIQUE

CHEZ LES ALIÉNÉS

Par M. le Dr SEMELAIGNE

J'hésitais depuis longtemps à publier l'observation suivante de sommeil prolongé, lorsque le malade qui en fait l'objet et que j'ai soigné près de huit ans est venu à mourir. Aujourd'hui tous les obstacles se trouvent levés. Je craignais, en effet, que mon dormeur qui se réveillait inopinément à des époques variables n'eût connaissance de la publicité donnée à son état, et qu'il ne s'en formalisât. Tout ce qui lui rappelait sa triste situation, je n'ai pas besoin de le dire, l'affectait profondément, et j'aurais été désolé de lui être désagréable. Ce malade, ainsi qu'on le verra, a dormi d'abord sept mois sans interruption, puis les périodes alternatives de veille et de sommeil se sont succédé, avec une moindre durée, jusqu'à la crise ultime. Celle-ci, la 39e, de beaucoup la plus tenace, s'est prolongée, spectacle saisissant! l'espace considérable de quinze mois. Nourri dans ces conditions, avec la sonde œsophagienne, le pauvre patient a été alimenté de la sorte des milliers de fois sans qu'il s'en aperçût. Cloué sur son fauteuil ou couché dans son lit, impassible, inerte, toujours gardant la même attitude, il ressemblait par son immobilité plutôt à une statue qu'à un homme. Jamais, pendant les

©BIUM

crises, un mot n'est sorti de sa bouche. Muet, il était de plus insensible. Un voile épais recouvrait uniformément tous les sens.

Quant à l'intelligence dans les phases de réveil, rien, à part quelques signes de vésanie, n'en avait en apparence entravé le fonctionnement. La mémoire est restée intacte jusqu'à la fin.

Voici, du reste, cette observation qui, rapprochée de celles que la science possède ou pourra recueillir sur le même sujet, contribuera peut-être à élucider un jour ce point obscur des affections nerveuses. Rédigée environ deux mois avant la mort du malade, il m'a semblé inutile d'en changer aucunement le texte. Une note sur les derniers moments de l'infortuné dormeur et la relation de l'examen anatomo-pathologique de son cerveau la compléteront, examen dont M. le Dr Laborde, si compétent en pareille matière, a bien voulu se charger.

Qu'est-ce que le sommeil, en quoi consiste-t-il, et pour qu'il se produise avec ou sans rêves, quelles modifications intimes doivent s'opérer dans l'encéphale? Toutes ces questions sont encore à l'étude. Résolues, une foule d'autres s'éclairciraient du même coup. Les expériences si curieuses qu'on a faites récemment sur les hypnotiques tendraient, sous ce rapport, à ouvrir de nouvelles voies à l'activité des chercheurs.

M. X..., âgé de cinquante-six ans, d'une taille ordinaire, est assez bien constitué. Son père et sa mère étaient névropathiques. Une maladie de la moelle, à forme indéterminée, a emporté son frère aîné. Une sœur, qui vit encore, est d'un caractère bizarre.

Rien de particulier n'a signalé l'enfance de M. X... A dix-huit ans, une fièvre typhoïde, avec symptômes cérébraux, mit sa vie en danger. Il se préparait alors pour une école spéciale. Une fois rétabli, le temps lui manquant, et aussi les ressources, il aurait embrassé à contre-cœur une

©BIUM

autre carrière, où la malchance le poursuivit. Marié, selon ses goûts à vingt-neuf ans, il devint veuf à quarante-trois. Il changea après son veuvage de position, et il convola plus tard en secondes noces. Sa nouvelle situation lui était agréable et il aurait pu s'en trouver heureux; mais déjà sa constitution avait subi une fâcheuse atteinte qu'aggravèrent encore des préoccupations d'affaires et des craintes, sinon sans fondement, du moins exagérées. Naturellement pâle, on le vit bientôt maigrir. Il entreprenait sans qu'on sût trop pourquoi de longues courses, comme si le mouvement et un exercice forcé lui étaient nécessaires. Caractère irritable, mais facile, il se montra aussi peu à peu moins bienveillant vis-à-vis de ses collègues dans l'administration importante où il occupait avec distinction une des premières places. N'ayant pas d'enfants, il aurait été affligé, à ce qu'il paraît, de cette privation; il en parlait souvent.

Au mois de juin 1873, M. X..., après une excursion à la campagne, par un soleil ardent, se plaignit en rentrant à Paris d'une violente céphalalgie. Les douleurs de tête persistèrent plusieurs jours. Jusque-là il n'avait jamais souffert que de l'estomac, comme son père, type original, dont les digestions étaient également très laborieuses. Triste, morose, tout en se plaignant auprès de sa femme du malaise qui l'empêchait de sortir, il lui fit part en même temps de ses soupçons à l'endroit d'un de ses amis que la police, suivant lui, surveillait. Des illusions sensorielles s'étaient manifstées. Enfin, le 6 août, dans la soirée, la folie éclatait avec ses phénomènes les plus évidents. M. X..., en proie tout à coup à de vagues terreurs, s'imagine, en effet, que la maison qu'il habite va s'écrouler et l'ensevelir sous ses ruines; tout craque autour de lui; on lui jette et il sent tomber du sable sur sa tête; les domestiques qui le gardent sont des gendarmes déguisés; dans l'ombre qui les cache des agents ne le perdent pas de vue. Ce délire hallu-

©BIUM

cinatoire, de nature oppressive, dura sans désemparer jusqu'au 12. Le lendemain de l'explosion une tentative de castration, sans gravité d'ailleurs, se produisait au milieu du désordre des idées ; il voulait se punir, a-t-il raconté depuis, d'un crime imaginaire et sur lequel il ne s'explique pas davantage. A partir du 12, un calme notable succède à l'agitation, l'esprit du malade s'apaise, et, comme ce mieux inspirait de la confiance, on en profita pour le conduire dans une station thermale, où, après un mois de séjour, sa santé, grâce à des distractions nombreuses, paraissait complètement rétablie. Espérance décevante! A peine de retour à Paris, M. X... déraisonne de nouveau, à propos de ses affaires et des travaux de son administration. Des mots sans suite, à double entente, auraient pu faire croire qu'il avait joué à la Bourse et y avait perdu des sommes considérables. L'affaiblissement marche rapidement; M. X... fond à vue d'œil ; tout travail intellectuel lui devient impossible; la lecture même le fatigue et lui donne des maux de tête ; il dort mal; une tristesse invincible l'envahit.

En octobre, comme un changement de milieu lui avait déjà été favorable, il fut décidé qu'on l'enverrait en province, dans son village, pour y prendre du repos. L'essai eut l'air de réussir. Il y retrouva effectivement des forces ; son embonpoint revenait, il allait à la chasse, et, se sentant renaître, il avait annoncé lui-même sa guérison, lorsque, pressé par sa femme de revenir auprès d'elle, un sommeil troublé et des cauchemars l'obligèrent à ajourner son voyage.

Une phase nouvelle de la maladie allait se dessiner. Le 17 décembre, M. X... se mit au lit pour le garder avec une constance désespérante pendant plus d'une année. Il ne s'alimente plus dès lors que d'une façon irrégulière et insuffisante. Parfois, tous les trois ou quatre jours seulement, il consent, non sans difficulté, à manger un potage ou un biscuit; le reste du temps il n'avale que de l'eau sucrée et

©BIUM

encore en assez minime quantité. Cette alimentation, bien que des plus misérables, suffit néanmoins pour l'empêcher d'aller de vie à trépas. Je n'ai pas besoin de dire que, la peau collée sur les os, il ressemblait plutôt à une ombre qu'à un vivant.

Dès cette époque apparaît un symptôme sur lequel je reviendrai plus loin, à cause de sa fixité intermittente : l'application de la main gauche sur les arcades orbitaires, le pouce écarté de l'index et pressant le globe de l'œil. Un autre phénomène inaccoutumé et tout naturel préoccupait, d'autre part, M. X... : il lui semblait (l'expression est de lui) que son intelligence se recouvrait comme d'un nuage. Il répondait d'ailleurs convenablement aux questions qu'on lui adressait, et il recevait les siens sinon avec satisfaction du moins sans déplaisir. Vis-à-vis de sa femme, ses sentiments ont toujours été affectueux.

Vers le même temps se manifeste aussi un signe morbide sur la nature duquel M. X... ne se méprit pas : des hallucinations de la vue ; il voyait des serpents mêlés avec d'autres animaux de forme singulière et qui rampaient sur le parquet de sa chambre.

Au printemps de l'année 1874, la faiblesse du malade était telle, par suite de son régime, que la faculté visuelle était presque entièrement abolie. Autour de lui tout était brouillard et confusion. Rien de surprenant, il venait de rester six semaines sans vouloir ingurgiter autre chose que de l'eau sucrée. Prières et supplications avaient été inutiles. L'instinct de la conservation se réveillant, ou une modification s'opérant dans son esprit, un jour, il demande, contre toute attente, du bouillon qu'il absorbe et qu'il digère bien. On lui en offre les jours suivants ; il l'accepte volontiers. Sa vue peu à peu s'éclaircit, et la lecture, qu'il avait dû discontinuer, redevient à son grand contentement praticable ; il y passait presque tout son temps. Mais toujours abattu, irritable, d'une humeur maussade, il refuse à la fin,

©BIUM

avec obstination, de laisser faire son lit (on le levait d'ordinaire toutes les semaines pour remettre son coucher en ordre), malgré l'injonction et les remontrances amicales de son médecin, qui pas plus que les autres ne put vaincre son entêtement, quelque insistance qu'il y mit, ni obtenir de lui une parole.

Pas d'oubli ni de paralysie des sphincters.

Il y avait, le 23 mai 1875, dix-sept mois que cette phase durait. La voyant s'aggraver et d'autres circonstances étrangères à l'affection intervenant, on résolut d'avoir recours à l'internement dans un asile, où l'hydrothérapie fut mise en usage. Un mois après, M. X... paraissait et on le crut encore guéri. Sa voix, qui était voilée maladivement, avait recouvré son timbre normal; il ne portait plus la main gauche sur ses yeux; s'il était faible, il pouvait cependant se tenir debout et faire quelques pas; la physionomie était naturelle, l'intelligence lucide; du moins telle fut l'opinion générale. Il demandait sa liberté et on obtempéra à son désir.

Mais, comme en 1873, à peine rentré à Paris, M. X... retomba aussitôt dans l'apathie et la tristesse. La ruine d'un de ses amis qu'on n'osait lui cacher l'impressionna profondément. Au bout de huit jours (la rechute était prompte), il accusait de vives douleurs du côté de l'estomac, puis de la tête, lourde, disait-il, sur ses épaules comme du plomb. Alité, engourdi, M. X... ne répond bientôt plus que par monosyllabes à l'appel et aux observations des siens. Dormait-il? C'était un mercredi. Le vendredi, on s'aperçoit avec étonnement que le mutisme est persistant; il ne reconnaît plus ou il ne veut plus reconnaître personne. Et la main gauche, on devait s'y attendre, se plaça de nouveau machinalement au-devant des yeux. Alimentation impossible.

Avant d'arriver à la phase capitale de la maladie, il est bon d'ajouter que, dans son évolution, des spasmes ner-

©BIUM

veux, se traduisant par une pâleur subite, des frissons et une respiration difficile, se sont souvent montrés. Il n'y a jamais eu d'ailleurs de pertes de connaissance dans ces crises, qui ne dépassaient pas quelques minutes.

La situation de M. X... réclamait des mesures spéciales; on les prit sur le champ. Voici, à la date du 19 août 1875, sous quel aspect elle se présentait; elle ne changera pas de sitôt :

Immobilité complète, mutisme absolu, refus passif de toute nourriture, mâchoires fortement serrées, paupières abaissées, les yeux étant tournés en haut. Le malheureux ne peut se tenir debout, ses jambes fléchissant sous le poids de son corps. Assis ou couché, la nuit comme le jour, il recouvre de la main gauche ses yeux et le haut de la face, le pouce et l'index affectant la position signalée plus haut. Assis, M. X... croise la jambe gauche sur la droite, le coude gauche appuyé sur sa cuisse ou le bras de son fauteuil. L'attitude qu'il a est celle de la méditation. Sa figure est calme, impassible, sans expression aucune. Couché, il s'étend dans le lit tout de son long, la main gauche ne quittant pas les yeux, tandis que la droite, qui, le jour se place sur la cuisse, repose la nuit sur sa poitrine. Jamais il n'y a eu interversion dans la position des deux membres supérieurs.

Une fois installé dans son fauteuil, M. X... y semble rivé pour la journée. A quelque heure qu'on pénètre chez lui, on le retrouve dans la même attitude affaissée et silencieuse. Ni le bruit, ni les cris, ni une lumière éclatante, ni les odeurs, si fortes qu'elles soient, ne le font sortir de sa torpeur, pas plus que la présence de sa femme dont la voix ne l'émeut ni ne l'impressionne. On dirait, à la pose qu'il affecte, d'une statue. La sensibilité cutanée est, d'autre part, obtuse par tout le corps. Les piqûres y provoquent, à la vérité, des mouvements, mais des mouvements réflexes et d'une excessive lenteur; il faut attendre, en effet, de

©BIUM

trois à quatre secondes avant que le retrait du membre s'effectue. Et encore dans ces expérimentations est-il nécessaire d'agir avec quelque énergie. Si c'est au membre supérieur gauche que l'on s'en prend, M. X... fait aussitôt avec le coude le geste d'écarter l'instrument qui le pique, mais la main ne s'éloigne pas des yeux.

Les jambes et le bras droit exécutent sans obstacle ni raideur les mouvements passifs qu'on leur imprime; mais si on cherche à étendre l'avant-bras gauche sur le bras, une résistance assez considérable se fait sentir, en même temps que les sourcils se froncent et se relèvent sur la ligne médiane, signe évident d'une perception obscure et imparfaite. Que se passe-t-il alors dans le cerveau du malade et saurait-il, le cas échéant, en rendre compte? Une fois au-delà d'un certain angle, la résistance du bras cesse et l'extension a lieu sans effort. Mais abandonne-t-on le bras à lui-même, la main retourne à l'instant se coller sur la tête, qui est infléchie à gauche et ne se dérange pas dans ces épreuves.

M. X... étant incapable de prendre par lui-même aucune nourriture, on a dû forcément, dès l'apparition des accidents léthargiques, l'alimenter avec la sonde œsophagienne. L'opération se pratique deux fois par jour. Au commencement, il s'est tant soit peu débattu, remuant comme par dépit la tête, la main droite tâtonnant dans l'air pour saisir ou écarter l'instrument, la gauche, je le répète, ne bougeant jamais. La camisole, afin de parer à des inconvénients possibles, était de rigueur. Le passage de la sonde dans les fosses nasales ne provoque rien de particulier; dans le pharynx, il détermine des mouvements de déglutition; mais du moment où elle a pénétré dans l'œsophage jusqu'à celui où on la retire, après l'injection du bol alimentaire, il se produit un petit crachotement continu, qui est même l'indice qu'on se trouve dans la bonne voie. L'introduction de la sonde

©BIUM

dans le larynx est annoncée, comme toujours, par de la toux.

Le pouls est petit, peu fréquent (60 P.), et assez mou ; la respiration est normale, paisible et régulière ; la peau est fraîche ; la température dans l'aiselle est à 36°,7.

A chaque visite, dans les premiers temps, on espérait trouver M. X... réveillé ; mais à chaque visite la même déception nous attendait. L'automne était loin, l'hiver s'en allait, et il n'y avait pas de raison, on était presque autorisé à le penser, pour que cet incroyable sommeil prît fin.

Sept mois s'écoulèrent ainsi, M. X... conservant la même attitude, la même immobilité, toujours muet et toujours alimenté à la sonde, les fonctions végétatives s'accomplissant convenablement et la nutrition ne périclitant pas, au contraire. La constipation seulement était opiniâtre et les évacuations n'avaient lieu qu'au moyen de légers purgatifs, inconsciemment d'ailleurs. Il en aurait été de même, sous ce dernier rapport, de la miction, au moins pendant le jour, si durant la nuit, le malade, au dire de son domestique, ne se fût tourné du côté de la ruelle pour uriner. Chose singulière ! on constate aussi que le sommeil nocturne diffère sensiblement de l'engourdissement diurne ou pathologique : la respiration, la nuit, est plus lente, plus profonde et plus bruyante ; parfois M. X... ronfle. Mais quelques mouvements qu'il fasse dans son lit, la main gauche, sentinelle inflexible, ne déserte pas sa position.

D'autres mouvements indiqueraient peut-être encore une demi-conscience. Pendant quelque temps, M. X... a passé la journée sur un fauteuil ordinaire, à siège assez large ; cédant aux lois de la pesanteur et n'étant pas retenu par les jambes qui sont, comme on l'a vu, inertes, le tronc glissait peu à peu en avant : M. X... se remontait alors de lui-même en s'appuyant fortement sur le bras droit. Quand on lui met la camisole, mesure de précaution indispensable, ai-je dit, au cathétérisme de l'œsophage, au premier

©BIUM

moment, les bras font effort pour se dégager; on voit les doigts s'agiter sous la toile; puis toutes ces tentatives mal dirigées, en somme, et peu énergiques cessent complètement.

Dans ces conditions, l'électricité était indiquée, et on l'a employée à plusieurs reprises, sans bénéfice, du reste, ainsi qu'il en sera ultérieurement pour les affusions et les douches. A-t-on recours à la faradisation, il importe au préalable de maintenir avec soin la main droite du malade, qui sans cela se précipite vers l'excitateur et le poursuit partout où on le promène. Touche-t-elle l'électrode à l'endroit non isolé, elle recule au contact, revient pour reculer de nouveau sous la secousse et revenir encore. Une espèce de lutte s'établit, qu'on pourrait prolonger indéfiniment. Les contractions locales provoquées n'ont rien offert d'anormal. Mais le pouls, au lieu de 60 pulsations par minute, s'élevant à 110 et 120 dans chacune des séances, on jugea prudent de les suspendre. Cette accélération n'était, il est vrai, que passagère, et elle n'existait plus une demi-heure après.

Le 28 mars 1876 (la période léthargique remontait au 19 août 1875), le 28 mars donc, vers les 6 heures du soir, M. X... étant dans son fauteuil, un grand fauteuil de chêne, s'agite, remue, des paroles confuses sortent de sa bouche; elles sont faiblement mais nettement articulées : « Ma femme, ...de la purée, ...du vin, ...cinquante centimes; » car telles sont les premières manifestations de l'intelligence qui va reparaître. Un potage au tapioca lui est administré, lentement, par petites cuillerées; il se laisse faire; on lui demande quand la soupière est vide, s'il en veut encore; de la purée, répond-il avec insistance. On lui en apporte; il la mange et il boit un peu de vin. La main gauche, augure favorable, s'est éloignée du front. Ce n'était pas toutefois le réveil complet. La nuit, puis le lendemain, M. X... les passe dans le même état de demi-sommeil, sorte

©BIUM

de crépuscule, avec conscience imparfaite de ce qui l'entoure et répétant par intervalles les paroles citées plus haut, surtout celles-ci : « Ma femme, cinquante centimes. » On le nourrit à la cuillère. Les aliments, potages et purées, sont déglutis sans aucune difficulté. Au milieu de la nuit du 29 au 30, tout à coup, M. X... appelle son domestique et il lui demande où il est : A Neuilly, répond celui-ci. — Ah! je sais où, reprend-il, et depuis quand? — Depuis sept mois. — Ma femme vous a-t-elle donné quelque chose? — Oui, Monsieur, souvent même. — Ah! je la reconnais bien là, à sa générosité. Et la République, où en est-elle? je voudrais bien le *Journal de Paris* et le *Grand Moniteur*. » — A partir de ce moment, l'intelligence avait repris possession d'elle-même. Prévenue aussitôt de l'événement, Mme X... se hâte d'accourir. Le malade l'accueille avec affection, et il s'entretient avec elle comme s'il s'était endormi la veille et venait de se réveiller après un sommeil ordinaire. Le temps qui s'est écoulé, il se le figure comme n'ayant eu que la durée d'une nuit. Mais il se souvient qu'il s'est endormi à Paris, dans sa chambre, et se réveillant ailleurs, il est bien obligé de s'avouer que quelque chose d'anormal est intervenu dans son existence. Là-dessus, toute notion précise du temps lui échappe. A la fin il suppute les mois et il s'y retrouve. Il n'en est pas moins surpris et stupéfait, on le comprend, de l'étrangeté de l'aventure. La première émotion dissipée, il s'informe avec intérêt des différents membres de sa famille, de ses amis, et dans la conversation, il s'exprime avec une telle netteté de langage, avec tant de bon sens, que Mme X... le quitte émerveillée et convaincue, sauf désillusion, de son rétablissement. Les facultés intellectuelles semblent n'avoir subi aucune altération, les sentiments sont affectueux.

Interrogé par nous un peu plus tard sur tout ce qu'il a pu ressentir pendant ces sept mois de torpeur léthargique, M. X... nous répond de façon à montrer que la conscience

©BIUM

du moi avait totalement disparu. Véritable automate, il était comme mort intellectuellement. Aucun souvenir n'a persisté, en effet, des diverses sensations réflexes qu'il a physiquement éprouvées; ni l'introduction de la sonde, ni l'application de l'électricité n'ont laissé la moindre trace dans sa mémoire. Pour lui, il est sorti de cet état comme d'un sommeil profond qu'aucun rêve n'a traversé, ni hallucinations, ni conceptions délirantes hypnagogiques. Le monde extérieur n'existait plus; toute vie de relation avait cessé; c'était la nuit la plus épaisse, les plus noires ténèbres, sans aucune lueur ni éclaircie. « Mais vous ne vouliez pas manger, lui dit-on, vous ne nous répondiez pas, vous ne vous aidiez aucunement. » — « C'est possible, répond-il, mais je ne me rappelle rien, absolument rien. » Ainsi, seule, comme chez un végétal, la matière a agi et fonctionné dans l'économie. Quant aux facultés psychiques et physiques, entravées dans leur mécanisme, tenues en échec, elles n'auraient produit, dans leur inertie, pendant ces sept mois, ni une pensée ni un mouvement volontaire.

Ce retour à la santé morale sera-t-il durable? M. X... a ressaisi la vie; il parle, il lit, il veille, il dort comme tout le monde, et son sommeil est régulier, naturel. L'appétit est excellent, les digestions faciles. Quelques préoccupations hypochondriaques sont toutefois à noter, durant cette intermittence, préoccupations en partie justifiées d'ailleurs par la faiblesse du malade que ses jambes ne peuvent soutenir; il est comme paraplégique. Pour remédier à cet état de faiblesse, il se fait apporter, non content de ce qu'on lui sert comme nourriture, toute sorte de suppléments sous forme de pâtisseries. Malgré cela, les forces ne reviennent que lentement, et s'il parvient à se tenir debout et à faire quelques pas, c'est avec l'aide de son domestique; sans appui il tomberait. Tous les jours on le promène à l'air dans une voiture à bras; ces promenades lui sont agréables.

©BIUM

Il lit non seulement les journaux, mais aussi des ouvrages de littérature, d'histoire; il cause volontiers et d'une manière raisonnable sur des sujets variés. Mais s'il accueille toujours avec un extrême plaisir la visite de sa femme, il refuse obstinément et sans distinction celle de toute autre personne. Il sera heureux, dit-il, de recevoir ses amis à Paris.

Le pouls, qui s'était élevé à 80 pulsations au moment du réveil, n'a pas tardé à retomber à son chiffre normal.

Vers le milieu d'avril, en plein espoir, l'amélioration physique progressant, des visions, comme M. X... en avait eu autrefois, mais plus pénibles, le tourmentent et l'attristent. Soit le jour, soit la nuit, il lui semble voir sa première femme et un de ses amis au lit de mort; il les avait veillés l'un et l'autre à leurs derniers moments, et l'hallucination les lui représente devant les yeux tels qu'ils étaient à l'agonie. Les deux fantômes se tiennent à quelque distance de lui. Ce phénomène, dont il apprécie parfaitement la nature, ne serait pas constant; mais quelque effort de volonté qu'il déploie pour s'y soustraire, l'apparition se reproduit malgré tout, l'inquiète, l'agace et le rend de plus en plus mélancolique.

Rien cependant ne faisait prévoir une rechute. Un peu d'embonpoint était revenu, le teint un moment terreux s'était ranimé, et la figure était bonne, à part une bouffissure légère. On pouvait donc considérer l'ensemble des symptômes comme relativement satisfaisant, quand, le 30 avril, au matin, en se levant, le domestique de M. X... le retrouve immobile et muet dans son lit. La transition d'un état à l'autre s'était faite sans bruit, insensiblement. L'attitude du malade est redevenue, bien entendu, comme auparavant, affaissée et silencieuse; la main gauche a repris son poste; et, comme auparavant, le même mode d'alimentation redevient obligatoire. L'électricité est aussi employée de nouveau. Aucune modification circulatoire

©BIUM

ne se manifestant cette fois sous l'influence des courants, on prolonge davantage l'expérimentation, mais sans nul profit. A chaque séance, les mouvements de la main droite, dont il a été parlé précédemment, se reproduisent, et en outre il en survient d'autres plus spontanés en apparence. Soulève-t-on, par exemple, en les rejetant aux pieds les couvertures de son lit, M. X... cherche à les ramener sur lui aussitôt. Un jour, en promenant l'électrode sur ses cuisses, le hasard veut qu'on effleure le scrotum; immédiatement il y porte la main comme pour le protéger. On dirait qu'il sent l'approche de l'électrode. L'application du courant à l'avant-bras gauche y provoque des mouvements d'abduction du coude; mais quelque réitérées que soient ces applications, on échoue constamment devant la main, qu'il est impossible de forcer à se détacher du front.

Le 8 mai, dans l'après-midi, M. X... était assis, comme d'habitude, dans son fauteuil. Tout à coup il se réveille et interpelle subitement son domestique. Le réveil avait été soudain et sans somnolence intermédiaire. Le pouls, qui était à 50, remonte à 60, puis à 65. Se sentant faible, le malade demande à se coucher. Il souffrait de la tête.

Le 20 mai, une nouvelle rechute a lieu, la nuit, sans symptômes précurseurs.

Le 25 juin, à cinq heures du soir, réveil également subit et tout aussi inattendu que les rechutes. M^me^ X... venait de se retirer, et aucun changement dans l'attitude générale de son mari ne l'avait frappée. Chaque réveil sera suivi désormais de céphalalgie.

Sans insister plus longuement sur ces alternatives si curieuses de veille ou de vie en apparence normale, et de sommeil prolongé, d'une durée variable, qui continuent à se succéder depuis 1876, je me contenterai, pour en finir, d'indiquer quelques particularités, dont il n'a pas été encore fait mention. Fustigé pendant le sommeil, le long de

©BIUM

la colonne vertébrale jusqu'à rubéfaction de la peau, avec des linges mouillés d'eau froide, M. X... s'emparerait de ces linges, s'il le pouvait, comme de l'électrode quand on l'électrise ; mais, pas plus que les autres, ce moyen n'amène le réveil. Mises en usage un assez grand nombre de fois, les douches ont été employées également sans avantage. Pulvérisé ou non, le jet horizontal le laisse tout à fait impassible ; c'est une masse inerte, il ne gesticule même pas du bras droit, comme si, dans la salle d'hydrothérapie, une improbation quelconque était inutile.

Réveillé, M. X... refuse, sans motif aucun, toute espèce de médication aussi bien que tout examen direct ; un purgatif, des pilules, on ne peut le décider à les prendre. Aurait-il des soupçons, des méfiances ?

Une nuit, en 1877, on l'entend se retourner, s'agiter brusquement, et il tombe de son lit sans s'en apercevoir, pour ne se réveiller que neuf jours après. Une autre fois, il glisse de son fauteuil sur le parquet.

En 1878, des éblouissements, des éclairs, survenant à toute heure, mais surtout le matin, remplacent les hallucinations de la vue. De temps en temps, une sensation d'un autre genre le préoccuperait encore ; il la traduit ainsi : c'est, dit-il, comme si son cerveau se remuait dans son crâne.

Dans le cours de 1878 apparaissent en outre des idées délirantes, mais fugaces et qui seront limitées à la durée d'une rémission. M. X... souffrait alors de l'estomac. Il s'imagine, par suite de ses douleurs, qu'on veut l'empoisonner, que le cuisinier de la maison a été corrompu par ses ennemis et acheté avec l'argent de l'un d'eux ; une ligue s'est formée contre lui, dont feraient partie tous ses parents et ses amis, à l'exception de sa femme, qu'il n'instruit pas toutefois de ses craintes ni du danger qui le menace. Le tour de celle-ci pourtant viendra ; mais le délire, vis-à-vis d'elle, affectera une autre forme, celle de la jalou-

©BIUM

sie avec toutes ses récriminations. Le pauvre malade invoque la mort comme une délivrance.

Qu'il soit triste, dans les intervalles lucides ou semi-lucides, bien qu'entouré de soins et d'affection, on comprendrait difficilement le contraire. M. X... n'admet toujours que sa femme auprès de lui. La lecture est sa seule distraction, et, après une crise, il reprend tranquillement à la page interrompue le livre commencé un mois ou six semaines auparavant. Diverses parties de l'histoire l'ont occupé de préférence. En dernier lieu, c'est la physiologie et la physique qui ont absorbé tous ses instants, et contre son habitude, car il n'écrit guère, il a consigné dans un mémoire le résultat de ses méditations. Peu versé dans ces matières, il signe, avec prière de taire son nom, du pseudonyme de Tic-Tac-Oxygène. Serait-ce pure coïncidence? Toujours est-il qu'après le travail ardu auquel il s'est livré, est survenue, le 10 avril 1882, la longue crise de sommeil qui dure depuis plus d'un an et dont il semble ne pouvoir sortir.

M. X... ne croise plus la jambe gauche sur la droite depuis longtemps déjà ; toutes deux reposent sur le marche-pied de son fauteuil.

Des symptômes réguliers et constants annoncent-ils le début des crises léthargiques et observe-t-on quelque chose de significatif à leur déclin? Il y a toujours eu de la céphalalgie après chaque crise, et il en est de même à présent un peu avant leur apparition. Aussi M. X... a-t-il comme le pressentiment de ce qui se prépare, sans y faire jamais allusion, du reste, tout entretien sur ce sujet lui étant des plus pénibles. Il n'exprime ce pressentiment qu'en interrompant les petits achats qu'il a l'habitude de commander.

La nuit, M. X... est devenu tout à fait gâteux.

Il dort aujourd'hui 15 mai, depuis plus d'un an, ainsi qu'on vient de le dire.

©BIUM

Les crises, comme durée, ont offert de nombreuses variations : elles ont oscillé entre 4 jours et 75 jours, en s'arrêtant, sans périodicité saisissable, à une foule de chiffres intermédiaires. Deux ont été d'une longueur exceptionnelle, la première, qui a duré 224 jours, c'est-à-dire, plus de 7 mois, et la dernière, la trente-neuvième, qui ne finit pas.

Le pouls et la température, le pouls surtout, ont aussi offert des changements successifs. A 60 pulsations pendant tout le cours de la crise initiale, on l'a vu monter aussitôt le réveil à 80, puis il est redescendu au bout de quelques jours à 60. Le 30 avril 1875, lors de la première rechute, il tombait à 50 pour remonter, la crise terminée, à 60 et à 65. Le 24 septembre à la fin d'une autre crise, le réveil existant, il marquait 48, et le 16 octobre, la période de léthargie revenue, 70. Le 2 décembre, cette même période étant remplacée par le réveil, on comptait 85. C'est le chiffre le plus élevé qu'on ait eu à constater. Dans le stade suivant, celui de torpeur, il sera ramené à 48.

La température axillaire, prise à différentes époques, dans ces crises, a marqué 36° 7, 36° 9, 36° 1, 37° 3, 36° 6, 36° 5.

Je me suis borné, dans l'observation qui précède, à ne rapporter que des faits palpables, contingents, sans chercher à en donner une explication; je laisse cette tâche difficile de côté. Un mot seulement encore. Ainsi voilà un malade qui, névropathique par tempérament, est atteint, à l'âge de quarante-six ans, de délire mélancolique avec hallucinations et idées de persécution; ensuite, l'affection changeant d'aspect, d'hypochondrie avec refus de la nourriture, alimentation insuffisante ou nulle; puis, une autre modification s'opérant, de crises bizarres plus ou moins longues de léthargie ou de sommeil prolongé, pendant lesquelles, mort-vivant, on l'alimente au moyen de la sonde œsophagienne; enfin, certaine révolution accomplie, sortant, comme d'un sommeil calme et régulier, de ce lourd sommeil de plomb, sans rêves, et cela pour y retomber

©BIUM

après un intervalle lucide d'une durée variable, et parcourir de nouveau et inconsciemment les mêmes phases. Ce spectacle, en dehors des lois communes, n'est pas sans étonner. Que se passe-t-il alors dans l'économie? N'y a-t-il, dans cet état hypnotique, rien de plus, à l'exagération près, que ce qui existe dans les phénomènes ordinaires et journaliers de la veille et du sommeil? On ne saurait le croire. Mais sous quelle influence matérielle ou dynamique se produisent les crises de léthargie? C'est là un de ces problèmes dont la solution reste à trouver, ainsi que celles de beaucoup d'autres questions en physiologie normale ou pathologique.

Cependant la trente-neuvième crise durait toujours et rien, aucun symptôme inaccoutumé, n'en faisait présager la fin.

M. X. dormait donc depuis quinze mois, depuis le 10 avril 1882, lorsque le 19 juillet 1883, on accourut me chercher, en me disant qu'un changement grave paraissait s'opérer dans son état. La figure était rouge, la respiration fréquente, le pouls d'ordinaire à 60, assez mou, devenu tout à coup petit, rapide, s'élevait de plus en plus. Aucune lueur de connaissance ne vint éclairer cette scène et, en moins de deux heures, la mort avait remplacé le sommeil. C'était la réalité au lieu de l'image. Un peu d'agitation seulement, les jours précédents, avait accompagné le cathétérisme en le rendant plus dificile.

Tableau des crises.

Dates du sommeil.	Dates du réveil.	Durée de chaque crise.
19 août 1875	26 mars 1876	221
30 avril 1876	8 mai —	9
20 mai —	25 juin —	37
30 juin —	6 juillet —	7
12 juillet —	24 septembre 1876	75
16 octobre 1876	2 décembre —	48
20 décembre 1876	27 janvier 1877	39
		433

©BIUM

15 février 1877. . . .		23 février 1877	9
5 mars —		21 avril —	48
15 mai —		23 juin —	40
19 juillet —		25 juillet —	7
9 août —		31 août —	23
25 septembre 1877. . . .		20 octobre —	26
18 novembre — . . .		24 décembre 1877	37
			190
24 janvier 1878. . . .		27 février 1878. . . .	35
27 mars —		19 avril —	24
19 mai —		5 juin —	18
4 juillet —		21 août —	49
25 septembre 1878. . . .		1er novembre 1878. . . .	38
27 novembre — . . .		26 décembre —	30
			194
23 janvier 1879. . . .		9 mars 1879.	46
8 avril —		28 avril —	21
29 mai —		8 juillet —	41
12 août —		29 août —	18
30 septembre 1879. . . .		3 octobre 1879. . . .	4
29 octobre 1879. . . .		25 novembre —	28
			158
1er janvier 1880. . . .		8 février 1880.	39
18 mars 1880.		7 avril —	21
19 mai —		14 juin —	27
10 août —		1er septembre 1880. . .	23
3 novembre 1880. . . .		23 novembre — . . .	24
			134
8 février 1881. . . .		27 février 1881.	20
6 mai 1881.		29 mai —	24
1er août —		21 août —	24
19 octobre 1881. . . .		1er novembre 1881. . .	14
			79
1er janvier 1882. . . .		19 janvier 1882. . . .	19
12 mars —		6 avril —	26
10 avril —		Mort le 19 juillet 1883. .	465
			510

Au total 1,698 jours, soit 4 ans et sept mois et demi de sommeil pathologique en un peu moins de huit années d'existence!

©BIUM

Examen de l'encéphale à l'état frais.

La substance cérébrale est généralement ramollie, et tend à la diffluence.

On n'aperçoit aucun foyer, ni aucune néoplasie formant tumeur, soit à la surface, soit dans les profondeurs des diverses parties encéphaliques.

Mais le détachement systématiquement fait de la pie-mère révèle des adhérences partielles de celle-ci, et des altérations caractérisées de la substance grise sous-jacente dans les régions suivantes des circonvolutions :

1° Le lobule dit *paracentral*, et particulièrement la circonvolution frontale ascendante, dans sa partie supérieure, tant du côté de l'hémisphère droit que du gauche;

2° Les circonvolutions voisines et limitrophes de la grande scissure sylvienne, dans la région temporo-pariétale, également à droite et à gauche;

3° Les trois circonvolutions occipitales, de chaque côté, et d'une façon prédominante la troisième occipitale.

Dans tous ces points, la substance superficielle suit, par lambeaux, l'enlèvement de la pie-mère, de façon à laisser comme des plaques à forme ulcérative, qui décapitent le sommet des circonvolutions impliquées.

C'est le processus *nécrobiotique* partiel, parfaitement caractérisé par la forme et l'aspect extérieurs et confirmé en sa nature par l'examen histologique, dont nous regrettons de ne pouvoir donner en ce moment les détails circonstanciés, à cause de l'absence de notre ami le professeur Mathias Duval.

Ces lésions, il importe de le noter expressément, sont tout à fait *symétriques* dans leurs localisations : elles ne présentent de différence que sous le rapport de l'envahissement et de l'étendue, qui paraissent notablement prédominer du côté droit.

©BIUM

Les chiffres relatifs aux pesées de l'encéphale et de la portion cérébrale montrent qu'il avait une notable diminution dans l'évaluation moyenne.

Encéphale entier, 1.360 grammes.

Cervelet et protubérance, 158 grammes.

Reste pour le poids du cerveau, 1.202 grammes.

Hémisphère droit, 604 grammes.

Hémisphère gauche, 596 grammes.

Nous remarquerons, enfin, que le siège principal des lésions qui viennent d'être signalées, réside dans les régions que l'on est convenu d'appeler aujourd'hui psycho-motrices, ou centres psycho-moteurs.

Il a été fait en outre, au laboratoire d'Anthropologie, avec l'aide de M. Schudzinsky, un examen minutieux et approfondi des circonvolutions cérébrales, après moulage. Le défaut d'espace ne nous permettant pas de reproduire tous les détails de cet examen qui sera, d'ailleurs, complètement publié ailleurs, nous en donnons le résumé suivant, dans ce qu'il présente de plus saillant.

I. Hémisphère gauche. — *Lobe frontal.* — Anomalie remarquable du *sillon pré-Rolandique*, lequel, au lieu de se composer, comme à l'ordinaire, de deux portions séparées par des plis anastomotiques plus ou moins nombreux, est continu dans tous ses trajets sans aucune interruption. — De plus, il se dirige obliquement en haut et en arrière, de façon à se confondre presque complètement, par la partie supérieure, avec la scissure de Rolando.

Flexuosités exceptionnelles des trois circonvolutions frontales.

Atrophie presque complète de la *circonvolution frontale ascendante*, surtout dans la partie supérieure.

Lobe pariétal. — Forme très anormale de la première circonvolution pariétale ; gracilité remarquable de la pariétale ascendante.

©BIUM

LOBE TEMPORAL. — Direction *transversale* de la scissure sylvienne ; anomalies des sillons et des plis anastomotiques. — Etroitesse relative des circonvolutions.

LOBE OCCIPITAL. — Moins développé qu'à droite.

II. HÉMISPHÈRE DROIT. — *Lobe frontal.* Nombreux plis anastomiques des circonvolutions. — Frontale ascendante beaucoup plus large qu'à gauche, et absolument lisse.

— Lobule sus-orbitaire pourvu de sillons et de plis plus abondants qu'à l'état normal.

LOBE PARIÉTAL. — Tout à fait anormal : Sillon interpariétal presque effacé, grâce à la confusion anastomotique des circonvolutions pariétales ; la première existe à peine, la deuxième est très développée. — Lobule du pli courbe mal défini.

LOBE TEMPORAL. — Circonvolutions plus larges qu'à gauche, la première surtout.

LOBE OCCIPITAL. — Plus grand et plus développé de ce côté qu'à gauche.

III. RÉGION ET FACE INTERHÉMISPHÉRIQUES. — Circonvolution frontale très large, subdivisée en deux plis par des incisures multiples ;

— Lobule *ovalaire* (paracentral) médiocrement développé des deux côtés ;

— Lobe *carré*, petit à gauche, énorme à droite ;

— Lobule *cruciforme* (Cuneus), très petit à gauche, beaucoup plus développé à droite.

Si, reprenant maintenant notre observation de torpeur léthargique, nous la comparons avec celles en très petit nombre qui ont été publiées sur des cas analogues (1), on

(1) Voyez : *Dictionnaire des sciences médicales*, t. IV, p. 204; t. XXIII, p. 548. — *Journal de médecine et de pharmacie*, octobre 1754, février 1755, juin 1766. — Franck. *Pathologie interne*, t. III, p. 31. — *Abrégé des Transactions philosophiques de la société royale de Londres*, 6e partie, p. 256, traduite par Pinel.

©BIUM

s'apercevra que les caractères qui les distinguent offrent avec une teinte d'uniformité des différences néanmoins sensibles. L'attitude générale est, il est vrai, la même chez tous les malades, quelle que soit la cause du désordre nerveux en question, aliénation mentale, ébranlement subit ou hystérie, c'est celle du sommeil naturel; mais tandis que chez l'un les membres sont souples, flexibles, faciles à déplacer, ils sont chez l'autre raides et contracturés. Ces conditions, parfois locales, persistent ou se modifient suivant les circonstances. La station debout est toujours impossible, soit résolution des forces ou manque momentané d'équilibre. D'ordinaire, les mâchoires sont fortement serrées ou extrêmement difficiles à ouvrir, et de là la nécessité, à bref délai, de l'alimentation avec la sonde œsophagienne. Il n'est pas rare toutefois d'observer des mouvements automatiques ou qu'on pourrait croire produits par un reste de volonté: le froncement des sourcils indique évidemment une impression pénible; un changement de position dans le lit, l'allongement des bras pour remonter les couvertures ou s'emparer d'un objet mobile, la recherche d'un appui plus convenable, sont également la conséquence de sensations confuses. Parfois, et c'est ce qui se voit le plus souvent, les sphincters sont relâchés, ou ils restent soumis comme dans l'état normal à des contractions inconscientes. Il semblerait que dans l'économie tout dort d'un lourd sommeil, et que les sens, pas plus que l'intelligence, ne sont influencés en rien par le monde extérieur. Ou les pupilles sont fixes, immobiles, ou les yeux sont convulsés en haut; les paupières, qu'un léger frémissement agite

---

Paris, 1790. — *Archives générales de médecine* t. Ier, p. 734, 1863, et t. Ier, p. 98, 1866. — *Legrand du Saulle*, *Gazette des hôpitaux*, novembre 1869. — Sandras, *Maladies nerveuses*, t. Ier, p. 427. — Louyer-Villermay, *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs*, t. Ier, p. 67. — *Gazette hebdomadaire*, 1884, p. 727. — *Journal des savants*, 1745.

©BIUM

quelquefois comme chez les hystériques, sont constamment abaisssées et recouvrent ces organes. Ni la lumière du soleil, ni celle d'une bougie ne les impressionnent, pas plus que des bruits variés et produits à dessein, un appel brusque, des cris répétés n'impressionneront l'ouïe et n'auront de retentissement sur l'oreille. Le goût est suspendu, l'odorat sans réceptivité : du soufre qui brûle, des odeurs agréables ou nauséabondes, ont été placés en vain sous les narines. Seules, des substances irritantes donneront lieu et encore pas toujours à des actions réflexes. Il en sera de même des piqûres, des pincements, de l'électricité. Tel malade, comme le nôtre, cherchait en tâtonnant à saisir un des électrodes de l'appareil ; tel autre, ses draps enlevés, à recouvrir avec la main ses parties génitales ; tel autre enfin, insensible à la douleur, se laissera piquer, pincer, brûler, sans faire le moindre effort pour se soustraire à l'action des agents qui le blessent, ni pousser une seule plainte ; la figure ne trahira même pas la souffrance.

Mais avec l'attitude et la physionomie du sommeil, un des caractères les plus importants de cette névrose est celui-ci : le retour possible ou l'intermittence des accès qui, sans périodicité régulièrement saisissable, cessent tout à coup et reviennent sans prodromes certains pour parcourir à peu près les mêmes phases et toujours, cela est à noter, sans laisser dans l'esprit aucune trace de leur durée ; car l'oubli, et un oubli complet, suivra le réveil. Y a-t-il des rêves dans ce sommeil? Peut-être. En santé, le souvenir des songes disparaît souvent. Quoi qu'il en soit, quand on a dormi ainsi durant huit années, qu'est-ce qui empêcherait que cet état pathologique ne se continuât, même sans rémissions, jusqu'à un âge très avancé? Seulement il est probable qu'en dormant de la sorte on acquerrait difficilement la sagesse d'Epiménide, dont le corps seul, prétendait-il, était demeuré sur la terre pendant sa longue léthargie, tandis que son âme, avide de savoir, habitait les régions céleste

©BIUM

Les fonctions de la respiration et de la circulation n'ont présenté, dans les exemples qu'on rencontre épars çà et là dans la science, que des variations passagères. En général, la respiration restait calme, facile, normale ou un peu plus lente. Toutefois on l'a vue s'élever chez un dormeur exceptionnel à un chiffre considérable, tandis que le pouls, à un moment donné, éprouvait une modification analogue en sens inverse.

Le pouls, le plus ordinairement, est petit, peu fréquent et assez mou, variable ou non sous l'influence de l'électricité. Cette névrose est donc essentiellement apyrétique, à moins de complications. C'est là, du reste, un point qu'il est utile en principe de bien établir, afin de la séparer de toutes les affections fébriles comateuses avec lesquelles, malgré une distinction déjà faite par Paul d'Egine, on serait exposé à la confondre.

Survenant d'emblée ou primitivement dans certains cas, l'état léthargique se montrerait consécutivement dans d'autres.

Est-ce une maladie? Est-ce un symptôme?

Parmi les causes figurent l'aliénation mentale, un trouble instantané, un bouleversement intellectuel spécial, l'hystérie, et aussi un je ne sais quoi qu'il n'est pas facile de déterminer.

Un de nos meilleurs dictionnaires définit ainsi la léthargie : « Un sommeil profond et continuel, dans lequel le malade parle quand on le réveille, mais ne sait ce qu'il dit, oublie ce qu'il a dit et retombe promptement dans son premier état. » On est surpris que Littré qui, à propos des léthargiques, s'était arrêté sur cette question du sommeil dans un de ses savants arguments de la traduction d'Hippocrate, ait donné de la léthargie une définition aussi incomplète et aussi peu précise.

©BIUM

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DE LA MORPHIOMANIE

Par M. le Dr MARANDON DE MONTYEL

Directeur médecin en chef de l'asile d'aliénés de Dijon.

La morphiomanie est trop d'actualité, les questions qu'elle soulève, questions scientifiques et même sociales, sont trop nombreuses et trop graves pour que je résiste à la tentation de publier deux cas intéressants. Quelques médecins s'étonnent des progrès rapides de la passion morphinique, chez nous; moi non. Nos pays manquaient d'un excitant psychique énergique, non infamant aux yeux de l'opinion publique, compatible avec nos occupations, ils l'ont découvert et se sont rués dessus. La nouvelle passion paraîtra sigulière à ceux là seuls qui ne sont point au courant des besoins psychiques de l'organisme. L'homme n'est pas seulement animal, il est aussi intelligence. Eh bien, si, chez lui, l'animal a soif de volupté sensuelle, l'intelligence a non moins soif de volupté psychique et cherche avec avidité tous les moyens d'oublier dans une jouissance factice la réalité douloureuse. Telle est, pour moi, la véritable explication des progrès rapides de la morphiomanie dans les classes élevées de la société. Quoi qu'il en soit, voici, avec les commentaires qu'ils comportent, les deux cas que j'ai recueillis.

©BIUM

I.

M. Paul X..., avocat distingué, eut, en 1879, à l'âge de vingt-huit ans, de violentes coliques hépatiques qu'il traita par des injections morphinées. Il n'éprouva jamais l'ivresse morphinique; la suppression des douleurs du foie, une facilité plus grande au travail, une mémoire plus sûre d'elle-même mais sans plaisir adéquat, tels ont été tout d'abord les seuls symptômes. Les coliques hépatiques furent tenaces et les injections, partant, continuées plusieurs mois. Un jour vint où force fut de persister dans l'usage de la morphine, non plus pour calmer la douleur qui avait disparu ou se procurer une volupté qui n'avait jamais été savourée, mais pour se trouver à l'état normal. Sa suppression perturbait la vie et l'intelligence.

De ce que nous venons de dire découlent deux choses : la première, que certaines organisations sont absolument réfractaires à l'ivresse morphinique; la seconde, qu'un homme à qui on prescrit des injections morphinées durant une longue maladie, revenu à la santé, est exposé à se trouver tellement habitué à ce médicament que son physique comme son intellect sous peine de fléchir, ne saurait s'en passer. La morphine a par conséquent une action spéciale sur le système nerveux; elle place les cellules nerveuses dans des conditions telles que leur fonctionnement régulier devient impossible sans elle, propriété absolument indépendante de l'euphorie. L'injection morphinée ne devrait donc être qu'un remède héroïque, auquel le médecin n'aurait recours qu'en désespoir de cause et qu'il cesserait le plus promptement possible. Je ne crois pas exagérer. Il y a quelque mois à peine un, confrère me racontait que, s'étant fait l'an dernier quelques injections de morphine pour calmer une névralgie intercostale, il éprouva une ivresse si suave que, le mal disparu, il continua ses injections et ne s'arrêta, effrayé, que devant la

©BIUM

nécessité d'augmenter la dose pour obtenir l'effet désiré. Il eut à soutenir une lutte énergique contre le souvenir de la jouissance éprouvée. Ainsi une médication morphinée, même momentanée, est dangereuse, car elle peut procurer une volupté enivrante qui fascinera le malade et qu'il satisfera facilement tant que les règlements régissant la pharmacie ne seront pas plus sévères et surtout ne seront pas plus strictement appliqués ; une médication morphinée prolongée est plus dangereuse encore, car alors même que l'organisme, par son idiosyncrasie, reste réfractaire à son action excitante, le système nerveux se trouve placé dans des conditions spéciales qui nécessitent, pour un fonctionnement régulier, le secours du poison.

C'est au bout de cinq mois que M. Paul ressentit les premières atteintes de l'intoxication et le besoin de continuer la morphine pour être toujours lui-même. A partir de ce moment l'embonpoint se conserva, mais des modifications se produisirent dans la peau qui pâlit surtout à la face, et le malade eut près d'une centaine de petits abcès suivis d'induration aux points où il faisait les injections. D'après Petit, ces abcès se montreraient indifféremment dans tous les points du tissu cellulaire sous-cutané. Il n'en a pas été ainsi chez M. Paul, mais ce malade a constaté sur lui-même une production extrêmement facile d'ecchymoses à la suite de chutes ou de coups insignifiants et une tendance des plaies accidentelles, telles que piqûres ou écorchures, à suppurer indéfiniment. Les yeux conservèrent leur éclat, les pupilles étaient rétrécies. La voix se modifia, elle devint rauque et M. Paul ne put plus chanter. La bouche était constamment sèche, la soif ardente, la constipation opiniâtre. Le sommeil était bon et se faisait en deux fois. Vers quatre heures du matin, M. Paul se réveillait, inondé de sueurs, énervé; il prenait alors une injection et se rendormait. Le système nerveux se fatiguait facilement. L'impuissance fut absolue. J'ai indiqué plus haut les symptômes

©BIUM

intellectuels. Telles furent les seules manifestations par lesquelles l'organisme, durant deux années d'intoxication, manifesta son empoisonnement ; car il doit être bien entendu que je néglige, dans l'énumération présente, les désordres qui se manifestaient après une abstinence un peu longue et qu'une injection faisait disparaître. Obligé d'augmenter progressivement les doses pour rétablir l'équilibre de son corps et de son esprit, M. Paul en était arrivé à s'injecter par jour vingt-trois centigrammes.

Durant cette période de l'intoxication il se passa un fait digne d'être noté. M. Paul revenant par mer de Gênes à Marseille perdit dans un gros temps sa provision de morphine. Il en réclama en vain au médecin du paquebot. Le malade résista quelques heures au besoin qui le tourmentait, puis, de plus en plus altéré de morphine, il commit pour s'en procurer un vol avec effraction à la pharmacie du bord, tout en prenant les précautions les plus minutieuses pour n'être pas découvert. M. Paul était-il responsable ou irresponsable de son acte ? Agissait-il dans l'entière indépendance de ses facultés, ou n'était-il que l'instrument conscient mais asservi de son besoin factice ? Grave question médico-légale. M. Paul est très affirmatif ; il assure, que s'il avait vu dans son acte autre chose qu'une gaminerie sans importance, il aurait été maître de ne pas céder à la tentation. Il était morphiomane depuis bientôt deux ans, il absorbait chaque jour la dose de vingt-trois centigrammes, et pour lui, il jouissait alors de toute sa liberté d'action. A mon avis, le témoignage que la conscience de M. Paul lui donnait de son libre arbitre, est dépourvu de toute valeur scientifique, n'en déplaise à M. Vacherot qui défend si éloquemment la voix de la conscience ; la pathologie mentale a démontré qu'elle n'avait droit à aucun crédit. En effet, l'étude des aliénés a établi la vérité de la doctrine de Kant en montrant que la plupart de ces infortunés, esclaves de leur délire aux yeux de tous,

©BIUM

reçoivent de leur sens interne, tout comme à l'état de santé, l'assurance de leur indépendance, preuve que si la conscience perçoit les modifications de l'esprit, elle n'en pénètre pas le mécanisme. D'un autre côté, M. Cotard fait remarquer que chez d'autres aliénés au contraire, la maladie excitant fortement le cerveau, amène sous les yeux de l'esprit des états psychiques qui ne sont point d'ordinaire perçus et que ces malades, mis ainsi au courant du fonctionnement intime de l'intellect, voient clairement qu'ils ne sont point libres. Enfin, M. Charles Richet a rapporté des observations très nettes et très probantes d'illusion du pouvoir volontaire chez les hypnotisés. Que la conscience du libre arbitre soit ou ne soit pas, comme le voulait Spinoza, l'ignorance des mobiles qui poussent à l'action, la psychiatrie contemporaine a mis à néant l'argument tiré du sens intime. C'est ailleurs qu'il faut chercher une réponse à la question médico-légale posée, et à mon avis une distinction est nécessaire. J'ai montré plus haut que la morphine a une double action: une action euphorique et une seconde indépendante de la première, par laquelle le système nerveux se trouve placé dans des conditions telles que son fonctionnement régulier devient impossible sans l'aide du poison. On pourra accuser la volonté de n'avoir pas résisté à la volupté de la morphine, de même qu'on lui reproche de n'avoir pas résisté à la volupté des sens, car l'instinct de reproduction n'est pas indomptable; mais la deuxième action, celle qui compromet la vie, celle qui met en jeu l'instinct de la conservation avec toutes ses énergies, fera-t-on un crime aussi à la volonté de ne l'avoir pas dominée? Là est pour moi le nœud de l'importante question que j'examine en ce moment, et je ne serais pas éloigné de croire que si la passion morphinique basée sur la seule volupté enivrante n'est pas invincible pour la volonté, il n'en est pas de même quand l'organisme, profondément modifié, réclame

©BIUM

l'excitant indispensable à son fontionnement régulier. Le cas de M. X..., quoi qu'il en pense lui-même, est loin de plaider en faveur de la responsabilité. Il était poussé par le seul besoin de son organisme, puisque, chez lui, l'ivresse morphinique ne s'était jamais produite ; mais ne fallait-il pas que ce besoin fût bien énergique pour qu'un avocat distingué, à la tête d'une grande situation, homme du monde accompli, se risquât à fracturer une serrure pour prendre un poison qu'on lui refusait, et ne serait-ce pas l'énergie de ce besoin qui, par une illusion fréquente, aurait montré l'action à accomplir sous l'apparence d'une gaminerie permise?

J'ai insisté aussi longuement sur cette particularité de l'observation de M. X..., parce qu'elle se présente ici comme un fait clinique, non comme une expertise, et que partant elle a une valeur absolue, car la clinique de la morphiomanie fondera seule la médecine légale de cette passion. Comment arriver, en effet, à apprécier l'excuse de la morphiomanie, invoquée par un accusé, si la clinique ordinaire n'a pas établi que l'abus de la morphine développe des troubles intellectuels susceptibles d'aboutir au crime ou au délit incriminés? Où sera le criterium contre la simulation ou une allégation mensongère? La médecine légale de la morphiomanie ne peut être que l'application des principes qui découlent des faits constatés par la clinique, de même que la médecine légale ordinaire n'est que l'application des données de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie. C'est pour cela que j'appelle toute l'attention sur le cas de M. X... C'est pour cela que, me basant sur les observations déjà nombreuses publiées jusqu'à ce jour, observations prises en dehors de toute affaire judiciaire et dans lesquelles les seuls troubles intellectuels observés ont été de l'affaiblissement intellectuel ou de l'excitation maniaque, j'ai posé en principe que les actes des morphinomanes, susceptibles d'entraîner l'irresponsabilité, ne sau-

©BIUM

raient être que des actes de démence ou de fureur et que, dans l'affaire Fiquet en particulier, l'enlèvement et l'assassinat d'Henriette Barbey ayant été prémédités, conçus et exécutés avec art (Voir l'*Encéphale*, n° nov. 1883), j'ai affirmé que l'abus de la morphine n'était pour rien dans ces crimes. Est-ce à dire que, chez un morphinomane, on ne rencontrera jamais d'autres désordres intellectuels que ceux-là ? Si la morphiomanie est simple, tel est mon avis. Mais il ne faut oublier ni la prédisposition héréditaire qui sous l'influence d'une habitude aussi vicieuse, pourra passer de l'état latent à l'état actif, ni les délires multiples que M. Magnan a le mérite d'avoir si bien décrits. Telle l'observation publiée par M. Motet de Mad. J... qui était tout à la fois hystérique et morphinomane.

En septembre 1881, la santé de M. Paul s'altéra gravement. Après quelques alternatives de diarrhée et de constipation, il eut, pendant trois semaines, des selles sanguinolentes. Effrayé par un médecin qu'il consulta, il voulut se guérir par suppression brusque. Après une abstinence complète de quatorze heures, il tomba dans un état syncopal alarmant, et son entourage recourut à la morphine qui le rappela à la vie. Eclairé sur le danger d'un tel mode de traitement, M. Paul se résigna à la suppression progressive. Il entreprit et mena à bien une cure volontaire et graduelle, unique peut-être dans les annales de la science et qui témoigne de toute l'énergie de celui qui en a été capable.

A ce moment, M. Paul prenait 23 centigrammes de morphine en onze injections. Une à sept heures à son réveil ; la deuxième à neuf heures ; la troisième à onze heures pour déjeuner ; la quatrième à midi pour digérer ; la cinquième et la sixième à deux heures et à quatre heures pour travailler ou plaider ; le moment venu, il était forcé de demander une suspension d'audience. La septième et la huitième avant et après dîner. La neuvième et la dixième dans la la soirée, la onzième vers quatre heures du matin pour se

©BIUM

rendormir. M. X... se dit, avec beaucoup de bon sens, que la suppression devait porter en premier lieu sur les injections les moins importantes, celles qui ne coïncidaient pas avec le fonctionnement actif des principaux organes. Il commença donc à opérer sur la seconde injection, celle de neuf heures, et tout en diminuant très légèrement la dose de celle-là, il éloigna de plus en plus l'instant où il la prenait, jusqu'à la faire coïncider avec la troisième de onze heures. Il institua dans ce but un tableau sur lequel il inscrivait le temps de recul. Ce premier résultat obtenu, il attaqua les injections de deux et de quatre heures, toujours par le même procédé, mais la lutte devint alors extrêmement pénible. Il suppléait à la morphine par une grande quantité de thé et aussi par de l'alcool. M. X... avoue que souvent il succomba, mais, abattu un jour, il se relevait plus décidé et recommençait la résistance. Ces trois injections à peu près supprimées, ce fut le tour de la neuvième; ici M. X... se trouva aux prises avec une difficulté nouvelle, il s'endormait partout. Pour remplacer la morphine et s'y déshabituer par substitution, il recourut à de fortes doses d'excitants, alcool, thé, café, caféine même.

Grâce à ces efforts incessants, M. X... était parvenu, de septembre 1881 en mars 1882, à tomber de 23 centigrammes à 12. Il fit alors préparer une solution titrée et diminuée d'un centigramme par mois. Le malade continua les deux modes de traitement et, cinq mois après, il ne prenait plus que cinq centigrammes de morphine par jour, mais il lui fut impossible d'arriver à la suppression complète des trois principales injections, celle du réveil et les deux des repas. Il opina alors pour une suppression brusque et l'exécuta le 22 juillet.

Voici tout d'abord les manifestations qui se produisirent chez le patient, jusqu'au 22 juillet, c'est-à-dire durant la suppression graduelle. La peau fonctionna beaucoup plus

©BIUM

qu'à la période précédente. A la moindre fatigue le corps était inondé de sueurs. La vision faiblit, les yeux se fatiguaient tout de suite. Une toux nerveuse agaçait beaucoup le patient, surtout aux heures habituelles des injections, et s'accompagnait alors d'un chatouillement à la gorge qui la rendait insupportable. La sécheresse de la bouche et la soif s'accrurent beaucoup ; de violentes crampes d'estomac apparurent, elles développèrent une grande appétence pour l'alcool qui les apaisait. La constipation se maintint opiniâtre. Le système nerveux passait successivement par trois états différents, que M. X... a bien observés et décrits parfaitement. Immédiatement après l'injection, il fonctionnait régulièrement, puis avec le temps survenait une augmentation croissante de l'excitabilité réflexe ; le malade était fortement irritable, un rien le mettait hors de lui, il avait un besoin continuel de mouvement, il eut même une danse de Saint-Guy, dit-il, puis survenait le troisième état qui consistait en un affaiblissement général avec sueurs abondantes. L'intelligence se conserva toujours intacte.

Quand, au 22 juillet, M. X... supprima brusquement les cinq derniers centigrammes, il fut les trois ou quatre premiers jours dans un état d'irritabilité nerveuse excessive, pleurait même comme un enfant, mais sans le moindre désordre de l'intellect ou des sens, puis se déroula durant quatre ou cinq jours une période d'affaissement avec anxiété respiratoire extrême. Le malade suffoquait ; assis dans un fauteuil, il était haletant. Peu à peu le système nerveux rentra dans l'ordre, mais durant de longs mois M. X... fut très impressionable. Il était incapable d'une course un peu longue ; le moindre effort le fatiguait ; il avait fréquemment des crispations nerveuses ; s'il écrivait ou jouait du piano, ses doigts se contractaient. Les symptômes qui ont été les plus pénibles et les plus longs à disparaître, ont été ceux du tube digestif. M. X... n'a jamais eu de vomissements, mais il souffrit atrocement de l'estomac. Pendant

©BIUM

les quinze premiers jours, par un caprice bizarre, cet organe ne toléra qu'un mélange de riz bouilli avec des cerises; toute autre alimentation dégoûtait et occasionnait des douleurs. A la constipation succéda immédiatement une diarrhée sanguinolente, puis après une diarrhée simple, et un an après elle durait toujours. Enfin, pendant de longs mois, aux heures habituelles des injections, le patient éprouvait un malaise, la toux nerveuse revenait avec son chatouillement et s'accompagnait d'angoisse, symptômes que M. X... combattait par l'alcool. Aujourd'hui il est complètement guéri.

Le cas de M. X... tend à prouver une fois de plus que la suppression brusque ne saurait être érigée en mode unique de traitement. La thérapeutique du morphinomane préoccupe à juste titre en ce moment le monde savant, elle a figuré au programme du dernier congrès international des sciences médicales. Lewinstein, dont l'expérience est grande en cette matière, est un partisan convaincu de la suppression brusque ; il ne voit de contre-indications que dans les états pathologiques exigeant l'emploi des narcotiques ou dans l'épuisement des forces, encore ajoute-t-il que les états de faiblesse, consécutifs à l'intoxication elle-même, ne doivent point arrêter, attendu qu'ils disparaissent par la suppression de la morphine. Le Dr Zambaco qui, exerçant à Constantinople, a eu occasion d'observer et de soigner un grand nombre de morphinomanes, condamne formellement les idées de Lewinstein. Pour lui, on ne doit pas supprimer brusquement l'usage des injections, car, de même que pour les dipsomanes, l'abandon immédiat de la matière enivrante occasionne des troubles graves du système nerveux et même l'explosion de la manie la plus violente. On est obligé de reconnaître avec l'auteur allemand qu'il est bien préférable pour le patient d'être guéri tout d'un coup de sa passion. Sans doute il passe par une crise violente et douloureuse, mais il est débarrassé en quelques jours,

©BIUM

tandis qu'avec l'autre procédé il souffre des mois entiers. M. X... a mis un an à se guérir; ce fut une année de luttes héroïques, de souffrances cruelles, et encore, redescendu à cinq centigrammes, le patient a-t-il supprimé en une fois.

A ne considérer que les avantages qui en résultent pour le morphinomane, la méthode à suivre n'est donc pas douteuse, c'est à la suppression brusque qu'il faudrait recourir. Mais cette méthode n'est-elle pas dangereuse? Oui, répond M. Zambaco; non, affirme M. Lewinstein. Entre ces deux savants également expérimentés, le choix est difficile. En France, on se rangerait davantage à l'avis du médecin de Constantinople; nous devons à M. Bourneville la publication d'un cas très intéressant qui vient à l'appui. Toutefois, je crois que M. Zambaco s'alarme à tort de la manie qui est parfois consécutive à la suppression brusque; elle est de courte durée et n'offre aucun danger; les observations très nombreuses publiées par Lewinstein le prouvent. A mon avis, tant que la réaction se manifeste sous la forme expansive, toute crainte peut être bannie ; malheureusement il n'est pas rare qu'elle se produise sous la forme d'un collapsus, comme chez M. X..., et c'est là le grand, le très grand danger de la suppression brusque. Chez ces morphinomanes qui tombent tout de suite en pamoison, puis en syncope, dès que l'excitant habituel manque, il serait peut-être bien imprudent d'appliquer la méthode de Lewinstein. S'il était possible de pronostiquer la réaction en se basant sur les doses absorbées, la durée de la passion ou l'état général, on pourrait dire: suppression brusque chez les morphinomanes à réaction expansive prédominante, suppression graduelle avec la réaction contraire. Dans l'état actuel de la science ce pronostic est impossible. Toutefois les avantages de la méthode de Lewinstein sont tellement grands pour le patient, qu'elle doit être, je crois, toujours tentée, à moins de contre-indica-

©BIUM

tions formelles, telles que celles formulées par son défenseur même. Le correctif que j'apporterais, c'est qu'elle doit être abandonnée, la morphine, rendue, puis supprimée progressivement, si la réaction s'accompagne d'un collapsus grave.

II

M.X..., né le 2 janvier 1849, docteur en médecine, célibataire, est entré à l'asile de Dijon comme pensionnaire, le 24 décembre 1883. Pas d'hérédité dans sa famille. Il commença ses études médicales en 1867 et avait toujours joui d'une bonne santé, quand en mars 1873, interne à l'hôpital de Nancy, il eut des douleurs névralgiques contre lesquelles son chef de service conseilla des injections de morphine qui l'enivrèrent délicieusement. Bientôt guéri de sa névralgie, il continua par passion la morphine. Au bout de deux mois tout plaisir cessa, en dépit même de l'augmentation de la dose, et X... voulut supprimer dès lors les injections qui restaient sans effet. Il fut contraint de continuer par nécessité ce qu'il avait commencé par volupté. Son organisme, pour fonctionner, exigeait le poison. En septembre, il consommait depuis quelque temps déjà trois centigrammes chaque jour. Profitant des vacances, il résolut de se guérir par suppression brusque, car sa santé s'altérait de plus en plus.

X... prenait sa dose en une fois le soir. Réveillé le matin, il avait l'esprit lourd, incapable d'un grand effort intellectuel, et cette fatigue cérébrale augmentait de plus en plus jusqu'à l'heure habituelle de l'injection, en même temps que se manifestait un énervement général. Ce n'était point seulement le système nerveux qui trahissait par ses souffrances l'intoxication. L'impuissance était arrivée dès les premiers jours et avait été vite suivie d'une indifférence complète pour la femme. La sécrétion urinaire diminua et les organes digestifs furent surtout touchés. L'appétit très faible, deve-

©BIUM

nait nul et s'accompagnait d'un dégoût complet pour les aliments en l'absence de la morphine; l'estomac, même fortifié par l'injection, tolérait mal les aliments; les vomissements étaient assez fréquents; la constipation était opiniâtre; la bouche toujours sèche et la soif ardente. Le seul trouble des organes respiratoires consista en une raucité très marquée de la voix. L'embonpoint ne diminua pas et la peau conserva sa coloration, mais la sécrétion sudorale fut à peu près tarie; la peau, d'une sécheresse de parchemin, se couvrait souvent d'un urticaire de courte durée. Tels furent chez ce morphinomane les symptômes de l'intoxication; ils restèrent toujours les mêmes, ne différant que par leur intensité, malgré les doses énormes de morphine absorbées par la suite.

X..., rentré en septembre dans sa famille, supprima brusquement la morphine. Après trente heures, les symptômes d'abstinence se manifestèrent à un haut degré et restèrent actifs durant une semaine. La réaction se produisit exclusivement sous la forme expansive. Le malade fut dans un état d'agitation continuelle. L'action réflexe se développa outre mesure. En outre, X... éprouva des douleurs dans les muscles et un sentiment de fatigue musculaire qui contrastait singulièrement avec son besoin de mouvement. La peau, d'ordinaire couverte de sueur dans l'abstinence, resta chez lui sèche et brûlante. X... ressentait par tout le corps une chaleur intolérable, entrecoupée de frissons non moins désagréables. La bouche devint plus sèche, sans la moindre salivation; la diarrhée apparut; le dégoût pour les aliments et même pour les boissons, chose exceptionnelle, fut absolu. Les contractions de l'œsophage ne laissaient rien passer; dès que les liquides avaient franchi l'isthme du gosier, ils étaient violemment expulsés. L'insomnie fut persistante. Quand, après six ou sept jours de ces atroces souffrances, le calme se rétablit un peu, le malade, dont l'alimentation avait été plus qu'insuffisante à cause de l'œso-

©BIUM

phagisme, prit une grande quantité de café très fort qui facilita beaucoup son rétablissement. Le réveil des facultés génésiques s'opéra graduellement sans névralgie du testicule.

Au bout de cinq semaines, M. X... pouvait être déclaré guéri. Il rechuta en pratiquant une injection sur un de ses amis, malade d'une tumeur blanche du genou. Cette première rechute fut de courte durée. X... se guérit vite à la campagne, à l'aide de l'alcool, et fut frappé des bons résultats qu'il en obtint, constatation qui lui fut bien fatale dans la suite. Revenu de la campagne, il retourna près de son ami et, le jour même, rechuta pour la seconde fois. La période d'euphorie ne dura guère plus de deux semaines et, pour se manifester, l'action enivrante nécessita plusieurs centigrammes de morphine. L'organisme retomba plus encore que par le passé sous l'influence du poison et, en août 1874, la dose journalière absorbée était de 50 centigr. Comme l'année précédente, X... eut recours pour se guérir à la suppression brusque; cette tentative échoua à cause de l'intensité des symptômes de la réaction. Il se résigna à la suppression graduelle, en s'aidant de fortes doses d'eau-de-vie, et réussit.

Deux mois après, en décembre, troisième rechute à la suite d'un échec au doctorat; elle se prolongea jusqu'en mars 1875; la période d'euphorie n'avait pas duré plus de dix jours. Cette fois il se guérit encore, mais en substituant complètement l'alcool à la morphine. La guérison ne fut maintenue qu'à ce prix. De mars à décembre, X... ne fut plus morphiomane, mais il était devenu dipsomane. Quand l'alcool lui manquait, il était incapable de tout travail intellectuel, il n'avait ni énergie physique ni énergie morale. Refusé en décembre au cinquième de doctorat, il s'injecta pour se consoler une dose trop forte de morphine. Les dix mois d'abstinence avaient deshabitué l'organisme, deux centigrammes terrassèrent le patient et il resta douze

©BIUM

heures sans connaissance. Quand il revint à lui, il était aphasique et paralysé des membres inférieurs. Le professeur Feltz le guérit en une quinzaine de jours.

Malgré toutes ces rudes leçons, en janvier 1876, un mois après son grave accident, X... redevenait morphiomane. Il en était à sa quatrième rechute et celle-là se prolongea sans interruption jusqu'en février 1881, c'est-à-dire quatre ans. Il résulte des aveux de X..., contrôlés par les factures de morphine trouvées chez lui, qu'il absorbait dans les derniers temps jusqu'à 1 gr. 50 de morphine par jour. Les syptômes de cette longue intoxication furent seulement bien plus intenses, que ceux précédemment décrits lors de la première accoutumance. Les facultés intellectuelles s'affaiblirent sans délire, ni hallucinations, ni réaction maniaque.

Depuis 1876, X... n'avait plus éprouvé le besoin de boire, le stimulant morphinique lui suffisait. En 1880, de plus en plus effrayé des doses énormes qu'il absorbait, il se souvint de l'action substitutive de l'alcool et y recourut avec excès, sans arriver toutefois à diminuer de plus de 50 centigrammes la dose toxique. Un an de ce régime produisit son effet; en janvier 1881, X... présentait des symptômes d'ataxie locomotrice.

Les troubles ataxiques impressionnèrent vivement X... Il consulta le professeur Schutzenberger qui conseilla, coûte que coûte, la suppression brusque de la morphine et un traitement consécutif par l'hydrothérapie. X... eut le courage d'exécuter dans toute sa rigueur la première partie de la prescription. La suppression brusque détermina une série d'accidents identiques à ceux qui s'étaient montrés en 1873 et que nous avons détaillés plus haut; un seul symptôme nouveau s'ajouta, symptôme très curieux. X..., bien qu'impuissant, incapable de la moindre érection, eut, dès le second jour de l'abstinence, l'esprit hanté d'images lubriques et fut saisi d'un ardent besoin de masturbation. Il lui suffisait de se toucher le gland pour qu'immédiatement

©BIUM

l'éjaculation se produisît accompagnée d'une volupté extrême. Il explique parfaitement qu'il ne désirait pas la femme; il recherchait la solitude pour voir défiler devant les yeux de son esprit les visions obscènes qui le poursuivaient et se masturber jusqu'à six ou huit fois dans les vingt quatre heures. Et il en fut ainsi pendant cinq ou six jours. Je ne crois pas que ce symptôme soit dû à la morphine, il dépend plutôt, à mon avis, d'une congestion de la moelle occasionnée par les excès d'alcool. Les autres fois, aux époques où X... ne buvait pas avec excès, le réveil des fonctions génésiques s'était toujours opéré graduellement.

A peu près guéri en février 1882 des symptômes les plus douloureux de l'abstinence, X...alla passer trois mois à l'établissement hydrothérapique de Benfeld. Parfaitement décidé à ne plus prendre de morphine, il ne se tint parole qu'en s'alcoolisant chaque jour. La fonction génésique se réveilla et le malade, chaste depuis 1873, fut libertin.

En dépit des excès alcooliques, les troubles ataxiques, sous l'influence de l'hydrothérapie, disparurent. Le caractère du malade devint de plus en plus gai et expansif, ses manières indécentes, enfin il eut en juin une première attaque de delirium tremens. Rétabli en septembre, il entra comme médecin dans les messageries maritimes. Il se remit à boire et, en février 1882, à Alexandrie, eut pendant deux nuits une seconde attaque de delirium. La Compagnie l'envoya dans les Indes, avec menace d'expulsion s'il ne cessait de boire.

Placé entre cette menace et les exigences de son organisme, X... eut encore recours aux injections de morphine pour apaiser son appétence morbide et but moins. Au bout de six mois, il dut renoncer aux injections. En France il n'avait pour ainsi dire jamais eu d'abcès; dans la mer des Indes son corps en fut couvert. Il supprima brusquement le poison, mais il fut presque immédiatement repris d'une folie alcoolique aiguë. Ses instincts génésiques acqui-

©BIUM

rent une puissance énorme, il se laissa aller publiquement à des actes immoraux; il fallut le rapatrier.

Il arriva dans sa famille en mars 1883, complètement aliéné; elle le séquestra. Sous l'influence de l'isolement il se calma vite et ne présenta bientôt qu'une profonde perversion instinctive et morale. Trois mois après, on le mit en liberté. Sa famille le replaça sur les paquebots. Cet infortuné se remit immédiatement à boire et, après deux mois, il était atteint une fois de plus de folie alcoolique aiguë avec violentes impulsions érotiques. Il fut alors confié à mes soins.

J'observe X... depuis un an. Perversion morale et instinctive, absence de tout sentiment affectif, penchants érotiques très développés, cynisme révoltant dans les paroles, telles sont les manifestations psychiques les plus frappantes. Toutefois, certaines paroles échappées dans des moments de surexcitation, certains aveux relatifs à des visions nocturnes, rapprochés de ses actes et de ses discours de l'année précédente, au sein de sa famille, me faisaient soupçonner chez lui un délire religieux dissimulé avec soin. X..., sur mes instances, a fini par avouer, et m'a exposé des conceptions délirantes érotico-mystiques, très bizarres, basées sur des perversions sensorielles. X... se croit un second Messie, supérieur à Jésus, et doué du pouvoir de ressusciter les âmes des morts pour les envoyer occuper les corps des vivants. Son pouvoir s'étend sur toute la nature animée et inanimée. Chaque jour il ressuscite un certain nombre d'âmes et quand il en aura ressuscité un nombre assez grand pour renouveler tout ce qui existe, alors il parlera, car le monde sera à point pour le comprendre. S'il garde le silence, c'est que le moment n'est pas arrivé de se faire connaître ; il veut bien pourtant, dit-il, soulever pour nous un coin du voile. Toute sa doctrine, nous apprend-il, tourne autour de l'anus, organe tentateur qui a été la pomme du paradis terrestre. C'est la

©BIUM

pédérastie qui a changé la face du monde et c'est lui X... qui est appelé à remettre les choses en état, tout en rendant l'homme éternellement heureux, etc., etc.

Cet infortuné est donc atteint aujourd'hui d'hallucinations persistantes avec délire systématisé. Quelle a été chez lui l'origine de cette maladie mentale? A mon avis c'est l'alcoolisme. L'hérédité n'est pas en cause, et d'un autre côté nous avons vu que les seuls troubles intellectuels présentés par X..., tant qu'il a été simplement morphiomane, n'ont consisté qu'en affaiblissement intellectuel. Il n'a été halluciné et délirant que le jour où il a substitué l'alcool à la morphine, et ses hallucinations comme ses délires aigus ont toujours été caractéristiques de la folie alcoolique. Son délire systématisé actuel provient de la même source. X... base, en effet, son pouvoir de ressusciter les âmes sur les spectres et diablotins qu'il voit surtout la nuit, perversions sensorielles de nature évidemment alcoolique. Quant à ses idées de grandeur et de puissance, chacun sait, depuis les travaux de M. Voisin, qu'elles sont assez fréquentes chez les buveurs. Le cas de X... confirmerait donc en tous points les idées que je défends, relativement à l'action de la morphiomanie sur les facultés intellectuelles.

De ces deux observations et des considérations qui les accompagnent découlent les conclusions suivantes :

I. La morphiomanie a son origine, soit dans un besoin d'excitation intellectuelle et de volupté psychique, soit dans une accoutumance de l'organisme.

II. Les injections de morphine, en effet, ont deux actions : une action euphoristique et une action spéciale sur le système nerveux, par laquelle son fonctionnement régulier devient impossible au bout d'un certain temps sans le secours du poison. Ces deux actions sont indépendantes l'une de l'autre ; la seconde se manifeste même quand la première ne s'est jamais fait sentir. Il y a donc deux espèces de morphiomanes, les morphiomanes par euphorie et les

©BIUM

morphiomanes par nécessité vitale, avec cette réserve que ceux de la première catégorie, après un temps variable, passent dans la seconde.

III. Cette double action de la morphine sur le système nerveux fait de ce poison un remède extrêmement dangereux, qui ne doit être prescrit en injections sous-cutanées que dans les cas de nécessité absolue.

IV. Il est aussi extrêmement dangereux de combattre la morphiomanie par une substitution alcoolique. La folie alcoolique chronique peut en être la conséquence.

V. La morphiomanie doit toujours être traitée par suppression brusque, à moins de contre-indications formelles tirées de l'état des forces ou d'états pathologiques concomitants. Toutefois cette méthode doit être vite abandonnée si la réaction, au lieu d'être expansive, se produit sous forme d'un collapsus grave.

VI. Dans le traitement de la morphiomanie par suppression graduelle, il paraît avantageux de joindre à la diminutions progressive des doses, le recul du moment des injections, de façon à fusionner deux injections en une.

VII. La médecine légale de la morphiomanie se fondera plus sûrement avec la clinique extrajudiciaire qu'avec la clinique judiciaire.

VIII. La première observation de ce travail montre clairement quelle puissante énergie de volonté peut avoir un morphiomane, même vis-à-vis de sa passion, quand le poison n'a encore déterminé aucun désordre de l'intellect. Il y a là une preuve sérieuse de ce que j'ai dit dans mon premier travail (*l'Encéphale*, nov. 1883, et *Annales médico-psychologiques*, sept. 1883), à savoir que la responsabilité ne cesse qu'à la période de marasme physico-psychique.

IX. Relativement à la responsabilité des morphiomanes qui commettent des crimes ou des délits pour satisfaire leur passion, il y aurait peut-être lieu de distinguer s'ils ont cédé à un simple appétit d'euphorie ou à une nécessité

©BIUM

physique dépendant de l'instinct de conservation. L'irresponsabilité me semblerait justifiée dans le dernier cas.

X. Dans l'appréciation exacte des troubles intellectuels déterminés par l'abus des injections de morphine, il importe, pour rester dans le vrai, de tenir compte des prédispositions vésaniques, des autres substances, telles qu'alcool ou belladone, absorbées concurremment par les malades, et susceptibles d'amener des délires multiples.

XI. Il serait indispensable, pour enrayer les progrès incessants de la morphiomanie, de vulgariser dans les classes élevées de la société, les effets déplorables et infaillibles de cette passion, d'exercer une surveillance plus active sur les pharmaciens et d'édicter des peines spéciales contre ceux qui délivrent de la morphine en dehors des prescriptions médicales.

©BIUM

Archives cliniques

I

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — M. LE Dr CHRISTIAN.

Corps étrangers dans le larynx et l'estomac d'un dément.

SOMMAIRE. — Démence. — Mutisme. — Vie purement végétative. — Mort subite, dont la cause n'est révélée qu'à l'autopsie. — Corps étrangers dans le larynx et dans l'estomac.

(Observation recueillie par M. JEANNIN, interne du service.)

La mort par asphyxie est un accident que l'on observe quelquefois chez les aliénés, mais principalement chez les paralytiques généraux ou chez les idiots, quand ils avalent gloutonnement des aliments qui s'arrêtent au gosier et obstruent les voies aériennes. Dans l'observation que je rapporte ici, il y a eu un certain nombre de singularités qui m'ont paru mériter d'être relatées.

G..., prince polonais, né en 1821, entré pour la première fois à Charenton en 1845; il y a séjourné sans interruption depuis le mois de mai 1848. C'était, quand je l'ai connu, un dément, jouissant d'une bonne santé physique, mais réduit à une existence purement végétative. Il avait l'habitude de ramasser et de fourrer dans ses poches tout ce qu'il trouvait dans la cour ou dans les jardins.

Le 13 novembre 1884, à l'heure du deuxième déjeuner, on le trouve étendu sur un banc, complètement glacé, mais respirant et ne se plaignant de rien. Porté à l'infirmerie, il est immédiatement couché, et entouré de boules chaudes. On ne constate aucun symptôme quelconque

©BIUM

demandant une intervention active. Au bout de quelques instants, G... paraît mieux ; il se met sur le côté, s'enveloppe la tête de sa couverture. Une heure après, l'infirmier, étonné de son silence et de son immobilité, s'approche : il était mort.

L'autopsie, faite avec le plus grand soin par MM. les internes, vingt-six heures après la mort, révéla les particularités suivantes :

Crâne. Os du crâne assez épais.

La dure-mère est injectée; pas d'adhérences au crâne. Les méninges sont légèrement injectées; la pie-mère se détache facilement de la substance grise.

Les corpuscules de Pacchioni sont très développés.

L'encéphale pèse 1,100 grammes. L'hémisphère gauche est déprimé, aplati à la région frontale; cependant il ne pèse que quelques grammes de moins que l'hémisphère droit : 470 grammes et 480.

La substance grise paraît atrophiée, la substance blanche augmentée de consistance. — Quelques petits anévrysmes miliaires disséminés partout, mais plus particulièrement dans les couches optiques.

Rien à signaler ni dans le cervelet ni dans le bulbe.

Thorax. Plèvre droite épaissie, présentant des adhérences nombreuses, notamment à la région diaphragmatique qui est recouverte de granulations blanchâtres.

Le poumon droit est fortement congestionné et œdématié; on trouve à son sommet plusieurs noyaux crétacés assez petits.

Le poumon gauche est également congestionné; à son sommet il existe un noyau crétacé du volume d'une noix.

Les deux poumons ont une coloration rouge lie de vin.

Le cœur n'offre rien de particulier.

Abdomen. Les organes de l'abdomen, foie, reins, etc. présentent leur apparence normale.

Jusque-là l'autopsie n'avait révélé en fait de lésion

©BIUM

qu'une congestion pulmonaire de médiocre intensité. En ouvrant l'estomac, on y avait découvert une foule de corps étrangers : un bouton de chemise, plusieurs cailloux, des fragments de journaux, baignés d'un liquide blanchâtre assez abondant, qui existait également dans l'intestin grêle (sans doute le café au lait du premier déjeuner?). Mais la cause de la mort si rapide restait incertaine, quand l'un des internes eut l'idée d'examiner l'arrière-gorge. On découvrit alors, enclavé à la partie supérieure du larynx, et bouchant presque hermétiquement les voies aériennes, quatre corps étrangers, dont trois cailloux pesant ensemble 20 grammes, et un fragment de tuyau de pipe ayant 4 centimètres de longueur.

Depuis quand ces corps étrangers avaient-ils pénétré dans le larynx, et comment avaient-ils pu s'y incruster sans donner lieu à aucun accident aigu de suffocation? c'est ce qu'il est difficile de dire. D'habitude, quand un corps étranger pénètre dans les voies aériennes, la mort est soudaine, du moins chez les paralytiques, sinon il y a des phénomènes de toux, de dyspnée, etc., qui appellent immédiatement l'attention sur l'arrière-gorge. Ici rien de pareil; il n'y a eu aucune espèce de réaction ; l'asphyxie a été lente et insensible. Il est à remarquer encore que la muqueuse du larynx ne présentait ni rougeur, ni excoriation, ce qui semble indiquer que les corps étrangers n'avaient pénétré dans sa cavité que depuis peu de temps.

©BIUM

2

ASILE DE VILLE-ÉVRARD. — M. PH. REY, MÉDECIN-ADJOINT.

Paraplégie d'origine alcoolique, suivie de guérison

Sommaire. — Femme, 41 ans. — Mère ayant eu des douleurs et de la faiblesse des membres inférieurs; une tante maternelle aliénée. — Excès de boissons depuis plusieurs années. — Deux accès antérieurs de délire alcoolique : vertiges, troubles de la vue, de la sensibilité générale et de la motilité. — Troisième accès de délire alcoolique avec hallucinations caractéristiques. — Paralysie et œdème des membres inférieurs. — Disparition complète des idées délirantes et des troubles de la locomotion. — Etat actuel d'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire.

D..., femme G..., âgée de 41 ans, entre à l'asile de Ville-Évrard le 5 mai 1883. Elle était d'abord à l'Hôtel-Dieu d'où elle a été transférée à Sainte-Anne. Un certificat du médecin de l'Hôtel-Dieu porte : *manie alcoolique*; celui du bureau d'admission mentionne: de l'affaiblissement intellectuel, des hallucinations pénibles, de la faiblesse musculaire et des habitudes alcooliques.

Le père est mort d'une congestion pulmonaire. La mère est morte après une longue maladie; elle avait *des douleurs dans les jambes et marchait difficilement*. Une tante maternelle a été aliénée.

Jusqu'à l'âge de 35 à 36 ans, notre malade paraît avoir joui d'une bonne santé. C'était une femme très rangée, intelligente, et bonne commerçante. Elle a eu quelques chagrins domestiques qui ont pu la faire rompre avec ses habitudes de sobriété. C'est à peu près à l'époque de la guerre qu'elle s'est mise à boire de l'eau-de-vie, tous les matins, et plusieurs bitters dans le courant de la journée. La mort de sa mère paraît avoir été la cause déterminante du premier

©BIUM

accès de délire alcoolique, caractérisé par des frayeurs, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et qui a duré près de deux mois. Un an après, deuxième accès, moins fort, mais présentant les mêmes caractères, suivi également d'une guérison qui s'est maintenue deux ans. Cependant, depuis le premier accès, la mémoire était affaiblie ; la malade se plaignait de vertiges et de troubles de la vue ; elle avait eu une légère attaque, dans un atelier ; elle avait des picotements sur tout le corps, des crampes et de la faiblesse des membres inférieurs. Enfin, en avril 1883, survient le troisième accès de délire qui amène la malade à Ville-Évrard. Jusque-là, elle n'avait pas été séquestrée.

A son entrée, la malade était très agitée, elle criait, surtout la nuit, voyait des chiens sur son lit, un qui *lui mordait les jambes*. On la faisait souffrir. Elle prenait une voisine pour sa tante... Dès son arrivée, on a dû la mettre au lit ; elle ne pouvait pas marcher, ni même se tenir debout ; elle accusait des sensations pénibles dans les jambes, « comme quelque chose qui rebondissait. » De plus, elles étaient le siège d'un œdème assez notable. Les mains étaient engourdies.

La malade a gardé le lit depuis son entrée jusqu'en février 1884. Elle se levait de temps en temps, restait assise dans un fauteuil, mais ce n'est qu'à cette date qu'elle a a pu marcher. Dès lors, l'amélioration a été rapide et, peu de temps après, elle a travaillé dans les salles. L'agitation avait entièrement disparu ainsi que les hallucinations. Cependant quelques idées vagues de persécution persistaient encore ; la malade refusait parfois de se rendre au parloir : « elle avait peur. »

Actuellement (avril 1884), Mme D... ne présente aucun trouble de la marche, ni faiblesse, ni incoordination des mouvements. C'est la femme la plus laborieuse de son quartier : elle fait le ménage, elle *frotte le parquet*. La vue est moins bonne ; les pupilles sont également dilatées ;

©BIUM

le tremblement de la langue et des mains est très marqué. La sensibilité cutanée est seulement un peu obtuse. Pas d'embarras de la parole. Les règles manquent depuis son entrée à Ville-Évrard. L'état mental est caractérisé par l'affaiblissement des facultés intellectuelles et principalement de la mémoire, sans conception délirante. En somme, le troisième accès de délire alcoolique et la paraplégie ont disparu, sans laisser aucune trace. Il reste les signes de déchéance intellectuelle et les troubles fonctionnels les plus communs à l'alcoolisme chronique.

Réflexions. — Nous savons que le médecin qui voyait la malade à domicile l'avait déclarée atteinte d'une affection de la moelle. Il y avait, en effet, de fort bonnes raisons pour faire ce diagnostic; les phénomènes observés, tels que vertiges, troubles de la vue, de la sensibilité et de la motilité étant communs à différentes maladies médullaires.

Pour nous, nous croyons devoir les rapporter à l'alcoolisme chronique, et nous basons notre opinion sur les antécédents de la malade, sur ses habitudes et sur le retour complet et durable des mouvements, qui éloigne la pensée d'une paraplégie intermittente qu'on observe parfois dans la sclérose disséminée. Ajoutons que cette femme n'est pas une hystérique.

M. Charcot rappelle, dans ses leçons sur l'ataxie locomotrice, que MM. Vilks et Lokhart Clarke ont attiré l'attention sur une forme de paraplégie assez fréquente à Londres, chez les femmes et même parmi les ladies, et qu'ils désignent sous le nom de *paraplégie alcoolique*.

Plus récemment le savant professeur a lui-même présenté, à sa clinique, deux cas de ce genre. M. Lancereaux, dans son article ALCOOLISME du *Dictionnaire des sciences médicales*, cite deux cas observés par lui, chez deux femmes adonnées à l'absinthe et autres boissons alcooliques. M. Féré a consacré un article sur cette matière dans le

©BIUM

Progrès médical de juin 1884. Les observations sont encore en petit nombre, croyons-nous, insuffisant pour bien déterminer les conditions favorables à la production de ces troubles fonctionnels et les caractères propres à cette forme particulière de l'alcoolisme chronique. Il semble, en effet, qu'il y ait bien là autre chose que les troubles de la marche plus ou moins marqués qu'on observe chez les alcooliques qui deviennent des paralytiques généraux.

D'après les faits déjà enregistrés, le sexe paraît avoir une certaine influence : les femmes sont plus fréquemment atteintes. Cela pourrait tenir aux conditions particulières de l'intoxication, qui, chez la femme, est, dans la plupart des cas, lente et progressive. Les auteurs anglais déjà cités ont donné, comme caractère saillant de cette forme pathologique, l'existence de douleurs revenant par accès et que les malades comparent à « des *chocs électriques* ». Notre malade éprouvait certainement des sensations analogues quand elle disait que « *ça rebondissait dans ses jambes.* » L'œdème des extrémités est signalé dans l'article de M. Féré.

La guérison a été la terminaison la plus fréquente. Dans les cas suivis de mort, l'autopsie a permis de constater l'existence de différentes lésions, telles que l'épanchement séreux sous la dure-mère, la congestion des méninges rachidiennes, le ramollissement dans la sclérose. Il faut dire que ces mêmes lésions se rencontrent fréquemment dans d'autres formes de l'alcoolisme chronique (Magnus Huss, Lancereaux, Magnan).

L'hérédité est un facteur important dans la forme qu'affecte l'alcoolisme chez certains individus. La mère de notre malade avait depuis longtemps souffert des jambes, et marchait difficilement. Il faut tenir compte de ces antécédents. A un autre point de vue, nous devons signaler l'hérédité vésanique. Notre malade a, pendant un temps assez long après la disparition du délire alcoolique, con-

©BIUM

servé des idées de persécution. C'est là une particularité que nous notons souvent chez les alcooliques ayant des prédispositions héréditaires à la folie, et que nous distinguons des individus primitivement aliénés chez lesquels le délire alcoolique vient se surajouter à l'*état mental* déjà existant.

©BIUM

Médecine légale

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

Par M. le Dr A. GIRAUD

Directeur-Médecin de l'asile d'aliénés de Fains.

Sommaire. — *Les attentats aux mœurs commis par les aliénés.* — Affaires H., L. et O., irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, séquestration; par le Dr Langlois. — Affaires D. et B., irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, séquestration; par les Drs Michel, Gelly et A. Giraud. — Affaire D., irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, séquestration; par les Drs Michel et A. Giraud. — Affaire C., atténnuation de responsabilité, acquittement; par le Dr Solaville. — Affaire C., atténuation de responsabilité, acquittement; par le Dr Solaville. — Affaire C., atténuation de responsabilité, acquittement et séquestration; par les Drs J. Giraud, Langlois et Sizaret. — Affaire J., simulation, atténuation de responsabilité, acquittement; par les Drs E. Blé, et A. Cullerre. — Affaire B., responsabilité, condamnation; par les Drs Langlois et Sizaret.

Les attentats aux mœurs commis par les aliénés présentent généralement ce caractère que l'auteur de l'attentat a agi sous l'influence d'une impulsion mal raisonnée, et parfois sans se préoccuper d'éviter les témoins; puis, l'acte dénoncé, l'aliéné ne cherche pas à atténuer sa responsabilité, ou à présenter un système de défense. Il avoue les faits, et donne même, si on l'y pousse, des détails répugnants, sans paraître avoir conscience de la gravité de l'accusation portée contre lui. C'est là ce que nous aurons à développer dans notre revue de médecine légale.

Nous trouvons tout d'abord, dans notre collection de rapports, une série de faits se rapportant à des imbéciles.

Dans l'affaire H.., les circonstances sont exposées de la

©BIUM

manière suivante par le Dr Langlois : « Le 10 septembre « 1882, le nommé H..., ayant entraîné dans un grenier une « petite fille âgée de six ans, lui offrit des noisettes, et, « pendant qu'elle les mangeait assise sur le foin, il lui re- « leva les jupes et regarda longuement ses parties « sexuelles.

« Il se déboutonna, sortit sa verge et engagea la petite « fille à venir le regarder, ce qu'elle fit aussitôt. Le pré- « venu la pria de se coucher sur le foin : il releva de nou- « veau les jupes afin de découvrir les parties génitales, « puis il s'étendit sur elle et se plaça de manière à ce que « son membre viril touchât le bas-ventre, mais sans « essayer d'introduire son pénis dans le vagin.

« Le Dr A..., d'Épinal, chargé d'examiner la victime de « cet attentat, a constaté qu'il n'y avait eu ni défloration « ni même tentative d'introduction dans les organes géni- « taux. »

H... était âgé de 17 ans; il était de constitution robuste, ne présentant pas de signes de dégénérescence physique, mais sa physionomie était sans expression, son regard fuyant et son attitude embarrassée. Il fut placé en observation à Maréville et se montra tranquille, obéissant et même craintif. Au début, il était très défiant, et le Dr Langlois expose qu'il lui a fallu plusieurs jours, beaucoup de patience et de douceur avant d'arriver à capter sa confiance. Il fut occupé à des travaux d'intérieur, mais il se montrait incapable d'avoir aucune initiative et de se livrer à un travail exigeant un peu d'intelligence. Un long interrogatoire est reproduit dans le rapport pour montrer la faiblesse d'esprit du prévenu. Il a été plusieurs années à l'école et ne sait ni lire, ni écrire, ni compter; il ne sait pas voir l'heure à une montre, et il ne répond à la plupart des questions que par oui ou par non. Interrogé sur l'attentat aux mœurs, son excuse est : « J'ai fait des bêtises... Je me suis amusé avec une petite fille... je m'amusais... », mais

©BIUM

il ne cherche pas à dissimuler les détails de l'acte commis, et il avoue sans difficulté des habitudes de masturbation.

Le Dr Langlois, dans l'appréciation des faits, n'hésite pas à classer H... parmi les imbéciles, et signale que chez l'accusé les instincts dominent, la volonté étant à l'état rudimentaire, et étant incapable de maîtriser les tendances libidineuses. D'ailleurs, l'opinion publique confirmait ce diagnostic; il avait été surnommé dans la commune le *Maboule* et, d'après un témoin, on avait pu le persuader qu'il y avait un nid de chevreuil sur un chêne. Le Dr Langlois ne s'arrête pas à discuter la supposition de simulation ; il a toujours été le même depuis son enfance, il était la risée des autres enfants, et le manque absolu de discernement ne lui a pas permis de comprendre la gravité de sa faute.

Les conclusions sont :

« 1° H... est atteint d'imbécillité congénitale.

« 2° H... n'est pas responsable. »

Conformément à ces conclusions, une ordonnance de non-lieu a été rendue, et un arrêté préfectoral a prescrit le maintien d'office à Maréville.

Le rapport dans l'affaire L..., également du Dr Langlois, présente les plus grandes analogies avec celui que nous venons d'analyser.

« Le 23 juillet, L... gardaitles bestiaux dans les champs, « quand il fut rejoint par sa sœur Émilie, âgée de onze ans, « et Berthe C..., âgée de huit ans. Ces deux enfants lui « racontent qu'elles venaient d'être l'objet d'attouche- « ments de la part d'un individu qui avait ensuite continué « son chemin. Ce récit, loin d'exciter l'indignation du pré- « venu, lui donna l'idée d'en faire autant. C'est dans ce but « qu'il entraîna les deux petites filles dans une maisonnette « abandonnée. Il étendit sur le dos Berthe C..., qui ne fai- « sait aucune résistance, il se coucha sur elle, releva ses « jupes et essaya d'introduire son pénis dans les parties « sexuelles : il ne put y parvenir et, comme l'enfant pous-

©BIUM

« sait des cris, il renonça à son projet, et ils rentrèrent « tous les trois au village. Pendant le trajet, il recommanda « à Berthe de ne rien dire à ses parents et il lui promit de « se marier avec elle. »

L... était âgé de vingt-et un ans, mais paraissait beaucoup plus jeune. Il était de petite taille, imberbe, et avait été déclaré impropre au service militaire pour faiblesse de constitution. Comme signes de dégénérescence physique, il avait le crâne asymétrique, la voûte palatine rétrécie et ogivale, et au maxillaire supérieur, en dedans de la cavité buccale, deux dents supplémentaires longues et pointues. Mis en observation à Maréville, il se montra tranquille, d'un caractère docile et serviable, mais on pouvait constater une très notable faiblesse intellectuelle, et le Dr Langlois cite un long interrogatoire pour faire apprécier l'état mental du prévenu. D'après cet interrogatoire, L... sait qu'il est à Maréville, et, par conséquent, dans une maison d'aliénés, mais il suppose qu'on l'y a placé pour voir s'il deviendrait fou. Il sait également qu'il vient de la maison d'arrêt, et qu'on l'avait mis en prison pour l'acte commis sur la petite Berthe, et il donne comme excuse : « C'est l'homme qui m'a montré l'exemple; elles m'ont montré comment il faisait; il les a couchées, il a voulu les *sauter* mais elles n'ont pas voulu. Elles m'ont raconté cela, ça m'a donné envie d'en faire autant. » Quant à la gravité du fait, il ne paraît pas en avoir conscience ; il répond savoir que c'était mal, mais il pensait ne pas être pris. Il n'avait aucune honte de se livrer à un pareil acte devant sa sœur, parce que, dit-il, elle riait comme une petite folle. Il croit qu'il passera aux assises et qu'il pourra être condamné à six mois de prison, et le système de défense qu'il annonce est tout à fait puéril. Il doit se lever, placer une main sur son cœur et dire : M. le juge d'instruction, excusez-moi de ma faute, que j'ai faite pour le mal de la petite Berthe, je lui ai promis le mariage, je lui ai défendu de le dire à ses

©BIUM

parents, j'attendrai l'âge. Il déclare se repentir de sa faute, mais le seul motif est qu'il craint la prison.

Dans la discussion des faits, le Dr Langlois arrive à cette déduction que L... est, au physique comme au moral, un dégénéré dont l'organisme en entier a subi un arrêt de développement, qui n'est susceptible d'aucune modification sérieuse et qui constitue un état incurable. L... est d'ailleurs considéré dans le pays comme un simple d'esprit, il a toujours été le jouet de ses camarades, et les enfants le tournent en ridicule en lui donnant des sobriquets. Il n'a jamais, vu sa situation mentale, pu gagner un salaire comme les personnes de son âge.

Les conclusions du rapport sont :

« 1° L... est atteint d'imbécillité congénitale.

« 2° Il ne jouit pas de son libre arbitre.

« 3° Il n'est pas responsable. »

Comme dans le cas précédent, une ordonnance de non-lieu a été rendue, et le maintien d'office à Maréville a été prescrit par arrêté préfectoral.

Le troisième rapport du Dr Langlois a encore pour objet un imbécile âgé de vingt et un ans. Le nommé O... avait déjà été condamné deux fois pour vol, et détenu jusqu'à vingt ans. A sa sortie de prison, il s'était fixé comme journalier à Pont-à-Mousson. Il aurait d'abord tenté un essai de pédérastie sur un garçon de douze ans, et voici l'exposé de la série des actes incriminés : « Il s'était caché sous « un hangard ; il se jeta à l'improviste sur sa victime, et « c'est grâce à l'arrivée d'un camarade que l'enfant put « lui échapper.

« Quelque temps après, le prévenu attaqua le nommé « C... qu'il terrassa ; il agrandit un trou que celui-ci por- « tait à son pantalon et essaya d'introduire sa verge par « cette ouverture ; plus tard, il fit des propositions hon- « teuses à une petite fille de onze ans, à laquelle il de- « manda de relever ses jupons pour lui faire voir ses par-

©BIUM

« ties sexuelles, et il lui promit de l'argent. Enfin, il « s'adressa tour à tour aux nommées C..., B..., M..., et « un jour il saisit brusquement W... et se coucha dessus. »

O... paraissait plus jeune que son âge, son crâne n'était pas mal conformé, mais petit; le front était bas et étroit, et le visage glabre, à l'exception de la lèvre supérieure sur laquelle étaient implantés quelques poils follets clair-semés. Il se montrait à la fois cynique, dissimulé et menteur. On peut analyser en quelques mots l'interrogatoire reproduit par le Dr Langlois. O... avouait sans difficulté qu'il s'était livré à l'onanisme et à la pédérastie, qu'il avait été alternativement actif ou passif, et son excuse est qu'il agissait ainsi pour être agréable aux autres et que cela se faisait à Cîteaux où il avait été détenu.

Les antécédents de l'accusé étaient déplorables. Il a pu apprendre à lire et à écrire d'une façon médiocre, mais dès l'âge de six ans, ses instincts pervers s'étaient manifestés. C'est ainsi qu'il s'était introduit dans une cave et avait fait couler le vin et l'eau-de-vie pour le plaisir unique de faire le mal. A l'âge de la puberté, les penchants érotiques s'étaient développés, mais le sens moral lui faisait complètement défaut. « La procédure nous apprend, écrit le Dr Lan- « glois, en quels termes ignobles il demandait aux autres « de se prêter à ses désirs charnels.

« Que lui importent les convenances et la morale pu- « blique. Il ne se doute pas qu'elles existent. Pendant ses « accès de satyriasis, c'est moins qu'un imbécile, c'est un « animal en rut, n'obéissant plus qu'à ses instincts géné- « siques, recherchant un orifice quelconque, même mal- « propre, pour se procurer un frottement qu'il trouve vo- « luptueux. Il est tellement immonde, que les matières « fécales sont de l'attrait pour lui. »

Le Dr Langlois signale, en outre, que les enfants travaillant à la forge de Pont-à-Mousson appelaient O...*Fou*, *Maboul*, *Guignol*.

©BIUM

Les conclusions du rapport sont :

« 1° O... est atteint de débilité mentale caractérisée par « un arrêt de développement physique et intellectuel.

« 2° Cette affection cérébrale est incurable.

« 3° Il ne jouit pas de son libre arbitre.

« 4° Il n'est pas responsable. »

Une ordonnance de non-lieu a été rendue et O... a été placé d'office à Maréville.

Nous avons eu au mois de juillet 1880, avec les Drs Michel et Gelly, à examiner deux imbéciles mis en observation à l'asile de Fains et inculpés, le premier d'attentat à la pudeur, le second de tentative de viol.

D... était âgé de dix-neuf ans, et avait été surpris dans un massif de sapins se livrant à des actes lubriques sur la personne d'un enfant de cinq ans. On s'accordait dans le pays à le traiter d'idiot; il avait une existence vagabonde et avait déjà fait l'objet de deux procès-verbaux dressés par la gendarmerie pour tentative de vol avec effraction à la chapelle de Menaucourt.

Dès notre premier examen, nous constations la faiblesse d'esprit du prévenu, son aspect physique même dénotait quelque chose d'anormal et d'irrégulier. Le développement de la face ne répondait pas à celui du crâne et les os maxillaires étaient très développés surtout dans le sens transversal. Sa bouche était large, et D... souriait bêtement dès qu'on paraissait s'occuper de lui : sa bouche alors s'élargissait démesurément. Il avait les oreilles grandes et s'écartant de la tête. Nous devons ajouter qu'il avait un képi de soldat dont il était très fier, et qu'il contribuait ainsi à se donner un type de caricature.

Lorsqu'on l'interrogeait, la faiblesse de son intelligence était manifeste. Sa parole même était mal articulée et souvent peu intelligible. Il ne sut pas dire son âge, et croyait avoir treize ans. Il avait, néanmoins, conservé le souvenir du fait qui avait motivé son arrestation, et cherchait à

©BIUM

s'excuser en répondant à presque toutes les questions « qu'il ne l'a guère fait. » Il était susceptible d'être occupé à diverses corvées, tout en se montrant d'ailleurs assez maladroit. Il avait jusqu'à un certain point l'esprit d'imitation, mais, là encore, on put constater chez lui l'absence de raisonnement; par exemple, un malade ayant demandé devant lui du papier pour écrire une lettre, D... s'empressa d'en demander également. Quand nous avons voulu juger de son degré d'instruction, nous nous sommes aperçus qu'il ne savait même pas épeler ni nommer les lettres d'un mot imprimé en gros caractères.

Nous avons déclaré que D... était atteint d'imbécillité à un degré voisin de l'idiotie. Ses instincts le poussaient au vagabondage, au vol et à des actes lubriques, et il y obéissait parce qu'il n'avait pas l'intelligence nécessaire pour distinguer le bien du mal, et surtout, parce qu'il n'avait pas la force morale pour résister à ses impulsions, lorsqu'il sentait vaguement qu'il faisait mal. Il était, pour nous, incapable de comprendre que l'acte dont il était inculpé est sévèrement réprimé par la loi. La conscience qu'il pouvait avoir de ses actes nous parut tellement vague que nous conclûmes à son irresponsabilité dans les termes suivants :

« 1° D... (Auguste) est atteint d'imbécillité à un degré « voisin de l'idiotie;

« 2° Il n'a pas la libre conscience de ses actes et doit » être déclaré irresponsable ;

« 3° Il est dangereux pour l'ordre public et doit être « mis à la disposition de l'administration pour être main- « tenu dans un établissement d'aliénés. »

Suivant ces conclusions, une ordonnance de non-lieu fut rendue et D... fut maintenu d'office à l'asile de Fains. Il se montra docile et inoffensif tout en conservant quelques tendances érotiques. Mais alors, une très vive pression fut exercée dans son pays sur la famille pour amener celle-ci

©BIUM

à réclamer D...Au mois d'avril 1881, une demande formelle, avec engagement d'exercer une surveillance attentive, me fut transmise, pour avis, par le Préfet, et je crus devoir formuler ainsi mon avis : « D... (Auguste) est atteint d'im-« bécillité. Il a été jugé irresponsable de l'attentat à la « pudeur qu'il a commis. Aujourd'hui son intelligence ne « s'est pas développée et il a toujours des instincts lu-« briques, mais son père prend l'engagement d'exercer « une surveillance attentive. Cette surveillance faisait « complètement défaut, et le jeune D... passait parfois « plusieurs jours hors du domicile de ses parents. Or, il « est certain que si le jeune D... n'avait pas été abandonné « à lui-même, les inconvénients qui résulteraient de sa « présence dans les villages eussent été fort atténués. Je « suis donc d'avis que l'on peut tenter de le remettre à sa « famille, mais en insistant sur la nécessité d'une grande « surveillance.

La sortie fut autorisée et D... fut remis, le 6 mai 1881, à son père. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis trois ans et demi, aucun acte insolite n'a été signalé. On pourrait difficilement soutenir qu'il est bon de laisser les imbéciles vivre en liberté, sous la surveillance plus ou moins attentive de leur famille; mais pour motiver le maintien d'un malade à l'asile, malgré les parents, on doit, dans l'état actuel de notre législation, démontrer que ce malade est dangereux pour l'ordre public, et dans l'espèce citée, D... a pu vivre plusieurs années en liberté sans accidents.

Dans la seconde affaire (tentative de viol), l'accusé était encore, comme nous l'avons déjà dit, un imbécile. B... (Charles) était âgé de vingt-deux ans; il habitait avec ses parents, et était occupé comme manœuvre dans les carrières. Travaillant un matin à son chantier avec sa sœur, âgée de dix-neuf ans, ils suspendirent tous deux leur ouvrage vers huit heures pour manger et ils allèrent à la lisière d'un bois pour chercher des fruits sauvages. Au bout

©BIUM

de quelques instants, B... fit une proposition honteuse à sa sœur, la menaçant de l'étrangler si elle refusait. La proposition n'ayant pas été acceptée, il se jeta sur sa sœur, la renversa, et comme elle se débattait, la frappa de son couteau, sans toutefois lui faire des blessures graves. Dans la lutte, il avait pu relever les jupons de sa sœur, mais quand il voulut se coucher sur elle, les parties sexuelles à nu, pour arriver à ses fins, Marie B... saisit la verge de son frère, et la tordant, fit cesser l'agression. La fille B... se hâta de rentrer chez elle. Sur sa route, elle rencontra le médecin du pays qui constata des plaies sans gravité à la face et à une cuisse, et reçut la première déclaration. Quant à B... (Charles), il était, d'après sa propre déposition, retourné à son chantier et s'était remis à l'ouvrage. Interrogé par les gendarmes, il avoua sans difficulté les faits incriminés et reconnut exacte la déposition de sa sœur.

Toute la famille B... est fort mal douée au point de vue de l'intelligence. Un frère aîné a subi de nombreuses condamnations pour mendicité, vol et vagabondage ; la sœur qui avait été l'objet de la tentative de viol, ne passait pas pour avoir une grande lucidité d'esprit, et l'année suivante, elle a été arrêtée en état de vagabondage à Paris, reconnue épileptique et séquestrée dans un asile. Quant au père et à la mère, furieux de voir arrêter leur fils, bon manœuvre et rapportant de l'argent à la maison, ils auraient maltraité et mis à la porte de chez eux leur fille, qui avait, à leurs yeux, eu tort de se plaindre.

B... (Charles) avait été réformé du service militaire deux mois après son incorporation. Il avait déserté ; quand il fut repris, ses chefs crurent devoir le soumettre à un examen médical, et les médecins militaires chargés de l'examen, délivrèrent le certificat suivant : « Nous soussignés..... « certifions que le sieur B... (Charles), natif de ..., soldat « au 33e de ligne, est atteint d'idiotie. En conséquence, « nous estimons que les accidents ci-dessus relatés

©BIUM

« ont pour résultat l'impossibilité absolue de servir. »

Notre examen à l'asile ne pouvait que confirmer le diagnostic porté par les médecins militaires lors de son passage au régiment. B... (Charles) présentait une conformation vicieuse du crâne; le front est peu développé, bas et fuyant; à la région pariétale, le crâne s'élargit outre mesure, puis la région occipitale est comme aplatie. La circonférence horizontale mesurée au-dessus de l'arcade sourcilière ne dépasse pas cinquante-trois centimètres. Dès qu'on l'interrogeait, la faiblesse de son esprit apparaissait. La mémoire lui fait défaut : aussi il peut à peine dire comment il s'est rendu à son régiment, lorsqu'il est devenu soldat; il se souvient, qu'une fois libéré du service militaire, il est revenu dans son pays en passant par Paris, et le seul point qui l'ait frappé dans son voyage est qu'il a eu une contestation avec un commissionnaire; mais il ne paraît avoir conservé aucun souvenir de la traversée de Paris. Des deux mois passés au régiment, il ne sait dire qu'une chose, c'est qu'il s'est enfui, a erré dans la campagne, puis s'est fait arrêter à Amiens et a été mis en prison.

Le transfèrement de la maison à l'asile ne l'a nullement surpris; l'asile lui paraît plus gai que la prison et il se félicite du changement. Il ne manifestait aucun regret des actes pour lesquels il était poursuivi. Il a voulu, disait-il, *aller avec sa sœur*. Sa sœur est une fille de mauvaise vie, et il lui en veut parce qu'elle l'a dénoncé, aussi, ajoute-t-il, ses parents l'ont f... à la porte, et c'est bien fait. Nous n'avons pu éveiller en lui aucun autre sentiment au souvenir de l'attentat qu'il avait commis.

De notre examen, il ressortait que le prévenu avait agi à la manière de l'animal qui obéit à ses instincts sans faire la distinction du bien et du mal, et nos conclusions ont été :

« 1° B... (Charles) est atteint d'imbécillité;

« 2° Il n'a pas conscience de la portée de ses actes, et « doit être déclaré irresponsable;

©BIUM

« 3° Il doit être considéré comme un être dangereux « pour l'ordre public et mis à la disposition de l'adminis- « tration. »

Conformément à ces conclusions, une ordonnance de non-lieu a été rendue et B... a été maintenu d'office à l'asile de Fains. A l'asile, ses actes ont été constamment réguliers et il se montra un excellent terrassier. Un an après sa séquestration, il fut réclamé en termes pressants par le maire de sa commune et, tout ressentiment contre sa sœur ayant complètement disparu, je ne crus pas devoir faire opposition à la sortie. Comme dans le cas précédent, aucun accident ne s'est produit. Il convient d'ailleurs d'ajouter que B... ne se trouvait plus en contact avec sa sœur.

On vient de voir, dans cette première catégorie de faits, une série de faibles d'esprit, jeunes, et par conséquent à la période de la vie où les instincts génésiques viennent de naître. Chez ces individus, l'intelligence était trop peu développée pour donner la force de résister à une impulsion mauvaise. Nous avons maintenant à passer en revue d'autres faits, où l'état mental de l'accusé était moins net : tantôt les experts ont pu reconnaître l'existence d'un véritable délire, et ont encore pu conclure à l'irresponsabilité, tantôt les experts ont constaté des caractères pathologiques suffisants pour déclarer que l'accusé n'était pas entièrement sain d'esprit, mais insuffisants pour affirmer l'aliénation mentale proprement dite. Les rapports, dans ces derniers cas, concluent simplement à une atténuation de responsabilité.

Dans l'affaire D..., nous avons pu, avec le Dr Michel, de Bar-le-Duc, reconnaître chez l'accusé l'existence d'un délire bien caractérisé.

D... (Jean-Baptiste), était âgé de quarante-trois ans. Ancien militaire, il habitait depuis plusieurs années une petite commune de la Meuse, vivant seul, et était occupé dans le pays comme journalier. D'après les renseignements du

©BIUM

dossier judiciaire, il était sobre, ne fréquentant jamais les cabarets, et vivant avec une grande économie. Les faits incriminés étaient les suivants : D... avait attiré sur la lisière d'un petit bois une petite fille de sept ans et demi, l'aurait couchée à terre, aurait cherché à relever les jupons et à passer sa main entre les cuisses. Mais l'enfant s'était débattue et le patron de D... arrivait. La petite fille rentra chez elle et raconta à ses parents ce qui s'était passé. Dans l'enquête, diverses dépositions révélèrent que D... aurait, à diverses reprises, attiré chez lui des petites filles âgées de moins de treize ans, leur aurait relevé les jupons et aurait pratiqué sur elle des attouchements. D'après ces dépositions, tous les faits incriminés avaient entre eux de grandes analogies. L'enfant était attirée par la promesse d'un fruit ou d'une friandise : D... commettait l'attentat à la pudeur mais sans jamais déboutonner son pantalon ni mettre à nu ses organes sexuels, puis il renvoyait la petite fille après lui avoir donné les friandises promises. D... avouait les faits incriminés, mais en même temps, l'enquête révélait que l'accusé était connu pour avoir l'esprit dérangé, qu'à certaines périodes ses discours étaient incohérents, que, si parfois il proférait des paroles grossières, on n'y faisait pas attention en raison de son affection mentale ; et qu'on le considérait dans le pays comme un *bon fou*.

Un examen médical eut lieu à la maison d'arrêt de Saint-Mihiel, mais nos confrères chargés de l'expertise ne crurent pas pouvoir se prononcer sur la question de responsabilité et arrivèrent à cette conclusion que le nommé D... « est atteint de monomanie religieuse, qu'en présence de « cette déposition nous ne pouvons déclarer quel est le « degré de responsabilité qu'il a pu encourir en commettant les actes qui lui sont reprochés. » A la suite de ce rapport, D... fut mis en observation à l'asile de Fains.

Soumis à notre examen direct, l'accusé nous raconta une partie de son existence en nous faisant connaître ce qu'elle

©BIUM

avait eu de merveilleux. Il a eu jadis l'apparition d'un saint habillé comme un évêque, et ressemblant à saint Nicolas. Il a été touché au front par le saint, et de là lui vient son inspiration. A ses idées religieuses se joignaient des idées de persécution, et il nous a déclaré que, sans la protection du saint, il aurait succombé à Strasbourg quand il y était en garnison, parce qu'il se trouvait au milieu des païens. D'après son dire, il se serait livré à diverses époques à des pratiques qui devaient s'exclure les unes les autres. Ainsi il se serait montré fervent catholique, avait un confesseur, communiait souvent, et en même temps il fréquentait les temples et les synagogues. Son confesseur avait beau lui infliger des pénitences, il se sentait dirigé vers les temples et il lui semblait voir les saints lui sourire. Tout en racontant ses pratiques religieuses, il ajoutait qu'il avait fait la connaissance d'une fille publique, et qu'il a eu de fréquentes relations avec elle pendant plusieurs mois.

Quant à ses attentats à la pudeur, il les expliquait de la manière suivante : les petites filles venaient le trouver ; elles voulaient monter au grenier et comme il n'y avait pas d'escalier, en les soulevant il a vu leur ventre à nu, mais ce que sa conscience lui reprochait, c'est que les gens du pays *n'étaient pas purs*. On pouvait conclure que, dans sa conduite, l'accusé ne se préoccupait guère d'être conséquent avec lui-même, mais s'il agissait ainsi, c'est, comme il le disait, parce qu'il y était poussé, et, en d'autres termes, il obéissait à son délire à la manière des hallucinés. On sait que chez les aliénés les idées érotiques s'allient assez fréquemment au délire religieux. D... n'avait pas conscience de la gravité de l'accusation qui pesait sur lui, et sa seule préoccupation était de prier pour ceux qui ne sont pas purs.

D'après notre avis, non seulement il avait agi sans se rendre compte de la portée de ses actes, mais les attentats avaient dû être commis sous l'influence directe du délire ;

©BIUM

et ce qui nous confirmait dans cette manière de voir, c'est que d'après les dépositions, le jour même où le dernier attentat aurait été commis, sa conversation était insensée et érotique.

Nos conclusions furent :

« 1° D... (Jean-Baptiste) dit Lafleur, est atteint d'aliéna-
« tion mentale;

« 2° Il est affecté de lypémanie avec prédominance de dé-
« lire religieux fondé sur des hallucinations et des illusions
« des sens;

« 3° Il est parfois poussé, sous l'influence de son délire,
« à des actes dont il est irresponsable et dont il paraît
« n'avoir pas conscience ;

« 4° Les attentats à la pudeur dont il est inculpé
« nous paraissent commis sous l'influence de son délire;

« 5° Il doit être considéré comme un malade dange-
« reux pour l'ordre public et séquestré d'office dans un
« établissement d'aliénés. »

Une ordonnance de non-lieu a été rendue et D... a été maintenu à l'asile de Fains.

Dans l'affaire C..., le Dr Solaville a considéré le prévenu comme ne jouissant pas de la plénitude de ses facultés intellectuelles, sans être aliéné dans l'acception rigoureuse du mot. Voici d'ailleurs l'exposé des faits :

« C..., boulanger à..., avait coutume de donner place
« dans sa voiture aux enfants qu'il rencontrait pendant ses
« courses, allant à l'école ou en revenant.

« C'est ainsi que le 4 décembre 1880, vers quatre heures
« du soir, il fit monter auprès de lui Marie M..., âgée de
« neuf ans, qui rentrait chez ses parents. Lorsqu'on eut
« atteint un endroit isolé, C... engagea l'enfant à se rap-
« procher de lui et la plaça entre ses jambes, le dos tourné
« vers lui. La jeune fille s'aperçut alors qu'il lui relevait
« sa jupe, et elle sentit quelque chose qui lui chatouillait
« le haut des cuisses. »

©BIUM

« Le surlendemain, l'accusé rencontra de nouveau la « jeune M... qui revenait de l'école avec François M... âgé « de huit ans, il les prit dans sa voiture et lorsqu'on fut au « milieu des bois, il plaça la jeune fille entre ses jambes et « se livra sur sa personne aux mêmes attouchements que « l'avant-veille. L'enfant M... assis à l'extrémité de la ban- « quette ne s'aperçut de rien : il entendit seulement « l'accusé dire à sa compagne : *C'est bientôt fini.* »

Au cours de l'information, C... avoua s'être livré à des attouchements odieux sur la personne de la jeune M... mais il prétendit ne l'avoir souillée qu'une fois.

C... était un homme de vingt-sept ans, de taille moyenne, au teint pâle, aux cheveux rares, aux yeux d'un bleu clair, à la physionomie régulière mais sans expression, plutôt hébétée qu'intelligente. Son regard avait une fixité singulière.

Il était considéré à la maison d'arrêt comme un garçon sans consistance, ayant le jugement faux, passant sans transition d'un sujet à un autre, disant sa prière matin et soir, et *blaguant* avec les autres sur la religion. On le trouvait *toqué* et on disait de lui : *il a aujourd'hui son araignée.*

C... s'était marié à l'âge de vingt ans, et il était parti comme soldat alors que sa femme était enceinte. Il avait des habitudes d'intempérance et aurait contracté la syphilis. On signalait en outre, comme antécédents héréditaires, qu'un oncle maternel était mort aliéné.

Le Dr Solaville constatait chez l'accusé de l'amnésie et un abaissement très prononcé du sens moral. C... ne cherchait point à nier le fait qui lui était reproché, mais il ne paraissait pas avoir une idée bien nette de l'accusation. « Chez « ce malheureux, écrit le Dr Solaville, il en est du sens « moral comme de la mémoire, l'un et l'autre lui font com- « plètement défaut, ou du moins se montrent fort amoin- « dris. Lorsqu'on le questionne à ce sujet, il répond : Je

©BIUM

« ne savais pas ce que je faisais. Si j'avais pensé que « c'était si mal, je ne l'aurais pas fait. Il m'est arrivé vingt « fois de faire monter des petites filles dans ma voiture et « l'idée ne m'est jamais venue de les toucher. Il fallait que « je sois fou ce jour-là. Cependant je n'avais pas bu plus « que d'habitude. »

M. le Dr Solaville, tout en éliminant les diverses formes de folies et notamment la folie transitoire, mais en tenant compte, dans la discussion des faits, de l'alcoolisme, de la syphilis, et de la prédisposition héréditaire, arrive à cette conclusion :

« Dans l'acception rigoureuse du mot, C... n'est point un « aliéné. Il le deviendra peut-être un jour, mais si son état « actuel, dont nous avons essayé de mettre en relief le « principal caractère, ne paraissait pas suffisant pour l'exo- « nérer complètement de toute imputabilité, nous croyons « pouvoir déclarer qu'il est de nature à atténuer considé- « rablement la gravité de l'acte qu'il a commis. »

C... a comparu aux assises de la Vienne, et a été acquitté.

Le cas de C... (Jean-Baptiste), peut être rapproché du cas précédent. Là encore les experts émirent l'avis que l'accusé n'était point aliéné, mais ils ajoutèrent que des accidents cérébraux antérieurs limitaient la responsabilité.

C... (Jean-Baptiste), avait exercé le ministère sacerdotal de 1846 à 1871, et s'était depuis plusieurs années retiré dans sa famille. En mai 1877, il s'approcha, sous un prétexte quelconque, d'une petite fille de neuf ans, à l'extrémité d'une promenade, et passa plusieurs fois la main par dessous la robe de l'enfant. En 1879, il commit à diverses reprises et dans des circonstances analogues des attentats semblables sur sept autres jeunes filles a peu près du même âge. Dénoncé, il prit la fuite et se réfugia en Allemagne, puis en Suisse. Le 16 décembre 1880, il se présenta volontairement à la maison d'arrêt de Nancy et s'y constitua

©BIUM

prisonnier. Certaines circonstances ayant fait naître des doutes sur l'intégrité de son état mental, il fut mis en observation à Maréville.

C... (Jean-Baptiste), ordonné prêtre en 1846, n'avait pu rester longtemps dans le même poste, et il fut successivement vicaire à M... puis à F..., curé à P... et ensuite à X... En 1856, il entra chez les PP. Liguoriens et quitta cette congrégation l'année suivante pour devenir aumônier d'un hospice. En 1858, il reprit le ministère paroissial, mais en 1859, il se retira en Suisse, à Einsielden, chez les Bénédictins. En 1860, il rentra dans son diocèse et obtint d'être admis à la maison de retraite, quoique âgé de trente-neuf ans seulement. En 1862, il quitta cette maison et alla demander l'hospitalité à un prêtre de ses amis. En 1863, il entra aux Oblats, et en 1864, obtint d'être reçu chez les PP. du Saint-Sacrement, puis chez les PP. Maristes, et il y resta jusqu'en 1871, mais en passant dans trois maisons différentes de l'ordre.

Il obtint alors de nouveau une petite cure, mais quelques mois après, il écrivit à son évêque qu'il lui était très difficile de rester fidèle à ses vœux de chasteté, et pour éviter un scandale, il fut renvoyé dans sa famille.

Les experts signalent qu'en 1857, il avait été atteint d'une fièvre typhoïde grave, et qu'en 1872, ses parents et amis lui firent consulter les deux médecins de Maréville qui constatèrent des troubles intellectuels et lui prescrivirent du bromure de potassium et l'hydrothérapie. Dans son pays, on le considérait comme bizarre et faible d'esprit. L'évêque du diocèse, sans le frapper d'interdit, lui avait retiré tout pouvoir d'administrer les sacrements.

C... (Jean-Baptiste), mis en observation à Maréville se montra fort tranquille et d'une insouciance complète. Il était gai, expansif, se déclarant fort satisfait parce qu'il avait besoin de distractions, et trouvant que la vue des aliénés lui faisait du bien. Sa mémoire était parfois infi-

©BIUM

dèle. Quand on lui parlait de ses attentats à la pudeur, son excuse était : « Que voulez-vous, c'était plus fort que moi. » D'après ses interrogatoires, il n'aurait jamais eu de rapports sexuels avec une femme, mais s'était livré à l'onanisme, et les attouchements qu'il pratiquait sur les petites filles provoquaient l'érection et l'éjaculation. Il s'entretenait de ce sujet sans aucune honte, et racontait les faits comme s'ils eussent été à la charge d'un autre.

Les experts, sans reconnaître l'existence du délire proprement dit, mais tenant compte des accidents cérébraux antérieurs et du passé de l'accusé, qui autorisaient à ne pas le regarder comme jouissant de la plénitude de ses facultés intellectuelles, furent d'avis que la mobilité de son caractère, son instabilité, son existence errante et sans but dénotaient un cerveau mal équilibré. Les conclusions du rapport sont :

« 1° C... n'est pas actuellement aliéné;

« 2° Les actes incriminés, tels qu'ils résultent des pièces « de l'information, ne présentent pas le caractère de l'im- « pulsion irrésistible que l'on rencontre chez les aliénés ;

« 3° Néanmoins, à raison des antécédents de C..., de sa « vie instable, de la fièvre typhoïde dont il a été atteint en « 1857, des accidents cérébraux survenus en 1872 et trai- « tés par les docteurs Thouvenin, Petrucci et Bécoulet, de « son tempérament sanguin en opposition avec la conti- « nence forcée, les soussignés estiment que l'accusé peut « être considéré comme ne possédant qu'une résistance « morale amoindrie et n'ayant, par conséquent, qu'une « responsabilité limitée. »

Je dois à l'obligeance de M. le Dr Langlois des renseignements complémentaires permettant de donner la suite de l'affaire, et signalant en outre des particularités intéressantes. Devant la Cour d'assises, le Dr. Petrucci, appelé comme témoin, fut plus affirmatif que les experts, et déclara que l'accusé devait être considéré comme aliéné

©BIUM

irresponsable, C... fut acquitté et ramené à Maréville ; un médecin de Nancy avait, de son côté, délivré un certificat constatant que C... était un impulsif dangereux. Le Dr Langlois recevant le malade dans son service, crut pouvoir accentuer sa première opinion et rédigea ainsi le certificat de vingt-quatre heures : « Je soussigné, etc... certifie que le nommé C... est dans un état mental caractérisé par de l'affaiblissement intellectuel et la perte du sens moral. En outre, il existe des penchants érotiques qui le rendent dangereux pour la morale publique. » L'affaiblissemnet intellectuel est devenu de plus en plus manifeste, et le malade a été maintenu à Maréville où, dit-il, il se trouve très bien.

Dans l'état actuel de la législation, l'admission de C... à Maréville plaçait le médecin en chef dans une situation délicate, et on peut se servir de ce cas comme d'un argument en faveur des dispositions proposées par la Commission du Sénat à l'art. 39 du projet de loi sur les aliénés. Il y a évidemment lieu de faire intervenir une autorité compétente à la suite d'un acquittement pour irresponsabilité.

Dans l'affaire J..., les experts, MM. les Drs F. Blé et Cullerre, signalent une circonstance qui ajoutait à la difficulté de l'examen. L'accusé appartenait à la classe des dégénérés, mais, en outre, il simulait des troubles intellectuels. J... avait été dénoncé, comme sodomiste, comme démoralisant la jeunesse, et comme ayant commis des attentats sur plusieurs enfants. Il déboutonnait son pantalon et appliquait ses parties génitales sur le visage et parfois sur la bouche des enfants. M. le Dr Cullerre dépeint ainsi l'accusé : « J... est un homme de taille moyenne, « d'apparence un peu frêle, maigre, aux tissus pâles, à la « poitrine étroite. La tête est ronde, à vertex aplati, comme « étalé, au front large, arrondi et très proéminent. La « face en lame de couteau semble resserrée latéralement ; « la voûte palatine est profonde et forme une ogive très

©BIUM

« aiguë ; le menton est pointu, les oreilles grandes quoi-
« que assez bien conformées. Les organes génitaux exa-
« minés avec soin sont absolument normaux ; nous remar-
« quons que le gland est complètement découvert.

« Son attitude est convenable, ses traits ne sont pas dé-
« nués d'intelligence. En parlant, il prend facilement un
« ton pitoyable et mouillé de larmes ; sa parole est un peu
« empâtée en raison d'un léger défaut de langue. »

J... avait une excellente réputation, des habitudes de piété, et était considéré comme un très honnête garçon. Il avait réussi, par son travail, à faire face à une situation difficile quand il avait perdu son père, mais sa raison aurait été ébranlée à la mort de sa mère et de deux de ses frères, et il serait devenu momentanément hypochondriaque.

Pendant l'examen auquel il était soumis, il chercha constamment à exagérer cette disposition, prétendant qu'il ne pouvait plus réfléchir, et que tout se brouillait dans sa tête dès qu'il essayait de penser à quelque chose. Il simulait, en outre, une amnésie presque complète, évitant ainsi de répondre aux questions embarrassantes ; il chercha également, mais maladroitement, à faire supposer des hallucinations de la vue.

Dans la discussion des faits, trois questions sont soulevées.

J... est-il actuellement aliéné ? La réponse est négative. L'accusé est peu intelligent, mais il simule, et, disent les experts, malgré ses réticences et ses nombreuses contradictions qui sont le fait de son système de défense à la fois grossier et excessif, il joue son rôle avec une logique rigoureuse.

Était-il aliéné dans les moments où il se livrait aux actes qui lui sont reprochés ? La réponse est encore négative. Il a pu éprouver une légère atteinte mélancolique à une époque antérieure, et des signes physiques de dégénérescence existaient; mais les actes incriminés se sont produits

©BIUM

à diverses reprises, et s'il avait agi sous l'influence d'une impulsion irrésistible, on aurait constaté une série d'accès coïncidant avec l'acte immoral; et il n'y a pas lieu d'admettre l'épilepsie même larvée.

Enfin, dans quelle mesure est-il responsable ? Ici les experts admettent une atténuation, parce que chez les dégénérés le ressort de la volonté est faible, mais, disent-ils, « c'est à la justice, prévenue de ce fait, qu'il appartient de « décider dans quelle mesure il doit en être tenu compte « dans l'appréciation de la responsabilité de l'accusé. »

Les conclusions sont les suivantes :

« 1° J... (René) n'est pas aliéné ;

« 2° Ce n'est pas sous l'influence de l'aliénation mentale « qu'il a commis les actes dont il est accusé ;

« 3° Il y a lieu de tenir compte, dans l'appréciation de « sa responsabilité, des tares physiques et intellectuelles « qu'on constate chez lui et qui en font un dégénéré. »

Le rapport de M. le Dr Cullerre se termine par cet épilogue :

« Malgré les conclusions de ce rapport, J... a été ac- « quitté par le jury de la Vendée. Rien, sinon son indul- « gence, d'ailleurs habituelle pour ce genre de crimes, ne « rend compte de ce verdict. J..., en effet, a continué pen- « dant les débats son système d'ignorance et de simula- « tion : aucun doute ne s'est élevé dans la véracité des « témoins et aucun incident d'audience ne s'est produit. »

Nous n'avons rien à ajouter à ces considérations, l'indulgence du jury devant être considérée comme étrangère aux questions de médecine légale. Nous ne rencontrerons pas, d'ailleurs, cette même indulgence dans l'affaire B... (Jean-Baptiste), par laquelle nous terminons notre revue. Le rapport diffère de ceux que nous venons d'analyser en ce que les experts n'ont invoqué aucune atténuation de responsabilité.

L'accusé, ex-bénédictin, était accusé de plusieurs atten-

©BIUM

tats à la pudeur sur des jeunes garçons de douze à quatorze ans, et on avait, en outre, de fortes présomptions de viol sur une petite fille de onze ans. Il attirait les enfants dans sa chambre ou dans les bois, et lorsqu'il se croyait à l'abri de tout regard indiscret, les plaçait sur ses genoux, les serrait entre ses bras, leur donnait des baisers, les déboutonnait, leur caressait la verge, frottait la sienne sur leurs parties sexuelles, se faisait masturber ou se masturbait lui-même.

La petite fille a été défiorée, mais l'accusé a soutenu que c'était par l'introduction du doigt dans les parties sexuelles.

B... avait été séquestré antérieurement à Lommelet et à Froidmont (Belgique), et il invoquait un penchant irrésistible dont il ne serait pas responsable. Mais, d'après les renseignements recueillis, il n'avait pas été atteint de troubles intellectuels graves et persistants, et il serait sorti guéri de Froidmont. Les précautions dont il s'entourait et la parfaite conscience des actes qu'il avait commis, la préparation même dont il faisait précéder ces actes pour ne pas effrayer les enfants, étaient incompatibles avec l'hypothèse d'une impulsion irrésistible, et les conclusions de MM. les Drs Sizaret et Langlois furent :

« 1° B... n'est atteint actuellement d'aucune espèce de « maladie mentale.

« 2° B... n'était pas aliéné à l'époque où se sont pro- « duits les faits incriminés.

« 3° B... est entièrement responsable de ses actes. »

B... a comparu devant la Cour d'assises des Vosges et a été condamné à huit ans de réclusion.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 JUILLET 1884.

Présidence de M. DAGONET.

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend : des lettres de remerciements de MM. Bajénoff et Cuylits nommés membres associés étrangers.

Rapports de candidatures.

M. Ch. Féré. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Magnan, Ballet et Féré, de vous présenter un rapport sur les travaux de M. Séglas, médecin de la maison de Saint-Mandé, candidat au titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique : je viens, au nom de cette commission, m'acquitter de cette tâche.

En 1881, M. Séglas a présenté à la Faculté de Paris une thèse ayant pour titre : *De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie.*

L'auteur s'est proposé dans ce travail de rechercher quelle est l'influence des maladies intercurrentes, d'abord sur les accès épileptiques pendant leur durée, puis sur la marche ultérieure de l'épilepsie, et d'examiner s'il n'y a pas eu dans les maladies un phénomène particulier à qui l'on puisse rapporter les modifications observées.

Après un chapitre consacré à l'historique, et dans lequel il constate que les auteurs, à part M. Delasiauve, n'ont amais cité que des cas isolés se rapportant à ce sujet, sans émettre des idées d'ensemble, il aborde le côté clinique de la question. Cette étude clinique est divisée en

©BIUM

deux parties : la première renfermant les cas où les maladies intercurrentes n'ont influé sur ses accès que pendant leur durée ; la seconde, ceux où cette influence, s'étant prolongée après la guérison, a modifié la marche proprement dite de l'épilepsie. La première partie renferme vingt-deux observations, la plupart très détaillées, et fournissant de nombreux renseignements, autant sur l'affection nerveuse que sur les maladies accidentelles. Sur ces vingt-deux cas, quatorze fois l'influence de ces maladies sur les accès épileptiques s'est manifestée d'une façon favorable en suspendant les accès : et ce fait a surtout eu lieu lorsqu'il s'est agi de maladies aiguës déterminant une réaction fébrile. Ce point est surtout mis en évidence dans un cas où l'on voit un état de mal épileptique cesser brusquement sous l'influence d'une pneumonie. Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur rapporte onze cas, dans lesquels il y a eu après disparition de la maladie intercurrente, une cessation, ou tout au moins une diminution prolongée des accès.

En somme, sur trente-trois observations, huit fois seulement l'épilepsie n'a subi aucune modification ; vingt-cinq fois, c'est-à-dire dans plus des trois quarts des cas, il a constaté que les maladies accidentelles avaient eu sur la marche des accidents nerveux une heureuse influence, qui, onze fois même, s'était prolongée après la guérison des symptômes intercurrents.

Il a aussi remarqué que l'heureuse influence de la maladie était en raison directe de sa durée ou de son intensité; et que les maladies à réaction fébrile accentuée, étaient celles dont l'effet se faisait le plus sentir. Sur dix-sept cas observés avec soin dans ce sens, seize fois, la température s'est élevée au-dessus de la normale et quinze fois dans ces circonstances les accès ont été suspendus. Dans les seize autres cas où l'on n'a eu que des renseignements, neuf fois les accès ont été suspendus et cinq fois au moins les malades ont eu affaire à des affections entraînant généralement une réaction fébrile marquée. A quoi attribuer ce phénomène ? probablement à une sorte de dérivation occasionnée par la maladie accidentelle et surtout (ce que semblerait indiquer le fait de la longue durée ou de l'appareil fébrile des maladies), à une modification générale de l'organisme, une [sorte d'anémie ou d'affaiblissement

©BIUM

changeant l'état habituel du malade et ne permettant plus aux accidents nerveux de se manifester comme auparavant.

Il convient de remarquer que les observations rapportées par l'auteur, sont trop peu nombreuses et ont trait à des affections médicales ou chirurgicales trop disparates pour qu'on soit en droit d'en tirer des conclusions absolues. Quant à la grossesse, la thèse récente de M. Béraud nous montre que son action sur l'épilepsie est des plus variables.

Dans un appendice, l'auteur rapporte, en la comparant aux cas ci-dessus, une observation d'une hystéro-épileptique, chez laquelle un érysipèle de la face, à réaction fébrile marquée, suspendit pendant sa durée les attaques nerveuses. Les auteurs de l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* ont cité des faits du même genre. Mais la règle n'est pas absolue ; car nous avons publié le cas d'une hystérique, qui succomba à une endocardite rhumatismale, et qui avait eu des crises durant sa dernière attaque de rhumatisme sans que l'anesthésie fût modifiée, même à l'agonie.

Dans les volumes VI et VII des *Archives de neurologie*, M. Séglas a publié, en collaboration avec M. Bourneville, un intéressant article sur le *Mérycisme* : Après un court chapitre consacré à l'étude de la rumination chez les animaux, les auteurs abordent celle de la rumination chez l'homme ou mérycisme. Critiquant les différentes définitions déjà données de ce phénomène qu'ils trouvent inexactes ou insuffisantes, ils en arrivent à dire que le mérycisme consiste en ce que, au bout d'un temps plus ou moins long après le repas, les aliments remontent à la bouche sans effort et presque toujours sans nausées pour être soumis à une nouvelle mastication, à une nouvelle insalivation et à une digestion ultérieure. L'historique de la question et les indications bibliographiques qu'il renferme montrent que jusqu'ici, si l'on rencontre des observations isolées, du moins aucun travail d'ensemble n'avait été publié sur le sujet. Aussi, le mémoire dont nous donnons actuellement l'analyse, est-il une véritable monographie du mérycisme. Il est divisé en deux parties, la première traitant du mérycisme chez l'homme sain d'esprit et renfermant surtout des considérations sur l'étiologie, l'étude clinique étant réservée pour la seconde partie, qui a rapport au mérycisme des idiots chez lesquels il est géné-

©BIUM

ralement plus net, et que d'ailleurs il a été permis aux auteurs d'observer directement.

Bien que le mérycisme ne soit pas fréquent, nous trouvons réunies dans ce mémoire quarante-six observations, dont cinq personnelles, et donnant de nombreux et intéressants documents sur les différents points de cette affection.

Les *causes* du mérycisme sont divisées en causes occasionnelles et causes prédisposantes. Nous pouvons citer parmi les premières : l'imitation, les maladies aiguës, les traumatismes sur la région stomacale, les troubles des fonctions digestives et, dans le même ordre d'idées, la voracité, le défaut de mastication et d'insalivation, les altérations du système dentaire, l'étude et les travaux stationnaires après les repas, l'ingestion d'aliments réfractaires à l'action de l'estomac et enfin l'insuffisance des sucs digestifs.

Parmi les causes prédisposantes, on note l'âge : le mérycisme paraissant diminuer de fréquence à mesure que l'on avance en âge; le sexe, le plus grand nombre des sujets observés étant du sexe masculin, et surtout l'hérédité. Mais avant tout, il y a une prédisposition particulière résidant dans l'estomac, que ce soit une plus grande excitabilité de la muqueuse stomacale, un développement exagéré de ses fibres musculaires, une paralysie du cardia, une névrose de la digestion, ou le résultat d'une conformation particulière de l'estomac.

La diversité de ces hypothèses tient au peu de renseignements fournis par l'anatomie pathologique, qui n'a fait constater que l'absence de vices de conformation et parfois de la dilatation stomacale : dans les deux autopsies de mérycoles qu'ils ont pu faire, les auteurs n'ont rien trouvé qui pût donner la clef de ce phénomène.

L'état des voies digestives chez les mérycoles est généralement satisfaisant, et sauf l'insuffisance du système dentaire, parfois une constipation persistante, et dans certains cas de la dilatation de l'estomac, on n'a signalé rien de particulier. Le mérycole est très vorace et chez lui, la digestion buccale, mastication et insalivation, est absolument insuffisante.

L'intervalle qui sépare le repas du début de l'acte, est variable et sous l'influence de quelques conditions particulières, telles que : ingestion d'une grande quantité d'ali-

©BIUM

ments, de liquides, ou de mets agréables au sujet... En général et en moyenne, la première régurgitation se produit au bout d'un quart d'heure. Elle est le plus souvent précédée de quelques prodromes, tels que éructations fréquentes, hoquet, sensations de plénitude à l'épigastre, mais sans ballonnement abdominal, spasme de l'œsophage absence de nausées.

Quant au mécanisme sur lequel les auteurs insistent très longuement, et que nous ne pouvons rapporter ici en détail, il se réduit pour eux aux trois points suivants : appel d'air dans l'estomac, immobilisation de la cage thoracique et du diaphragme, légère contraction des parois abdominales, le tout sans aucun phénomène d'effort. Mais le principal agent serait l'exagération des mouvements de l'estomac, la contraction des fibres longitudinales de l'œsophage, et enfin les mouvements péristaltiques de l'œsophage et du pharynx.

Les aliments, une fois revenus dans la bouche, sont soumis à une seconde mastication généralement longue et consciencieuse et qui, complète au début de l'acte, est moins longue à mesure qu'il s'avance. Ce fait s'explique par l'état des aliments qui remontent presque intacts au début, et plus tard sous l'aspect d'un hachis ou d'une pâte. En somme, les auteurs distinguent dans l'acte de la rumination qui se fait toujours avec plaisir, deux périodes : dans la première, tous les phénomènes sont plus accusés, contractions abdominales, éructations, mastication : le nombre des régurgitations est plus grand, leur intervalle plus court : à ce moment les aliments reviennent intacts.

Dans la seconde période qui partirait du moment où les substances qui remontent prennent l'aspect d'une pâte, les contractions, les éructations sont à peine sensibles, les bouchées sont avalées de suite presque sans mastication et ne reviennent plus qu'à de longs intervalles.

La *durée* de la rumination, le nombre des gorgées varie beaucoup et dépend de certaines conditions, rapportées en détail dans le mémoire et que les auteurs ont expérimentées ; en somme, la durée serait généralement de une heure ou deux.

Le mérycisme peut être *partiel* et nous trouvons dans le travail actuel 3 observations personnelles très détaillées dans lesquelles le mérycisme ne porte que sur les liquides

©BIUM

et sans qu'il soit besoin de les prendre en grande quantité. Dans ces cas particuliers, la rumination se produit de suite et sa durée est très courte. Quant au mérycisme dyspeptique signalé dans un mémoire allemand contemporain, sa distinction ne serait pas suffisamment justifiée, et ne concorderait pas avec la réalité des faits.

Notons que toutes les expériences ont été faites directement par les auteurs de ce mémoire, et que ce n'est qu'après une observation de plusieurs mois, dont le récit d'ailleurs est rapporté très en détail, qu'ils ont formulé leurs conclusions.

Dans le paragraphe consacré au diagnostic nous voyons les raisons fort longuement exposées et que nous ne pouvons guère résumer ici, pour lesquelles cet acte doit se distinguer du vomissement, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue clinique. Il faut aussi en distinguer les *vomissements partiels* que l'on observe chez certaines personnes après les repas et les *régurgitations* que l'on rencontre chez les enfants à la mamelle et les gros mangeurs.

Le mérycisme survient généralement d'emblée, cependant parfois il s'installe graduellement et alors tantôt il commence par être partiel, tantôt il est précédé par des régurgitations. Une fois installé, il continue sa marche, toujours identique avec lui-même. Un fait qui ressort des observations, c'est qu'il est généralement suspendu par les maladies intercurrentes : nous voyons même relaté un cas où il disparut à la suite d'une broncho-pneumonie : un autre cas de disparition spontanée est aussi rapporté dans le mémoire.

Quant au pronostic du mérycisme, il est très bénin, à moins qu'il ne s'accompagne de troubles dyspeptiques, ce qui est excessivement rare. Aussi, considérant que tous les les traitements sont à peu près inefficaces, que c'est un acte presque physiologique chez certains sujets, ne compromettant pas l'existence, les auteurs sont d'avis qu'il ne faut pas y mettre obstacle, surtout quand il existe depuis longtemps.

M. Séglas a publié dans les mêmes Archives une *Note sur un cas de mélancolie anxieuse*. Il s'agit ici d'une dame de trente-huit ans, présentant des antécédents héréditaires névropathiques, ayant eu elle-même des con-

©BIUM

vulsions dans l'enfance, puis un premier accès de mélancolie avec troubles de la sensibilité et impulsions au suicide, qui guérit. Une dizaine d'années plus tard, vers l'âge de trente-quatre ans, réapparition des troubles mélancoliques qui s'accompagnent alors d'idées de ruine, de crainte de la misère, d'impulsions au suicide et à l'homicide. Après quelques intervalles de rémission, cet état s'accentue; il survient des hallucinations très intenses surtout de la vue, et puis des idées de damnation, des idées hypochondriaques de non-existence ou de destruction spéciales, des idées d'immortalité, des tentatives de suicide ou de mutilation, des troubles de la sensibilité très accentués. Depuis lors, le délire s'est stéréotypé et dure toujours identique à lui-même.

L'auteur rapproche cette observation de cas analogues observés par les auteurs sous différents noms et d'autres rapportés par M. Cotard; il en fait le diagnostic différentiel, examine les points particuliers et cherche à la classer. Eliminant les différents délires qui ne lui ressemblent que de loin par l'étiquette de l'idée prédominante, il ne s'occupe guère que du délire chronique; et s'appuyant sur le mode d'apparition des idées, leur nature intime, les réactions qu'elles déterminent, la marche de la maladie en un mot et aussi sur les symptômes physiques, il arrive à la rattacher à la mélancolie anxieuse. Mais il demande qu'on la distingue des cas ordinaires, surtout à cause des troubles exagérés et permanents de la sensibilité, à cause aussi de la nature spéciale des idées hypochondriaques. Cette distinction aurait son importance, en ce sens qu'elle peut éviter des erreurs de diagnostic, et puis, parce que l'apparition des symptômes spéciaux signalés ci-dessus permet de porter un pronostic exact, car elle indique l'incurabilité s'ils apparaissent dès le début de l'affection, ou de la chronicité s'ils ne se présentent que comme seconde phase de l'affection mélancolique.

Dans le volume VIII du même recueil vient de paraître un autre travail de M. Séglas.

L'exposé sommaire de ces derniers travaux auxquels nous aurions pu ajouter un mémoire qui doit paraître prochainement sur les *Familles d'idiots*, nous montrent que M. Séglas s'est appliqué avec fruit à l'étude de plusieurs points intéressants de la médecine mentale; et votre com-

©BIUM

mission n'hésite pas à vous proposer de l'admettre au nombre des membres titulaires de la Société.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M. Séglas est nommé à l'unanimité membre titulaire de la Société.

M. CHARPENTIER. — Messieurs, M. le docteur Chambard qui a demandé à faire partie de la Société médico-psychologique comme membre correspondant, vous est bien connu par ses titres et ses travaux. Aussi la commission composée de MM. Ball, Bouchereau et Charpentier, chargée de les examiner, se bornera-t-elle à les rappeler rapidement à vos souvenirs.

Interne de MM. Moreau (de Tours), Luys, Hillairet, Ollivier, M. Chambard a puisé auprès de tels maîtres les qualités qui lui ont permis plus tard d'écrire, en collaboration avec M. le professeur Ball, les articles si appréciées du *Dictionnaire encyclopédique*, tels que délire aigu, délirium tremens et démence. Ses connaissances en histologie le désignaient, en 1877, comme répétiteur au laboratoire d'histologie du Collège de France, et en 1880 il fut pour les mêmes raisons nommé directeur du laboratoire de la clinique des maladies mentales de Sainte-Anne. C'est en cette qualité qu'il prit, peu après, une part active dans les publications de l'*Encéphale*, où parurent successivement ses études sur les tumeurs intra-crâniennes, ses recherches sur les actions hypnogéniques et sa revue, qui sera longtemps consultée, sur la surdi-mutité.

La thèse inaugurale de M. Chambard sur le somnambulisme, thèse qui lui avait valu en 1881 une médaille d'argent, faisait penser que son auteur allait se consacrer à l'étude des maladies mentales et nerveuses, lorsqu'en 1883 il passa à la Faculté de médecine de Lyon où l'appelaient les fonctions de chef de clinique dermatologique de cette faculté. M. Chambard avait, en effet, été un collaborateur assidu des *Annales de dermatologie*; toutefois, ses études favorites ne furent pas délaissées, et dans le *Lyon médical* parut une série d'articles intitulés : étude symptomatologique sur le somnambulisme, travail qui, par son talent d'exposition, permet de mieux apprécier les particularités de ces phénomènes.

Cette année, M. Chambard a été nommé médecin-adjoint à l'asile Saint-Yon; notre candidat paraît retourner com-

©BIUM

plètement à l'étude de l'aliénation mentale et aussi se rapprocher de Paris.

Espérons que bientôt M. Chambard viendra nous demander d'échanger contre le titre de membre titulaire, celui de membre correspondant que votre Commission vous propose de lui accorder.

Les conclusions du rapport précédent sont adoptées et M. Chambard est nommé membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

M. BALLET fait un rapport verbal sur la candidature de M. Ladame au titre de membre associé étranger.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M. Ladame est nommé à l'unanimité membre associé étranger.

M. MOTET fait un rapport verbal sur la candidature de M. Focchi, au titre de membre associé étranger.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Focchi est nommé à l'unanimité membre associé étranger.

Considérations sur le projet de loi concernant les aliénés en Italie.

M. MOTET fait, sur le projet de loi sur les aliénés présenté par M. Depretis au Parlement italien, une communication qui a été publiée dans le numéro de novembre 1884 des *Annales médico-psychologiques*.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1884.

Présidence de M. FOVILLE.

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. les docteurs Séglas, Chambard, Ladame, Focchi, Pérez, à l'occasion de leur nomination comme membres de la Société.

©BIUM

2° Une lettre de M. Raffegeau, médecin de la maison de santé de la Glacière, demandant à être nommé membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Une commission composée de MM. Lunier, Ritti, Christian, rapporteur, est chargée de faire un rapport sur la candidature de M. Raffegeau.

M. LE PRÉSIDENT fait part d'un volume offert par M. Sankey, *Lecture on mental disease*, à l'appui de sa candidature au titre de membre associé étranger. Une commission composée de MM. Falret, Legrand du Saulle, Garnier, est chargée de faire un rapport sur la candidature de M. le docteur Sankey.

M. DAGONET dépose sur le bureau le travail suivant du Dr Arnold Pick, médecin de l'asile d'aliénés de Dobrau (Bohême), à l'appui de sa candidature au titre de membre associé étranger :

Beitrage zur Pathologie und pathologische Anatomie des central Nervensystem.

Une commission composée de MM. Dagonet, Féré, Bouchereau, est chargée de faire un rapport sur la candidature de M. Arnold Pick.

M. BOURDIN dépose sur le bureau plusieurs exemplaires de son travail : *Le tabac et les microbes.*

M. DALLY offre à la Société son travail intitulé : *De la valeur intellectuelle et sociale des examens du baccalauréat.*

M. BALL. — J'ai l'honneur de présenter à la Société le *Manuel pratique des maladies mentales* par M. Régis, ouvrage qui sera étudié utilement par les élèves et par les médecins.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans les personnes de M. le docteur Dumesnel, inspecteur honoraire des asiles d'aliénés, de M. le docteur Girard de Cailleux, ancien inspecteur des asiles d'aliénés de la Seine, tous deux membres honoraires de la Société, et de M. le docteur Sauze, médecin honoraire d'asiles d'aliénés, membre correspondant; puis il donne lecture du discours qu'il avait préparé pour le prononcer sur la tombe de M. Dumesnil. (Voir *Annales médico-psychologiques*, n° de novembre 1884.)

©BIUM

Rapport de candidatures.

M. LUNIER propose à la Société comme membres associés étrangers : M. le Dr Steenberg, médecin directeur de l'asile Saint-Hans à Roskilde, près Copenhague, et M. le Dr Börnström, professeur de psychiatrie et médecin directeur de l'asile de Stockholm. La proposition de M. Lunier est adoptée à l'unanimité.

Notes sur les Établissements d'aliénés en Norwège.

M. PAUL MOREAU (DE TOURS). — Messieurs, ayant eu pendant ces vacances l'occasion de faire un voyage en Norwège, j'aurai cru manquer à tous mes devoirs en ne consacrant pas quelques heures à la visite des asiles d'aliénés de la Scandinavie.

Ce n'est pas sans hésitation, je l'avoue, que je présente à la Société médico-psychologique ces quelques notes prises en courant, mais j'ai escompté votre bienveillance habituelle, Messieurs, et dès lors, plein de confiance, je vous livre mes impressions. Outre le devoir qui incombe à chacun de combler dans la mesure de ses moyens toute lacune intéressant la science, il est un autre motif qui m'empêche de laisser dormir mes notes dans mes cartons, de les conserver en égoïste : d'après le livre où s'inscrivent les visiteurs dans les asiles, je n'ai relevé aucun nom de Français et *a fortiori* de médecin français ! Grâce à l'accueil bienveillant que m'a fait trouver près de nos savants confrères, le nom de mon père, grâce à leur connaissance de la langue française et anglaise, j'ai pu obtenir de précieux renseignements.

Je commencerai par décrire brièvement les établissements consacrés aux aliénés, les réflexions générales viendront ensuite.

On a dit et répété à satiété, après Esquirol, que les bonnes dispositions d'un asile faisaient partie du traitement. Cela était vrai surtout à l'époque où Esquirol s'exprimait ainsi, alors que les infortunés dont il avait si chaleureusement embrassé la cause, étaient relégués dans d'affreuses demeures qui ont aujourd'hui disparu pour faire place à de splendides palais ! Ces conditions sont aussi complètement réalisées que faire se peut en Norwège, ainsi que nous le verrons.

©BIUM

Les asiles d'aliénés, en Norwège, sont de trois sortes : asiles de l'État, asiles communaux, asiles privés.

Les asiles de l'État sont au nombre de trois : ce sont par ordre d'ancienneté, Gaustad, Rotwold, et Eg.

Cinq dépendent des communes: ce sont les asiles de Christiania, de Christiansand, de Stavanger, de Bergen et de Trondjhem. Deux enfin appartiennent à des particuliers ; ce sont les asiles de Rosemberg et de Mollendal.

L'ensemble de ces asiles donne 1275 places réparties de la manière suivante :

Gaustad	330 places,	moitié pour les hommes, moitié pour les femmes.
Rotwold	200 places,	» »
Eg.	230 places.	
Christiania	120 places.	76 pour les hommes, 44 pour les femmes.
Christiansand	21 places.	
Stawanger	5 »	
Bergen	55 »	
Trondhjem	58 »	
Rosemberg	160 »	105 pour les hommes, 55 pour les femmes.
Mollendal	56 »	

Le plus ancien des asiles de l'État est Gaustad, dont la fondation remonte à 1855. Avant cette époque, tous les malades étaient traités dans les asiles communaux, dans les asiles privés ; le plus souvent, surtout dans les pays montagneux, où les communications sont assez difficiles, où le nombre des habitants est très restreint, les malades restaient et restent encore libres. Tant que ces infortunés sont inoffensifs, on les laisse errer à leur guise dans le pays où ils trouvent toujours l'abri et la nourriture. Mais s'ils deviennent dangereux, on les enferme et, quand il se peut, on les amène à l'asile le plus proche. Durant mon séjour en Norwège, j'ai rencontré quatre de ces malheureux : deux étaient des idiots, le troisième était en démence, le dernier était atteint de délire religieux ; mais ces faits sont maintenant assez rares, presque exceptionnels.

Gaustad, le plus anciennement construit, disions-nous, est situé à quelques kilomètres de Christiania. Bâti à mi-côte des montagnes qui entourent la ville et l'abritent des

©BIUM

vents du nord, l'asile jouit d'une des plus belles vues qui soient au monde : A ses pieds, la ville avec ses innombrables jardins qui la font ressembler à un immense parc parsemé de coquettes villas, son port où viennent s'arrêter les grands bâtiments à vapeur et à voiles qui parcourent le monde entier, puis, plus au large, le spectacle unique de ces fiords aux innombrables îles, toutes plus vertes et plus riantes les unes que les autres. On ne saurait rien imaginer de plus pittoresque que cet aspect qui rappelle, mais avec un autre climat et une autre végétation, l'asile don Pédro, à Rio-Janeiro, dont vous avez déjà entendu, ici-même, vanter l'admirable situation.

La forme générale de l'établissement est celle de nos asiles de Sainte-Anne, de Ville-Évrard, de Vaucluse. Deux séries de corps de bâtiments, disposés parallèlement et reliées entre elles par un bâtiment central destiné à l'administration et aux services généraux. Des galeries couvertes mettent, à l'intérieur, les bâtiments en communication entre eux et le bâtiment central.

Les jardins et les cours plantées sont dessinés de façon que chaque division a son jardin spécial. Ces jardins sont entourés de trois côtés par les bâtiments, le quatrième est libre, laissant aux malades la vue de la campagne, et fermé soit par un saut de loup soit par une palissade à claire-voie.

Pénétrons dans l'intérieur :

Au centre, ai-je dit, le bâtiment des services généraux : rien de particulier à noter ici : Les pièces sont larges, bien aérées, les communications faciles.

Gaustad présente de chaque côté quatre corps de bâtiments, tous construits sur le même plan, et élevés de deux étages. Les malades logent dans des dortoirs ou dans des chambres. Les dortoirs sont affectés aux malades tranquilles, aux imbéciles, aux idiots, aux déments. Les chambres sont réservées pour les sujets dangereux, les agités, et ainsi que cela se pratique chez nous, pour ceux qui, se trouvant dans des conditions sociales plus élevées, sont habitués à un bien-être dont la privation pourrait ne pas être sans danger. Ces chambres sont meublées très confortablement et ne manquent même pas d'un certain luxe.

Le premier bâtiment est réservé pour la première classe ou pensionnat. Les malades ont une ou deux chambres, et

©BIUM

paient 4 couronnes par jour (5 fr. 60). Le deuxième pavillon est pour les tranquilles, le troisième pour les agités, le quatrième pour les furieux. Quand ces malades peuvent payer, ils donnent 1 couronne 35 ores, soit environ 1 fr. 80, sinon ils sont à la charge de leur commune qui acquitte pour eux les frais de séjour.

Chaque division a ses salles de réfectoire, de récréation et de travail. Dans la première division se trouve une petite salle de spectacle où, à l'exemple de ce qui se fait en France, plusieurs fois par an, on procure aux malades les distractions les plus variées.

Dans le quartier réservé aux hommes, les dispositions sont les mêmes ; mais ils ont en plus des ateliers spéciaux où ils exécutent tous les petits travaux, toutes les réparations qui se présentent journellement dans les asiles.

Tous les appartements sont exposés au midi et s'ouvrent sur de larges corridors. Le jour y pénètre par des croisées donnant sur les campagnes environnantes, d'où le regard embrasse un horizon immense et très accidenté. Les croisées sont fermées par un double châssis : le châssis extérieur est formé de barres de fer scellées dans le mur, disposées de manière à être complètement dissimulées par le châssis en bois et à vitres s'ouvrant à l'intérieur. Ce genre de clôture que l'on retrouve dans d'autres établissements d'Europe, en Allemagne notamment, est fort ingénieux. Il est certain qu'à moins d'être placé à une très petite distance, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur, il est presqu'impossible de s'apercevoir qu'il y a là autre chose que des croisées ordinaires. Il faut cependant faire une exception pour les cellules réservées aux agités, aux épileptiques, aux hystériques en état de mal. Ces pièces sont très vastes, contiennent un ou deux lits, ou pour mieux dire une paillasse et un matelas à terre; dans un coin, une table et un banc scellés dans le mur, un vase indispensable en tôle vernie, dans un autre coin. Le jour vient d'en haut, ces cellules n'ayant pas d'étage au-dessus d'elles. On trouve aussi deux cellules matelassées par division.

Les dortoirs sont de 1 à 10 lits : l'ameublement se compose d'un lit en bois avec paillasse et matelas, une table de nuit, une chaise, un lavabo et portemanteau mobile. Dans chaque dortoir, un lit est occupé par un infirmier. On

©BIUM

a consacré un dortoir de 15 lits pour les malades à idées de suicide, sous le contrôle incessant, de jour et de nuit, de deux serviteurs qui, sous aucun prétexte, ne doivent quitter ensemble la pièce confiée à leur surveillance. C'est là une mesure utile qui donne des résultats satisfaisants.

Les portes des cellules sont massives, sans judas, ni guichet : il faut ouvrir la porte pour voir ce qui se passe et ce que fait le malade. « Il ne faut pas surprendre le malade, me répondit le Dr Lindhoë, lorsque je lui fis part de mon étonnement, il faut ainsi que les surveillants surveillent effectivement, sans se contenter d'un coup d'œil distrait. »

A l'extrémité de chaque couloir, et à tous les étages, se trouvent les cabinets d'aisance : Ce sont des fosses mobiles qu'on enlève chaque jour et désinfectées soigneusement avec un mélange de chlore et de sulfate de fer. L'odeur est absolument nulle.

Partout, à tous les étages, se trouvent l'eau et le gaz. Quant au chauffage, nous n'en parlerons que pour mémoire, car dans ces contrées où le froid est si intense et dure pendant plus de neuf mois, on est arrivé à lutter victorieusement contre l'abaissement de la température. Qu'il suffise de dire que toutes les chambres et tous les dortoirs sont chauffés soit directement par des poêles, soit indirectement par des bouches de calorifères établis dans les sous-sols, et que la température reste constante entre + 15° et + 18° Réaumur (+ 18° à + 22° centigrades).

Le traitement médical se borne au traitement des symptômes, à l'hydrothérapie, à une hygiène bien entendue. Nos savants confrères n'emploient aucun moyen de contention. La camisole y est inconnue. Si un malade s'agite, on l'isole pour quelques heures dans une cellule ou simplement dans un couloir, puis on le remet en liberté. Si l'agitation persiste ou recommence, on enferme de nouveau le malade. Il est rare que ce simple moyen ne soit pas couronné de succès. Dans les cas les plus graves, on a alors recours à la cellule matelassée.

La crise passée, après quelques jours d'observation, le malade change de section et est mis dans une cour où les aliénés sont plus tranquilles ; de cette sorte il se trouve constamment au milieu de gens qui sont en quelque sorte ses égaux en aliénation. Cette conduite donne, paraît-il,

©BIUM

d'excellents résultats. Pour les femmes qui se déshabillent, on les revêt d'une grande robe en toile à voile, à manches libres, fermée dans le dos par un lacet et deux cadenas, un au cou, l'autre à la ceinture ; pour les hommes on emploie le maillot.

A l'asile est annexée une ferme importante exploitée par les malades. Les terrains qui dépendent de l'hospice sont très considérables et les ressources viennent en aide au budget assez chargé de la maison. Le médecin est directeur, assisté par des adjoints, et ne relève que de la commission déléguée par le Gouvernement.

Eg, situé près de Christiansand est un asile tout récent : il date de 1878. Sa situation est on ne peut mieux choisie. Comme Gaustad, il est construit à mi-côte, abrité des vents du nord ; à ses pieds passe le grand fleuve Oteren. La vue est magnifique sur une campagne fertile et accidentée ; des étages supérieurs on aperçoit la mer.

Le plan général de l'asile est celui que j'ai décrit plus haut, mais ne présente que quatre corps de bâtiments séparés par les bâtiments affectés au service central. La disposition intérieure est identique pour chacun d'eux : au rez-de-chaussée, vastes chambres avec tables scellées en terre, les murs sont garnis de larges fauteuils en bois analogues aux stalles d'église, également scellés. Dans ces pièces qui servent de réfectoire, se tiennent les malades pendant le jour. Au premier étage, dortoirs et chambres construits et meublés ainsi qu'on l'a déjà vu. Les préaux plantés possèdent un promenoir couvert et sont clos, pour le pensionnat et les tranquilles, par des palissades à claire-voie de 2 m. 50, et pour la section des agités par un mur en planches. Les cabinets sont à fosses mobiles et désinfectés par le mélange de sulfate de fer et de chlore. Dans la section des hommes, on y a adjoint des urinoirs qui, au dire du directeur, sont d'un entretien difficile et, sous ce rapport, laissent beaucoup à désirer.

Les bains sont très confortablement organisés : les baignoires sont en bois, sans couvercle, ni collier; les robinets d'eau chaude et d'eau froide sont au-dessus de la baignoire et se manœuvrent avec une clef mobile. De plus, il y a des salles d'hydrothérapie, des salles de bains de vapeur simples ou médicamenteux, qui sont précédées d'un cabinet spécial pour se déshabiller, et contiennent un

©BIUM

divan, une toilette, une glace. Les moyens de contention et de répression sont les mêmes qu'à Gaustad : je n'y insisterai pas.

Autant que possible, les malades sont mis à même de travailler. Les hommes capables de tenir un outil s'occupent, dans les ateliers, de la réparation et de l'entretien du mobilier, les autres sont occupés aux chantiers, aux terrassements, d'autres enfin effilochent de vieux cordages. L'espèce de charpie ainsi obtenue est ensuite tissée et sert à faire des tapis de pieds, des paillassons.

Les femmes effilochent également les vêtements mis hors d'usage, et le produit, tissé à nouveau; est utilisé pour la confection d'une espèce d'étoffe de bourre très épaisse, très chaude, que l'on emploie pour faire des jupons.

A l'asile est également annexée une ferme que les malades font valoir sous la direction de surveillants. Le terrain est vaste, bien cultivé et est d'un rapport important. Notons en passant qu'il arrive parfois que des malades employés aux travaux des champs, profitent de la surveillance forcément incomplète à laquelle ils sont soumis pour s'évader, ce qui leur est d'autant plus facile, que le pays est montagneux, couvert de forêts et peu habité. Dans ce cas, le directeur prévient les autorités qui font rechercher le malade, et lorsqu'au bout d'un temps plus ou moins long on l'a retrouvé, on le réintègre tout simplement à l'asile, sans autre formalité.

Eg contient également un pensionnat, dont les prix sont les mêmes que ceux que j'ai indiqués pour Gaustad. La pension des indigents est payée par la ville ou les communes.

Il existe un troisième asile, celui de Rotwold près de Drontheim. Il a été construit en 1872 sur les mêmes plans, avec les améliorations reconnues nécessaires à Gaustad. Je n'ai pu visiter cet établissement trop loin de ma route, mais d'après les renseignements qui m'ont été fournis, il ne présente rien de particulier et se rapporte en tous points à ceux que je viens de décrire. Je ne dirai rien des asiles communaux et privés. Ce sont des bâtiments qui n'ont pas été construits pour le but qu'ils remplissent actuellement. On les a aménagés le plus confortablement possible, et comme le nombre des malades est généralement très restreint, ils suffisent et répondent parfaitement à leur desti-

©BIUM

nation. Mais c'est trop longuement parler des constructions, occupons-nous un peu des infortunés qui habitent ces splendides palais.

Il est à noter que, dans aucun de ces asiles, on n'a établi de distinction ni classé les malades par catégorie : toutes les formes sont confondues (exception est faite bien entendu pour les maniaques), mais dans les divisions le dément coudoie l'idiot, le persécuté fraternise avec le névropathe. Cette manière d'agir ne présente, nous a-t-on dit, aucun inconvénient. En ceci, comme en beaucoup d'autres, j'ai dû me contenter de cette affirmation, n'ayant pas eu le temps de vérifier le fait par moi-même.

Le nombre des aliénés traités dans les asiles de Norwège est relativement considérable, eu égard au nombre des habitants. Le dernier rapport officiel, publié par les soins des asiles, accuse 1837 aliénés sur une population totale de 2.500.000 habitants environ.

Les causes les plus fréquentes d'aliénation sont multiples et, d'une manière générale, peuvent être attribuées à la dégénérescence physique et morale, à l'abus des alcools, aux préoccupations religieuses.

Si nous consultons la dernière statistique, celle de 1882, nous verrons que le nombre d'aliénés hommes est bien faiblement supérieur au nombre des aliénées femmes, 967 hommes et 870 femmes.

Dans l'impossibilité où je suis de traduire les documents qui m'ont été remis, documents qui me paraissent extrêmement bien faits et très complets, à en juger par la table des matières écrite en français (1), je prierai la Société de

(1) *Voici cette table* : — Introduction. Données générales sur les hospices d'aliénés de Norwège en 1882. — Tableau du mouvement des hospices d'aliénés en 1882, indiquant pour chaque hospice le nombre des places et le total des journées d'entretien. — Tableau du mouvement des hospices d'aliénés, indiquant le nombre des aliénés indigents et celui appartenant aux classes aisées. — Cas des maladies intercurrentes en 1882 dans les hospices d'aliénés. — Nombre des aliénés traités dans les hospices en 1882. — Nombre des aliénés en traitement dans les hospices au 1er janvier 1882. — Nombre des entrées dans les hospices d'aliénés. — Nombre des sorties en état de guérison. — Nombre des sorties en état d'amélioration. — — Nombre des sorties en état de non-guérison. — Nombre des aliénés restés en traitement. — Rapport du nombre des

©BIUM

vouloir bien m'excuser de ne lui présenter maintenant que de simples énoncés et de ne lui donner que des chiffres sur les différentes formes de maladie en traitement dans les asiles scandinaves. Je m'efforcerai néanmoins de remplir cette tâche de la manière la plus claire possible et compléter de la sorte ces notes malheureusement trop brèves.

Passant sur plusieurs tableaux d'intérêt secondaire, je ne signalerai que ceux qui présentent plus d'importance.

En 1882 il a été traité 1837 aliénés :

		Hommes	Femmes
Gaustad	588	300	288
Eg	250	133	117
Rotwold	323	169	154
Christiania	146	88	58
Oslo	45	»	45
Christiansand	33	17	16
Stavangen	8	4	4
Bergen	86	42	44
Rosenberg	181	125	56
Mollendal	75	36	39
Trondhjem	102	53	49

---

sorties et des décès, comparé au nombre total des aliénés traités dans les hospices. — Tableau du mouvement des hospices, et répartition par formes de maladies. — Répartition par âge et par sexe lors de l'admission dans les hospices. — Durée de la maladie ou du dernier accès, lors de l'admission. — Causes de décès indiquées pour les aliénés décédés dans les hospices. — Tableau des entrées dans les hospices en 1882, réparties par mois. — Tableau des entrées réparties par domicile des aliénés. — Tableau des entrées réparties par état civil. — Tableau des entrées réparties par profession et par condition sociale. — Tableau des entrées réparties par cause présumée de la maladie. — Relevé des causes, qui ont occasionné l'application des mesures coercitives. — Relevé des mesures coercitives mises en exécution. — Relevé de l'application de la réclusion. — Nombre moyen par jour des aliénés occupés au travail dans les divers hospices.

Extrait du rapport sur l'établissement d'aliénés de Gaustad. — Tableau des recettes et dépenses de l'établissement d'aliénés de Gaustad. — Extrait du rapport sur l'établissement d'aliénés de Christiana. — Tableau des recettes et dépenses de l'établissement d'aliénés de Christiania. — Tableau des recettes et dépenses de l'établissement d'aliénés d'Oslo. — Tableau des recettes et dépenses de l'établissement d'aliénés de Christiansand. — Extrait du rapport sur l'asile d'aliénés de Eg. — Tableau des

©BIUM

Cas des maladies intercurrentes :

Diarrhée	53	Erysypèle	14
Bronchite	15	Tuberculose	11

Formes d'aliénation qui ont donné le plus de malades :

		Hommes	Femmes
Mélancolie avec idées religieuses :	505	223	282
Mélancolie avec stupeur.	14	5	9
Manie	361	169	192
Démence.	753	432	321
Idiotie.	57	41	16
Epilepsie.	60	29	31
Paralysie générale.	32	29	3
Délirium tremens.	6	»	»

Il faut remarquer ici le nombre considérable de mélancolie religieuse, avec prédominance chez la femme, et le nombre infime de paralysie générale, 32 sur 1837 aliénés, ainsi que le peu de délirium tremens ; faits d'autant plus dignes de remarque que l'abus des alcools et des liqueurs fermentées est une des plaies sociales du pays.

La répartition des aliénés par âge et par sexe, nous donne des résultats analogues à ceux que l'on observe dans les autres pays. De 15 à 40 ans, il y a augmentation. Au delà, diminution progressive.

Nombre des sorties en état de guérison,

197 : 107 hommes, 90 femmes.

Nombre des sorties en état d'amélioration,

142 : 65 hommes, 77 femmes.

Nombre des sorties en état de non-guérison,

162 : 88 hommes, 74 femmes.

---

recettes et dépenses de l'établissement d'aliénés de Eg. — Extrait du rapport sur l'établissement d'aliénés de Stavanger. — Tableau des recettes et dépenses de l'établissement d'aliénés de Bergen. — Extrait du rapport sur l'établissement d'aliénés du Dr Rosenberg. — Extrait du rapport sur l'établissement d'aliénés de Mollendal (Dr Martens).

Extrait du rapport sur l'établissement d'aliénés de Trondhjem. — Tableau des recettes et dépenses de l'établissement d'aliénés de Trondhjem. — Extrait du rapport sur l'établissement d'aliénés de Rotwold. — Tableau des recettes et dépenses de l'établissement d'aliénés de Rotwold.

©BIUM

Parmi les causes de décès qui s'élèvent au nombre total de 83, on relève comme causes principales :

L'apoplexie, le marasme, la paralysie générale, la tuberculose pulmonaire. Notons aussi 2 suicides.

Comme causes ayant motivé l'entrée dans les asiles, il convient de signaler :

La folie héréditaire, la folie religieuse, l'excès de boisson, les vices contre nature, la folie puerpérale, les troubles de la menstruation, les coups sur la tête, la frayeur et la syphilis.

Tels sont, messieurs, les principaux renseignements que j'ai pu recueillir. Qu'il me soit permis maintenant quelques observations personnelles.

Quand j'ai visité ces asiles, j'ai été frappé du calme et de la tranquillité qui régnait dans toutes les sections : nulle part je n'ai entendu ni cri, ni vociférations, et, m'ont dit nos honorables confrères, il en est presque toujours ainsi, le cas contraire est exceptionnel.

A quoi faut-il attribuer ces différences, cette sorte d'apathie que présentent les malades norwégiens?

C'est, je crois, en étudiant le climat, l'organisation physique et morale, en d'autres termes la constitution, les institutions politiques et religieuses des peuples du Nord, que l'on pourrait en trouver l explication.

Le climat de ce pays présente deux alternatives bien tranchées. Mais il ne faut pas oublier que la période de froid est de beaucoup la plus longue, les chaleurs de l'été étant pour ainsi dire exceptionnelles. De là une sorte d'engourdissement habituel des fonctions du système nerveux, une demi-hébétude des facultés intellectuelles, l'apathie physique et morale qui est au fond du caractère de presque toutes les classes de la société, surtout dans les basses classes, et permet d'assimiler en quelque sorte les habitants à de véritables hibernants.

On a toujours trop de tendance à l'oublier, c'est à la nature physique qu'il faut demander compte du moral. Il ne faut pas chercher, ailleurs que dans l'organe, la cause immédiate des fonctions de cet organe : mais en dehors de cela il faut tenir compte aussi des causes générales, qui les vivifient, du milieu physique universel, qui les enveloppe, les pénètre, au sein duquel ils se développent.

L'absence presque absolue de l'immixtion de la plus

©BIUM

grande partie de la population dans les affaires politiques, l'apathie, l'insouciance inhérente au caractère, peut nous expliquer le peu de fréquence de la paralysie générale.

On sait combien, en Europe, l'homme est tourmenté par le désir de s'élever, poursuivi par l'ambition. La soif des distinctions ne l'aiguillonne pas moins que celle des richesses. Il veut monter, monter toujours. Ce mouvement ascensionnel de bas en haut remue presque également toutes les classes, toutes les professions, tous les rangs de la hiérarchie sociale. Rien de semblable ne s'observe en Norwège, où chacun, tout au présent, peu soucieux de l'avenir, se trouve bien à sa place, se tient dans les limites que le hasard de la naissance a tracées autour de lui. Cependant la Norwège commence à sortir de sa torpeur, de son engourdissement.

Depuis quelques années les idées nouvelles tendent à s'y implanter, les Chambres ne sont plus aux seules mains d'une certaine classe : peu à peu l'élément populaire y prend pied, et on n'a qu'à se rappeler des faits récents pour être en droit de préjuger que, dans un temps peut-être rapproché, il nous sera donné d'assister à de grands événements. Alors verrons-nous peut-être aussi, les différentes formes d'aliénation se modifier, et la paralysie générale, entre autres, reprendre le rang, malheureusement si important, qu'elle occupe dans nos contrées. C'est là une hypothèse que je souhaite sincèrement ne pas voir se réaliser, tout en étant dans les choses possibles.

Telles sont, messieurs, les quelques considérations que je tenais à vous présenter. Vous voudrez bien excuser tout ce que ces notes présentent d'incomplet, mais vous le savez, la qualité de touriste a souvent des exigences qui vous font négliger un peu forcément les affaires sérieuses.

Je terminerai en vous demandant de vouloir bien inscrire au nombre des membres associés étrangers de la Société médico-psychologique, nos très honorables confrères le Dr Lindbœ, médecin directeur de l'asile de l'Etat de Gaustad, et le Dr Platou, médecin directeur de l'asile de l'Etat de Eg, près desquels j'ai trouvé un accueil si bienveillant et si empressé. Ce sera rendre justice à des savants qui professent une grande admiration pour tous nos auteurs, et qui, toujours au courant de ce qui se fait et publie en France, tiennent à honneur de faire profiter leur

©BIUM

pays et d'introduire dans les asiles confiés à leurs soins, toutes les réformes jugées nécessaires pour le traitement et le bien-être des infortunés privés de la plus belle et de la plus noble des facultés.

Proposition de nomination d'une commission chargée de résumer les opinions de la Société sur les divers projets de revision de la loi de 1838.

M. FALRET. — Entre l'ancienne loi et la loi nouvelle présentée au Sénat, il y a des différences qui portent sur les six questions suivantes :

1° Admission provisoire suivie de l'admission définitive à la suite de l'examen des magistrats.

2° Surveillance des aliénés soignés à domicile par les familles ou par des tiers.

3° Asiles spéciaux pour les aliénés criminels, ou législation spéciale applicable à ces aliénés qui ont passé devant la justice.

4° Sorties à titre d'essai (permissions de 15 jours ou d'un mois).

5° Garanties à établir pour les sorties des aliénés dangereux et des inoffensifs.

6° Mesures de protection à établir pour sauvegarder les intérêts des aliénés enfermés, quand ils ne sont pas interdits.

Je demande qu'il soit nommé une commission chargée de résumer les débats qui se sont produits à ce sujet au sein de notre Société, et de donner une opinion sur le nouveau projet de loi.

La proposition de M. Falret est acceptée et, à l'ordre du jour de la séance prochaine, sera inscrite la nomination au scrutin d'une commission chargée d'étudier les questions débattues à l'occasion du nouveau projet.

La séance est levée à 6 heures.

CHARPENTIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1883

Analyse par M. le Dr CAMUSET.

Gazette des hôpitaux (1883).

1° *Des affections associées de la moelle et du cerveau et notamment des lésions combinées des cordons postérieurs et latéraux*; par M. Damaschino (n° 1).

Les affections nerveuses caractérisées par des lésions simultanées du cerveau et de la moelle ou seulement par des lésions simultanées des différentes parties anatomiques de la moelle peuvent être rangées dans sept groupes qui sont :

1° *Affections combinées de l'encéphale et de la moelle* : comme exemple, M. Damaschino présente une observation d'ataxie locomotrice avec hémiplégie droite et sclérose descendante du faisceau latéral.

2° *Ramollissement de la protubérance et ataxie locomotrice progressive*. Lésions : sclérose des portions radiculaires des cordons postérieurs, — foyer de ramollissement dans la partie droite de la protubérance, — sclérose descendante du faisceau pyramidal droit.

3° *Paralysie générale et sclérose en plaques* : coïncidence assez fréquente.

4° *Paralysie générale et sclérose des cordons latéraux*. Les symptômes furent ceux de la sclérose en plaques.

5° *Ataxie locomotrice. Paralysie générale et sclérose des cordons latéraux*.

9° *Sclérose spinale postérieure et sclérose des cordons latéraux*. L'auteur a observé trois cas de ce genre.

©BIUM

7° *Coexistence de foyers d'hémorrhagie ou de ramollissement dans les deux hémisphères cérébraux.*

M. Damaschino termine son étude en disant que tous les cas connus appartiennent à un des groupes précités, mais qu'il se peut que des observations nouvelles obligent, par la suite, à augmenter le nombre de ces groupes.

2° *Rapport des ganglions sympathiques avec les nerfs vaso-moteurs*; par MM. Dastre et Morat (n° 22).

Les nerfs vaso-dilatateurs offrent un exemple typique d'inhibition. On a fait de nombreuses théories sur le mode d'action de ces nerfs. Actuellement on a reconnu que le nerf d'arrêt vasculaire ne s'adressait directement ni aux muscles du vaisseau ni aux tissus voisins et, par voie d'exclusion, on admet qu'il agit sur les nerfs constricteurs. Mais pour qu'un nerf agisse sur un autre, il faut l'entremise de la cellule nerveuse. Les ganglions périphériques des trois plexus qui enlacent et pénètrent les tuniques artérielles, ont justement, entre autres fonctions, celle de mettre en relation les nerfs dilatateurs avec les nerfs constricteurs. Cette donnée physiologique est démontrée par l'expérimentation sur les animaux.

3° *Deux cas d'ataxie à début et à symptômes anormaux.* Conférence clinique de M. Vulpian, à l'Hôtel-Dieu (n° 26).

1er cas : homme de trente-sept ans. Syphilis en 1872 mal traitée. Sept ans après, premiers symptômes du tabes qui furent des troubles fonctionnels de la vessie et du rectum, perte du sens génésique. Plus tard, strabisme de l'œil gauche et diplopie. En 1881 seulement, douleurs en ceinture et douleurs fulgurantes, et six mois après, difficultés dans la marche, plaques d'anesthésie et chute spontanée de l'ongle du gros orteil.

2e cas : homme de trente-trois ans sans antécédent morbide ou diathésique. A vingt-deux ans, à la suite d'une émotion, troubles gastriques. Il y a un an, encore à la suite d'une émotion, mêmes accidents gastriques, et en plus *angor pectoris* et douleurs fulgurantes. Puis, affaiblissement de la sensibilité du côté droit avec abolition du réflexe tendineux du même côté. Marche correcte.

©BIUM

4° *Névrome interstitiel du nerf médian, suite d'un ancien traumatisme du coude. Resection. Conservation de la sensibilité*; par M. Verneuil (n° 29).

Ce fait s'explique en admettant la sensibilité par suppléance collatérale et récurrente, au moyen des anastomoses nerveuses et des recurrences.

5° *Sur la paralysie atrophique*. Conférence clinique de M. Vulpian, à l'Hôtel-Dieu (n° 32).

Deux observations curieuses de paralysie atrophique. Dans la première, un enfant de un an est pris brusquement de convulsions générales pendant quelques minutes. Après, paralysie généralisée, tous les muscles sont en relâchement. Cet état persiste pendant deux mois, puis les mouvements reviennent petit à petit, et il ne reste plus qu'une paralysie persistante de la jambe droite avec amaigrissement, flaccidité et absence de contraction de muscle. — M. Vulpian admet qu'il y a eu d'abord une myélite suraiguë, puis, que cette myélite s'est circonscrite qu'elle a fini par se localiser peu à peu à une portion des cornes antérieures avec un peu de retentissement sur les faisceaux antérieurs.

La seconde observation a trait à une jeune fille qui, après quelques jours de maladie, est devenue paralysée des deux membres supérieurs. Quinze jours après, mêmes symptômes généraux et paralysie des deux membres inférieurs. Les muscles paralysés s'amaigrissent, ils sont peu excitables par l'électricité. La sensibilité est conservée. Les sphincters restent intacts. Il y a donc eu myélite centrale, portant primitivement et principalement sur les cellules des cornes antérieures et qui s'est étendue aux cordons antéraux et latéraux. De ce que les sphincters ont échappé à la paralysie, M. Vulpian conclut qu'il existe dans la moelle, un groupe de cellules qu'il reste à préciser, lesquelles président au fonctionnement des sphincters.

6° *Les alcoolisés. Action toxique de l'alcool. Troubles de l'intelligence et des sens*; par M. Legrand du Saulle (n°s 33, 36, 38, 41, 44 et 47).

Dans cette série de leçons faites à la Salpêtrière, M. Legrand du Saulle expose, avec son talent ordinaire, l'état actuel de la science sur l'alcoolisme. Malgré le peu d'espace consacré à un

©BIUM

si vaste sujet, toutes les questions sont étudiées, les plus importantes avec un certain développement, les autres, les secondaires, sont au moins indiquées. Les problèmes médico-légaux sur l'alcoolisme, que les médecins sont si souvent appelés à résoudre, tiennent une place importante.

7° *Paralysies alcooliques et paralysies arsenicales*. Analyse des leçons de M. Lancereaux à la Pitié (n° 46).

Observations de trois malades atteints de paralysie symétrique des deux et des quatre membres avec hyperalgésie et tremblement. Deux de ces malades étaient atteints d'alcoolisme chronique, le troisième, d'intoxication arsenicale chronique. Les paralysies, suite d'intoxication alcoolique ou arsenicale, ont une très grande analogie symptomatique ; cependant dans l'empoisonnement arsenical chronique, les facultés mentales sont conservées.

8° *Hystérie rebelle : aboiements, hémianesthésie absolue, troubles trophiques de la peau, etc. ., guérison rapide par l'aluminium*; par les Drs V. Burq et J. Moricourt (n° 73).

Tous les moyens ordinaires : narcotiques, bromures, hydrothérapie, électrothérapie, échouent. On reconnaît la sensibilité à l'aluminium et on administra ce métal en injections hypodermiques en 10 gouttes d'une solution de sulfate d'alumine à 1/200, et en pilules. Guérison au bout d'un mois.

9° *Les congestions cérébrales et la folie congestive*; par M. Legrand du Saulle (nos 76, 79, 81, 84).

La congestion cérébrale se présente : 1° comme épiphénomène provoqué par la présence d'une lésion diffuse ou en foyer du cerveau — 2° Comme manifestation localisée dans le cours d'une maladie générale. — 3° Sous l'influence de divers états constitutionnels ou accidentels chez des individus valides. C'est cette dernière classe que l'auteur étudie.

Il admet une congestion *active*, qui peut être légère ou grave, et une congestion *passive*. Description des symptômes de ces différentes formes qui varient depuis la simple somnolence avec bourdonnements d'oreilles jusqu'à l'attaque d'apoplexie et à la crise épileptiforme.

Quant à la *folie congestive*, elle ne se montre que chez les sujets prédisposés à l'aliénation mentale. Dans ce cas, la congestion n'agit que comme cause occasionnelle. Il en existe

©BIUM

deux espèces : 1° la folie congestive par hyperémie active, 2° la folie congestive par hyperémie passive.

La première offre les symptômes suivants : *facies erecta*, irritabilité, besoin de mouvement, hallucinations des sens spéciaux et de la sensibilité générale, idées de persécution, etc... On voit que M. Legrand du Saulle partage les idées de M. A. Voisin sur la folie congestive. La folie congestive de MM. Baillarger, A. Foville, etc. est toute différente ; elle ressemble à la folie des paralytiques généraux, elle se confond même avec elle (pour M. Baillarger).

La folie congestive par hyperémie passive produite, par exemple, par une lésion cardiaque chez un prédisposé, se manifeste par de la mélancolie, de la stupeur avec des hallucinations et par des périodes de violence avec impulsions.

10° *Amblyopie hystérique, vomissements incoercibles, hémianesthésie droite absolue, paralysie complète de la vessie. Traitement par le platine. Guérison* ; par M. le Dr Burq (n° 95).

Cas analogue à celui relaté plus haut. Il fut observé dans le service de M. Panas, à l'Hôtel-Dieu.

11° *La paralysie générale des aliénés* ; par M. Legrand du Saulle (nos 98, 101, 104, 107, 110).

C'est la reproduction des leçons faites à la Salpêtrière sur la paralysie générale par M. Legrand du Saulle. Toutes les parties de l'histoire de la maladie sont successivement passées en revue. L'auteur définit la paralysie générale : une sclérose interstitielle diffuse de la névroglie des centres nerveux et aussi du tissu conjonctif des nerfs périphériques et même du grand sympathique. « Sauf de très rares cas (trauma, érysipèle du cuir chevelu...), la cause nocive n'agit pas directement sur la névroglie ; mais cette dernière ne prolifère que parce qu'elle reçoit le contre-coup des troubles fonctionnels ou nutritifs des organes nobles qui la traversent : éléments nerveux et *vaisseaux*. »

Nous remarquons spécialement le tableau de l'état mental des paralytiques au début de leur affection, alors qu'ils ne sont pas encore considérés comme des malades par leur entourage, les questions médico-légales qui se présentent à propos de cet état mental, la nécessité de l'interdiction dans certains cas, et enfin l'étude des rémissions et des fausses guérisons.

M. Legrand du Saulle considère la paralysie générale comme

©BIUM

une entité simple, il n'admet pas la combinaison de la démence paralytique avec une folie *sui generis*.

12° *Cas remarquable de délire de persécution*; par M. Legrand du Saulle (n° 117).

C'est l'observation du nommé Jean Chabert qui tira un coup de revolver sur M. le docteur Rochard. Jean Chabert est un type de persécuté délirant.

L'Union médicale (1883).

1. *Contribution à l'étude de la pseudo-épilepsie. Convulsions épileptiformes d'origine gastro-intestinale*; par le Dr Eloy (nos 5 et 7).

Deux observations inédites d'attaques épileptiformes d'origine gastrique chez des sujets non prédisposés par l'hérédité, attaques qui disparaissent avec les troubles dyspeptiques qui les provoquaient. — A la suite d'une dissertation sur les cas de ce genre, l'auteur arrive à cette conclusion que les excitations viscérales peuvent produire sur les centres nerveux, soit des phénomènes d'arrêt (syncope, paralysie), soit des phénomènes d'hyperexcitabilité (pseudo-épilepsie).

2. *Recherches sur l'hystérie fruste et sur la congestion pulmonaire hystérique;* par le Dr Debove (nos 12, 13 et 15).

Intéressant travail communiqué à la Société médicale des hôpitaux en novembre 1882. L'auteur le résume en ces trois aphorismes : 1° l'hystérie, spécialement dans ses formes frustes, est une maladie qui est loin d'être rare chez l'homme; — 2° chez les hystériques, on observe des accidents de congestion pulmonaire qui peuvent faire croire à l'existence d'une phthisie, — 3° chez les hystériques, une hémiplégie peut débuter par une attaque apoplectique et faire croire à l'existence d'une lésion cérébrale.

Les malades dont les observations ont servi de base à cette étude ne sont pas tous jeunes, l'un d'eux, un homme, avait plus de cinquante ans.

3. *Des paralysies associées du plexus brachial*; par R. Longuet (n° 23).

Des travaux de Erb, Remak, Hœdemaker, Vierordt et Lannois, il résulte qu'il existe une paralysie diffuse du membre supé-

©BIUM

rieur; mais cette apparente irrégularité trouve sa loi dans les groupements coordonnés des fibres nerveuses dès leur émergence des racines rachidiennes. Duchenne (de Boulogne), longtemps avant les auteurs allemands précités, signalait déjà des faits identiques avec ceux sur lesquels ces derniers s'appuient pour établir l'existence du centre moteur médullaire en question.

4. *L'ataxie locomotrice est-elle d'origine syphilitique?* par le Dr Ch. Abadie (n° 25).

Non, et pour deux raisons : 1° Parce qu'on n'est jamais parvenu à modifier en bien l'atrophie tabétique papillaire par le mercure; on n'obtient même ordinairement avec ce médicament que des effets nuisibles; — 2° Parce que, étant donné que toutes les lésions connues de la syphilis commencent par des modifications dans le système lymphatico-sanguin, on n'observe jamais rien de semblable dans l'atrophie papillaire tabétique.

Comme on le voit, M. Abadie a traité la question à son point de vue d'ophthalmologiste.

5. *Observation de tabes dorsalis d'origine manifestement syphilitique;* par le Dr Dubuc (n° 45).

Chancre infectant et, douze ans après, premiers accidents tabétiques. Pendant l'intervalle, accidents syphilitiques divers. Le traitement spécifique produisit l'amélioration passagère de l'ataxie, toutes les fois qu'on y eut recours; mais la maladie suivit son cours et se termina par la mort. — Le père du malade était mort d'un ramollissement du cerveau. Les adversaires de la spécificité de l'ataxie, s'appuyant sur ce que le sujet était entaché d'hérédité névropathique, ne verront dans ce cas qu'une simple coïncidence.

6. *Des rapports de l'ataxie locomotrice avec la syphilis;* par le Dr F. de Ranse (n° 60).

Voici le résumé de ce travail : L'ataxie locomotrice est primitive ou secondaire. Il peut exister des symptômes ataxiques accidentels dans le cours d'affections cérébro-spinales diverses, mais ce n'est pas là de l'ataxie vraie. — Des symptômes tabétiques de ce genre peuvent survenir dans la syphilis cérébrale chez des sujets prédisposés et il est admissible, sinon démontré, que cette excitation extrinsèque des cordons postérieurs

©BIUM

provoque une ataxie locomotrice secondaire; mais la sclérose des cordons postérieurs n'est pas alors de nature spécifique. — Le traitement antisyphilitique, utile et efficace dans les cas de phénomènes tabétiques symptomatiques d'une syphilis cérébro-spinale et peut-être au début d'une ataxie secondaire développée dans les mêmes conditions, est non seulement inutile, mais encore nuisible, dans l'ataxie locomotrice primitive.

7. *Quelques cas d'hystérie chez l'homme*; par M. Sevestre (n° 60).

8. *Des hallucinations bilatérales à caractère différent suivant le côté affecté, dans le délire chronique*; par M. le Dr Magnan (n°s 69 et 71).

C'est la sténographie d'une conférence faite à Sainte-Anne, par MM. Magnan et Dumontpallier.

D'abord, M. Magnan établit que les hallucinations sont bilatérales ou unilatérales et que, dans le délire chronique, elles se modifient parallèlement avec les idées délirantes. Ainsi, d'abord pénibles, elles deviennent par la suite de nature expansive, exactement comme les idées délirantes concomitantes. Quand elles sont unilatérales au début, il arrive qu'elles persévèrent avec leur caractère dépressif dans le côté primitivement atteint, tandis que l'autre côté se prend à son tour et que les hallucinations y sont de nature orgueilleuse, expansive. Ceci établi, et le siège des hallucinations étant situé, comme le croit Tamburini, dans les centres sensitifs ou de perception de l'écorce, on conclut logiquement à l'indépendance des deux hémisphères cérébraux.

M. Dumontpallier vient ensuite démontrer expérimentalement ce même principe d'indépendance. Il arrive, par les procédés ordinaires de l'hypnotisme, à rendre léthargique, cataleptique et somnambulique une moitié latérale seulement du sujet sur lequel il opère, et il provoque les facultés motrices, sensitives, psychiques dans une seule moitié de l'individu, c'est-à-dire dans un seul hémisphère cérébral. Ensuite il agit sur les deux hémisphères à la fois et il provoque, par suggestion, des réactions différentes et simultanées sur chacun d'eux. On voit, par exemple, une moitié de la face exprimer la joie et l'autre la douleur.

©BIUM

9. *De quelques particularités relatives à l'épilepsie*; par M. Legrand du Saulle (n° 76).

Observation de quatre malades remarquables par le nombre de leurs attaques. La première en eut 1750 en trois semaines, la seconde, 8 00 *en vingt jours*, la troisième, 1530 en une année et la quatrième, 500 également en une année. Le bromure de potassium diminua considérablement le nombre des attaques.

Nous croyons que la seconde malade, celle qui a eu 8000 attaques en vingt jours, était l'hystérique dont M. Legrand du Saulle a parlé à la Société médico-psychologique. Il avait alors modifié son diagnostic, sa malade présentant un cas rare d'hystérie simulant l'épilepsie Jacksonnienne. v. p. 499. de ce Volum

10. *Le délire des persécutions*; par M. Legrand du Saulle. Leçons cliniques de la Salpêtrière recueillies par M. Crépin (n° 84, 91, 94, 98 et 102).

M. Legrand du Saulle s'est, on le sait, beaucoup occupé du délire des persécutions. Son livre *du délire des persécutions*, qui date de 1871, est bien connu. Voici comment il s'exprime au début de ces leçons : « Je me propose de faire devant vous une étude à peu près complète de ce délire, qui frappe à Paris plus de quinze cents individus par an. »

Nous remarquons que M. Legrand du Saulle admet la guérison 20 fois sur 100 cas. Si l'on ne compte pas les longues rémissions pour des guérisons, cette proportion nous semble un peu exagérée, du moins dans les classes ouvrières. Mais il déclare que, quand les hallucinations ont apparu, il ne faut plus compter sur une terminaison heureuse et le début du délire de persécution est, en somme, assez difficile à préciser exactement. — Quant aux hallucinations, elles siègent toujours sur l'ouïe, puis sur l'odorat, et presque toujours, à un certain moment, sur la sensibilité générale, mais jamais sur la vue, à moins de coexistence de l'alcoolisme avec le délire. Nous pensions que la règle n'était pas aussi absolue et qu'il n'était pas excessivement rare, malgré ce qu'en disait Lasègue, de trouver des persécutés non alcooliques, atteints d'hallucinations dans la vue.

Au délire de persécution, M. Legrand du Saulle rattache le délire à deux et à trois personnes qu'il étudie à part. Enfin, il établit le diagnostic différentiel entre le véritable délire des persécutions et le délire spécial de l'alcoolisme subaigu, caractérisé par des idées de persécution et de l'angoisse, etc.

©BIUM

En résumé, ces leçons atteignent parfaitement le but que s'est proposé l'auteur, c'est-à-dire d'enseigner aux médecins étrangers à l'étude de l'aliénation mentale cette importante espèce de psychose, et non de constituer une monographie complète.

11. *Hemichorée préparalytique ou paralysis agitans*; par M. Germain Sée (n° 82).

Observation d'une hémichorée précédant une monoplégie du bras du côté opposé.

12. *Note sur un cas d'hémiplégie motrice accompagnée d'hémianesthésie sensitive et sensorielle, traité avec succès par les aimants*; par le Dr Gingeot (n° 97).

La malade n'était ni hystérique, ni intoxiquée, et l'auteur attribue le syndrome paralytique à quelque conséquence locale de l'athérome artériel. C'est un cas de plus à ajouter à ceux déjà connus de guérison par les aimants des hémiplégies accompagnées d'hémianesthésie.

13. *Des accidents nerveux du diabète sucré*; par H. Barth (n° 112).

Ils ont pour caractère essentiel d'être *variables* et *irréguliers*. Les uns sont légers, les autres graves et ils surviennent indistinctement à toutes les périodes de la maladie. Ils sont sous la dépendance de l'hyperglycémie, et aussi bien par leur aspect clinique que par leur pathogénie, ils se rapprochent des accidents nerveux des autres toxhémies : alcoolisme, saturnisme, etc.

On peut les diviser, pour l'étude, en trois classes : — 1re Troubles de la motricité : fatigue générale, paralysies passagères à sièges bizarres. — 2e Troubles de la sensibilité : démangeaisons, névralgies, cataractes, impuissance. — 3e Phénomènes cérébraux : apathie, surexcitation, délire, syncopes, attaques apoplectiformes et épileptiformes et enfin coma, l'accident le plus grave. — Quelle est la cause de ces accidents ? L'auteur croit avec Bouchard qu'elle réside dans la déshydratation des tissus, résultat de l'hyperglycémie.

14. *Les réflexes*; par Paul Legendre (n° 115).

Etude claire et rapide des réflexes tendineux et autres. On ne trouve pas, croyons-nous, dans les auteurs classiques un

©BIUM

résumé de ce genre. L'analyse d'un tel travail est impossible.

15. *Observation d'ataxie locomotrice consécutive à des accidents de décompression brusque par rupture d'un scaphandre*; par M. Charpentier, médecin de la Salpêtrière (n° 115).

Ce qui fait l'originalité de cette observation, c'est son étiologie; on sait qu'on n'observe que très rarement le tabes dorsalis à la suite de causes externes ou cosmiques. L'auteur, se basant sur la théorie de M. Paul Bert, croit que la myélite a été causée par la brusque décompression : dégagement de bulles d'azote décomprimé faisant irruption dans les vaisseaux, et de là, dans le tissu médullaire.

16. *Note sur quelques troubles trophiques dans l'ataxie locomotrice*; par le Dr Auguste Ollivier (n° 128).

Aux troubles trophiques déjà connus, l'auteur en ajoute deux nouveaux : l'hyperidrose et la séborrhée (du cuir chevelu). — Les observations relatées sont encore rares.

17. *De quelques troubles du système nerveux chez les enfants*; par le Dr Dubrisay (n° 132).

Une observation de névralgrie intercostale chez une petite fille, après l'expulsion d'un tænia. — Une autre observation d'un accès de manie, d'une durée de trois jours, avec perte absolue du souvenir de l'accès chez un jeune homme de seize ans.

18. *Note sur un nouveau cas d'ataxie locomotrice, d'origine syphilitique, guéri par un traitement spécifique*; par le Dr Henri Desplats (de Lille) (n° 137).

La syphilis datait de 34 ans, les premiers syptômes de l'ataxie dataient de 14 ans. Le malade était arrivé à la période d'*infirmité*. En moins de quatre mois de traitement par le mercure et l'iodure, guérison complète.

19. *Sur les différents degrés d'altérations anatomiques des cordons médullaires postérieurs dans leurs rapports avec la curabilité de l'ataxie locomotrice*; par M. Desnos (n° 139).

Pour beaucoup de médecins, les douleurs fulgurantes constituent la caractéristique du tabes dorsalis, et quand elles existent, on trouve déjà des lésions sclérosiques, c'est-à-dire

©BIUM

irréparables. M. Desnos, au contraire, pense que les symptômes manifestes de l'ataxie, les douleurs fulgurantes comprises, peuvent exister, alors qu'il n'y a dans la moelle d'autres lésions que de légères lésions inflammatoires. D'où l'efficacité du traitement, au début, dans certains cas.

20. *Aphasie et hémiplégie*; par le Dr Sorel (n° 140).

Observation d'un cas d'aphasie, survenu brusquement dans le courant d'une fièvre typhoïde légère, sans apoplexie ni aucune modification psychique. Il y avait aphasie absolue, hemiplégie et hémianesthésie droites. Les symptômes s'amendèrent, mais ne disparurent pas complètement. L'auteur suppose une ischémie par embolie, siégeant vers le genou de la capsule interne et la portion lenticulo-optique voisine.

21. *Hémiplégie et aphasie passagères chez un enfant*; par le Dr Cartaz (n° 147).

Enfant de deux ans et demi.— Chute sur l'occiput : aphasie et hémiplégie droites (sans hémianesthésie). — Guérison complète en sept jours. — L'auteur pense qu'il y a eu commotion cérébrale simple sans épanchement.

22. *Documents statistiques pour servir à l'étude des conditions pathogéniques de la paralysie générale*; par M. le Dr Luys (n° 176).

La France médicale (1883).

1° *Méningite tuberculeuse cérébro-spinale; prédominance des symptômes spinaux; lésions confluentes au niveau du renflement lombaire et très peu accusées sur l'encéphale*; par H. Rendu, professeur agrégé (nos 15 et 16).

2° *Note sur un tic de Salaam*; par M. Gautiez (n° 17).

Observation d'un enfant qui présentait l'attaque convulsive décrite sous le nom de tic de Salaam (eclampsia nutans), huit à dix fois par jour. Chaque attaque était composée de 8 à 30 convulsions typiques : abaissement de la tête sur le thorax, bras projetés en avant, etc. West croit que cette maladie se rattache à l'épilepsie, dont les attaques franches ne tardent pas à se montrer. M. Gautiez a suivi son malade pendant huit mois, et, pendant ce laps de temps, l'épilepsie ne s'est pas caractérisée.

©BIUM

3° *Phénomènes pseudo-méningitiques dans l'hystérie*; par M. Boissard (n° 19).

Observation prise dans le service de M. Rigal à Necker : Femme de 45 ans ayant perdu deux enfants de méningite ; sa mère est morte phtisique. Elle tousse depuis trois ans et a eu quelques hémoptysies. A l'hôpital, elle présente tous les symptômes de la méningite tuberculeuse : pouls régulier à 52. Température à 37°. Céphalalgie violente, cris plaintifs, vomissements après chaque ingestion d'aliments, prostration, constipation, torpeur. — Tous ces symptômes se dissipent petit à petit. Plus tard, signes évidents d'hystérie : hémianesthésie, boule, aphonie, etc.

4° *Recherches sur le rôle de l'inhibition dans une espèce particulière de mort subite et à l'égard de la perte de connaissance dans l'épilepsie*; par M. Brown-Séquard (n° 21).

Note lue à l'Institut. — Après une simple piqûre ou après la section d'une petite partie du bulbe rachidien (si l'expérience réussit bien, ce qui est assez rare), on constate la perte immédiate de toutes les fonctions de l'encéphale ; la respiration s'arrête, et également, les échanges entre les tissus et le sang dans tout l'organisme, la température s'abaisse très rapidement, le cœur est très affaibli. La moelle, les nerfs, les muscles gagnent au contraire en puissance quant à leurs propriétés ; ainsi, rigidité cadavérique excessive. — Si on coupe les deux sympathiques cervicaux, l'encéphale ne s'anémie pas, puisque les vaisseaux ne peuvent se contracter, et pourtant, les effets susmentionnés se produisent. — La cessation complète de la circulation dans les lobes cérébraux produit un effet tout opposé : suractivité du cœur et des gros vaisseaux, convulsions violentes, y compris celles des muscles de la vie organique.

Les phénomènes observés dans l'expérience décrite plus haut, sont donc le résultat d'un acte d'inhibition provenant de la transmission à tout l'encéphale de l'irritation bulbaire. C'est par un mécanisme analogue d'inhibition, provenant d'une irritation plus ou moins lointaine, que s'explique la perte de l'activité intellectuelle pendant les attaques épileptiques de grand ou de petit mal.

©BIUM

5° *Paralysie fonctionnelle des centres nerveux, hystériforme avec hémiplégie et diplégie faciale; guérison*; par Dauchez, interne des hôpitaux (n° 23).

6° *De l'importance du rôle de l'inhibition en thérapeutique*; par M. Brown-Séquard (n° 30). Note lue à l'Institut.

L'inhibition joue un grand rôle dans les cas de disparition soudaine de certaines activités morbides des centres nerveux et des nerfs. Exemples : 1° Epilepsie spinale due à la présence d'un petit foyer de myélite à la région dorsale, il y avait presque constamment dans les membres inférieurs raideur tétanique et convulsions toniques violentes. En tirant brusquement et violemment en bas du gros orteil, les contractions et les convulsions cessent plus ou moins longtemps. 2° Dans le cas où le membre inférieur est paralysé par suite de lésion encéphalique; même résultat en tirant le gros orteil ou en élongeant le nerf sciatique. 3° Au début d'une attaque d'épilepsie chez les cobayes rendus épileptiques, on fait avorter l'accès en tordant brusquement la tête qui se tourne vers une épaule, vers l'épaule opposée; ou bien en faisant arriver, au fond de la bouche, un courant d'acide carbonique. 4° Avortement des attaques d'épilepsie à aura en ligaturant le membre au-dessus de l'aura. 5° Arrêter une migraine par l'irritation de la muqueuse nasale, ou une douleur lancinante de l'ataxie par la cautérisation actuelle.

7° *Exemple de l'intolérance des névropathes pour les médicaments (ataxie thérapeutique des hystériques)*; par Paul Legendre (n° 50).

Femme de trente ans à manifestations hystériques. On lui administre pour une diarrhée un lavement avec six gouttes de laudanum. Aussitôt, nausées, vertiges, pâleur extrême, etc... On combat cet empoisonnement par deux bols de café noir; aussitôt, loquacité, anesthésie, la malade se croit suspendue dans l'espace. Tous ces accidents se dissipent au bout de deux heures. On injecte à cette même malade un demi-centigramme de morphine pour des douleurs névralgiques. De suite elle devient loquace, tient des discours saugrenus, elle a des hallucinations et un délire analogue à celui des hystériques. Le tout dure une demi-heure environ. C'est un bel exemple de l'ataxie thérapeutique de M. Huchard.

©BIUM

8° *Paralysie motrice et sensitive du bras droit consécutive à la colique hépatique* ; par M. P. de Gennes, interne des hôpitaux (n° 55).

Deux observations. Ces cas ne semblent pas à l'auteur dépendre de paralysies réflexes, déjà signalées dans la lithiase biliaire, elles sont liées directement à l'irritation des nerfs sur le trajet desquels se produit la douleur. Voici le mécanisme : colique hépatique, névralgie du phrénique et des nerfs du bras, épuisement nerveux et, comme conséquence, paralysie du mouvement et de la sensibilité.

9° *De l'anesthésie par le protoxyde d'azote* ; par le Dr Genevoix (n° 58).

Le protoxyde d'azote pur amène l'anesthésie, mais il peut, après quelques inspirations, provoquer l'asphyxie. On obvie à ce danger en suivant le procédé de M. P. Bert : avec une pression de deux atmosphères, on fait respirer un mélange de 50 parties de protoxyde et de 50 parties d'air pur. On obtient alors l'anesthésie, tout en maintenant dans le sang la quantité normale d'oxygène et par suite en conservant les conditions normales de la respiration. L'inconvénient de ce procédé réside dans la nécessité d'avoir de grandes cloches ou chambres de compression. On peut cependant se passer de ces chambres en faisant respirer du protoxyde pur pendant une minute et ensuite de l'air pendant cinq minutes et ainsi de suite.

Archives générales de médecine (1883).

1° *Etude sur les hémorrhagies des centres nerveux dans le cours du purpura hæmorrhagica* ; par le Dr J.-B. Duplaix (nos d'avril et de mai).

Voici les conclusions principales de cette étude :

Il existe dans le cours du purpura hæmorrhagica certains troubles cérébraux, dont la fréquence est grande et qui dépendent de certaines lésions cérébrales. Les manifestations cérébrales du purpura hæmorrhagica sont à peine marquées, inaperçues, ou, au contraire, elles sont violentes et même mortelles. Le plus souvent, elles dépendent de l'anémie cérébrale, mais parfois aussi de l'hémorrhagie cérébrale. Ces hémorrhagies sont ordinairement peu étendues, mais nombreuses ; elles siègent dans la substance cérébrale ou dans les méninges ;

©BIUM

quelquefois elles sont abondantes et alors leurs symptômes sont ceux de l'hémorrhagie cérébrale ordinaire. Le diagnostic de ces lésions est difficile dans la plupart des cas, et toujours, malgré que l'anémie cérébrale soit plus fréquente que l'hémorrhagie cérébrale, il faut soupçonner cette dernière quand on constate des accidents graves (les accidents produits par l'anémie étant le plus souvent peu marqués).

Bulletin général de thérapeutique médicale, chirurgicale et obstétricale (1883).

1°. *Hystéro-épilepsie compliquée de chorée. Traitement par le bromure de potassium, l'arsenic et les pulvérisations d'éther*; par le Dr de Séguy (n° 3).

L'arsenic fut administré pour combattre la périodicité et surtout la chorée. La guérison persistait encore au bout de deux mois.

2° *Traitement et curabilité des angines de poitrine*; par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Tenon (nos 5, 6, 7).

Comme on le sait, M. Huchard divise les angines de poitrine en vraies et fausses. Les premières sont très souvent mortelles et dépendent d'une ischémie du myocarde par oblitération des artères coronaires, suite d'une lésion de ces vaisseaux à leur origine, d'une aortite oblitérante péri-coronaire ou, ce qui est plus rare, d'une état spasmodique de ces artères. Les pseudo-angines ne sont jamais, ou presque jamais mortelles; elles surviennent chez les hystériques, les hypocondriaques, dans les dilatations du cœur droit, chez les dyspeptiques, etc... Elles n'ont que la valeur d'un syndrome, comme les palpitations, par exemple.

Les pseudo-angines guérissant presque toujours, la thérapeutique n'a qu'un but : calmer la douleur, ce à quoi on arrive par les inhalations de nitrite d'amyle, les injections morphinées, l'arsenic, la quinine, les bromures. Et il faut aussi, en même temps s'adresser à l'indication causale : rhumatismes, hystérie, etc. Pour l'angine vraie, le traitement doit être curatif et, en second lieu, préventif de l'accès. Pour le premier, le nitrite d'amyle, la nitro-glycérine, le nitrite de sodium, lesquels médicaments produisent l'hyperémie cérébrale, la dilatation des vaisseaux périphériques et l'abaissement de la tension artérielle. Pour le second, le traitement préventif des

©BIUM

accès : Hygiène, éviter les excitants, révulsifs sur la paroi précordiale.

Journal de thérapeutique de Gubler (1883).

1° *Des hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté*; par M. le Dr Magnan (n° 19).

Résumé : 1° Les hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté sont indépendantes d'une altération locale des organes périphériques. 2° Elles ne diffèrent pas des autres hallucinations, ni par leur mode d'apparition, ni par leur évolution, ni par leurs caractères généraux. Elles marchent parallèlement au délire lui-même. 3° Elles sont une nouvelle preuve du dédoublement et de l'indépendance des fonctions des hémisphères cérébraux et elles désignent comme siège organique les centres sensitifs de l'écorce. 4° Les expériences dans les différents états d'hypnotisme de l'hystérie, corroborent de tout point les résultats de la clinique.

2° *De la suggestion à l'état de veille*; par M. le Dr Bernheim, professeur à la faculté de Nancy (n° 17).

« J'ai constaté, dit l'auteur, que beaucoup de sujets qui ont été hypnotisés précédemment peuvent, sans être hypnotisés de nouveau, pour peu qu'ils aient été dressés par un petit nombre d'hypnotisations antérieures, présenter, *à l'état de veille*, l'aptitude à manifester les phénomènes suggestifs. » Suivent plusieurs observations à l'appui.

Journal des connaissances médicales pratiques et de pharmacologie (1883).

1° *Pathologie mentale*. Cours de M. Magnan, à l'asile Sainte-Anne (n° 48).

M. Magnan établit la différence qui existe entre les *délirants chroniques* et les *dégénérés* qui comprennent le grand groupe des héréditaires. Les dégénérés ont des anomalies périphériques et cérébrales. Parmi ces dernières, on compte la folie du doute, l'agoraphobie, l'amour exagéré des animaux (antivivisectionnistes), etc.

2° *La fausse phthisie des hystériques*; par M. le professeur Fabre, de Marseille (n° 9).

« L'hystérie peut produire une fausse phthisie, il en est de

©BIUM

même de sa sœur, la chlorose. » La chlorose et l'hystérie sont les deux formes extrêmes d'un même tout. Ce sont ces états mixtes chloro-anémiques qui simulent très bien la phthisie pulmonaire. Les signes physiques de la tuberculose sont alors produits par des congestions pulmonaires localisées. Mais un examen attentif permet d'établir le diagnostic.

3° *De la pseudo-paralysie générale syphilitique*, analyse d'un cours de M. le professeur Ball (n° 23).

Le diagnostic différentiel d'avec la paralysie générale repose d'abord sur l'étiologie : ce sont ordinairement les syphilis bénignes qui engendrent la pseudo-paralysie générale, parce qu'elles sont mal traitées. Dans la pseudo-paralysie, le délire est souvent effacé, le caractère ambitieux manque souvent. La perte de la mémoire est plus prononcée, les troubles médullaires paraplégiques sont plus fréquents.

Archives de médecine et de pharmacie militaires (1883).

1° *Moulage du cerveau. Procédé propre à l'étude des circonvolutions*; par M. Dubujadoux (n° 11).

Faire un moulage en creux avec un mélange de paraffine et de cire, parties égales. Faire ensuite le moulage plein en englobant dans le moulage creux, fendu longitudinalement, du plâtre délayé. Quand le plâtre est durci, on met le tout au four. Le moule en creux composé de cire et de paraffine fond et on obtient un moulage en plâtre parfaitement exact.

Journal de médecine de Paris (1883).

1° *Des convulsions de l'enfance. Leur traitement*, extrait des conférences de M. Jules Simon, à l'hôpital des enfants, par M. E. Maison (nos 7 et 8).

Après avoir étudié les convulsions des enfants, leur étiologie, leur symptomatologie, etc.., M. Jules Simon, contrairement à ce qu'enseignait Trousseau, croit que l'intervention thérapeutique est très utile. Il recommande, comme moyen préventif, l'hygiène, le bromure, et comme traitement curatif des crises, les révulsions sur le tube digestif et sur les extrémités, le chloroforme, etc...

©BIUM

2° *Observation d'empoisonnement par le haschich. Analogie de certains effets produits par le haschich à haute dose et le somnambulisme provoqué*; par le Dr Gustave Le Bon (n° 19).

Deux dames avaient mangé par erreur des bonbons au haschich, elles éprouvèrent des symptômes psychiques semblables à ceux qu'on observe dans le somnambulisme provoqué, des modifications de la personnalité. Elles parlaient d'elles à la troisième personne comme d'un étranger. Il faut aussi noter un refroidissement général qui, d'après l'auteur, deviendrait une cause de mort si on n'y remédiait pas.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale (1883).

1° *Morphinomanie*, par M. le Dr Motet (n° 7).

Rapport médico-légal sur une dame de vingt-huit ans, accusée de vol. Cette dame était arrivée à s'injecter un gramme de chlorhydrate de morphine par jour pendant près de deux ans. Sous l'influence d'une diminution dans la dose de morphine ou même sous l'influence de la crainte de manquer de son excitant nécessaire, elle entrait dans une période nerveuse spéciale. C'est dans une période de ce genre qu'elle commit deux vols dans des grands magasins. Sa manière de procéder s'éloignait beaucoup de celle des voleurs à l'étalage; il y avait combinaison très adroite du larcin. M. Motet comparant cet état à celui des dipsomanes qui, au moment de leurs crises, perdent tout sens moral, la jugea irresponsable. Le tribunal l'acquitta.

2° *L'affaire Monasterio et la loi de 1838* (n° 10).

On connaît l'affaire Monastério. L'auteur trouve très régulière la conduite du directeur de la maison de santé où fut internée Mlle Monasterio. La force publique n'intervenant, d'après la loi, que dans les placements d'office, les agents envoyés pour conduire la malade à la maison de santé ont strictement obéi à une loi incomplète.

Bulletin de l'Académie de médecine.

1° *Délires instantanés consécutifs à des crises épileptoïdes*; par M. le Dr Motet (n° 13).

Lecture d'un mémoire basé sur deux observations relatives à

©BIUM

des cas de délire instantané, transitoire, consécutif à des crises épileptoïdes répondant à la variété de l'épilepsie traumatique (que celle-ci soit ou non sous la dépendance d'une déformation de la paroi du crâne).

Les malades de ce genre se rattachent aux *cérébraux* de Lasègue.

2° *Une lacune de la législation relativement aux aliénés dits criminels*; par M. le Dr Billod (n° 18).

Le projet de loi présenté au Sénat ne dit rien d'une question très importante: un aliéné dit criminel a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu; il est en traitement dans un asile. Que faut-il faire si cet aliéné guérit? D'après la loi, on doit mettre en liberté un malade dès qu'il est guéri: or l'aliéné en question est prédisposé à rechuter, et la société se trouve en danger. Il y a là une lacune.

3° *Observation d'un cas d'atrophie du cerveau consécutif à l'amputation d'un membre*; par M. Bourdon (n° 20).

Homme de soixante-treize ans, ayant subi une désarticulation de l'épaule, il y a quarante ans. Ce qui fait la grande originalité de cette observation, c'est que la jambe du côté amputé se paralysa progressivement. L'atrophie des centres moteurs du membre supérieur s'est-elle propagée à celui du membre inférieur?

Bulletin de la Société d'anthropologie (1883).

1. *Un cerveau d'aliéné*; par M. Ph. Rey (1er fascicule).

M. Ph. Rey présente un cerveau d'aliéné chronique remarquable par son volume et par le développement de ses circonvolutions; ce sont justement là deux conditions d'intelligence. Mais l'auteur fait remarquer qu'il s'agit d'un cas pathologique: le crâne ayant les caractères de l'hydrocéphalie.

Montpellier médical (1883).

1. *Quelques considérations sur l'hystérie*; par M. le Dr Sarda (n° 1).

A propos de plusieurs observations très détaillées d'hystérie, M. Sarda donne les principales hypothèses sur la nature de cette névrose. Pour Lepois, le siège de l'hystérie réside dans

©BIUM

l'encéphale, pour Briquet aussi, pour Bernutz, l'hystérie est un défaut de subordination des trois grands appareils du système nerveux : encéphale, moelle, grand sympathique; pour Jaccoud, c'est une véritable ataxie cérébro-spinale; pour Desveaux, c'est une névrose de la portion de l'encéphale destinée à recevoir les impressions affectives et les sensations, c'est une névrose de la protubérance; pour Grasset, c'est une névrose du système nerveux tout entier. — C'est à cette dernière hypothèse que l'auteur se rattache.

2. *Aphasie, hémiplégie et hémianesthésie transitoires dans la fièvre typhoïde chez un garçon de neuf ans;* par le Dr Ducloux (n° 6).

L'aphasie a duré vingt-sept jours. — Conclusion : L'aphasie des typhiques se rattache à un trouble passager de la circulation quel que soit d'ailleurs le processus, qu'il y ait sang vicié, ischémie ou congestion passive.

3. *De la médication bromo-chloralée dans l'état de mal épileptique;* par Amblard, interne des hôpitaux (n° 4).

Marseille médical (1883).

1. *De l'hystérie simulant les tumeurs abdominales;* par le professeur Fabre. Leçon recueillie par le Dr Audibert (n° 8).

L'hystérie peut simuler l'anévrysme de l'aorte (battements de l'aorte et dilatation gazeuse intestinale au-devant du vaisseau), des engorgements des ganglions mésentériques, des kystes hydatiques du foie, des kystes de l'ovaire (contractions irrégulières d'une partie des muscles abdominaux), la grossesse et ce dernier cas est le plus fréquent. — Il n'est pas toujours sans danger, car la congestion, trouble vaso-moteur, peut aboutir à l'hématocèle et ensuite à la péritonite.

2. *De l'hystérie simulant des affections cérébrales;* par le professeur Fabre (n° 9).

Hémiplégie et aphasie prises pour des accidents syphilitiques et guérissant brusquement. — Accidents méningitiques pris pour des méningites. — Suivent quelques préceptes cliniques pour aider à faire le diagnostic souvent impossible sur le moment, mais qui devient évident avec le temps.

©BIUM

Lyon médical (1883).

1. *Étude symptomatique sur le somnambulisme;* par le Dr Ernest Chambard (nos 33, 34, 35, 36, 38 et 39).

Dans cette série d'articles, M. Chambard qui, on le sait, a spécialement étudié le sujet, fait un exposé concis, mais complet, de nos connaissances actuelles sur le somnambulisme. Voici, en quelques mots, le résumé de la théorie qu'il admet sur le somnambulisme et sur ces divers états qui font partie d'un groupe analogue : l'hypnotisme, la léthargie lucide, les délires psycho-sensoriels, etc.

Les facultés intellectuelles et morales, c'est-à-dire les facultés de la vie de relation, se divisent en deux groupes qui sont continuellement en antagonisme : les facultés *imaginatives* et les facultés *coordinatrices*. Ces facultés, comme toutes celles qui résultent d'un degré élevé de différenciation, sont fragiles, elles ont en outre besoin d'un repos périodique. Composées de fonctions diverses, ces dernières ne succombent pas toutes à la fois aux perturbations qui attaquent leur existence, et on observe des états qui présentent tous les degrés entre la suspension complète et le plein exercice.

Un autre principe est celui-ci : Dans tout organisme complexe, la suppression d'une des fonctions confère aux autres une activité et une énergie inaccoutumées.

La notion de la dissociation systématique du faisceau que forment les fonctions de la vie de relation et de la rupture d'équilibre qui est la conséquence de la disparition des unes et de la persistance des autres (qui par cela même seront plus actives), est la clef des modifications normales et pathologiques que ce mode de vie peut subir.

Appliquons ces idées théoriques au somnambulisme :

Le somnambulisme est un mode de réveil spécial et ses différentes formes ne sont que les degrés successifs d'un processus qui s'étend progressivement d'un état de sommeil ou de léthargie absolu à l'état de veille complet. La léthargie, point de départ, peut être spontanée ou provoquée, et chacun des états consécutifs également. Il y a des sujets chez lesquels tous les degrés du somnambulisme peuvent être provoqués à volonté. Chaque tableau de somnambulisme est ainsi l'image d'un genre de vie spécial, d'un mode d'activité incomplet et déséquilibré des fonctions de relation, caractérisé par la reviviscence et l'excita-

©BIUM

tion de certaines d'entre elles et l'assoupissement des autres. On peut ainsi classer ces états somnambuliques :

A. – Léthargie somnambulique. Sommeil de l'ensemble des fonctions de relation.

B.—Série automatique. Réveil successif des fonctions de relation comprenant :

1° Automatisme moteur, hyperexcitabilité neuro-musculaire.

2° Automatisme somnambulique passif.

3° Automatisme somnambulique actif, — rêves automatiques.

4° Automatisme somnambulique actif, — vie automatique ou subconsciente.

C.—Etat de veille. Amnésie.

Ces différents états, dans lesquels l'auteur fait entrer tous les phénomènes somnambuliques, sont étudiés les uns après les autres dans cet intéressant travail. Mais nulle part, nous ne trouvons mention de la *suggestion à l'état de veille*. Dans quelle division de sa classification M. Chambard la place-t-il ?

2. *De la mort subite pendant la crise hystérique*; par M. Humbert Mollière (nos 43 et 44).

La mort subite pendant la crise d'hystérie est rare. L'auteur en a observé un cas; il y avait une plaque de sclérose du bulbe avec hyperémie périphérique. Ces lésions sclérosiques se développeraient parfois chez les hystériques anciennes. Jaccoud pense que la mort peut survenir par congestion ou hémorrhagie cérébrales suite de crises prolongées. Rosenthal admet la mort par spasme de la glotte. Grasset admet les causes susindiquées, auxquelles il ajoute le marasme, l'hystérie chronique prolongée. — Quoi qu'il en soit, dans tous les cas de mort, on observe des phénomènes asphyxiques plus ou moins rapides. C'est également ce qu'on voit dans l'épilepsie, l'hystéro-épilepsie, la laryngite striduleuse.

Gazette médicale de l'Est (1883).

1. *Recherches sur le temps de réaction des sensations olfactives*; par M. Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de Nancy (nos 4, 5, 6 et 7).

Pour calculer le temps de réaction des sensations olfactives,

©BIUM

c'est-à-dire le temps qui s'écoule entre le moment de l'excitation olfactive sur la pituitaire et le moment où la personne en expérience perçoit la sensation, M. Beaunis s'est servi d'un appareil reposant sur le même principe que ceux qui servent à mesurer le temps de réaction pour les autres sens : cylindre enregistreur sur lequel s'inscrit, par une disposition appropriée, le moment de l'excitation sensitive et le moment du mouvement signal de la perception. Voici quelques-uns des résultats auxquels il est arrivé (les chiffres expriment des centièmes de second) :

Ammoniaque	37.8	Valériane	60
Acide acétique	46.2	Acide phénique	67
Chloroforme	55.3	Sensation tactile de souffle	63

En combinant et variant les expériences, M. Beaunis arrive à supposer qu'il existe des filets nerveux distincts pour les variétés d'une même sensation olfactive (opinion admise par beaucoup d'auteurs pour la vue, le goût, le toucher, pour l'odorat même par Herrmann). Les études des histologistes qui devraient éclairer ce sujet donnent des résultats contradictoires sur l'existence ou la non-existence de plusieurs espèces de cellules olfactives dans la pituitaire.

Voici comment M. Beaunis propose de classer les corps odorants : 1° odeurs n'agissant que sur les nerfs olfactifs : musc, menthe; 2° substances agissant à la fois sur les nerfs olfactifs et sur les nerfs du tact : acide acétique; 3° substances n'agissant que sur les nerfs du tact : acide carbonique.

2. *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*; par M. le Dr Bernheim (nos 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23).

M. Bernheim rend d'abord justice à M. le Dr Liébault qui, depuis longtemps, malgré l'indifférence et même malgré l'injustice de plusieurs de ses confrères, étudiait l'hypnotisme et pratiquait des suggestions à l'état de sommeil et à l'état de veille. — Puis il expose son procédé ordinaire pour endormir ses sujets. En leur disant : « Dormez, » il agit sur eux par suggestion. C'est véritablement un sommeil par suggestion qu'il obtient ainsi. Il n'est, du reste, pas nécessaire pour réussir d'avoir affaire à des névropathes, il suffit le plus souvent que le sujet ne s'oppose pas au sommeil de parti pris. — Il y a plusieurs degrés dans le sommeil ainsi obtenu, d'abord le simple engourdissement, ensuite le sommeil avec conscience, puis le

©BIUM

sommeil avec souvenir au réveil, enfin le sommeil sans souvenir au réveil. — Remarquer que la facilité des phénomènes suggestifs qu'on obtient dans ces différents états n'est pas en raison directe de la profondeur du sommeil.

Nous ne rappelons pas les faits intéressants de suggestion que décrit l'auteur : les actes, les hallucinations qu'on provoque, les suggestions qui s'effectuent dans un délai plus ou moins éloigné, après le réveil, etc... Tous ces phénomènes sont connus. Pour la même raison, nous ne ferons qu'indiquer ces surprenantes expériences de suggestion à l'état de veille.

Ce travail se termine par un aperçu critique des diverses théories de l'hypnotisme, du somnambulisme et des suggestions.

JOURNAUX BELGES

Année 1883.

Analyse par M. le Dr Camuset.

Annales de la Société de médecine d'Anvers.

1. *Sur le traitement symptomatique de l'hystérie par l'hypnotisme*; par le Dr Schleicher. Livraison de février et mars 1883.

Plusieurs observations d'accidents hystériques guéris par l'hypnotisme, alors que tous les moyens thérapeutiques ordinaires avaient échoué. — La première observation a trait à des crises de cardialgie horribles avec douleurs osseuses violentes dans les membres. Les crises se répétaient surtout après les repas, d'où refus de nourriture et par suite autophagie. — La seconde a trait à un somnambulisme datant de plusieurs mois. — La troisième, à un spasme de la glotte — et la quatrième, à une paralysie du grand dentelé.

©BIUM

JOURNAUX ANGLAIS

Brain.

Analyse par M. le Dr R. de Musgrave Clay.

Année 1882. — Numéro de juillet

De la paralysie labio-glosso-pharyngée d'origine cérébrale; par James Ross.

L'auteur, au début de son travail, rappelle les diverses observations actuellement publiées de paralysie labio-glosso-pharyngée par lésion de l'un des hémisphères : le premier cas de ce genre, dû à Magnus, a été cité dans l'ouvrage de Romberg; d'autres cas ont été publiés par Friedrich Jolly, Barlow, Lépine (cas d'Oulmont), Eisenlohr, Broadbent, Kirchoff, et enfin par l'auteur lui-même. M. James Ross publie dans le présent mémoire trois nouveaux cas de cette affection, dont deux avec autopsie; nous ne pouvons que résumer ici les réflexions qui lui ont été suggérées par l'étude attentive des faits observés jusqu'ici. Sa première conclusion, c'est que le langage, au point de vue objectif ou expressif, se compose de mouvements très spécialisés et très complexes, et que l'aphasie ataxique est due à l'impossibilité d'effectuer les combinaisons de contractions musculaires nécessaires à la production des sons articulés complexes; en d'autres termes, l'aphasie ataxique est, pour lui, de nature essentiellement paralytique. L'auteur prévoit bien qu'on lui objectera que, s'il en est ainsi, les mouvements généraux d'articulation doivent être paralysés; mais il répond que, règle générale, cette paralysie existe, l'aphasie étant d'ordinaire associée à une hémiparalysie oro-linguale plus ou moins marquée. Les mouvements propres des organes de l'articulation, tels que la parole les met en jeu, ne sont organisés que dans un seul hémisphère (le gauche habituellement), tandis que les mouvements généraux sont organisés dans les deux hémisphères. Aussi la destruction des centres de l'articulation dans les deux hémisphères (cas de Barlow) détermine-t-elle, non seulement l'aphasie, mais encore l'anarthrie absolue, en même temps que la difficulté de la déglutition et la paralysie bilatérale des branches inférieures du nerf facial.

Laissant de côté les faits où l'autopsie a révélé des lésions

©BIUM

de la région corticale, M. Ross rappelle que dans tous les cas où les lésions étaient rigoureusement limitées à la substance même de l'hémisphère, elles se rencontraient dans le noyau lenticulaire, soit d'un côté, soit des deux. On est par conséquent amené à se demander : 1° Si le noyau lenticulaire doit être considéré comme un centre indépendant ayant pour fonction de régler les mouvements d'articulation et de déglutition; 2° ou bien s'il constitue, comme le pense Meynert, un ganglion interrupteur entre les centres corticaux et les noyaux médullaires ; 3° ou enfin si le siège des lésions était tel que les voies de transmission entre la région corticale et les noyaux de la moelle allongée et de la protubérance aient pu être intéressées. En l'absence de tout fait anatomique ou physiologique venant à l'appui de la première opinion, l'auteur pense qu'il faut répondre négativement à la première question. Il est plus difficile de se prononcer entre les deux autres hypothèses ; toutefois la théorie qui fait du noyau lenticulaire un ganglion interrupteur, a été fortement battue en brèche par les recherches anatomiques de Wernicke ; aussi M. Ross se rattache-t-il de préférence à la dernière des trois hypothèses comme à la plus vraisemblable, en dépit de certaines difficultés d'interprétation qu'elle comporte.

Ce travail se termine par quelques considérations intéressantes sur le diagnostic différentiel de la paralysie labio-glosso-pharyngée d'origine cérébrale.

Sur le traitement de l'épilepsie par la ligature des artères vertébrales; par William Alexander.

L'auteur résume brièvement les huit cas, déjà publiés par lui, de traitement de l'épilepsie par la ligature de l'artère vertébrale; il rapporte ensuite treize nouveaux cas dans lesquels ce mode de traitement lui a donné des résultats qu'il trouve très satisfaisants.

Ces vingt et un cas se décomposent de la façon suivante: trois malades se portent tout à fait bien depuis un an; neuf sont assez complètement, et depuis assez longtemps, débarrassés de leurs attaques pour que l'on puisse dire qu'ils sont guéris ou qu'ils vont probablement l'être; huit sont tellement améliorés, ou en voie si régulière d'amélioration que leur état suffirait à justifier l'opération, alors même qu'elle ne donnerait jamais de meilleurs résultats. Enfin le dernier malade est

©BIUM

mort pendant une attaque deux mois après sa sortie de l'hôpital (il était brightique).

En présence de ces faits, M. Alexander pense que la ligature de l'artère vertébrale a sa place marquée dans le traitement classique de l'épilepsie, et qu'il convient d'y avoir recours dès que l'on se reconnaît impuissant à guérir la maladie par la suppression des causes périphériques d'irritation ou par la sédation thérapeutique des centres nerveux. L'opération ne fait courir au malade qu'un danger minime, et, à défaut de l'amélioration espérée, elle ne saurait entraîner d'aggravation. Elle doit être pratiquée de bonne heure, avant que la maladie ait revêtu un caractère de chronicité trop marqué, au moment même où il devient manifeste que la médication interne joue un rôle purement palliatif et non curatif. L'opération toutefois ne doit pas être repoussée dans les cas anciens et chroniques, car à défaut de la guérison, elle peut provoquer une réelle amélioration. Enfin, amené dans quelques cas à lier, à des intervalles plus ou moins éloignés, les deux vertébrales, M. Alexander adopte aujourd'hui, comme une pratique constante, cette double ligature. L'auteur a exposé dans d'autres mémoires la théorie de l'épilepsie qui sert de base à sa méthode, et il déclare n'avoir rien de nouveau à ajouter aux explications qu'il a déjà fournies à cet égard.

Nous ne savons pas quel sort l'avenir réserve à la méthode préconisée par l'auteur; mais, en dépit des faits rapportés, il nous est impossible de partager sa confiance. Le cas classique de Maisonneuve, le seul, croyons-nous, avant ceux de M. Alexander, où la ligature de la vertébrale ait été intentionnellement pratiquée, était, et est encore, de nature à inspirer une légitime défiance; le malade, en effet, mourut subitement, quelques semaines après l'opération; or, dans les 21 cas de l'auteur, nous trouvons aussi un cas de mort subite; on sait le rôle important que joue l'artère vertébrale dans les modifications de la circulation cérébrale, et bien que ce soient précisément ces modifications qui sont visées par l'intervention opératoire, il ne nous paraît nullement démontré qu'un procédé aussi radical que la ligature doive, soit immédiatement, soit ultérieurement, demeurer inoffensif. D'autre part, l'opération en elle-même n'est point de celles qui sont destinées à devenir aussi usuelles que le comporterait la fréquence de la maladie à laquelle elle prétend remédier; ce sera toujours une opération sinon réellement difficile, au moins très délicate, et exigeant une grande dextérité et une grande sûreté de main, que

©BIUM

celle qui consiste à aller chercher au travers de la région carotidienne et au dernier plan de cette région, une artère dont, par surcroît, les anomalies ne sont pas rares. Enfin il est une dernière remarque que l'on ne peut s'empêcher de faire, parce qu'elle ressort nettement de la statistique même de l'auteur, c'est que les inconvénients et les risques de cette méthode ne sont pas compensés par la certitude du succès, puisque, dans bon nombre de cas, la ligature de l'artère ou des artères vertébrales retombe modestement au rang même des traitements palliatifs qu'elle aspire à supplanter.

Les symptômes nerveux du myxœdème; par W. B. Hadden.

On sait que M. Hadden poursuit depuis assez longtemps déjà d'intéressantes recherches sur le myxœdème; nous reproduisons textuellement ici les conclusions auxquelles il a été conduit par ses études sur cette curieuse affection :

1° Dans ses premières périodes le myxœdème est essentiellement une maladie de nutrition imparfaite, probablement sous la dépendance d'un spasme généralisé des vaisseaux.

2° L'œdème dur de la peau et du tissu connectif est dû à une forme d'obstruction lymphatique, qui peut aussi être attribuée à une influence vaso-motrice; et les produits accumulés subissent des modifications qui aboutissent à la formation de la mucine.

3° L'état du corps thyroïde doit également être expliqué conformément à l'hypothèse vaso-motrice.

4° Les symptômes mentaux graves, tels que la folie, qui surviennent dans les dernières périodes du myxœdème, sont dus à des altérations du cerveau lui-même.

5° Bien que le myxœdème constitue une entité morbide distincte, il se rattache probablement d'une façon intime à certains autres états pathologiques, tels que le crétinisme sporadique et la sclérodermie.

6° L'œdème dur, qui est général dans le myxœdème, peut se localiser sur divers points du corps, tels que la langue et les extrémités.

7° La lésion primitive et essentielle a probablement son siège dans le système sympathique périphérique, et peut-être aussi dans le centre le plus élevé de la moelle allongée; cette dernière supposition est basée sur la présence de symptômes bulbaires dans un certain nombre de cas de myxœdème.

La fièvre typhoïde dans ses rapports avec les altérations de la papille; par Robert Oglesby.

©BIUM

Ce travail, qui renferme plusieurs observations cliniques, est consacré à la description d'une altération particulière de la papille, qui serait, suivant l'auteur, consécutive à la fièvre typhoïde, mais seulement dans les cas où la maladie s'est accompagnée de symptômes méningitiques bien accusés. Cette altération, plus fréquente d'ailleurs chez la femme que chez l'homme, compromet parfois très sérieusement la vue, bien qu'elle ne puisse être constatée que par un médecin rompu à la pratique de l'ophthalmoscope : elle est en effet peu appréciable, et bien que de nature assurément inflammatoire, elle ne présente pas l'aspect de la névrite, mais plutôt d'une névrite subaiguë, avec un degré d'épanchement qui permet à peine de différencier cet état pathologique de l'état normal. On note en même temps une teinte d'un rouge particulier, tirant un peu sur le brun, mais très difficile à décrire. Cette lésion ne se montre que tardivement (quelquefois longtemps après le retour à la santé), et elle s'accompagne assez souvent de symptômes brightiques qui pourraient induire le médecin en erreur, s'il n'avait soin de rechercher l'albumine, qui manque presque toujours (l'auteur ne l'a trouvée que dans un cas) et s'il n'était éclairé sur l'existence de cette altération jusqu'ici non décrite.

Remarques pratiques sur l'électro-diagnostic dans les paralysies; par Hughes Bennett.

Convaincu que l'exploration électrique peut rendre des services importants dans le diagnostic des paralysies, l'auteur s'est attaché, dans ce mémoire, à établir les grandes règles qu'il convient de suivre dans les recherches de ce genre; c'est un excellent résumé de la question, que consulteront avec fruit tous ceux qui voudront se rendre compte de l'importance de cette méthode d'exploration ; douze observations résumées à la fin de ce travail ajoutent encore à son intérêt clinique.

Charles-Julius Guiteau était-il fou? par J. Charles Bucknill.

Pendant les longues semaines que le président Garfield survécut à sa blessure, et plus encore peut-être pendant le procès de son assassin, l'état mental de Guiteau souleva des controverses vives et passionnées. Depuis lors, le temps a fait son œuvre, et cette question médico-légale, judiciairement tranchée dans le sens de la responsabilité, a perdu beaucoup de son interêt ; aussi nous bornerons-nous à dire qu'en terminant sa longue et très ingénieuse étude sur l'état mental de

©BIUM

Guiteau, M. Bucknill, en dépit de quelques réserves qui sont indiquées plutôt que nettement formulées, conclut à la responsabilité de l'assassin.

Folie à double forme; par le Dr Achille Foville.

Dans l'étude historique, succincte, mais très précise qu'il a placée en tête de son mémoire, M. Foville s'est attaché à démontrer que la folie à double forme avait été pour la première fois étudiée et décrite par les auteurs français; il constate que leurs travaux ont été pendant longtemps peu connus à l'étranger ou passés sous silence ; mais qu'aujourd'hui la folie circulaire, universellement admise, a acquis droit de cité dans la pathologie mentale.

Sans chercher à rouvrir les longs débats auxquels a donné lieu l'interprétation des mots *manie* ou *mélancolie*, l'auteur estime que dans l'état actuel de la science on peut admettre, comme propres à mettre de l'ordre et de la clarté dans la nomenclature psychiatrique, les deux propositions suivantes: 1° il existe deux maladies présentant au point de vue des symptômes, de l'évolution et de la transmission, des caractères spéciaux ; il convient de les classer séparément dans la nosologie, et de les désigner sous les noms respectifs de manie et de mélancolie, ou plutôt de lypémanie. 2° Il existe deux symptômes, l'excitation maniaque et la dépression mélancolique, qui ne se rencontrent pas seulement dans la manie et la lypémanie proprement dites, mais que l'on peut observer, à l'état de manifestations accessoires ou passagères dans le plus grand nombre des autres affections mentales. Cette distinction préliminaire établie, M. Foville définit la folie circulaire: une forme d'aliénation mentale caractérisée par la succession prolongée de périodes d'excitation maniaque et de dépression mélancolique, alternant habituellement d'une façon régulière. La durée, l'intensité, le caractère de l'excitation et de la dépression, le mode suivant lequel s'établit le passage d'un de ces états à l'autre, peuvent considérablement varier; mais l'alternance des deux états est constante et pathognomonique. Cette forme d'aliénation est presque toujours due au développement d'une prédisposition héréditaire, et le plus souvent elle est incurable. Elle constitue l'une des formes les plus naturelles et les mieux définies d'affection mentale.

Au point de vue étiologique, en dehors de l'hérédité qui vient d'être mentionnée, il paraît démontré par quelques obser-

©BIUM

vations que certaines prédispositions névropathiques acquises sont de nature à favoriser l'éclosion de la folie à double forme ; c'est ainsi qu'elle apparaîtrait volontiers chez les individus que Lasègue a bien étudiés et décrits sous le nom de « cérébraux ». Les femmes paraissent y être plus sujettes que les hommes ; cependant les statistiques dressées dans les asiles des Etats-Unis conduisent à une conclusion inverse. La maladie ne se développe ordinairement ni avant la puberté, ni après l'âge de trente ans ; elle se complique assez souvent d'hystérie ; mais alors les deux affections évoluent parallèlement, sans avoir entre elles le rapport de cause à effet que quelques auteurs avaient cru pouvoir établir. Bien que fort souvent due à l'hérédité, la folie circulaire se montre à peu près exclusivement chez des sujets dont la prédisposition n'est annoncée ni par des malformations physiques, ni par des troubles intellectuels. Quant aux causes occasionnelles, ou elles font totalement défaut, ou elles rentrent dans le domaine de l'étiologie la plus banale.

Les symptômes de cette forme d'aliénation sont faciles à saisir, pourvu que l'observation du sujet soit suffisamment prolongée. On rencontre dans le monde bien des gens qui nous fournissent l'ébauche de l'état mental dont la folie circulaire constitue le tableau parachevé ; ce sont ces personnes qui, pendant un certain temps, font des projets, en poursuivent avec activité, parfois même avec acharnement, la réalisation, et manifestent hautement leurs espérances de succès, et qui un peu plus tard, sans cause appréciable, abandonnent plus ou moins brusquement les projets caressés, laissent leurs entreprises aller à la dérive et perdent non seulement l'espérance, mais jusqu'au souci du succès. Le monde appelle ces gens des originaux ; ce ne sont pas des fous, en effet : l'équilibre manque à leur conduite plutôt qu'à leur raison ; mais il n'y a qu'à forcer les traits pour avoir l'image fidèle de la folie à double forme.

M. Foville étudie ensuite successivement la période de dépression et la période d'excitation, et il examine tour à tour, dans chaque période, les symptômes psychiques et les symptômes somatiques.

La période de *dépression* a un début lent et progressif ; elle est caractérisée par une diminution de l'activité intellectuelle, une attitude sombre et silencieuse, un dégoût marqué pour toute occupation, une indifférence générale, qui font de l'état de ces malades un état analogue à l'hibernation. Ils paraissent étran-

©BIUM

gers à tout ce qui les entoure, et cependant ils écoutent et retiennent ce qui se dit et ce qui se fait. Les sentiments affectifs paraissent abolis chez eux. Après cette première période, exempte de troubles intellectuels proprement dits, le malade peut devenir victime de diverses formes de délire mélancolique. M. Ritti a bien décrit ces différentes variétés de mélancolie, que l'on peut observer isolées ou combinées entre elles. Parfois la dépression va jusqu'à la stupeur complète. — L'état physique correspond à l'état mental : le malade a horreur du mouvement ; ses yeux sont baissés, son visage sans expression, son attitude indifférente et triste ; il parle peu ou point, répond à contre-cœur, d'une voix basse, presque inintelligible. On observe des troubles de la sensibilité générale, se manifestant ous des formes variées. Le sommeil est habituellement calme et prolongé. L'appétit est presque nul ; quelques malades refusent les aliments ; la constipation est souvent rebelle. La respiration et la circulation sont ralenties. Les troubles menstruels sont très fréquents. Tous les instincts physiques paraissent éteints. Si la dépression va jusqu'à la stupeur lypémaniaque, les symptômes physiques s'aggravent parallèlement à l'état mental.

Absolument inverse de la période de dépression, la période d'*excitation* est caractérisée par un désordre qui règne plutôt dans les émotions et les actes que dans les facultés intellectuelles proprement dites. Les malades sont actifs, remuants, prêts à toutes les entreprises, loquaces, gouailleurs ; ils s'intéressent à tout ; enfin ils ne gardent de mesure ni dans leurs affections ni dans leurs antipathies. Ils voyagent volontiers sans but, sans motif ; ils deviennent facilement agressifs et querelleurs, et s'abandonnent souvent sans réserve aux sollicitations, devenues énergiques, de leurs instincts. Certaines formes de perversion génitale s'observent aussi chez ces malades. — A l'asile ils fomentent des dissensions intestines et cherchent constamment à s'évader. Tous ces phénomènes se produisent habituellement sans qu'il existe de troubles manifestes de l'intelligence proprement dite, ni d'incohérence des propos. Mais quelquefois ils sont hallucinés, et l'agitation va jusqu'à l'excitation maniaque et s'accompagne d'actes de violence. On observe souvent alors des idées d'optimisme, ou même de grandeur, très propres à donner le change et à simuler le début de la paralysie générale. — Nous n'insisterons pas sur les symptômes somatiques ; il suffit pour les connaître

©BIUM

exactement de prendre la contre-partie des symptômes de la période de dépression.

Les troubles de nutrition sont assez communs dans les deux périodes. Meyer a même donné le nom de trophonévrose à ces troubles. Il considère l'augmentation de poids dans la période d'excitation comme constante et caractéristique, et tient la réciproque pour vraie. M. Foville fait observer que si la facilité avec laquelle les malades prennent ou perdent de l'embonpoint est un fait incontestable, il s'en faut que l'amaigrissement soit invariablement lié à la période de dépression, et que, dans plusieurs cas, c'est le phénomène inverse qui a été observé.

La marche de l'attaque, celle de la maladie elle-même, sont intéressantes à étudier. M. Foville, contrairement à l'opinion de quelques auteurs, n'attache pas une grande importance à la présence ou à l'absence d'intervalles lucides entre les deux périodes ; l'observation lui a montré que ce caractère ne suffisait ni à constituer ni à détruire l'entité nosologique de la folie à double forme. C'est l'alternance, avec ou sans intervalles lucides, qui constitue le caractère fondamental. Les rémissions peuvent être longues et absolues ; d'autres fois, au contraire (mais rarement), le passage d'une période à l'autre est si brusque, que le malade peut se coucher maniaque et se lever mélancolique. Le plus souvent la transition est mieux ménagée, souvent même tout à fait lente. La durée de l'attaque varie beaucoup suivant les malades, tout en demeurant assez régulière chez le même sujet ; elle est rarement courte, atteint communément plusieurs mois, et ne dépasse guère un an. Plusieurs faits observés par M. Baillarger et par l'auteur confirment l'opinion de Griesinger, que la dépression se montre de préférence pendant l'hiver, et l'excitation pendant l'été. Les deux périodes sont tantôt égales, tantôt inégales au point de vue de la durée. Enfin, il est à remarquer que chaque période, — qu'il s'agisse d'excitation ou de dépression, — se présente sous un aspect et avec des caractères absolument identiques à ceux de la période correspondante du cycle précédent. Contrairement à l'opinion de MM. Baillarger et Gérard, M. Foville n'a pas constaté que l'égalité d'intensité fût fatale entre la dépression et l'excitation ; il a notamment vu souvent la dépression être beaucoup plus modérée que l'excitation. — La folie à double forme est une affection essentiellement chronique, pouvant persister jusqu'à un âge avancé. C'est peut-

©BIUM

être à ce fait que la rupture de l'équilibre mental se fait alternativement dans des sens opposés qu'elle doit de ne pas aboutir à la démence.

Le diagnostic de la maladie est facile quand on peut constater l'alternance des deux périodes; il en est tout autremen lorsqu'on manque de renseignements, ou lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint pour la première fois ; le diagnostic est alors à peu près impossible pendant la période mélancolique ; il sera un peu moins difficile à la période d excitation si l'on se souvient que, dans la folie à double forme, cette période est surtout caractérisée par le délire des actes sans incohérence des propos, sans trouble appréciable des fonctions purement intellectuelles. Le principal écueil du diagnostic en pareil cas, c'est la confusion possible avec le début de la paralysie générale à forme expansive ; les troubles somatiques eux-mêmes n'éclairent que médiocrement le médecin, puisqu'ils peuvent manquer chez un paralytique et exister chez un circulaire. M. Régis a cru trouver un caractère différentiel important dans ce fait que les paralytiques sont foncièrement bienveillants, tandis que les fous circulaires sont malveillants et ironiques ; cette observation est juste dans la majorité des cas, mais ne doit point être généralisée.

Au point de vue de l'influence de la maladie sur la santé générale le pronostic est assez favorable ; il est grave au contraire en ce qui touche la guérison, dont les chances sont très faibles. La rareté de la terminaison par la démence est une condition favorable qui a déjà été signalée.

Il n'existe actuellement aucun traitement préventif ou curatif de la folie à double forme ; la médication palliative, réglée sur les symptômes, est alternativement celle de la manie et celle de la mélancolie.

On a quelquefois proposé de donner au premier stade de la paralysie générale le nom de « période médico-légale » ; la même dénomination pourrait légitimement s'appliquer à la période d'excitation de la folie à double forme; il n'est pas rare, en effet, de voir les malades commettre à ce moment des actes délictueux, dont l'appréciation peut mettre à une difficile épreuve l'habileté et le savoir du médecin légiste.

Les lésions anatomiques propres à la manie et à la mélancolie n'étant pas déterminées, dans l'état actuel de la science, on conçoit que l'anatomie pathologique de la folie à double forme demeure également incertaine, puisque cette affection

©BIUM

n'est que la combinaison, par voie d'alternance, de ces deux états. M. Foville, dans une très intéressante discussion, qui occupe les dernières pages de son mémoire, s'est attaché à démontrer que la théorie de M. Luys, si séduisante et si ingénieuse qu'elle soit d'ailleurs, ne saurait rendre compte d'une façon satisfaisante des phénomènes qui caractérisent la folie circulaire.

— Nous avons essayé de rendre compte aussi fidèlement que possible du travail de M. Foville, traduit pour le *Brain* par M. Urquhart ; il ne nous appartient pas de faire de cet important mémoire, du moins à cette place, un éloge que notre savant maître ne nous pardonnerait pas ; on nous permettra cependant de dire qu'on y retrouve les qualités solides et brillantes à la fois qui distinguent tous les travaux de M. Foville.

Quelques remarques nouvelles sur le morphinisme chronique ; par H. Obersteiner.

Ce court travail, qui contient trois observations nouvelles, est le complément d'un mémoire que l'auteur a publié sur le même sujet dans un numéro précédent du *Brain* (janvier 1880). Les deux faits principaux que M. Obersteiner s'est proposé de mettre en évidence sont les suivants : 1° lorsqu'on a recours au traitement par la privation absolue de morphine, il est fort douteux que l'on obtienne un résultat réel et durable ; on n'obtient même, dans bon nombre de cas, aucun résultat ; et d'autre part, on peut, dans certaines conditions, mettre en danger la vie du malade ; 2° dans la plupart des cas, l'usage prolongé de la morphine à doses élevées est suivi d'altérations psychiques de nature persistante, pouvant aller jusqu'à la folie proprement dite. L'auteur relève en outre, au cours de son travail, cette erreur, trop accréditée dans le public et même parmi quelques médecins, et qui consiste à croire que rien n'est plus simple et plus facile que de débarrasser un morphiomane de sa funeste habitude. Il rappelle aussi que dans certains cas c'est un trouble mental qui paraît être le point de départ de la morphiomanie.

Sur les conditions de la décharge nerveuse ; par Charles Mercier.

Prenant pour base de son étude la formule suivante : « La somme d'énergie mise en liberté dans la décharge nerveuse est, toutes choses égales, proportionnelle à la somme d'énergie manifestée dans l'effet mécanique de la contraction qui en ré-

©BIUM

sulte, » M. Mercier se livre à une analyse physiologique très minutieuse et très intéressante des conditions qui président à la décharge nerveuse. Malheureusement le sort de ces procédés analytiques délicats est d'échapper eux-mêmes à toute analyse ; aussi sommes-nous réduit à signaler ce mémoire, à en souhaiter la traduction et à en conseiller l'instructive lecture.

Sur les paralysies spasmodiques de la première enfance ; par James Ross.

Après avoir indiqué les caractères qui différencient les paralysies atrophiques des paralysies spasmodiques, M. Ross rappelle que ces paralysies se rencontrent fréquemment dans la première enfance, et que, si la pathologie des premières est aujourd'hui à peu près étudiée, l'histoire des secondes présente encore bien des points obscurs ; il se propose de rapporter quelques exemples de paralysie spasmodique de l'enfance et d'essayer de dissiper un peu de cette obscurité. Au point de vue clinique, les paralysies spasmodiques de l'enfance peuvent se diviser, en tenant compte des régions auxquelles elles se distribuent, en paralysies hémiplégiques et paralysies paraplégiques : l'auteur s'attache, dans ce long mémoire, à rechercher dans quelle mesure cette division clinique correspond à la division anatomique en paralysies d'origine cérébrale et paralysies d'origine spinale ; et il démontre, par l'examen et la discussion des faits, que beaucoup de cas de paralysie paraplégique sont en réalité d'origine cérébrale et doivent être séparés du groupe des paraplégies vraies pour être désormais considérés comme des hémiplégies bilatérales. Ce travail est accompagné de dix observations recueillies avec soin et très détaillées.

Convulsions localisées dues à une tumeur du cerveau ; par J. Hughlings-Jackson.

Le cas qui fait l'objet de ce mémoire rentre dans la catégorie de ceux que Bravais a décrits en 1824 ; il s'agit, en effet, d'un homme qui pendant douze ans demeura sujet à des accès convulsifs survenant à des intervalles plus ou moins éloignés, et chez lequel on trouva, à l'autopsie, une tumeur cérébrale située à gauche, dans la région corticale.

Ce malade entra à l'hôpital une première fois en 1872 ; il était alors âgé de trente ans. Depuis plus de deux ans, il avait des accès deux ou trois fois par semaine ; la durée de ces accès

©BIUM

variait de cinq minutes à une heure. Il sentait d'abord une sorte de crampe dans le gros orteil, puis un tiraillement dans le mollet, et la jambe et le genou étaient convulsivement attirés en haut ; souvent l'accès ne dépassait pas cette limite, et le malade le qualifiait de faible ; dans les accès forts, le bras était atteint, mais toujours après la jambe ; le spasme brachial débutait par les doigts. Après un accès très fort, il perdait connaissance. A l'hôpital, il eut plusieurs attaques fortes et faibles, mais aucune ne put être observée. Il sortit, puis rentra à l'hôpital trois ans plus tard. On rechercha soigneusement s'il n'existait pas de paralysie chez lui ; on n'en put découvrir aucune trace ; mais le lendemain de cet examen, après un accès, il y avait une paralysie marquée du bras droit. Au début des attaques il y avait souvent un embarras de la parole probablement de nature aphasique. Le malade eut jusqu'à 20 et 30 attaques par jour. Il n'y avait pas de paralysie faciale. — Sorti de nouveau de l'hôpital, il y rentra sept ans plus tard avec une hémiplégie droite, qui était survenue brusquement pendant la nuit sans qu'on ait pu savoir dans quelles conditions ; la face et la langue étaient normales, la parole conservée, la paralysie du bras droit complète ; quelques mouvements de la jambe droite étaient seuls conservés. Le malade avait une pneumonie droite dont il mourut deux jours après son entrée.

A l'autopsie, la pie-mère, rendue brunâtre par du sang extravasé au niveau de la moitié supérieure de la scissure de Rolando, se détache facilement, même en ce point. Après son ablation, on voit à la surface de l'hémisphère gauche une lésion qui intéresse la moitié postérieure de la circonvolution frontale supérieure et la moitié supérieure de la circonvolution frontale ascendante. Le centre de la lésion est occupé par une hémorrhagie ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes ; autour de ce foyer, et sur une surface à peu près égale à celle d'une pièce de 5 francs, on trouve une zone de petites hémorrhagies miliaires ; toute la surface malade a un aspect ridé, nodulaire ; les scissures sont presque oblitérées par adhérence des parois, et les circonvolutions sont déprimées ; la lésion est nettement limitée en arrière par la scissure de Rolando, en dehors par la scissure frontale supérieure, en dedans par la scissure longitudinale ; en avant, elle est mal limitée et s'éteint progressivement.

Une section pratiquée dans le foyer hémorrhagique central,

©BIUM

épais d'un demi-pouce, montre que profondément, la tumeur a les mêmes limites que superficiellement ; à un pouce environ au-dessous du foyer hémorrhagique, on trouve une petite masse calcaire, de la grosseur d'un pois ; les couches corticales portent la trace de nombreuses hémorrhagies miliaires. — A tous autres égards, le cerveau est absolument normal.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un gliôme à cellules arrondies et fusiformes ; en certains points il existait aussi de la dégénérescence graisseuse ; enfin on trouvait dans la tumeur la trace de nombreuses hémorrhagies récentes.

M. Hughlings Jackson, dans les remarques dont il fait suivre cette observation, constate tout d'abord que ce cas ne saurait servir à l'étude des localisations ; en effet, les convulsions, d'après les renseignements que lui a fournis le médecin qui soignait le malade en 1877, débutaient à ce moment, non par le pied, mais par la main ; eussent-elles d'ailleurs toujours débuté par le même point, le siège de la tumeur ne serait pas d'accord avec les récentes expériences de Hitzig et Ferrier ; enfin les tumeurs, par leur extension, par leur délimitation toujours imparfaite, se prêtent mal à l'étude des localisations.

La durée de la maladie est à noter ; le malade, en effet, n'a pas vécu moins de douze ans après son premier accès convulsif.

En l'absence avérée de tout traumatisme, de tout antécédent syphilitique, l'auteur pense que l'on était en droit d'être fort embarrassé pour déterminer pendant la vie la nature d'une affection dont les attaques convulsives constituaient le seul symptôme précis. — Enfin, il reste à expliquer l'hémiplégie dont le malade était atteint lors de sa dernière entrée à l'hôpital : il est probable qu'il avait eu des accès convulsifs nocturnes ; en effet, déjà en 1875, il avait été frappé d'une hémiplégie, évidemment d'origine convulsive, qui s'était dissipée au bout d'un certain temps ; si le malade n'était pas mort d'une pneumonie, cette dernière hémiplégie aurait vraisemblablement guéri comme la précédente. En effet, l'explication la plus satisfaisante de la paralysie dans les convulsions de ce genre est, suivant M. H. Jackson, celle qu'ont donnée Todd (qui le premier a décrit ce qu'il appelle l'hémiplégie épileptique, et ce que M. Jackson appelle l'hémiplégie post-épileptiforme) et Alexander Robertson ; pour ces auteurs la paralysie reconnait pour cause l'épuisement des fibres nerveuses provoqué par les décharges excessives qui accompagnent le paroxysme.

©BIUM

JOURNAUX ALLEMANDS

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie

(Année 1883.)

1. *Sur les prétendues séquestrations arbitraires dans les asiles liéd'anés.* — Dr Hudwig Schlager, à Vienne.

Il y a vintg-cinq ans que M. Schlager s'est mis en campagne dans le but d'appeler une réforme de la législation autrichienne sur les aliénés. Il a publié un grand nombre de mémoires sur les lacunes de cette loi, et il constate aujourd'hui avec amertume qu'il a quelque peu prêché dans le désert.

Son travail actuel a encore le même objectif. Le fantôme de a séquestration arbitraire hante les esprits en Autriche comme ailleurs, paraît-il. M. Schlager fait l'énumération des causes qui dévoient l'opinion publique en cette matière : les récriminations des malades qui n'ont pas conservé la conscience de leur maladie, l'ignorance du public, l'intérêt privé, l'action de la presse, les romans à sensation, etc. Pour faire toucher du doigt toute l'imperfection de la loi autrichienne, il raconte, dans tous ses détails, l'histoire de deux séquestrations d'aliénés vrais, dont la presse s'est emparée pour agiter l'opinion et incriminer les asiles et les médecins et il tire de ce scandale les conclusions qu'il comporte.

2. *Sur les maladies mentales consécutives à une température extérieure élevée.* — Dr Victor, à Sorau.

L'auteur résume d'abord l'état actuel de la science sur la matière ; il donne ensuite quinze observations d'individus devenus aliénés sous l'influence d'une température élevée et prolongée, dans un milieu déterminé. C'est que ce fait a été mis récemment hors de doute : l'aliénation mentale n'est pas seulement justiciable de la violente secousse déterminée sur le cerveau par l'action directe de la chaleur, mais elle survient aussi à la suite de l'exposition prolongée des individus à une chaleur rayonnante artificielle (*Moreau*, folie des cuisiniers, *Voisin.*) — Ce qu'on est convenu d'appeler insolation (troubles psychiques graves, lésion profonde de la conscience, délire aigu, anomalies de la motilité et de la sensibilité) n'exige pas l'intervention d'une température notablement supérieure à celle du corps ; dans des conditions

©BIUM

défavorables, une température plus basse suffit à sa production. — Quelquefois, les symptômes caractéristiques de l'insolation manquent, et toute la maladie consiste dans l'explosion d'une aliénation mentale aiguë : ici, la folie remplace l'attaque d'insolation, comme on la voit prendre la place d'un stade de la fièvre intermittente. Dans ce cas, le trouble intellectuel consiste en un état de manie aiguë, rarement de mélancolie. — Ce qui caractérise la folie consécutive à l'action du calorique, c'est la soudaineté de son explosion. — Dans un certain nombre de cas, elle se termine par la guérison ; dans d'autres, elle passe à l'incurabilité, et présente alors dans la marche la plus grande analogie avec la paralysie générale. — On a souvent comparé les accidents consécutifs à l'insolation à ceux qui se développent à la suite de blessures graves à la tête. Cette comparaison n'est pas applicable à tous les cas, comme le voudrait Skaé. Dans un grand nombre de cas, en effet, les phénomènes morbides sont analogues à ceux qui surviennent sous l'influence d'une fièvre intense. Les formes décrites par Skaé, et qui se caractérisent par la lenteur de leur développement, sont celles que détermine l'action prolongée du calorique rayonnant. — Soit qu'il s'agisse de l'action directe du soleil, ou de la température artificielle élevée, on a remarqué que l'insolation se produit sur un grand nombre d'individus à la fois. — Certaines circonstances prédisposantes générales ou individuelles favorisent l'insolation : l'air saturé d'humidité et de poussière, les lourdes charges qui entravent la respiration, l'usage de l'alcool, l'intempérance, les influences déprimantes. — Le symptôme dominant de l'insolation est une élévation excessive de la température du corps, qui dépasse de beaucoup 40°. C'est cette circonstance qui a permis de rattacher l'insolation aux affections fébriles infectueuses. De même que ces dernières déterminent une anémie consécutive profonde, de même l'aliénation mentale qui survient consécutivement à l'insolation peut être considérée comme la conséquence de la dénutrition du cerveau ; c'est une psychose asthénique ou d'inanition, et ici le pronostic est plus favorable, en raison de la gravité moindre des lésions anatomiques. Il n'en est pas de même lorsque l'aliénation mentale est le résultat de l'action plus directe de la chaleur à la nuque ; ici, l'organe nerveux central est directement atteint, et les lésions inflammatoires qui surviennent du côté des méninges sont prouvées par les observations de Huguenin, de Niemeyer, de

©BIUM

Meyer, d'Ullmann, et les expérimentations de Vallin et de Wood sur les animaux.

Chez les 15 sujets observés par M. Victor (individus condamnés, par leur profession, à séjourner, pendant des années, dans un local surchauffé), la maladie mentale a débuté subitement; chez la plupart, un stade de mélancolie avec impulsion suicide constituait les prodrômes de l'affection. — Dans 10 cas, la maladie s'est développée sous la forme de la paralysie générale progressive; des 5 autres malades, 2 étaient atteints de mélancolie et 3 de folie systématisée. — 9 sont morts, et l'autopsie a révélé les lésions de la périencéphalite chronique et diffuse.

3. *Sur la question de l'assistance des épileptiques.* — Dr Wildermuth, à Stetten.

Jolly (de l'assistance publique des épileptiques) n'admet l'hospitalisation que pour les épileptiques dont l'état exige un traitement prolongé ou continu, et il distingue encore ici les aliénés épileptiques qui appartiennent aux asiles d'aliénés, et les épileptiques simples, infirmes d'intelligence et incapables de subvenir à leurs besoins, dont la place est dans les asiles spéciaux ou dans des quartiers spéciaux d'hospices d'incurables. Il relègue les enfants épileptiques (15 à 16 ans) dans un quartier spécial d'idiots.

Du même avis est M. Pelmann, qui réclame, cependant, pour la première catégorie d'épileptiques, la fondation de colonies agricoles.

L'asile de Stetten comprend quatre bâtiments. Le premier est réservé aux imbéciles et idiots susceptibles d'éducation; le deuxième aux jeunes épileptiques des deux sexes qui présentent des chances de guérison ou d'amélioration; le troisième et le quatrième aux idiots rebelles à toute éducation et aux déments épileptiques, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes.

On n'a pas blâmé la cohabitation des idiots et des déments épileptiques; on a blâmé celle des idiots et des épileptiques simples, parce que, dit-on, la vue des épileptiques, pendant leurs accès, peut impressionner les idiots qui peuvent à leur tour devenir épileptiques. Pur roman. Plus certaine serait la nocivité, pour les épileptiques simples, de leur contact avec les idiots s'il n'était avéré qu'ils sont eux-mêmes en général sujets à bien des manifestations désordonnées. Fort d'une prati-

©BIUM

que de seize ans, M. Wildermuth affirme que la cohabitation des épileptiques simples avec les imbéciles et idiots n'a aucun inconvénient.

Tout le monde applaudirait à la fondation de colonies d'épileptiques; mais à qui incomberait une pareille fondation? à la bienfaisance privée? non, parce que, de cette source, l'argent n'arrive que par ondes lentes et successives. L'Etat seul aurait les moyens d'y pourvoir d'emblée; mais, jusqu'à ce que l'Etat veuille mordre à de si grandes entreprises, il passera beaucoup d'eau sous le pont. En attendant, l'assistance des épileptiques jeunes ou vieux, dont la situation réclame l'hospitalisation continue, pourrait fort bien se combiner avec celle des idiots dans des asiles spéciaux.

4. *Sur les familles névropathiques*.— Dr Mobius, à Leipsig.

En dehors de l'aliénation mentale, la statistique n'est pas faite sur la transmission héréditaire des affections nerveuses. Si l'on veut excepter l'épilepsie, l'hystérie, notre ignorance est grande sur l'hérédité des différentes formes de névropathies (épuisement nerveux, asthénie, formes frustes d'hystérie et d'hypochondrie, nombreuses anomalies psychiques qui sont en quelque sorte des psychoses embryonnaires).

M. Mobius fait l'histoire de cinq familles névropathiques, où il poursuit l'hérédité jusqu'à la troisième, quatrième et cinquième génération. Il résulte de ses recherches généalogiques que, dans ces familles, l'hérédité joue un grand rôle, si toutefois l'on ne veut pas seulement tenir compte des affections graves qui sautent en quelque sorte aux yeux, mais si l'on descend dans les détails d'un examen minutieux. La descendance frappée d'hérédité névropathique est réellement vouée à la douleur, si l'on fait la somme des souffrances endurées par l'individu dans tout le cours de sa vie. Le névropathique héréditaire a la conscience vague de sa situation anormale; toute excitation extérieure retentit douloureusement sur lui; il n'éprouve point le calme de l'homme bien portant, il est tourmenté; toute manifestation active l'épuise. — M. Mobius n'a pu constater que peu des symptômes assignés par Morel aux différents degrés de la folie héréditaire. Par contre, il a noté la fréquence des déviations de l'épine dorsale, tout en faisant ses réserves sur les rapports qui peuvent exister entre la scoliose et la névropathie. Il est d'avis que le médecin consulté doit méconseiller le mariage à toute personne affectée d'une forme grave de dégénéres-

©BIUM

cence nerveuse, le mal ne pouvant s'éteindre que par la stérilité volontaire des individus.

5. *Contribution à la connaissance des aliénés criminels.* — Dr Sommer, à Allemberg.

M. Sommer donne un état des 111 criminels aliénés (84 hommes et 27 femmes) admis à l'asile d'Allemberg, de 1852 à 1882. Sur 100 aliénés admis pour la première fois à l'asile, on trouve la proportion de 3,9 de criminels aliénés, tandis que dans la population non aliénée de la Prusse orientale on ne compte que 0,15 p. 100 de criminels, soit 25 fois plus de cette catégorie d'individus dans la population aliénée. Le rapport entre les deux sexes, chez les détenus aliénés et les détenus non aliénés, étant approximativement le même, on a pu conclure que la folie est aussi fréquente chez les femmes que chez les hommes détenus. — Les criminels devenus aliénés n'arrivent en général à l'asile que lorsqu'ils sont devenus incurables. — Les deux tiers des aliénés en général et des détenus aliénés en particulier sont célibataires ou divorcés. Le mariage serait donc un préservatif de la folie, de l'inconduite et du crime; toutefois, la folie et le crime étant très fréquents chez de jeunes sujets; on peut admettre qu'un grand nombre d'individus restent célibataires du fait de leur imperfection morale et intellectuelle, et, si l'on considère que le crime a son hérédité comme la maladie, la généralisation de ce fait serait un bien pour la société. Au point de vue, la proposition de Krœpelin de proportionner la durée de la peine, non à la gravité du crime, mais au degré de curabilité du criminel, est digne de considération. Le criminel ne devrait être rendu à la société que lorsqu'il n'est plus en état de nuire. La peine a pour but l'amélioration du coupable, et le jugement qui en détermine la durée par avance fait œuvre absurde; la fixité de la peine paralyse l'énergie du condamné capable d'amélioration et fortifie le vice qui n'a rien à attendre d'un effort vers le bien. — A Allemberg, l'hérédité se constate 30 fois sur 100 aliénés en général, 22 fois seulement sur 100 criminels aliénés. L'alcoolisme et les lésions traumatiques de la tête sont des causes fréquentes de folie chez les condamnés; dans la conviction personnelle de M. Sommer, la proportion des alcooliques est de 70 pour 100 chez les aliénés criminels, et de 40 pour 100 chez les criminels aliénés. Sur 107 cas de ces derniers il a trouvé 6 fois l'imbécillité, 2 fois l'épilepsie, 24 fois l'hé-

©BIUM

rédité, 28 fois l'alcoolisme, 12 fois des blessures de la tête, 24 fois l'inconduite, le vagabondage avec ses excès et ses privations, enfin, 17 fois un caractère excentrique et irritable. La détention seule est rarement cause de folie; le plus souvent elle ne fait qu'en précipiter l'explosion chez des individus prédisposés. La proportion admise de 24 p. 100 d'individus devenus aliénés par le fait de leur détention (Delbruck, Gutsch, Hirn, Sauze, Lecour) est sans doute trop élevée. L'emprisonnement cellulaire lui-même n'a pas les inconvénients qu'on lui prête (Lecour, *Ann. méd. psychol.* 1175). Les criminels par occasion ou par entraînement supportent plus difficilement la détention que les criminels par habitude et deviennent plus souvent aliénés. En Allemagne, sur le total des criminels non aliénés, il n'existe que 25 p. 100 de criminels par entraînement; par contre, il y a prédominance de ces derniers chez les criminels devenus aliénés. Il se trouve que la plus grande partie des détenus devenus aliénés a été condamnée à une peine de longue durée; la durée de la peine est donc un facteur causal de l'aliénation mentale, mais dans le sens seulement de l'influence morale que peut avoir la conscience de cette durée; car la folie survient presque toujours dans les douze ou dix-huit premiers mois de la détention. Gutsch prétend que les individus instruits supportent mieux la détention que les ignorants, ceux-ci, par défaut de ressources intellectuelles, étant plus exposés à l'ennui et aux affections déprimantes de l'âme. En dehors de la statistique, un peu de réflexion suffit pour faire admettre que c'est le contraire qui est la vérité. Il semble qu'il y ait un certain rapport entre la forme clinique de la folie des criminels et la nature même du crime commis. A ce sujet, M. Sommer fait, avec une admirable précision, l'histoire d'une folie spéciale aux prisonniers, forme particulière de folie systématisée primitive, caractérisée par deux espèces de délire, le délire des persécutions et le délire ambitieux qui constituent deux stades de la même maladie. Au premier stade dominent les illusions, les hallucinations et le délire des persécutions, le délire ambitieux n'accusant sa présence que d'une manière vague ou rudimentaire; au deuxième stade au contraire, le délire ambitieux occupe le premier plan, les idées de persécution ne se remarquent plus que dans les exacerbations. Le suicide est le terme fréquent de cette forme phrénopathique. Que doit-on faire des criminels aliénés? tel est le dernier point que M. Sommer traite avec la même compétence et les mêmes

©BIUM

développements que les précédents, mais qui semble avoir reçu déjà une solution définitive.

6. *Relation psychiatrique d'un voyage en Danemark, en Suède et en Norwège.* — Dr Claus, à Sachsenberg.

7. *Rapport sur une épileptique.* — Dr Langreuter, à Dalldorf.

Il s'agit d'une femme divorcée, condamnée à un an de prison pour coups et blessures et à six ans de détention dans une maison de correction pour vols qualifiés. C'est dans les premiers temps de sa réclusion qu'elle fut prise d'accès épileptiques et transférée à Dalldorf, et c'est le rapport adressé à l'autorité judiciaire que reproduit M. Langreuter. Cas très intéressant, en raison de la multiplicité des manifestations morbides trouvées chez une même épileptique : irritabilité allant jusqu'à l'exaltation passionnée du moral ; paroxysmes de fureur épileptique, avec perte absolue de conscience ; obnubilation intellectuelle passagère ; vertiges épileptiques ; attaques convulsives classiques ; affaiblissement des facultés.

8. *Courte communication sur un cas de folie douteuse.* — Dr Grunewald, à Eberswalde.

Très courte communication, en effet, et qui ne comportait pas plus d'étendue, puisqu'elle concerne un idiot épileptique convaincu de vol de vêtements dans une écurie ouverte. La non-responsabilité de l'individu n'a été ni longue, ni difficile à établir, à telles enseignes que la folie n'a pu être douteuse pour d'autres que des juges.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Les aliénés en Italie. — Etablissements qui leur sont consacrés. — Organisation de l'enseignement des maladies mentales et nerveuses ; par M. le Dr Billod, médecin en chef, directeur honoraire des asiles d'aliénés de la Seine. 1 vol. in-8°. Paris, 1884. G. Masson, éditeur.

Il y a quelques années, M. Billod a réuni en deux volumes les travaux qu'il avait publiés pendant sa longue carrière, et qui lui ont depuis longtemps assigné un rang si distingué parmi les médecins aliénistes. On pouvait croire qu'il prendrait désormais un repos qu'il avait bien mérité ; mais à ce moment même, notre laborieux confrère songeait au nouvel ouvrage dont nous rendons compte aujourd'hui.

Chargé pendant plus de trente années de la direction médicale et administrative de grands asiles, M. Billod avait une compétence spéciale pour bien juger l'organisation des *manicomes* italiens et pour signaler les avantages et les inconvénients que peuvent présenter les principaux d'entre eux.

Sous ce rapport, son livre offre donc un grand intérêt.

Il y a en Italie 62 établissements consacrés au traitement des aliénés. Ces 62 asiles, au 31 décembre 1880, renfermaient 17,471 malades (statistique du professeur Verga).

Il est curieux de constater combien est différente la proportion des cas d'aliénation dans les provinces. Ainsi, par exemple, tandis que dans la province de l'Émilie il y a un aliéné sur 855 habitants, on n'en trouve qu'un sur 4792 dans la province de Naples. Cette faible proportion dans cette dernière province peut s'expliquer par des causes d'ordres différents, mais il convient de signaler surtout, la rareté relative de l'alcoolisme et l'absence de la pellagre.

Il y a près de cinquante ans que j'ai pu pour la première fois visiter un assez grand nombre d'asiles d'aliénés en Italie,

©BIUM

et je n'ai jamais oublié d'avoir vu dans l'un d'eux un long dortoir où tous les aliénés étaient enchaînés. Après avoir lu le livre de M. Billod, je ne dirai pas que, depuis un demi-siècle, il s'est accompli un progrès considérable, mais que tout a été transformé. Non seulement on a construit de nouveaux asiles dont plusieurs très remarquables, comme ceux de Monbello et d'Imola, mais tous les autres ont été agrandis et améliorés. Ce qui frappe presque partout, ce sont les efforts qui ont été faits pour occuper à des travaux variés le plus grand nombre possible de malades. Dans beaucoup d'asiles, on est étonné de la proportion des travailleurs par rapport à la population. Aussi les directeurs d'asile ont-ils pu envoyer à la dernière exposition de Milan un grand nombre d'objets fabriqués par les aliénés.

Le travail des malades est presque toujours rétribué. L'argent ainsi gagné leur est remis au moment de leur sortie; quelquefois on leur en donne une partie pendant leur séjour à l'asile pour leur permettre d'apporter quelque adoucissement à leur sort.

A propos du travail, il convient de signaler les ateliers de typographie, dans lesquels quelques aliénés impriment le *Journal chronique de l'asile*.

C'est à l'asile d'Aversa qu'on a commencé cette publication; mais pendant de longues années, cet asile n'a pas trouvé d'imitateurs. « Aujourd'hui, dit M. Billod, il est peu de manicomes qui n'aient leur journal. »

Les médecins échangent entre eux leur gazette, et se tiennent ainsi au courant de ce qui peut les intéresser. On a même été plus loin. Dans l'un de ces journaux, M. Billod a été à bon droit surpris de trouver un chapitre consacré aux nouvelles des malades « et contenant un bulletin de santé destiné aux familles et aux communes. »

« Telle est même, dit M. Billod, l'importance que l'on suppose devoir être attachée par les familles et par les communes abonnées au journal à leur publication qu'un avis, inséré dans chaque numéro, leur fait savoir que si leur abonnement n'est pas payé dans le délai de..., on cessera de leur fournir des nouvelles de leurs malades. Les communes en retard sont même nominativement désignées. »

M. Billod fait avec raison remarquer que cette pratique ne manquerait pas de soulever en France de nombreuses et vives réclamations.

©BIUM

Rappelons quelques faits qui méritent mieux d'être imités que l'institution de *Journaux-Chroniques* des asiles.

Le Dr Tamburini, le premier directeur de l'asile de Voghera, faisait chaque semaine une instruction aux infirmiers pour leur bien faire connaître la nature et l'étendue de leurs devoirs : « C'est, dit M. Billod, le premier pas fait dans une voie ouverte depuis à Bicêtre et à la Salpêtrière, et il ajoute qu'il y aurait avantage à ce que l'exemple du Dr Tamburini fût suivi dans tous les asiles d'aliénés. »

Notons encore, pour ce qui a trait au personnel des gens de service, une caisse de secours créée à l'asile d'Imola par le Dr Lolli pour les infirmiers devenus vieux et impotents.

M. Billod signale à l'asile de Sienne l'existence d'un appareil télégraphique qui établit une communication entre le quartier des agités et le cabinet du directeur. A Reggio et à Naples, la communication télégraphique s'étend à tous les services. A l'asile de Reggio, il y a même plusieurs téléphones pour la transmission des ordres.

M. Billod n'a pas négligé l'élément statistique, et il nous donne, pour chaque asile, le chiffre de la population, la proportion des hommes et des femmes, et le plus souvent il indique le nombre des guérisons et des décès.

Quelques-unes de ces statistiques paraissent assez étranges et ne peuvent s'expliquer que par des conditions spéciales qu'il serait curieux d'étudier. Par exemple, on a créé à l'hôpital de Padoue, et uniquement pour les besoins de la clinique psychiatrique, un quartier consacré aux aliénés. Le nombre des malades est en moyenne de *trente-cinq*. Or sait-on quel a été dans ce petit asile de trente-cinq malades le chiffre des guérisons et celui de la mortalité en 1881?

Il y a 148 guérisons et 54 morts.

M. Billod fait remarquer que ces proportions sont considérables et supposent, dit-il, un renouvellement très fréquent; rien de plus vrai, mais n'y a-t-il pas là un très intéressant sujet d'étude? Quelle acuité ne doit-on pas supposer dans les formes de la maladie, pour expliquer ce chiffre si élevé de guérisons et cette proportion également si forte dans la mortalité.

Ces faits qu'on retrouve dans d'autres asiles peuvent, je crois, principalement s'expliquer par le nombre des folies pellagreuses. M. Billod nous apprend, en effet, que la cause principale de la folie à Padoue est la pellagre. Elle joue même un si grand rôle, que le médecin en chef M. Tebaldi, outre le cours

©BIUM

de *psychiatrie*, est chargé de faire, deux heures par semaine, un cours de *pellagrologie*.

Il resterait à parler de l'enseignement des maladies mentales, désormais institué dans toutes les universités d'Italie, mais je ne puis que renvoyer à l'ouvrage de M. Billod; disons seulement que, dans un certain nombre d'asiles, on trouve des laboratoires pourvus de tous les moyens d'études, et des bibliothèques où sont réunis les principaux ouvrages consacrés aux maladies mentales.

L'Italie, comme on le voit, s'est donc complètement associée aux progrès accomplis presque partout, et qui ont tant contribué à l'amélioration du sort des aliénés.

Parmi les médecins distingués qui continuent cette œuvre en Italie, peut-être convient-il de désigner spécialement le Dr Verga qui, depuis plus de trente ans, a rendu dans son pays de si grands services.

Le nouvel ouvrage de M. Billod couronne dignement la carrière de notre savant collaborateur; on peut donc dire une fois de plus, qu'il a bien mérité de la science.

BAILLARGER.

De l'Epilepsie et autres maladies convulsives chroniques; par W. R. Gowers, M. D. F. R. C. P., professeur adjoint de clinique médicale à University-College, médecin de University-College Hospital et de l'hôpital national pour les paralytiques et les épileptiques de Londres. Traduit de l'anglais par le Dr Albert Carrier, médecin des hôpitaux de Lyon, ex-chargé des fonctions d'agrégé à la faculté de médecine de Lyon, etc. 1 vol. in-8°. Paris, 1884. G. Masson, éditeur.

On connaît en France les idées anglaises sur l'épilepsie par les traductions partielles de différents travaux, par des extraits de livres et de journaux, par des notes diverses. Les théories de Jackson se sont même assez bien acclimatées chez nous. Mais nous ne possédions pas, croyons-nous, une traduction entière d'un traité complet de l'épilepsie. La traduction du livre de M. Gowers par M. Carrier vient de combler cette lacune.

La lecture de cet ouvrage intéressera beaucoup le médecin français. Les doctrines sur la grande névrose s'écartent parfois des nôtres et c'est une raison de plus pour les connaître. Cependant il ne faudrait pas chercher dans le traité de M. Gowers une

©BIUM

étude complète des symptômes psychiques de l'épilepsie, ce côté de l'histoire de la maladie n'y est exposé qu'incidemment ; c'est l'épilepsie en tant que névrose convulsive qui est l'objet principal du travail.

L'auteur a suivi la méthode clinique exclusive. Il a examiné soigneusement un grand nombre de convulsifs (1450). Il a noté tous les facteurs étiologiques qu'il a pu retrouver, il a décrit tous les symptômes morbides, ceux qui précédaient les attaques comme ceux des attaques elles-mêmes. Il s'est ingénié ensuite à déduire, au moyen de ces nombreux éléments classés d'après leur ordre d'importance, la physiologie pathologique de la névrose. Le résultat auquel il est arrivé confirme la théorie Jacksonnième.

Mais, comme le titre l'indique, il ne s'agit pas exclusivement de l'épilepsie, il s'agit aussi des autres maladies convulsives chroniques. Les convulsions chroniques sont idiopathiques, ou bien elles résultent d'une maladie cérébrale organique à lésions reconnues. Les premiers dépendent de conditions morbides des centres nerveux, qui échappent encore à nos moyens d'investigation, elles sont dites *fonctionnelles*. Ce sont ces maladies convulsives fonctionnelles chroniques que l'auteur étudie. S'il s'occupe aussi des convulsions qui surviennent dans les apoplexies anciennes, par exemple, c'est seulement à titre de document et afin de confirmer ses appréciations. Les foyers anciens qui existent dans le cerveau de ces malades ne provoquent la convulsion que par une action sympathique sur les éléments nerveux non dégénérés ; ce qui fait qu'en réalité, la cause immédiate de l'attaque est la même dans ces cas que dans les autres.

Les convulsions idiopathiques chroniques sont épileptiques ou hystériques. Si nous avons bien compris sa pensée, M. Gowers n'admet pas de différence absolument tranchée entre ces deux sortes de convulsions : L'épilepsie et l'hystérie se confondent très fréquemment dans les mêmes attaques, et la fusion des deux entités est telle, pour lui, qu'il fait entrer dans la même statistique l'épilepsie et les convulsions à forme *hystéroïdes*. (La convulsion hystéroïde répond chez nous à la grande attaque d'hystérie.) En France, actuellement, l'aspect de la convulsion est chose presque secondaire ; avant tout, nous nous efforçons de distinguer les deux affections, tout en acceptant leur coexistence possible mais rare chez le même sujet. Nous admettons que l'hystérie, en tant qu'hystérie pure, peut affecter toutes les formes convulsives. Tout dernièrement encore,

©BIUM

M. Legrand du Saulle présentait une malade qui avait des séries d'un nombre prodigieux d'attaques à forme franchement épileptique, et pourtant c'était là une manifestation de l'hystérie non observée jusqu'à présent. Le diagnostic se basait sur la température qui restait basse et sur un état psychique hallucinatoire particulier. M. Gowers n'eût pas cherché à établir cette distinction qui n'eût même pas existé pour lui. Et cependant elle est d'une importance extrême, puisque la mort eût été fatale si, au lieu d'être hystérique, l'état convulsif eût été épileptique.

Dans les convulsions hystériques, les mouvements sont *coordonnés*, attaque coordonnée peut s'employer comme synonyme d'attaque hystérique ; ils ne le sont pas dans l'épilepsie. Telle est la différence essentielle entre les deux névroses. Dans l'épilepsie, les mouvements convulsifs sont évidemment soustraits à la dépendance des centres coordonnateurs ; dans l'hystérie, ils ont l'aspect de mouvements volontaires (ils sont coordonnés dans leur caractère quoique excessifs dans leur degré). Les autres signes différentiels ont bien moins de valeur que celui-là et ils peuvent manquer. — L'auteur a d'autant plus de raison d'appuyer sur ce caractère de coordination qu'il devra l'expliquer plus loin, dans la physiologie pathologique, par une localisation spéciale de la décharge.

On voit la différence entre ce qui précède et ce qui est généralement admis chez nous. M. Gowers ne refuse cependant pas absolument à l'hystérie la possibilité de simuler l'incoordination épileptique, mais il pense que, dans la plupart des cas, on peut reconnaître la nature réelle de la convulsion, la similitude étant toujours plus ou moins grossière. Du reste, très fréquemment, la convulsion hystéroïde (ou coordonnée) est précédée d'une véritable attaque épileptique qui, *ipso facto*, ébranle suffisamment les centres hystérogènes instables du sujet pour provoquer leur décharge. Beaucoup des épileptiques de M. Gowers présentent successivement les deux attaques : d'abord une attaque de grand ou de petit mal, et ensuite une attaque coordonnée. Ce qui répondrait parfaitement à cette manière de voir, ce serait l'attaque d'hystéro-épilepsie (de M. Charcot). Notons, à ce propos, qu'en Angleterre, on n'observe pas d'attaques absolument semblables à celles de la Salpêtrière. L'auteur apprécie, comme il convient, les descriptions de M. Charcot, mais il attribue à des différences de race, de tempérament national, de pays, les variétés sym-

©BIUM

ptomatiques de ces sortes de crises dans les deux contrées. — Enfin il admet des *formes intermédiaires*, ce qui prouve bien que les deux affections ne sont pas séparées par une limite symptomatique fixe et infranchissable. Voici comment il s'exprime à ce sujet, p. 182 : « ... A mon avis, l'action mor-« bide du système nerveux qui cause les phénomènes visibles « des attaques peut, dans quelques cas, présenter une combi-« naison de processus réunissant les formes de convulsion épi-« leptique et hystéroïde telles, que des attaques peuvent se mon-« trer dans lesquelles les caractères des deux formes soient « combinés dans le même temps et non associés dans un déve-« loppement successif. »

Nous avons jusqu'à présent cherché à indiquer d'une façon générale les opinions de M. Gowers, telles qu'elles nous ont semblé résulter de la lecture attentive de son livre, cette tâche nous a été assez difficile. La traduction de M. Carrier est, croyons-nous, littérale, et l'idée de l'auteur n'en est que mieux respectée. Mais cette qualité elle-même, quand on n'a pas l'habitude de la littérature anglaise, rend l'analyse de l'ouvrage très délicate, et l'on craint toujours de se tromper dans ses appréciations.

Mais, à partir de ce moment, le compte rendu devient facile. Il ne s'agit plus, en effet, que de symptômes cliniques méthodiquement présentés et des conséquences que l'auteur en tire au point de vue du mécanisme physiologique des convulsions. Nous sommes convaincu que c'est cette partie du livre qui obtiendra le plus de succès en France. M. Gowers a tenu compte de toutes les auras que présentaient les nombreux convulsifs qu'il a eu à soigner et il les a décrites minutieusement. Il a noté leur nature : sensations spéciales, sensations musculaires, hallucinations psychiques. Il a noté leurs différents sièges, leurs associations réciproques, la façon dont elles se succédaient, etc.. Puis, en regard, pour ainsi dire, il a fait le tableau des attaques, exposant leur début, indiquant les parties primitivement convulsées, etc..., le tout rapporté aux différentes conditions des auras. C'est là un travail considérable, fruit d'une longue et patiente observation, et que nous ne possédions pas encore.

Ces documents cliniques, M. Gowers les emploie à la démonstration de la théorie de la névrose. Pour lui, les autopsies ne prouvent rien quand l'épilepsie est idiopathique, les lésions signalées par les auteurs sont des conséquences et non des

©BIUM

causes. « Le spasme musculaire qui constitue le trait le plus « saillant de l'attaque doit être considéré comme le résultat de « l'action soudaine et violente des cellules nerveuses, c'est-à- « dire à la *décharge* de la substance grise ; et les sensations « que le malade éprouve avant de perdre connaissance sont « dues directement ou indirectement à la même cause : au « commencement de la décharge. »

— Ce principe établi, on comprend l'importance des minutieuses descriptions précédentes des auras et des convulsions ; c'est sur les données obtenues par leur étude comparative et aussi sur les résultats de certaines expériences, comme celles de M. Ferrier et d'autres physiologistes, que M. Gowers base sa théorie. Ses principales conclusions sont que : dans l'épilepsie idiopathique, ses convulsions peuvent être dues à la décharge de n'importe quelle partie de la substance grise de l'encéphale qui sert à la manifestation des phénomènes sensorio-moteurs. — Dans une grand nombre d'attaques, le développement de l'accès commence dans les hémisphères cérébraux, dans les centres qui constituent le substratum anatomique des processus intellectuels. — Il existe cependant dans la moelle un centre convulsif, et la moelle peut jouer un rôle secondaire dans la production des convulsions dans l'épilepsie. — L'hypothèse d'un spasme vasculaire est aussi inutile que peu prouvée.

Quelle est maintenant la nature de la modification que subit la cellule? Là, M. Gowers se sépare un peu de M. Jackson. Ce dernier admet une activité fonctionnelle augmentée. M. Gowers croit plutôt à une diminution de résistance. On peut comparer la cellule nerveuse à un ressort tendu. L'énergie du ressort est due à la force qui l'a tendu et dépend de la résistance qui le maintient tendu. Donc l'action de la cellule peut dépendre d'une production de force supérieure à la résistance ou d'une résistance anormalement amoindrie. « Ne vaut-il pas mieux « attribuer la production de l'épilepsie à l'instabilité de la résis- « tance de la substance grise plutôt qu'à une modification « primitive dans l'action des cellules nerveuses qui produit « l'énergie ? »

En finissant, nous répéterons qu'il y a dans le traité de l'épilepsie de M. Gowers une belle collection d'observations cliniques, établies à un point de vue spécial, collection qu'on ne trouve pas ailleurs. L'auteur en a tiré un bon parti, mais les médecins qui s'occupent spécialement de l'étude de la

©BIUM

névrose y trouveront quand même encore beaucoup de matériaux précieux.

Dr L. Camuset.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Dell' elemento degenerativo nella genesi; dei cosi detti deliri sistematizzati primitivi ; par le professeur Antigono Raggi ; Milan, 1884 ; br. in-8°.

— Beitræge zur pathologischen Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica ; par le Dr Franz Tuczek ; Berlin, 1884 ; br. in-8°.

— Relazione statistica del manicomio centrale maschile in S. Servola di Venezia del triennio 1881-1883 ; Venezia ; 1884 ; vol. in-8°.

— Sulla vertigine laringea ; par le professeur L. Bianchi ; Naples, 1883 ; br. in-8°.

— Difetto prorencefalico in individuo emiplegico dall' infanzia e con arresto di sviluppo degli arti del lato emiplegico ; par le professeur L. Bianchi ; Naples, 1884 ; br. in-8.

— I riflesso tendineo, e specialmente il fenomeno del ginocchio dal particolare punto di vista della sua semiologia e patologia nella paralisi progressiva degli alienati ; par le professeur L. Bianchi ; br. in-8°, 1884.

— Abstract of the statutes of the United states, and of the several states and territories, relating to the custody of the insane ; par MM. Ch. Folsom et H. Bailey ; Philadelphia, 1884 ; 1 vol. in-8°.

— Inebriety associated with imbecility ; par le D. Crothers ; 1884 ; br. in-8°.

— Inebriate automatism ; par le Dr Crothers ; 1884 ; br. in-8°.

— Contribution à l'étude des lésions cardiaques dans leurs rapports avec l'ataxie locomotrice ; par le D. Aimé Viela ; Montpellier, 1884 ; br. in-8°.

— Douzième rapport sur la situation des asiles d'aliénés du royaume de Belgique ; Bruxelles, 1884 ; vol. in-8.

— Manuel pratique de médecine mentale ; par le Dr E. Régis ; Paris, 1885 ; 1 vol. in-12.

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie ; par MM. les Drs Bourneville, Bricon et Seglas ; Paris ; 1884 ; vol. in-8°, de 150 fr.

— Folie simulée. Rapport médico-légal sur le nommé Ricat ; par M. le Dr Henry Bonnet ; Châlons, 1884 ; br. in-8°.

©BIUM

— Rapport administratif et médical sur l'asile d'aliénés de Lafond, pour l'exercice 1883; par M. le Dr Mabille: La Rochelle, 1884; br. in-8°.

— El determinismo en la voluntad, responsabilidad parcial de los alienados; par M. le Dr Galceran y Granès; Barcelonne, 1884; br. in-8°.

— Circunstancias meteoricas que ejercen mayor influjo en las formas exaltantes y deprimentes de la Locura; par le D. Galceran y Granes; Barcelone, 1884; br. in-8°.

— Asile d'aliénés de Maréville; rapport du directeur pour l'année 1883; par M. Mirepoix; Nancy, 1884; br. in-8°.

— Asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère). — Compte moral et administratif de l'exercice 1883; par M. Pinot; Grenoble, 1884, br. in-8°.

— Le magnétisme animal; étude critique et expérimentale sur l'hypnotisme ou sommeil nerveux provoqué chez les sujets sains; par M. le Dr Fernand Bottey; Paris, 1884; vol. in-12.

— Asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne. — Compte administratif, moral et médical; par M. le Dr Henry Bonnet; Châlons, 1884; vol. gr. in-8°.

—La physionomie est l'expression des sentiments; par P. Mantegazza, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Florence.

Ce livre est une page de psychologie, une étude sur le visage et la mimique humaine. L'auteur s'est donné pour tâche de séparer nettement les observations positives de toutes les divinations hardies qui ont jusqu'ici encombré la voie de ces études.

Scientifique dans le fond, l'ouvrage de M. Mantegazza est cependant d'une lecture agréable; le psychologue et l'artiste y trouveront beaucoup de faits nouveaux et des interprétations ingénieuses d'observations que chacun pourra vérifier.

1 vol. in-8° de la Bibliothèque scientifique internationale avec 8 planches gravées hors texte. 6 fr. Félix Alcan, éditeur.

— Comparative physiology and psychology; a discussion of the evolution and relations of the mind and body of man and animals; par le D. S. V. Clevenger; Chicago, 1885; vol. in-8°.

— Illustrations of the anomalous course of posterior spinal Sclerosis; par le D. E. Seguin; New-York, 1884, br. in-8°.

— The american method of giving potassium iodide in very large doses for the later lesions of syphilis; more especially syphilis of the nervous système; par le D. E. Seguin; New-York, 1884; br. in-8°.

— Madness and crime; par le D. Clark Bell; New-York, 1884; br. in-8°.

— Atti del quarto Congresso della società freniatrica italiana tenuto in Voghera dal 16 al 22 septembre 1884; Milano, 1884; vol. in-8°.

—Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der Sensorischen Anæsthesie bei Erkrankunger des centralen Nervensystems; par les Drs Thomsen et Oppenheim; Berlin, 1883; br. in-8°.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du 27 octobre* 1884. M. Llanta, directeur de l'asile Ste-Anne, a été nommé directeur de l'asile de Mont de Vergues (Vaucluse), en remplacement de M. Cottard admis à faire valoir ses droits à la retraite, et M. Lanta a été promu à la 1re classe de son grade.

Hospice de la Salpêtrière. — Le concours pour une place de médecin du service des aliénés vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Ch. Féré. — Nous croyons devoir prévenir les intéressés qu'il y aura un autre concours dans le courant ou vers la fin de 1885.

Concours pour la bourse de voyage entre les internes des asiles de la Seine. — La bourse de voyage a été accordée à M. Vétault, interne à l'asile Sainte-Anne, déjà lauréat du prix Esquirol en 1884; nos bien sincères félicitations.

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX DANS L'ARMÉE PRUSSIENNE EN 1880-1882.

1,379 cas: 3,9 p. 100 de l'effectif; dans les deux années précédentes on avait observé 3.8 p. 100 de l'effectif de l'année.

A. Maladies mentales. — 120 cas: 0,34 p. 100 de l'effectif. Avec ceux qui étaient au commencement de l'année dans les hôpitaux, on a traité, en somme, 133 malades, dont un décès, 16 furent guéris, 53 furent envoyés dans les hôptaux d'aliénés des communes, et 52 retournèrent dans leurs familles, etc., etc.

Depuis l'année 1873-1874, où le chiffre des maladies mentales s'élèvait à 0,39 p. 100 de l'effectif, le chiffre de cette année est le plus élevé.

B. Épilepsie. — 267 cas: 0,75 p. 100 de l'effectif. Au commencement de l'année, il y en avait encore 25 dans les hôpitaux. On a donc traité 302 cas, dont 52 furent guéris; 228 de ces malades ont été réformés.

C. Tétanos. — 8 cas, dont 1 décès, 1 réformé, 6 guéris.

D. Névralgies. — 446 cas.

E. Maladies des méninges et du cerveau.—272 cas : 0,76 p. 100 de l'effectif. On a traité (c'est-à-dire + 31 cas restés de l'an passé) 303 de ces cas, dont 64 ont eu une issue funeste.

F. Atrophie progressive des muscles, 13 cas. — Dans l'un de

©BIUM

ces cas, on vit l'atrophie envahir d'abord les muscles interosseux de la main droite; l'atrophie passa ensuite aux muscles du bras entier et de l'omoplate. En examinant l'urine, on n'observa pas de précipitation calcaire comme Friedreich l'a dit, mais une diminution de la créatinine, que Rosenthal a constatée de son côté.

G. Maladies de la moelle épinière. — 83 malades traités pendant l'année : 4 morts, 45 réformés, 17 guéris.

(*La Semaine médicale* du 30 octobre 1884.)

ENSEIGNEMENT PUBLIC DES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES.

Asile Sainte-Anne. — Clinique des maladies mentales. — M. le professeur Ball a commencé le cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 9 novembre à dix heures du matin et le continue tous les jeudis et dimanches à la même heure.

M. Magnan, médecin du bureau d'admission, a également repris à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 16 novembre, ses leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, et les continue tous les dimanches et mercredis à neuf heures et demie.

Les leçons porteront plus particulièrement, cette année, sur les rapports entre la folie des héréditaires, les folies intermittentes et le délire chronique.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours public sur les maladies mentales.* — M. le Dr Jules Falret, médecin de la Salpêtrière, a commencé ce cours le dimanche 9 novembre, à 10 heures du matin, et le continue tous les dimanches à la même heure.

Le jeudi, à 9 heures du matin, examen clinique des malades.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux.* — M. le professeur Charcot a commencé les cours de clinique des maladies du système nerveux, le vendredi 14 novembre à neuf heures et demie du matin.

Ordre des cours : les lundi, leçon au lit des malades ; les mardis, examen des malades de la consultation externe; les vendredis leçon à l'amphithéâtre.

Pour les articles non signés : L. Lunier.

Paris. — Imprimerie G. Rougier et Cie, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



CHRONIQUE

LA MÉDECINE MENTALE ET LA NÉVROLOGIE DANS LES CONGRÈS DE 1884.

Le Congrès de Copenhague (Suite et fin) : La sclérose latérale amyotrophique. — L'irritation, le traumatisme et la compression du cerveau. — Des exaltations religieuses en Orient. — De l'hérédité dans la paralysie générale des aliénés. — Des meilleurs moyens de combattre l'abus de l'alcool.

Le Congrès international d'hygiène de La Haye. — Le surmenage cérébral. — La restriction volontaire dans la procréation comme cause de folie. — L'alcoolisme et les cabarets.

Congrès de Blois (Association française pour l'avancement des sciences). — Idiotie congénitale. — Assistance des enfants arriérés. — La suggestion hypnotique dans le traitement de la chorée et de la folie. — Hérédité de la paralysie générale.

Les communications faites dans la séance du 14 ont presque toutes donné lieu à de très intéressantes discussions.

MM. Wladimir Roth, de Moscou, et Friedenreich, de Copenhague, nous ont lu deux excellents mémoires sur la *sclérose latérale amyotrophique*.

©BIUM

Pour M. Roth, les faits cliniques décrits sous le nom d'atrophie musculaire progressive appartiennent à plusieurs groupes nosologiques dont quelques-uns seulement sont bien nettement définis. Il ne s'est d'ailleurs occupé que des formes chroniques.

Un certain nombre des faits recueillis, dit M. Roth, rentrent dans le cadre de la sclérose latérale amyotrophique, entité morbide bien définie, dont le processus pathologique fondamental consiste en une atrophie progressive des faisceaux pyramidaux et des grandes cellules motrices de la moelle et du bulbe.

Un autre groupe naturel comprend les cas d'atrophie musculaire héréditaire avec ou sans pseudohypertrophie dont la lésion fondamentale siège dans les muscles.

Puis viennent les cas d'atrophie musculaire progressive non héréditaire, qui présentent les mêmes symptômes que la forme précédente, mais sans lésion matérielle du système nerveux; ceux d'atrophie musculaire progressive qui ont pour point de départ une lésion périépendymaire et enfin les autres formes deutéropathiques décrites par Charcot.

Quant aux autres groupes de faits, les symptômes et les lésions n'en sont pas encore assez bien définis, pour qu'on puisse les rattacher à de véritables entités morbides.

— Les idées de M. Friedenreich ne diffèrent pas beaucoup de celles de M. Roth. En ce qui concerne la sclérose latérale amyotrophique, ses recherches l'ont conduit à reconnaître que l'altération de la substance blanche n'était pas bornée aux faisceaux pyramidaux ; qu'elle occupait également, quoiqu'à un degré moins élevé, la presque totalité des cordons antéro-latéraux, surtout des parties profondes de ceux-ci.

Pour M. Friedenreich, d'ailleurs, les cas d'atrophie musculaire progressive doivent être rattachés à quatre formes morbides différentes :

1° L'atrophie musculaire progressive héréditaire ou in-

©BIUM

fantile, dont la lésion primitive a son siège dans les muscles;

2° La forme dite juvénile, beaucoup plus rare, qui offre, d'ailleurs, beaucoup d'analogie avec la précédente;

3° La sclérose latérale amyotrophique;

4° L'amyotrophie spinale protopathique encore assez mal définie cliniquement et anatomiquement.

Contrairement à l'opinion de MM. Roth et Friedenreich, M. Gilles de la Tourette considère que l'atrophie musculaire protopathique ou maladie d'Aran-Duchesne a des caractères parfaitement définis, une allure toute spéciale, et, au point de vue clinique, ainsi que l'a établi Charcot, l'absence de l'exagération des réflexes tendineux, ce qui la distingue de la sclérose latérale amyotrophique. Dans celle-ci, du reste, la lésion envahit rapidement le bulbe, et tue beaucoup plus rapidement que la maladie de Duchesne.

M. Gilles de la Tourette pense également que la paralysie infantile ne doit être ni rapprochée de la paralysie pseudo-hypertrophique comme le veut M. Friedenreich, ni remplacée par une nouvelle forme, comme le propose M. Roth.

La communication de M. Adamkiewicz a porté sur l'*irritation, le traumatisme et la compression du cerveau.*

On professe généralement aujourd'hui que les tumeurs intracrâniennes déterminent un déplacement et une compression du liquide cérébral, et par suite une anémie du cerveau avec des symptômes caractéristiques : nystagmus, vomissements, spasmes, etc. M. Adamkiewicz, après s'être livré à une série d'expériences sur les animaux à l'aide de la *laminaria*, soutient au contraire :

1° Que les tumeurs développées dans la cavité crânienne n'ont aucune influence sur la circulation de l'encéphale et ne déterminent pas l'anémie cérébrale;

©BIUM

2° Qu'elles n'augmentent pas la tension du liquide cérébral ;

3° Que les symptômes que détermine leur présence, sont le résultat de l'irritation et de la paralysie du cerveau;

4° Que la substance cérébrale est compressible, en ce sens que les tumeurs qui se développent dans la cavité crânienne expriment de la masse encéphalique une quantité de liquide correspondant au volume de la tumeur en le faisant refluer dans les vaisseaux lymphatiques;

5° Que ces phénomènes de compression comportent trois phases ou degrés, à savoir :

A. Dans un premier degré, la compression de l'encéphale ne détermine aucun changement fonctionnel, mais produit seulement un tassement, une condensation des éléments histologiques avec hypertrophie de ces éléments et des vaisseaux (*Condensation-hypertrophie*) ;

B. A un second degré, la compression de l'encéphale se traduit par les phénomènes suivants : 1° convulsions unilatérales sans perte de connaissance; 2° hémiplégie en tout semblable à celle qu'on observe dans les cas d'hémorrhagie cérébrale ; 3° symptômes spasmodiques allant depuis la simple augmentation des phénomènes tendineux provoqués jusqu'aux mouvements spasmodiques spontanés;

C. A un degré plus avancé, la compression détermine des lésions anatomiques et la paralysie.

En résumé, pour M. Adamkiewicz, les phénomènes morbides considérés jusqu'ici comme phénomènes de compression, de contusion et de commotion du cerveau, ne sont que des phénomènes d'irritation et de paralysie.

Sous le titre de : *des exaltations religieuses en Orient*, M. le Dr Zambaco nous a fait une très intéressante communication qui a donné lieu à une courte discussion.

Il y a chez les mahométans comme chez les chrétiens de nombreuses confréries qui se livrent à des prières avec

©BIUM

des démonstrations qui varient selon les corporations, mais qui amènent presque toutes, à un moment donné, des *exaltations religieuses* et des *manifestations névropathiques* de toutes sortes : chez les hommes, convulsions partielles, accès épileptiformes, rotations très rapides de la tête, rires bruyants avec respiration tumultueuse, extase, etc. ; chez les femmes, contorsions de toutes sortes, contractions grimaçantes de la face, rires sardoniques avec grincements de dents, pleurs, sanglots, manifestations hystériques de toutes sortes, raideur cataleptique, mouvements choréiques, attaques épileptoïdes, etc.

Le cheh qui préside à ces pratiques religieuses, exorcise les néophytes et surtout les névropathes à l'égard desquels il exerce l'art de guérir, sans exclure d'ailleurs la coopération des médecins.

Ces accidents ne diffèrent en rien, comme on le voit, de ceux qui ont été observés à plusieurs reprises sur certains points de l'Europe occidentale, tant il est vrai que l'exaltation religieuse plus ou moins volontairement provoquée conduit partout aux mêmes résultats, surtout chez *la femme*.

M. le professeur BALL a entretenu la section de psychiatrie de l'*hérédité dans la paralysie générale des aliénés*. Voici les points qu'il a plus particulièrement développés :

L'hérédité directe est peu commune dans la paralysie générale.

Les familles des paralytiques généraux envisagées dans leur ensemble présentent comme traits caractéristiques : 1° la longévité chez les ascendants ; 2° le grand nombre des enfants ; 3° le peu de fréquence des maladies mentales proprement dites ; 4° la très grande fréquence au contraire des affections cérébrales ; 5° le chiffre élevé de la mortalité chez les enfants en bas âge.

Les paralytiques généraux héritent donc d'une tendance

©BIUM

spéciale aux affections cérébrales, et cette tendance les prédispose à la maladie dont ils seront atteints plus tard.

M. Ball a bien voulu rappeler que, dès 1849, j'avais soutenu la même thèse dans mes *Recherches sur la paralysie générale progressive* (p. 93 et 107). « Dans la parenté des aliénés, disais-je à cette époque, on rencontre bien des paralytiques, des hémiplégiques, des déments, mais on y trouve surtout des aliénés : tandis que dans la parenté des paralytiques, on rencontre principalement des individus morts d'apoplexie ou de paralysie, des épileptiques, des déments, etc. » Les observations que j'ai recueillies depuis cette époque n'ont fait que me confirmer dans cette opinion.

Il y a, en effet, au point de vue de la prédisposition héréditaire, une distinction bien nette à établir entre les vésanies ou folies névroses d'un côté et, de l'autre, les affections cérébrales essentiellement somatiques comme l'est, par exemple, la paralysie générale des aliénés. Mais cette distinction, généralement admise aujourd'hui, ne va point à l'encontre des liens de parenté indiscutables qui existent, au point de vue de la prédisposition héréditaire, entre ces deux groupes nosologiques.

Un certain nombre de communications afférentes aux affections du système nerveux ont été faites dans les autres sections ; mais comme nous n'avons pu les entendre et que d'ailleurs nous les retrouverons plus tard dans le compte rendu des travaux du Congrès, nous nous contenterons d'en indiquer les titres, à savoir :

Le myxœdème et sa pathologie, par le professeur BRANDES, de Copenhague ;

Le rôle de la trépanation dans les maladies cérébrales localisées, par les Drs LUCAS CHAMPIONNIÈRE, de Paris, et FERRIER, de Londres ;

©BIUM

La castration comme moyen de traitement contre certains troubles nerveux et psychiques, par le professeur HEGAR, de Fribourg-en-Brisgau ;

La méningite tuberculeuse de la première enfance, par le professeur MEDIN, de Stockholm.

De l'origine syphilitique du « tabes dorsalis », par le Dr FOURNIER, de Paris.

Du rôle du système nerveux dans les maladies de la peau, par le professeur ERNST SCHWIMMER, de Buda-Pesth.

Des meilleurs moyens de combattre l'abus de l'alcool, par M. SELMER et le professeur HEYMAN, de Stockholm.

Je m'arrêterai un instant sur cette dernière communication à l'occasion de laquelle j'ai été appelé à prendre la parole.

Pour combattre l'abus des liqueurs alcooliques, quelques villes de la Suède, et notamment celle de Gothembourg, ont adopté, il y a une vingtaine d'années, un mode d'organisation et de réglementation des débits de boissons connu depuis 1865 sous le nom de *Système de licences de Gothembourg*. Ce système avait pour bases, d'un côté la concession faite par la ville à une Compagnie dite « Bolag » du monopole de la vente des boissons spiritueuses, et de l'autre, l'engagement pris par la Compagnie de ne tirer aucun profit de la vente des spiritueux, de fournir aux consommateurs, en même temps que des boissons, des aliments de bonne qualité, et enfin, de ne leur donner que des boissons fabriquées avec des alcools convenablement rectifiés.

M. SELMER, président de la Société de tempérance de Copenhague, et M. HEYMAN nous ont affirmé que, depuis l'application du système de Gothembourg, le nombre des condamnations pour ivresse et celui des cas de folie alcoolique avaient diminué dans une très forte proportion. Il y aurait évidemment lieu de rechercher quelle part revient dans ce résultat à la rectification de plus en plus complète des alcools livrés à la consommation, mais ce n'est pas sur

©BIUM

ce terrain que je me suis placé pour répondre à M. Heyman.

Les résultats donnés par l'application du système de Gothembourg, ai-je dit, sont insuffisants : la Compagnie concessionnaire, puisqu'elle était fondée dans un but philanthropique, aurait dû profiter du monopole qui lui avait été accordé pour remplacer progressivement les boissons spiritueuses par des boissons fermentées.

Quelque soin qu'on apporte à la fabrication des boissons spiritueuses, quelque bien rectifiés que soient les alcools mis en œuvre, on n'aura jamais que de l'alcool dilué plus ou moins aromatisé. Il faut plusieurs années, en effet, pour que l'eau et l'alcool se combinent, et c'est presque toujours dès la première année, quand ce n'est pas dès le premier mois, que les distillateurs livrent leurs produits à la consommation.

Dans les boissons fermentées, au contraire, — je parle de celles qui n'ont pas été suralcoolisées au tonneau, — l'eau, l'alcool et les autres éléments contenus naturellement dans les moûts sont intimement combinés ; ce sont les seules que l'on soit en droit de considérer comme des boissons saines. Le Danemark et la Suède ne produisent ni vin, ni cidre, mais ils récoltent de l'orge et du houblon ; c'est donc la bière que les philanthropes et les hygiénistes de ces pays doivent s'efforcer de substituer, comme boisson courante, aux liqueurs spiritueuses.

Je ne sais si mon argumentation a porté la conviction dans l'esprit de ceux qui m'écoutaient ; elle n'a, dans tous les cas, soulevé aucune protestation.

La cinquième section des CONGRÈS INTERNATIONAUX D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE s'est tenue, en 1884, à La Haye, du 21 au 27 août.

Le nombre des membres était beaucoup moins considérable qu'à Copenhague ; mais les questions y ont été ser-

©BIUM

rées de plus près et les discussions plus approfondies ; il est vrai qu'elles ont toutes eu lieu en français.

Parmi les questions se rapportant plus ou moins directement à la pathologie du système nerveux, je ne citerai que les suivantes :

1° *Quels sont les dangers auxquels est exposé le système nerveux des écoliers et des étudiants, par l'application qu'exigent les études et les examens ? si ces dangers existent, comment peut-on y remédier ?* Rapporteur, M. MENNO HUIZINGA, de Harlinge.

2° *La restriction volontaire apportée dans la procréation au point de vue de ses conséquences humanitaires et sociales ;* rapporteur, M. le Dr LAYET, de Bordeaux.

3° *De la nécessité d'un accord international pour empêcher l'importation des liqueurs alcooliques dans l'Afrique centrale*, par M. DUTRIEUX-BEY.

4° *Existe-t-il une relation entre la fréquence de l'alcoolisme et le nombre des cabarets*, par M. KUMMER.

Je ne m'étendrai pas beaucoup sur ces questions.

M. HUIZINGA n'a pas eu de peine à démontrer les inconvénients graves du *surmènement cérébral* sur la santé des écoliers. La preuve est faite depuis longtemps. Je pourrais en dire autant des moyens conseillés pour remédier au mal : ils ont été indiqués à diverses reprises, notamment au Congrès de Rouen, en 1883. Aussi est-ce à l'unanimité, je crois, qu'on a adopté le projet de vœu formulé par M. Zoréos-Bey, à savoir : que les programmes scolaires soient modifiés, et que l'éducation corporelle dans les écoles primaires et secondaires de filles et de garçons, et notamment la gymnastique, marchent de pair avec l'éducation intellectuelle.

La question sur laquelle M. LAYET avait à faire un rapport était beaucoup plus délicate. M. Foville en a déjà

©BIUM

parlé dans sa dernière chronique (n° de nov. 1884) ; j'aurai donc peu de choses à en dire, bien que j'aie pris part à la discussion.

Je crois comme M. Layet que la restriction volontaire dans les rapports sexuels a de graves inconvénients pour la santé des conjoints, et contribue notamment à augmenter le nombre des névralgies oléo-lombaires et des névroses utéro-ovariennes et probablement même celui des maladies mentales ; mais ce n'est là qu'une impression et les preuves jusqu'ici font défaut. C'est à tort notamment, ai-je fait observer, que M. Layet a étayé sa thèse sur la proportion des aliénés internés dans chacun de nos départements : Cette proportion, en effet, est loin d'être en rapport constant avec le plus ou moins de fréquence de l'aliénation mentale dans ces départements.

La proposition faite par M. Dutrieux-Bey, n'a pas soulevé de contradiction, mais il n'a pas semblé au Congrès qu'elle pût être, d'ores et déjà, l'objet d'une résolution, et elle a été ajournée. Cette question, du reste, a été l'objet des délibérations de la Commission du Congo, actuellement réunie à Berlin, qui, tout en exprimant le désir que les indigènes soient protégés contre le mal provenant de l'abus des liqueurs spiritueuses, s'est contentée d'émettre l'avis qu'il y avait lieu de s'entendre sur les moyens de concilier les droits de l'humanité avec les intérêts légitimes du commerce !!

La réponse à la question que s'était posée mon savant collègue et ami M. Kummer a été négative : il n'y a pas de rapport constant entre la fréquence de l'alcoolisme et le nombre des cabarets. Les chiffres cités par M. Kummer et les conclusions qu'il en a tirées ne nous ont pas convaincu; non pas que les chiffres ne soient exacts et les conclusions logiques, mais pour déterminer la fréquence de

©BIUM

l'alcoolisme, M. Kummer s'est contenté de relever le chiffre de décès causés directement par l'abus des spiritueux, cela n'est pas suffisant. Ce ne sont évidemment pas les cabarets qui engendrent l'alcoolisme, mais on ne peut nier qu'ils contribuent singulièrement à augmenter le nombre des ivrognes.

La 13e session de l'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES qui s'est tenue cette année à Blois, du 4 au 11 septembre, n'a pas eu moins de succès que les précédentes. Nous relèverons les communications suivantes parmi celles qui peuvent plus particulièrement intéresser les lecteurs des *Annales*.

1° *Idiotie congénitale avec présentation de trois crânes d'idiots géants*, par MM. les Drs DOUTREBENTE et MANOUVRIER.

2° *De l'assistance des enfants arriérés*, par le Dr BOUCHEREAU.

3° *Troubles choréiques de l'écriture guéris par la suggestion hypnotique*, par M. BERNHEIM.

4° *De l'hypnotisme employé comme traitement dans l'aliénation mentale et dans les névroses*, par M. Aug. VOISIN.

5° *De l'hérédité de la paralysie générale*, par M. RÉGIS.

Les considérations très intéressantes, exposées par MM. DOUTREBENTE et MANOUVRIER, reposent sur quatre observations recueillies à l'asile d'aliénés de Blois. Voici les particularités qu'offraient ces observations :

1re Obs. — Idiot de 28 ans, n'ayant jamais ni parlé, ni marché; incoordination des mouvements; musculation à peu près normale; mandibule énorme. — Père alcoolique, frère idiot; taille 1m, 70.

Poids de l'encéphale, 1207 gr. 50; du cerveau, 1106 gr.; du cervelet, avec le bulbe et la protubérance, 91 gr.; crâne épais.

©BIUM

Le poids exceptionnellement faible du cervelet coïncidant avec l'incoordination des mouvements mérite d'être signalé.

2e Obs. — Fille de 33 ans ; taille 1m, 53 ; imbécillité congénitale; appétits sexuels ; pas d'hérédité.

Poids de l'encéphale, 1209; des hémisphères, 1034 ; du cervelet, bulbe et protubérance, 175.

Calotte crânienne exceptionnellement dure et épaisse ; prognathisme dentaire de la mâchoire supérieure très prononcé. Déformations nombreuses de la surface endocrânienne pouvant faire soupçonner une altération dans la circulation et dans la nutrition crânio-cérébrales.

3e Obs. — Idiot de 14 ans; muet, pas méchant; grimaces et contorsions; masturbation en public.

Hydrocéphalie ventriculaire ; poids de l'encéphale, 1205 gr.

Capacité crânienne en rapport avec l'hydrocéphalie ; prognathisme alvéolaire extrême de la mâchoire supérieure.

4e Obs. — Imbécillité. Hyperostose considérable au niveau des bosses pariétales, surtout à gauche où le crâne atteint l'épaisseur de 15 millimètres. Déformation réniforme (Manouvrier), synostose prématurée de la partie supérieure de la suture coronale.

La communication de M. Bouchereau a porté sur un point des plus intéressants. Notre savant confrère, après avoir rappelé que c'est à Félix Voisin qu'est due l'initiative de la réforme du régime pédagogique approprié aux enfants arriérés, poursuivie après lui par Belhomme, Séguin et Delasiauve, exprime le regret qu'après avoir donné l'impulsion, nous soyons restés bien loin en arrière, sous ce rapport, de l'Angleterre et des États-Unis qui n'ont fait cependant que s'approprier nos idées.

On paraît aujourd'hui, à Paris du moins, vouloir rega-

©BIUM

gner le terrain perdu : la reconstitution de la section des idiots de Bicêtre, la transformation à bref délai de celle de la Salpêtrière sont déjà un grand pas fait dans cette voie. Mais en province, on ne s'est pas encore préoccupé sérieusement de cette question ; les idiots des deux sexes ne sont internés dans les asiles que lorsqu'ils deviennent dangereux, c'est-à-dire à un âge où tout espoir d'amélioration est à peu près perdu.

Cela tient, ai-je fait observer, à ce que dans aucun de nos départements le nombre de ces infirmes n'est assez élevé pour motiver la création d'un établissement ou d'un quartier spécial. Aussi pensons-nous que le seul moyen d'obtenir, sous ce rapport, des résultats sérieux, serait soit de provoquer des groupements de départements, soit mieux encore, à l'instar de ce qui a été fait pour les sourds-muets et les jeunes aveugles, que l'État prît à sa charge l'éducation des idiots et des crétins et créât pour eux, sur divers points de la France, deux ou trois établissements spéciaux. Nous croyons savoir que la commission sénatoriale chargée d'étudier le nouveau projet de loi sur les aliénés est entrée dans cette voie.

Ce n'est guère, en effet, que dans des établissements d'une certaine importance, qu'on pourra réunir un personnel spécial suffisant pour mettre en œuvre le régime pédagogique le mieux approprié à l'intelligence des jeunes idiots, étudier et développer leurs dispositions natives spéciales, et leur apprendre, selon le milieu dans lequel ils sont destinés à vivre, soit des métiers qui n'exigent pas une grande application, soit l'usage des instruments agricoles, à les préparer, en un mot, à gagner leur pain quotidien.

M. Bouchereau voudrait que le personnel de ces établissements fût surtout composé de femmes qu'il considère, et avec raison selon nous, comme supérieures aux hommes pour remplir cette mission, surtout quand il s'agit de très jeunes sujets.

©BIUM

Quant aux enfants arriérés affectés de lésions du système osseux ou musculaire, M. Bouchereau voudrait qu'on utilisât pour eux quelques-uns de nos établissements thermaux pendant la morte-saison. L'idée est excellente, mais serait-elle d'une facile application?

La question soulevée par M. Bernheim est des plus délicates. Par la simple suggestion hypnotique, employée suivant la méthode du docteur Liébault, c'est-à-dire, en suggérant à une personne soumise préalablement au sommeil hypnotique, qu'elle est guérie, il prétend amener progressivement et à bref délai, dans certains cas, la disparition complète des accidents. M. Bernheim nous a cité notamment, un cas de troubles choréiques de l'écriture chez un jeune garçon ; un cas d'hémichorée chez une jeune fille ; enfin une observation de chorée généralisée également chez une jeune fille, appartenant à un atelier où avait régné une épidémie de chorée; lesquels cas ont guéri complètement par l'emploi de la suggestion hypnotique.

Répondant à des observations qui lui avaient été présentées par MM. Demons et Henrot, M. Bernheim n'a point hésité à affirmer que la contracture hystérique, et même certaines contractions organiques récentes pouvaient être guéries par la suggestion hypnotique. Il a même ajouté qu'il ne serait pas éloigné de croire que l'action des aimants, dans certains cas d'hémichorée, est due simplement à la suggestion, que l'on peut pratiquer d'ailleurs à l'état de veille.

Je doute que M. Bernheim ait porté la conviction dans l'esprit de tous ses auditeurs.

M. Voisin ne se contente pas comme M. Bernheim d'employer la suggestion hypnotique, pour guérir de simples troubles choréiques; il n'hésite pas à la conseiller dans le traitement de l'aliénation mentale.

Chez une hystérique très pervertie notamment, après

©BIUM

plusieurs séances d'hypnotisation, notre savant confrère est parvenu à faire cesser les hallucinations et l'agitation. Il lui procurait un sommeil aussi prolongé qu'il le voulait en lui suggérant, pendant qu'elle était sous l'influence de l'hypnostisme, de ne se réveiller qu'à telle heure.

M. Voisin se sert de préférence pour hypnotiser ses malades, d'une petite lampe à magnésium projetant un très vif rayon de lumière sur les yeux du sujet. Il a réussi par ce moyen à calmer et à endormir en une minute les malades les plus agitées, à modifier l'état moral et le caractère de quelques autres, et à leur donner des habitudes d'ordre et de bonne tenue.

M. Bernheim a obtenu quelques succès par la suggestion hypnotique, mais uniquement chez des hystériques ; il a toujours échoué sur les aliénés.

MM. Régis et Doutrebente n'ont pas été plus heureux. M. Doutrebente s'est demandé même s'il n'y avait pas un certain danger à recourir à l'hypnotisation, et surtout à provoquer le dédoublement de la personnalité chez des malades dont le cerveau n'est encore que faiblement atteint.

Nous croyons, en effet, sans repousser l'emploi de l'hypnotisation chez les aliénés, qu'il faut tout au moins n'y avoir recours qu'avec beaucoup de prudence et de discrétion. Nous nous rappelerons toujours l'histoire d'une pauvre fille que nous avons eu à traiter à l'asile de Niort en 1851, et qui était devenue aliénée à la suite de pratiques intempestives de magnétisation. Les observations de cette nature ne sont pas rares. Qui de nous, par exemple, n'a eu à traiter quelques victimes du spiritisme ? Je sais bien que les faits de cette nature s'observent surtout chez des héréditaires et des personnes dont le cerveau est déjà mal équilibré : mais ce n'en est pas moins à cette cause déterminante qu'il y a lieu d'attribuer l'explosion du délire.

M. le Dr Régis, ancien chef de clinique de M. le profes-

©BIUM

seur Ball, a repris au Congrès de Blois, mais sous une forme différente, la question traitée par son maître à Copenhague. Voici la thèse qu'il a défendue, thèse qui a été soutenue, en 1870, par M. Doutrebente (1), et qui a toujours été la nôtre, sauf, peut-être, en quelques points. L'opinion de M. Régis s'appuie sur le dépouillement de 318 observations qu'il a recueillies à Sainte-Anne.

L'hérédité dans la paralysie générale n'est pas l'hérédité vésanique telle qu'on l'observe chez les aliénés proprement dits, mais l'hérédité des tendances congestives, c'est-à-dire l'hérédité cérébrale.

Cette immunité par rapport aux vésanies se retrouve chez les descendants des paralytiques généraux : ils sont en général normalement organisés, ou se font remarquer par une intelligence supérieure à la moyenne.

La paralysie générale et la folie ne sont pas, comme l'a dit Marcé, deux rameaux d'une même famille : elles sont incapables de s'engendrer réciproquement.

Le médecin est donc en droit, quand il est consulté sur l'avenir problable de l'enfant d'un paralytique général, de répondre que cet enfant n'est nullement prédisposé à la folie; mais qu'il y a lieu de redouter plus particulièrement chez lui les affections organiques de l'encéphale, c'est-à-dire, dans le bas âge, les accidents cérébraux infantiles et plus tard, les paralysies cérébrales et la méningo-encéphatile diffuse.

L. L.

---

(1) *Recherches sur la paralysie générale progressive* (Historique, pathogénie, traitement, terminaison); Paris, 1870.

©BIUM

Pathologie

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES COMPLICATIONS VISCÉRALES DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. Albert CARRIER
Médecin des hôpitaux de Lyon.

De toutes les maladies des centres nerveux la paralysie générale est l'entité morbide qui est peut-être la mieux définie. Les nombreux travaux, dont elle a été l'objet, paraissent en avoir nettement déterminé la nature et la symptomatologie. On admet, en effet généralement aujourd'hui, que cette affection se caractérise anatomiquement par une inflammation interstitielle chronique, plus particulièrement localisée dans la couche corticale des hémisphères, mais pouvant aussi envahir toutes les parties du système cérébro-spinal ou même ganglionnaire. On s'accorde aussi à dire qu'en rapport avec ces lésions multiples et variables de siège et d'étendue, elle se manifeste par un ensemble de symptômes dont quelques-uns sont pathognomoniques, par leur constance et leur invariabilité, tandis que les autres, variés et inconstants, donnent lieu par là aux diverses formes cliniques que l'on a successivement décrites. Quelle que soit la forme qu'elle revête, cette redoutable maladie a une marche progressive qui

©BIUM

peut être interrompue par des rémissions d'une plus ou moins longue durée, mais qui, en définitive, aboutit fatalement à l'abolition successive et graduelle des fonctions du système nerveux tout entier.

Dans le cours de son évolution plus ou moins rapide, la paralysie générale peut présenter des complications diverses. Celles que l'on a surtout décrites jusqu'à ce jour sont relatives à des troubles morbides dépendant des centres nerveux ; ce sont les attaques apoplectiformes, tétaniformes, hystériformes. Les uns les attribuent à des phénomènes congestifs du côté de l'encéphale, d'autres à la localisation des lésions dans certaines régions de l'écorce, mais tous les observateurs les ont vues et étudiées.

Il n'en est pas de même des complications qui ont pour siège d'autres organes que les centres nerveux, tels que les viscères thoraciques et abdominaux; celles-là paraissent avoir passé inaperçues jusqu'à présent, et c'est à peine si, dans la bibliographie déjà si longue de la paralysie générale, on les trouve seulement signalées.

Certains des désordres que l'on peut observer dans les viscères, bien que secondaires, me paraissent cependant d'une assez grande importance pour mériter l'attention. Comme on va pouvoir en juger par l'observation des deux malades que je vais rapporter et chez lesquels les complications intéressaient les poumons et les reins, ces troubles morbides ont été assez considérables et se sont montrés assez tôt dans l'évolution de la maladie pour justifier le nom de complications que je leur ai donné. Ils m'ont semblé manifestement dépendre de l'affection principale, ou du moins se prêter facilement à une interprétation pathogénique qui les y rattache. Ils ont modifié profondément la physionomie générale de la maladie, au point de faire croire à l'éclosion d'une maladie intercurrente, et ils en ont certainement précipité le dénouement. Enfin, chez mes deux malades, ces phénomènes pathologiques coexistaient avec

©BIUM

des manifestations délirantes d'ordre mélancolique ; or, il ne me semble pas qu'il s'agisse là d'une simple coïncidence, et que cette circonstance peut donner lieu à une appréciation physiologique nouvelle touchant les localisations psychiques.

Tels sont les différents points sur lesquels je désire attirer l'attention dans ce travail. Voici d'abord les observations qui lui servent de base.

Observation I.

Paralysie générale à forme dépressive. — Délire mélancolique, hallucinations multiples, idées d'indignité, idées de persécutions, idées démoniaques, panophobie, impulsions au suicide. — Affaiblissement intellectuel très marqué. — Troubles caractéristiques de la motilité. — Phénomènes congestifs dans les poumons et les reins. — Polyurie. — Sitiophobie. — Dénutrition rapide. — Mort. — Durée de la maladie : quatre mois.

Francisque V..., âgé de trente-neuf ans, veloutier, entre le 6 juillet 1880, à l'asile de Bron, service de la clinique.

On ne relève pas dans ses antécédents héréditaires de circonstances bien importantes. Son père est mort à soixante-quatre ans d'un catarrhe; sa mère à soixante-six ans, d'une fluxion de poitrine; il a un frère bien portant. Une de ses tantes, du côté paternel, était considérée comme aliénée, bien que, cependant, elle n'eût jamais été admise dans un asile.

Lui-même n'a jamais souffert de maladie sérieuse autre que l'affection chirurgicale que nous aurons à signaler tout à l'heure. Jamais d'hémoptysies, pas d'alcoolisme ni de syphilis. Il a toujours été d'une grande timidité : on rapporte que c'est à peine s'il pouvait supporter le regard de quelqu'un, et vis-à-vis de ses parents il manifestait de la crainte. Dans sa jeunesse il se livrait à la masturbation et il ne paraît pas avoir entièrement perdu cette habitude à un âge plus avancé.

©BIUM

Il y a environ un an et demi, sans cause appréciable, son poignet gauche se tuméfia. Les mouvements et la pression étaient douloureux. La tuméfaction envahit peu à peu la région du carpe, du métacarpe et la partie inférieure de l'avant-pras. Le malade perdit graduellement les mouvements du poignet et des doigts. Plusieurs abcès s'ouvrirent, et il entra le 4 avril 1880, à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Ollier. Le 23 du même mois, on lui pratiquait la résection de son articulation malade (1). A cette époque son état général était satisfaisant, bien que l'on eût soupçonné que son affection articulaire fût de nature tuberculeuse.

Ce fut peu de jours après cette opération, c'est-à-dire au mois de mai 1880, que les premiers symptômes de sa maladie mentale apparurent.

Val... commence à être tourmenté par des bruits étranges, qui, vu son caractère pusillanime, ne tardent pas à le terrifier. Ce sont des miaulements, des tintements de cloches, des bruits sourds et soufflants, comme ceux que produiraient des fusées. Peu à peu ces hallucinations de l'ouïe deviennent incessantes et ne le quittent ni jour ni nuit. Il n'eut jamais d'hallucinations de la vue, mais il en eut plutôt du goût et de l'odorat ; il trouvait une odeur et une saveur étranges à certains aliments. Ces hallucinations déterminèrent alors chez lui des idées de persécutions ; il en vint à attribuer à des ennemis acharnés à sa perte tous les tourments qu'il subissait. A certains moments il en accusait le diable pour lequel il professait la plus sainte horreur.

Loin de réagir contre ces idées délirantes qui l'obsédaient, et de chercher à lutter contre ses ennemis imaginai-

(1) Cette observation a été publiée au point de vue chirurgical dans la thèse de M. Métral : (*De la résection sous-périostée du poignet.* Thèse de Lyon, 1882, obs. VIII, p. 92.)

©BIUM

res, son naturel faible et timide contribua sans doute à leur donner plus d'empire sur lui et, réduit au désespoir, il eut des idées de suicide qu'il tenta plusieurs fois de mettre à exécution. Tout récemment, il s'était précipité dans le Rhône; on put heureusement l'en retirer, et c'est à la suite de cette dernière tentative qu'il est entré à l'asile où nous le trouvons dans l'état suivant :

Val... est un homme d'une taille moyenne, la figure large, les cheveux et la barbe blonde, montrant les attributs d'une constitution lymphatique. Avec assez d'embonpoint, il ne présente dans son habitus extérieur aucune attitude qui décèle une déformation quelconque du squelette. Sa tête est symétrique. Son poignet gauche porte les traces de l'opération récente qu'il a subie, la plaie n'est pas encore fermée.

Sa physionomie reflète l'objet de ses préoccupations délirantes, il a l'air anxieux et effrayé. Il répond avec peine aux questions qu'on lui adresse, et s'interrompt souvent pour dire qu'il est un misérable et qu'il mérite tous les châtiments. Il ne se souvient plus des circonstances qui l'ont amené à l'asile ; il parle cependant de l'opération qu'on lui a faite, mais il ne sait pourquoi. A cet affaiblissement prononcé de la mémoire se joignent des conceptions délirantes qui sont toutes de nature triste, mais qui varient beaucoup dans leur objet. Ce sont tantôt les idées d'indignité qui dominent, tantôt ce sont des idées de persécutions, des ennemis le poursuivent, on veut le faire mourir, tantôt c'est le diable qui s'est incarné en lui et le rend si misérable; on doit prochainement l'exécuter. Toutes ces conceptions délirantes lypémaniaques, bien que dominant ses manifestations intellectuelles, n'ont pas la fixité, la précision et la logique qu'on a coutume de rencontrer chez les délirants partiels. A certains moments il devient incohérent et laisse percevoir quelques idées de satisfaction. A d'autres, il est pris de véritables crises

©BIUM

d'anxiété qui paraissent se lier à des hallucinations de l'ouïe. Le sens émotif paraît notablement exagéré chez lui: en lui parlant de sa mère qu'il a perdue depuis longtemps, il éclate en sanglots, il ne peut cependant pas dire ce qu'elle est devenue.

Cet état mental coexiste avec divers troubles somatiques qui éveillent particulièrement notre attention.

La démarche est assez assurée, l'équilibration conservée; cependant on le voit élargir instinctivement sa base de sustentation et, par intervalles, montrer quelque hésitation dans les mouvements. En le faisant tenir sur la jambe gauche, qui paraît un peu plus faible que la droite, on détermine la production d'un tremblement qui se généralise promptement à tout le corps. Les membres supérieurs ne présentent pas de troubles moteurs bien accentués, la force musculaire paraît y être assez bien conservée, et ce n'est qu'à certains moments que l'on perçoit un léger tremblement des doigts. Pendant que nous l'interrogeons, nous surprenons à diverses reprises de l'embarras de la parole, et des tremblements fibrillaires dans les muscles de la face, des lèvres et de la langue. Les pupilles sont inégales, la pupille gauche étant notablement plus dilatée que la droite.

Rien à noter du côté de la sensibilité générale qui paraît intacte. Il en est de même de la sensibilité spéciale, sauf un léger amoindrissement de l'acuité visuelle du côté gauche.

L'état général paraît satisfaisant, toutes les fonctions semblent normalement s'accomplir. Pas de constipation. On ne trouve, en particulier, aucun trouble à noter ni du côté du cœur, ni du côté de l'appareil respiratoire que l'on a soigneusement examiné. La température est normale et le pouls bat 86 pulsations à la minute.

8 *juillet*. — La nuit précédente, Val... a été très agité. Il croyait qu'on voulait le tuer, le torturer. Sous l'in-

©BIUM

fluence de son délire, il a brisé les vitres pour s'ouvrir une issue et s'enfuir, puis il s'est armé des objets qu'il a pu saisir et a cherché à en frapper les gardiens qui accouraient, attirés par le bruit, et qu'il prenait pour des assassins. Nous le trouvons ce matin moins excité, mais anxieux et se désespérant. Dans la journée, on a quelque peine à lui faire prendre de la nourriture. Avec un fragment de verre il se fait une petite plaie au pli du coude, prétendant qu'il veut se saigner. Langue saburrale, on prescrit une purgation. Le soir la température rectale s'élève à 39°.

9 *juillet*. — Nuit plus calme, mais presque sans sommeil malgré l'administration du chloral. Prévoyant qu'il chercherait encore à se suicider, le gardien lui met, ce matin, la camisole et l'attache à un banc; mais il rompt ses liens, monte au dortoir et se précipite sur le toit d'une galerie d'où il tombe dans le préau, heureusement sans se faire de mal. Le soir, T. R. 38°, 8.

12 *juillet*. — Ce matin, Val... présente un délire panophobique; il s'agite violemment en gémissant, en poussant des cris d'angoisse, et en manifestant une grande frayeur. Continuellement il sent des odeurs de soufre exhalées de l'enfer. Il éprouve des secousses qui lui sont imprimées par le diable, il s'attend à être supplicié, et se déclare prêt à subir toutes les tortures pour expier ses mauvaises actions et éviter la damnation éternelle.

La figure est cyanosée et couverte de sueur; il présente en outre une dyspnée considérable (52 respirations par minute). L'auscultation du cœur fait reconnaître des battements précipités et un dédoublement du second bruit à la pointe.

Aux poumons, bien que l'auscultation soit rendue difficile par l'état d'agitation du malade, nous constatons une *submatité aux deux bases remontant jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate*, plus prononcée à gauche avec un *peu d'exagération des vibrations thoraciques*. Dans

©BIUM

la même étendue, nous entendons très nettement *une respiration soufflante* accompagnée de quelques *râles humides* et *d'un peu de pectoriloquie* qui persiste lorsqu'il parle à voix base. Pas de toux, ni d'expectoration. La température était, hier soir, de 38° et ce matin, *après avoir constaté l'état des organes respiratoires, elle est de* 37°, 7, le soir, elle remonte à 38°, 2.

Le volume de l'urine, émise dans les dernières 24 heures, est exactement *de* 3 *litres* 125. Cette urine a l'odeur habituelle ; elle est d'une couleur ambrée, d'une transparence complète, troublée seulement à la partie inférieure du vase par quelques flocons de mucus. Réaction neutre. Densité 1010 ; elle ne contient ni albumine, ni sucre, et offre une proportion de matières extractives moindre que la normale.

16 *juillet.* — Même état mental, avec cependant un peu moins d'agitation. Cette nuit, il a vu le gardien chef qui, armé d'un bâton, s'apprêtait à le frapper. Les troubles respiratoires se sont amendés peu à peu en présentant par intervalles des paroxysmes. Les signes stéthoscopiques ont toujours été ceux que nous avons signalés, mais ils se sont amoindris; on ne les perçoit plus que tout à fait à la base et plus particulièrement à gauche, dans les paroxysmes ils augmentaient notablement d'intensité. Pendant ces cinq derniers jours, la température s'est peu élevée au-dessus de la normale, et n'a pas dépassé 38°, 5, le soir. L'urine a toujours été abondante, mais il a été impossible de la recueillir intégralement, elle a certainement dépassé la quantité de deux litres par 24 heures, et a présenté les mêmes caractères à l'analyse, sauf une densité un peu plus élevée. Le traitement a consisté en digitale, lait, ventouses sèches.

20 *juillet.* — On constate encore un peu de pectoriloquie et de retentissement de la voix au niveau de la base gauche.

©BIUM

23 *juillet*. — Tous les phénomènes sthéthoscopiques ont à peu près disparu. L'urine est aussi moins abondante, mais l'état général devient mauvais ; l'alimentation est de plus en plus difficile, le malade maigrit, il a une véritable horreur des aliments. L'incoordination des mouvements devient plus manifeste, il peut à peine se tenir debout. La température tend à s'abaisser. Il devient gâteux, et la sensibilité générale semble s'altérer. Les troubles intellectuels revêtent encore la même forme, toutes les conceptions offrent de l'anxiété, de la terreur, mais elles sont plus incohérentes et plus mobiles. L'agitation est moins vive, la démence manifeste.

5 *août*. — On a été obligé de recourir à la sonde œsophagienne pour l'alimenter, mais l'alimentation est évidemment insuffisante. L'amaigrissement s'accentue de plus en plus, et malgré les analeptiques et les toniques les plus puissants, on ne parvient pas à lutter contre un dépérissement qui fait de très rapides progrès. L'état intellectuel revêt de plus en plus les caractères de la démence, et ce n'est que par intervalles qu'on peut percevoir encore quelques idées d'indignité ou de persécution qui, du reste, deviennent de plus en plus vagues et incohérentes. A plusieurs reprises, il a présenté des accès de dyspnée coexistant avec des signes stéthoscopiques analogues à ceux que nous avons décrits, le séjour au lit paraît en augmenter la fréquence. Le gâtisme ne permet plus de se rendre compte de la quantité d'urine émise.

15 *août*. — Des escharres apparaissent, ainsi qu'un peu de diarrhée, le malade n'est plus que l'ombre de ce qu'il était. Le marasme devient complet et il meurt le 22 août.

Nous avons eu le regret de ne pouvoir faire l'autopsie ; cette circonstance enlève certainement de l'intérêt à cette observation, cependant je crois que, malgré cette lacune, elle mérite l'attention que je lui ai donnée.

©BIUM

Le diagnostic ne me paraît pas contestable. Bien que dans ce cas la paralysie générale se soit présentée sous une forme insolite, ses principaux caractères pathognomoniques y sont représentés : en premier lieu, par les troubles moteurs très évidents des muscles de la face, de la langue, des membres, par l'inégalité pupillaire et l'affaiblissement musculaire général progressif ; en second lieu, par l'affaiblissement intellectuel qui, bien que voilé d'abord par des conceptions délirantes d'une fixité inaccoutumée, est devenu remarquablement manifeste plus tard. Quant à la forme du délire, tout le monde admet aujourd'hui que toutes les formes de délire peuvent s'observer dans le cours de la paralysie générale, et je ne sache pas que M. Baillarger, en attribuant au délire hypocondriaque une importance très justifiée dans les rapports qu'il peut affecter avec cette redoutable affection, ait jamais voulu dire qu'il fût la seule forme de délire mélancolique qui puisse coexister avec elle. Mais, même dans les conceptions délirantes que ce malade a manifestées, je trouve une absence de conviction, une mobilité particulière, qui lui fait émettre tantôt des idées d'indignité, tantôt des idées de persécutions, tantôt des idées démoniaques, mobilité qui ne se rencontre pas chez les délirants chroniques, et appartient bien plutôt à l'inconséquence et à l'absence absolue de logique des paralysés généraux.

Un seul fait resté constant chez lui, c'est, avec l'affaiblissement intellectuel, le sentiment général de tristesse, l'angoisse mélancolique, trouble plutôt moral qu'intellectuel, véritable terrain morbide particulier sur lequel ont pu se greffer des idées délirantes très diverses.

L'absence de fièvre et les symptômes objectifs, que ce malade a présentés du côté de l'appareil respiratoire, m'ont fait attribuer les désordres observés à de la congestion pulmonaire. C'est à des troubles vaso-moteurs de même nature dans les reins que vraisemblablement était

©BIUM

due la polyurie considérable que l'on a constaté. De même aussi le mauvais état de la nutrition générale, qui s'est traduit chez ce malade par la répulsion invincible pour toute nourriture et le dépérissement si rapide qu'il nous a montré, dépendait d'altérations morbides dans la sphère du grand sympathique. Telle a été du moins l'appréciation que j'ai crue la mieux fondée, mais que cependant je regrette de n'avoir pu corroborer par l'examen nécropsique.

Quoi qu'il en soit, ces phénomènes ont imprimé à la maladie une physionomie spéciale et ont certainement contribué à en accélérer l'évolution, qui s'est faite en *quatre mois* seulement.

Observation II.

Paralysie générale à forme dépressive. — Délire hypocondriaque spécial. — Délire micromaniaque, panophobie, démence. — Troubles caractéristiques de la motilité. — Phénomènes congestifs dans les poumons et les reins. Polyurie. — Sitiophobie. — Mort. — Autopsie.

Emile Lèf..., âgé de quarante-quatre ans, journalier, entre le 15 mai 1880 à l'asile de Bron, service de la clinique.

Nous n'avons malheureusement pu recueillir aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires ou personnels. Nous savons seulement qu'il sort de l'Hôtel-Dieu, où il n'est resté que quelques jours.

Ce malade se présente la langue projetée hors de la bouche, les muscles sus-hyoïdiens sont le siège de contractions revenant par accès. Pendant ces accès, le malade paraît asphyxié, il devient livide. En même temps il crachote, ses yeux sont hagards, il pousse des plaintes inarticulées et porte les mains à son cou, comme pour se débarrasser d'un lien qui l'étrangle. Les membres inférieurs sont contracturés; à ce moment il a tout à fait l'aspect d'un homme atteint d'hydrophobie, d'autant plus

©BIUM

qu'au moment des crises, tout mouvement, toute excitation redouble les spasmes. Au bout d'un certain temps cet état spasmodique cesse et le malade peut parler.

On constate alors l'état intellectuel suivant :

C'est un état de délire hypocondriaque très intense; il montre les différentes parties de son corps et explique qu'elles sont malades, raccourcies, gâtées, qu'elles ne valent plus rien; son gosier, ses intestins sont bouchés, il tire sans cesse la langue en disant qu'elle est pourrie. Il se lamente, se voit perdu et s'attend, d'un moment à l'autre, à rendre le dernier soupir. Impossible de le faire sortir du cercle de ces conceptions délirantes mélancoliques, qui sont à la fois absurdes, incohérentes et contradictoires. A toutes les questions, il répond dans le même sens et paraît tourmenté par des hallucinations internes.

La parole est scandée, hésitante, bredouillée, la pupille gauche est plus large que la droite, et l'on voit des contractions fibrillaires dans la face, les lèvres et la langue. Léger tremblement aux extrémités des doigts. La marche paraît impossible, mais il faut tenir compte de ce fait que le malade se jette volontairement à terre, persuadé qu'il est de ne pouvoir marcher. Pour le même motif on ne peut juger si l'équilibration est conservée.

Absorbé par son délire et convaincu que sa peau est morte, le malade supporte, sans paraître s'en apercevoir, les piqûres faites pour explorer sa sensibilité. On ne peut se rendre compte non plus de l'état de la sensibilité spéciale.

Lef... est de taille moyenne, il est très amaigri, on ne constate rien d'anormal dans les organes de la respiration, ni de la circulation, ni génito-urinaires. On a de la peine à lui faire prendre quelque nourriture. Enduit saburral sur la langue. Pouls à 88. Température normale.

17 *mai*. — On a toujours de la difficulté à l'alimenter, cependant on y parvient encore sans avoir recours à la

©BIUM

sonde œsophagienne. Il n'a pas eu de selles depuis son entrée, malgré l'administration de pilules d'Anderson. Il paraît toujours effrayé de son état et traduit les mêmes conceptions délirantes; mais son délire est un peu moins actif. Il a constamment la langue hors de la bouche, et on constate, au niveau du frein de la langue, une ulcération qui résulte du frottement de cette partie contre les incisives. On ne peut obtenir de lui que des réponses incohérentes. Pas de fièvre.

24 mai. — Même état. On a obtenu une selle abondante à l'aide d'une goutte d'huile de croton tiglium. T. R. m. 37° — s. 37°, 1.

25 *mai*. — État général mauvais, émaciation croissante: le malade est très agité, il ne cesse de crier qu'il est perdu, qu'il n'a plus de jambes, que son ventre remonte vers sa tête. Des illusions de la vue lui font voir tous les objets et les personnes qui l'entourent, plus petits, il se sent lui-même rapetissé, il voit les gens non seulement plus petits, mais encore difformes et malades, il se lamente sur leurs souffrances et sur les siennes. Il veut toujours se jeter à terre, on est obligé de le contenir. Il est de plus en plus difficile de le faire manger.

26 *mai*. — L'agitation est moindre, le matin la température rectale est de 37°, 5, le soir elle s'élève à 38°, 5. On a réussi à lui faire prendre un potage.

27 *mai*. — Agitation violente pendant toute la nuit, il n'a pas fermé les yeux. Même état de la température.

31 *mai*. — Pendant les jours précédents, l'état intellectuel est resté le même avec un peu moins d'agitation. On l'a nourri avec quelques potages mais très difficilement, il est toujours constipé. Ce matin l'excitation est plus marquée. Il se désespère et paraît redouter les plus grands malheurs. Eau-de-vie allemande. Extrait de quinquina depuis son entrée. T. R. 37°, 6.

1er *juin*. — L'excitation est moindre, mais l'état général

©BIUM

s'aggrave, l'amaigrissement fait de rapides progrès. Ne pouvant plus rien lui faire prendre, on a recours à la sonde œsophagienne, par laquelle on lui fait ingérer du lait, des œufs et du bouillon de viande avec du vin de Bordeaux. La température s'abaisse à 36°, 7.

2 *juin.* — Le malade ne tousse pas, cependant on remarque un peu de *dyspnée*. L'examen de la poitrine fait reconnaître *de la submatité avec exagération des vibrations thoraciques dans le tiers supérieur du poumon gauche.* A ce niveau, on entend *une respiration soufflante* et des *bouffées de râles humides*, surtout le long du bord spinal de l'omoplate avec un peu de *pectoriloquie*. Pas de crachats. Pas de fièvre.

Depuis hier soir, le malade n'a pas uriné, on constate que la vessie forme une tumeur volumineuse, le cathétérisme donne issue à environ *trois litres* d'une urine un peu forte en couleur, densité 1015, sans albumine, ni sucre.

3 *juin.* — Depuis deux jours le malade garde le lit, on constate les mêmes symptômes que la veille, mais moins accentués. Par deux cathétérismes, on a obtenu 2 lit. 600. d'urine offrant les mêmes caractères. T. R. 37°, 8.

4 *juin.* — Ce matin les signes stéthoscopiques ont changé de siège; à gauche la respiration est redevenue à peu près normale, mais, à droite, on entend des râles humides dans une grande étendue, et dans la moitié inférieure du souffle et des râles crépitants, avec submatité et exagération des vibrations thoraciques très manifestes. On l'alimente toujours à la sonde, mais l'état général s'aggrave de plus en plus; mêmes idées délirantes sans excitation. Les deux cathétérismes ont donné 2 lit. 700. T. R. 36°, 7.

5 *juin.* — La température s'est abaissée ce matin à 35°, 6, le soir elle s'élève encore à 37°: les deux cathétérismes ont donné 2 lit. 500, et, entre les deux, le malade a mouillé son lit. L'urine a toujours les mêmes caractères. Mêmes signes stéthoscopiques.

©BIUM

6 *juin.* — Il meurt à sept heures du matin.

7 *juin.* — *Autopsie.* — *Vingt-quatre heures après la mort.* — Cadavre très amaigri sans escharres ni plaies d'aucune sorte.

Tête. — Pas de déformation du crâne ni de la face. Rien de particulier au péricrâne, ni aux os. Pas d'adhérences de la dure-mère ni au crâne, ni aux membranes sous-jacentes. A l'ouverture de la dure-mère, il s'écoule une quantité considérable de sérosité, le cerveau paraît loin de remplir la cavité que cette membrane circonscrit. Pas de fausses membranes, ni d'épaississements, les sinus sont gorgés de sang noir et ne sont le siège d'aucune oblitération.

Poids de l'encéphale.

Hémisphère gauche.	535 gr.	cerveau 1 067 gr.
Hémisphère droit.	532 gr.	
Cervelet et isthme de l'encéphale.		162 gr.
Total.		1 229 gr.

Le cerveau est petit, les circonvolutions sensiblement atrophiées. Aspect louche des membranes, qui sont soulevées, au niveau de certains sillons, par une sérosité opalescente. Sur le lobe frontal gauche, cette sérosité est spumeuse en plusieurs points. Les méninges sont épaissies, cet épaississement forme le long des vaisseaux des traînées blanchâtres très apparentes. En arrière et surtout sur l'hémisphère droit, on remarque de nombreuses extravasations sanguines autour des vaisseaux, et des taches rouges imprégnant la substance corticale. Les vaisseaux de la base ne portent pas trace d'athérome, il en est de même des sylviennes et des cérébrales antérieures. Ces vaisseaux ne sont pas dilatés outre mesure, ils sont remplis d'nn sang noir, les veines à la surface des circonvolutions sont également gorgées. On ne trouve d'oblitération

©BIUM

vasculaire en aucun point. Aspect normal de tous les nerfs crâniens.

Les ventricules sont remplis d'une sérosité abondante, état granuleux des plexus choroïdes, pas de granulations épendymaires en aucun point des ventricules dont les parois paraissent saines. Le bulbe et le 4e ventricule sont plus pâles, mais il ne paraissent pas autrement altérés.

Les méninges sont très adhérentes à la substance corticale sur toute l'étendue des lobes frontaux, sur les circonvolutions ascendantes et, à la base, sur les lobes temporo-sphénoïdaux dans le voisinage de la scissure de Sylvius. Ces adhérences sont moins étendues sur les lobes pariétaux et occipitaux.

En cherchant à enlever les méninges dans ces différents points, on entraîne par places des portions de la substance corticale qui paraît manifestement alterée, surtout au niveau de la 3e frontale gauche. La substance grise est de couleur jaunâtre et d'un aspect lardacé.

Quelques préparations microscopiques de cette substance, faites à l'état frais, nous montrent, entre autres particularités, un aspect fibrillaire de la névroglie, une accumulation considérable de myélocites autour des vaisseaux et des granulations pigmentaires dans leurs gaines, enfin des cellules nerveuses déformées et en voie de régression graisseuse.

La moelle, comme le bulbe, ne présente aucune altération appréciable à l'œil nu, mais l'examen microscopique n'en a pas été fait.

Thorax. — *Le cœur* est peu volumineux, il pèse 270 gr., son tissu est congestionné, les valvules sont saines; on remarque quelques plaques athéromateuses au-dessus des valvules sigmoïdes et à la crosse de l'aorte.

Les poumons sont dans l'état suivant : *Le poumon droit* pèse 815 gr., *il est d'un rouge foncé, la congestion y est très intense dans toute son étendue.* On croirait, au premier

©BIUM

abord, à une véritable hépatisation. Sur la coupe, écoulement d'un liquide sanguin noirâtre et spumeux, des fragments de ce poumon mis dans l'eau ne se maintiennent pas à la surface, mais, après un lavage de quelques instants avec expression, ils reprennent à peu près la couleur normale et surnagent à la surface du liquide.

Le poumon gauche pèse 680 gr. ; il n'est congestionné que dans son lobe supérieur, mais beaucoup moins que le droit. Dans les deux poumons, nous ne trouvons aucune trace de tubercules, ni d'autres lésions. Les plèvres ne contenaient que fort peu de sérosité et présentaient seulement quelques adhérences anciennes, en arrière et à gauche, dans une très petite étendue.

Abdomen. — Le foie est congestionné, de couleur lie de vin, et ne présente pas d'autres altérations, il pèse 1145 grammes.

Des deux reins, le droit pèse 105 gr. et le gauche 115 gr., *tous deux sont le siège d'une congestion intense*, ils sont d'une couleur rouge foncé et ne présentent pas d'autres lésions dans aucune de leurs parties.

Rien à noter dans le tube digestif ni dans les organes génito-urinaires.

Ce malade nous a présenté un type remarquablement complet de la variété mélancolique de la paralysie générale ; aucun symptôme ne lui a manqué qui ne justifie l'exactitude des descriptions qu'on en a faites. Chez lui nous trouvons le délire hypocondriaque caractéristique si bien indiqué par M. Baillarger, le délire micromaniaque que d'autres auteurs ont décrit ; enfin le diagnostic se trouve parfaitement confirmé par l'autopsie.

Je n'insisterai pas sur la comparaison des symptômes qu'il a présentés avec ceux du malade qui fait le sujet de ma première observation, car l'analogie est frappante. Tous deux sont déments mélancoliques, avec les symptô-

©BIUM

mes somatiques évidents de la paralysie générale. Chez tous deux, la maladie évolue avec une effrayante rapidité et aboutit à montrer des phénomènes de dénutrition tout à fait analogues. Or chez l'un et l'autre on remarque des phénomènes viscéraux d'une réelle importance que l'autopsie du dernier démontre devoir être attribués à de la congestion pulmonaire et rénale.

Les tracés thermométriques de mes deux malades montrent les faibles oscillations qu'on a coutume de rencontrer chez les paralytiques. C'est à peine si, une fois chez le premier, la hauteur thermométrique s'élève à 39°. A mesure que la maladie progresse, la température tend visiblement à décroître pour arriver, à la fin, à des défervescences subites et très basses, qui sont les avant-coureurs de la terminaison fatale, comme on le voit bien chez le second. Mais il y a lieu de remarquer que, chez tous deux, la température était autour ou au-dessous de 38°, au moment où ils ont montré les symptômes viscéraux que je signale, ce qui démontre bien qu'ils n'étaient pas de nature inflammatoire.

I

A voir le silence qu'ont observé les auteurs sur cet ordre de symptômes, on pourrait croire que ce sont là des phénomènes exceptionnellement rares, ou qu'ils ont échappé jusqu'ici à l'investigation clinique.

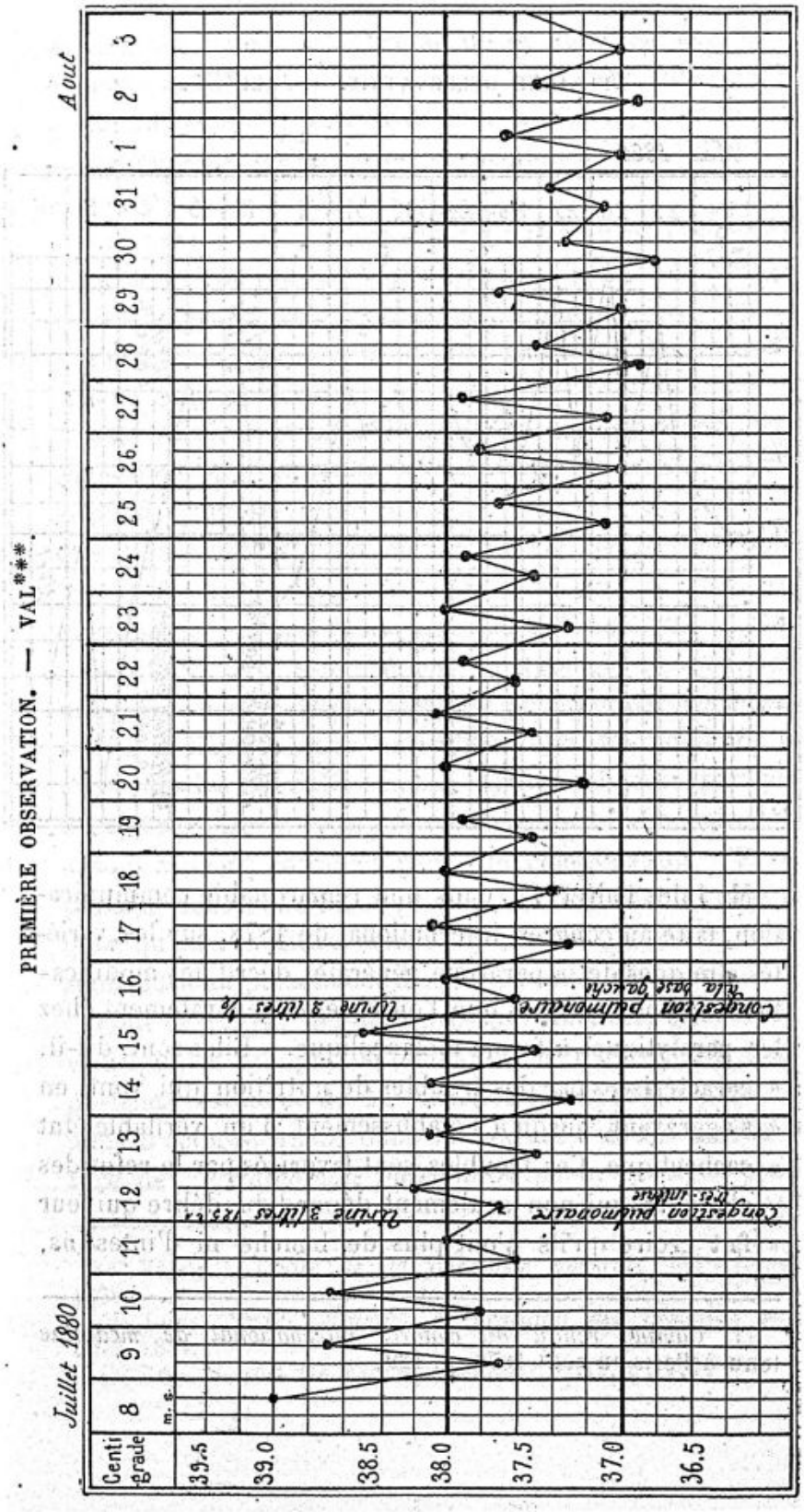
Marcé (1) signale la gravité de la forme mélancolique de la paralysie générale et sa rapide évolution, mais il ne fait aucune allusion aux phénomènes viscéraux que l'on peut y rencontrer. Il en est de même de Griesinger (2), de Morel (3), de Dagonet (4) qui ne les mentionnent nulle part.

---

(1) Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, p. 428.
(2) Griesinger. *Traité des maladies mentales*, trad. de Doumic, 1865.
(3) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860.
(4) Dagonet. *Traité élementaire et pratique des maladies mentales*, 1865.

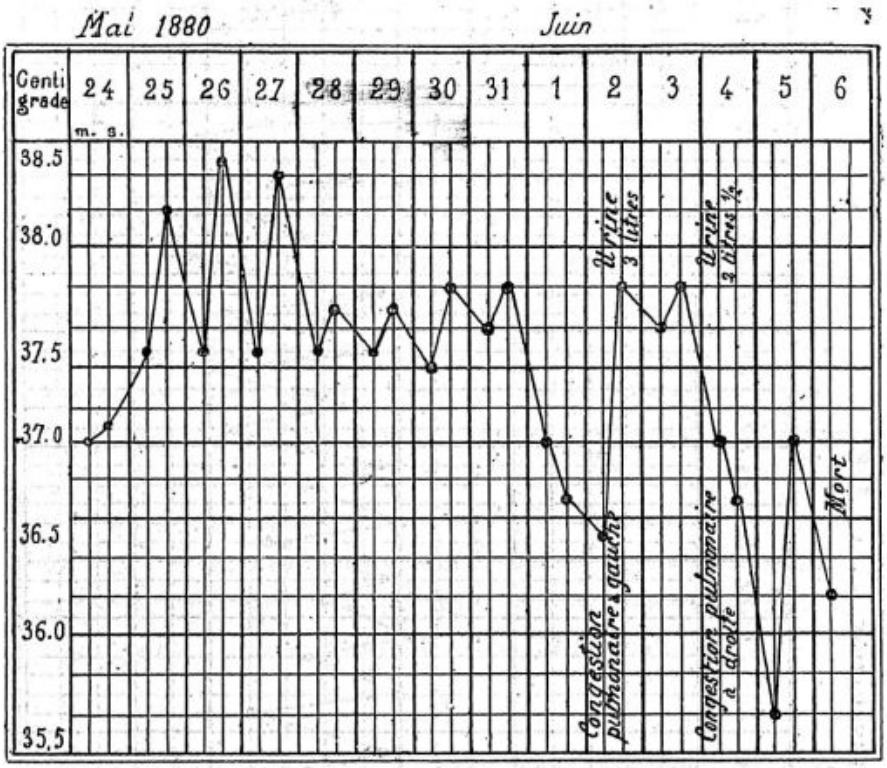
©BIUM

PREMIÈRE OBSERVATION. — VAL***.



©BIUM

DEUXIÈME OBSERVATION. — LEF***.



M. Jules Falret (1), dans une remarquable communication, faite au congrès international de 1878, sur les variétés cliniques de la paralysie générale, décrit les modifications symptomatiques que l'on observe généralement chez les paralytiques à forme mélancolique. « Elles sont, dit-il, « caractérisées par des troubles de nutrition qui vont, en « s'aggravant, jusqu'à l'établissement d'un véritable état « cachectique. Ces troubles sont favorisés par le refus des « aliments, qui non seulement dépend du délire qui leur « fait croire qu'ils n'ont plus de bouche ni d'intestins,

(1) *Compte rendu du congrès international de médecine* tenu à Paris en août 1878, p. 129.

©BIUM

« mais aussi de l'état général de la nutrition qui leur « donne un dégoût absolu pour la nourriture, une répul- « sion invincible et instinctive pour la viande, absolument « comme dans les périodes cachectiques de la diathèse « cancéreuse ou du diabète. »

Il ajoute : « Un fait important à noter : c'est *l'augmen- « tation très grande de la quantité des urines*, une vérita- « ble polyurie, sans sucre, mais souvent avec excès « d'urée ou azoturie. » Mais, il ne parle pas des compli- cations pulmonaires.

MM. Voisin (1) et Luys (2) insistent sur la tendance aux congestions que présentent les paralytiques ; mais, à la des- cription symptomatique qu'ils font de ces complications, on s'aperçoit qu'ils n'ont en vue que les congestions dont les centres nerveux peuvent être le siège, il n'est pas question des organes thoraciques ou abdominaux.

M. Bra (3) dans son manuel de pathologie mentale, ter- mine son chapitre sur la paralysie générale par ces mots : « Il est indispensable de surveiller l'état des poumons et « d'éviter les refroidissements, car les déments paralyti- « ques sont très disposés aux congestions pulmonaires, et « sont souvent entraînés par cette complication. » Et ce- pendant dans l'énumération qu'il fait des troubles organi- ques qu'on rencontre dans le cours de la maladie, il ne signale aucun phénomène dans le poumon ou les reins.

Pour ce qui est des désordres pulmonaires, le seul tra- vail, qui les indique nettement et en fasse ressortir l'im- portance, est celui de M. Crichton-Browne. Il a paru, au mois d'octobre 1883, dans le journal « *Brain* » sous le titre de : « *Pathologie pulmonaire de la paralysie géné-*

(1) Voisin. *Traité de la paralysie générale des aliénés*, 1879.
(2) Luys. *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, 1881.
(3) Bra. *Manuel des maladies mentales*, 1883, p. 201.

©BIUM

rale ». Cet auteur, après avoir constaté, comme je viens de le faire, la pénurie extrême de travaux sur ce sujet, affirme que, de toutes les modifications pathologiques des poumons dans la paralysie générale, la congestion est la plus commune et qu'elle se présente souvent à un degré beaucoup plus grand qu'on a coutume de le voir dans n'importe quelle autre maladie consomptive. Elle s'est montrée d'une étendue marquée dans 49 des 100 cas de paralysie générale qui servent de base à son mémoire, et il ajoute que dans beaucoup d'entre eux, son intensité était telle qu'il était difficile de dire si on n'avait pas affaire à une induration inflammatoire du poumon. Dans 38 de ces 49 cas, la congestion existait dans les deux poumons à la fois, dans 11 cas, elle était limitée au poumon droit et dans 6, au poumon gauche, et soit qu'elle eût envahi un seul ou les deux poumons, elle était invariablement plus intense et plus largement diffusée chez les hommes que chez les femmes.

M. Crichton-Browne fait remarquer en outre que cette congestion est d'un caractère hypostatique, et qu'elle est toujours plus marquée en arrière et dans les lobes inférieurs. Cependant elle n'était pas seulement limitée à cette région dans 25 des 49 cas qu'il a observés et dans lesquels elle s'était étendue au poumon tout entier. Dans 22 cas elle était confinée au lobe inférieur et dans deux seulement, elle occupait aussi le lobe supérieur.

Ces diverses particularités signalées par M. Crichton-Browne, nous les retrouvons chez nos deux malades; cependant, il y a lieu de remarquer que, chez l'un d'entre eux, la congestion occupait le lobe supérieur seulement et dans ce cas l'hypostase ne suffirait pas à l'expliquer.

Quoi qu'il en soit, le nombre de cas relativement considérable, que cet auteur en cite, doit faire présumer qu'il ne s'agit pas là d'un phénomène rare, mais que, s'il en a été si peu question jusqu'à présent, c'est qu'il a passé ina-

©BIUM

perçu chez des malades que l'on néglige généralement d'ausculter.

Quant aux troubles fonctionnels du côté des reins, il est souvent si difficile, dans les conditions où se trouvent les malades, de pouvoir recueillir leur urine, que l'on ne doit pas s'étonner, si la polyurie, dans ces cas, n'a pas été plus souvent constatée. Malgré les recherches nombreuses que j'ai faites à ce sujet, il ne m'a pas été possible de trouver un autre travail que celui de M. Jules Falret dans lequel il en soit fait mention.

Il reste à savoir maintenant comment on peut se rendre compte de la production de ces phénomènes morbides, et c'est là ce que je vais essayer d'élucider.

A mon avis, un affaiblissement de la force musculaire assez considérable pour favoriser l'hypostase, en gênant les mouvements respiratoires, et en empêchant les malades de bouger, ne suffit pas pour l'expliquer. Ce n'est qu'à une période très avancée de la maladie qu'une paralysie aussi générale peut s'observer; et ce n'était certainement pas le cas de notre premier malade qui n'était pas alité et avait encore assez de force pour aller et venir et même s'agiter violemment, lorsqu'il a présenté ces symptômes. Cette raison serait encore plus insuffisante pour expliquer la congestion des reins.

L'hypothèse la plus vraisemblable est de supposer une altération du grand sympathique, qui, comme on le sait, tient sous sa dépendance tous les nerfs vaso-moteurs de l'économie.

Les lésions du système sympathique dans la paralysie générale ne sont pas chose nouvelle; nombre de troubles vaso-moteurs observés dans cette maladie, leur ont déjà été attribués. Les célèbres expériences de Claude Bernard, et, après lui, celles de Brown-Séquard, Donders, Schiff, Marey, ont démontré que la paralysie du grand sympathique entraînait, entre autres conséquences, l'augmentation

©BIUM

de la vascularité de la région où il se distribue; aussi est-ce une paralysie de ce genre que l'on admet dans la production de la rougeur et de la congestion quelquefois considérable des parties extra crâniennes dans la paralysie générale. Ces mêmes expériences ont également montré que la paralysie du grand sympathique amenait dans les glandes une hyperhémie congestive et une hypersécrétion, et c'est à cette même cause que l'on a déjà attribué le ptyalisme, les sueurs profuses, le larmoiement, qui existent parfois chez les paralytiques. Les troubles vaso-moteurs que nous signalons dans les poumons et les reins de nos deux malades nous paraissent avoir la même origine. La paralysie du sympathique s'y traduit : dans les poumons par les phénomènes habituels de la congestion pulmonaire, qui, en ce cas, ne dépendrait donc pas seulement de l'hypostase, et dans les reins par la polyurie considérable que nous avons constatée.

Dans une thèse écrite sous la direction de M. le professeur Lépine, M. Hugonnard (1) démontre par des expériences, que l'énervement des reins par la section des filets nerveux du hile, et celui qui est causé par la section du tronc du splanchnique, produisent tous deux une polyurie très nette et très abondante. Ce travail vient donc à l'appui de notre manière de voir, et nous sommes d'ailleurs d'autant plus disposés à admettre une lésion du grand sympathique comme cause des phénomènes que nous avons observés, que nous n'avons point trouvé, dans le bulbe ou la moelle du sujet dont nous avons fait l'autopsie, d'altération capable de les produire.

(1) Hugonnard. *Contribution expérimentale à l'étude de l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire*. — Thèse de Lyon 1880, p. 39 et 91.

©BIUM

II

Joints aux faits déjà connus, ces troubles vaso-moteurs donnent aux lésions du grand sympathique, dans la paralysie générale, une très grande importance, qui, depuis longtemps du reste a été signalée. MM. Bonnet et Poincaré y ont particulièrement insisté (1).

Pour ces auteurs même, les lésions des ganglions sympathiques constituent l'élément essentiel de la maladie; celles du cerveau ou de la moelle ne seraient plus que des altérations secondaires. Mais, pour que cette doctrine puisse être acceptée, il faudrait établir, comme le fait justement remarquer M. Foville (2), que ces troubles fonctionnels et ces altérations anatomiques des ganglions soient des phénomènes constants dès le début de la maladie, et qu'ils précèdent toujours tous les autres symptômes. Or ce n'est pas ce qu'on observe généralement. Les troubles de l'idéation et ceux de la motilité apparaissent ordinairement les premiers, tout au plus peut-on admettre que, dans certains cas, les troubles du sympathique se montrent en même temps au début. Néanmoins il n'en est pas moins vrai qu'ils existent et que, comme nous l'avons vu précédemment, ils peuvent atteindre un haut degré.

Sans admettre la théorie de MM. Bonnet et Poincaré sur la priorité de ces phénomènes, on doit les considérer comme faisant partie intégrante de la maladie, à titre de phénomènes secondaires ou de complications.

Mais si l'on doit continuer à regarder les lésions de l'en-

(2) Bonnet et Poincaré. *Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale.* — *Annales médico-psychologiques*, IVe série, tome 12, sept. 1868, p. 169.

(1) Foville. *Société médico-psychologique.* — *Annales médico-psychologiques*, IVe série, tome 12, p. 258.

©BIUM

céphale comme primitives, comment expliquer leurs rapports avec les troubles fonctionnels du grand sympathique? Existe-t-il entre les lésions cérébrales et ces phénomènes morbides un rapport de cause à effet? Nous croyons que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas téméraire de le supposer.

De même qu'il existe, dans la couche corticale des hémisphères, des régions dites psycho-motrices et psycho-sensorielles, où sont représentées toutes les parties de l'organisme innervées par le système cérébro-spinal, il peut en exister aussi où sont représentés les organes dont l'innervation dépend du système ganglionnaire et qu'on pourrait appeler *psycho-végétatives*.

A notre connaissance, il n'existe aucun fait, dans la science, qui puisse infirmer cette hypothèse. Certains travaux, au contraire, tiendraient à la faire admettre. On a indiqué l'existence de centres vaso-moteurs dans la moelle. On en a aussi indiqué dans le bulbe et même dans l'encéphale. Schiff a admis des centres vaso-moteurs pour l'abdomen dans les pédoncules cérébraux, la protubérance et les couches optiques. A. Ollivier (1) a vu les lésions de l'isthme de l'encéphale déterminer, chez les lapins, *des congestions du poumon et des reins*. Eulenburg et Landois (2) ont signalé de nouveaux centres vaso-moteurs *dans la couche corticale des hémisphères*, dans les points où l'on place aujourd'hui les centres psycho-moteurs, c'est-à-dire dans des régions qui correspondent chez l'homme aux circonvolutions rolandiques; la destruction de ces centres vaso-moteurs entraînait une plus ou moins grande augmentation de température dans les membres du côté opposé.

---

(1) A. Ollivier. *De la congestion et de l'apoplexie rénale dans leurs rapports avec l'hémorrhagie cérébrale. — Archives générales de médecine*, 1874.

(2) Eulenburg et Landois. *Note sur l'action calorifique de certaines régions du cerveau. — Compte rendu de l'Académie des sciences*, 1876.

©BIUM

Les lésions de la paralysie générale occupent toujours les régions rolandiques, si des centres vaso-moteurs, pour les membres, sont placés dans cette région de l'écorce, on peut légitimement en inférer que les centres vaso-moteurs pour la tête et le cou, le thorax, l'abdomen et les viscères qui y sont contenus, sont dans leur voisinage, et peuvent aussi être envahis par le processus morbide. On conçoit dès lors que ces lésions pourraient donner lieu, par cette localisation, aux pâleurs, aux rougeurs, aux variations locales de température, comme aux congestions internes et aux hypersécrétions que l'on observe dans le cours de cette maladie.

Bien que nous reconnaissions que l'existence dans l'écorce cérébrale, de ces centres vaso-moteurs viscéraux ne soit pas nettement démontrée, il nous semble rationnel de la supposer. Cette hypothèse est aussi celle que propose M. Crichton-Browne. Elle rend mieux compte qu'une lésion des ganglions sympathiques, telle que MM. Bonnet et Poincaré en ont signalé, des phénomènes de dénutrition générale qui s'observent à une période avancée de la paralysie générale. On a peine à concevoir, en effet, que l'altération d'une partie de la chaîne ganglionnaire puisse donner lieu à des phénomènes généralisés à tout l'organisme; ils sont bien mieux expliqués par l'existence de lésions dans la couche corticale où là, dans un espace relativement restreint, se trouvent réunis des éléments représentant toutes les parties de l'économie.

En admettant cette hypothèse, la paralysie générale resterait une affection essentiellement cérébrale et médullaire, une affection centrale par excellence, dont les lésions donneraient lieu à des phénomènes morbides différents, suivant qu'elles intéresseraient plus ou moins les régions motrices, les régions sensorielles ou celles qui sont dévolues à la nutrition générale et comme aux phénomènes intellectuels.

©BIUM

III.

Ces deux derniers ordres de phénomènes physiologiques : les phénomènes de nutrition et les phénomènes intellectuels, ont entre eux de nombreux rapports. Sans vouloir faire ici l'essai d'une nouvelle physiologie pathologique du délire, nous croyons cependant qu'il n'est pas trop osé de prétendre que les troubles de nutrition entrent pour une grande part dans la genèse des troubles de l'intelligence. L'observation de nos deux malades nous en fournit une preuve. En même temps qu'ils nous montraient des altérations considérables dans la sphère du sympathique, qui se traduisaient par les congestions viscérales sur lesquelles nous avons insisté et par des phénomènes de dénutrition rapide, ces malades offraient aussi un délire dépressif. Il nous semble que dans ce fait il y a plus qu'une simple coïncidence.

Dans un ouvrage récent, M. le Dr Mairet attribue à la démence mélancolique des lésions spéciales et caractéristiques. Pour lui, les conceptions délirantes, de nature dépressive, doivent reconnaître pour cause des lésions corticales dans les régions de la base du cerveau. Cette tentative hardie de localisation psychique repose sur des observations suivies d'autopsie, appartenant à des sujets atteints, soit de démence mélancolique, soit de mélancolie vésanique chronique.

Quelque séduisante que soit cette théorie, que M. Mairet soutient, du reste, avec talent, je la crois très discutable. Il me paraît difficile, sinon impossible, de localiser une idée quelle qu'elle soit dans une partie des centres nerveux. Le phénomène de la production des idées est trop subtil et trop variable pour ne pas exclure la précision d'une localisation. Il n'en est peut-être pas de même des états de conscience qui servent aux idées de substrata pour ainsi

©BIUM

dire ou mieux de terrains générateurs. Ceux-là paraissent plus évidemment se lier à l'état physiologique ou pathologique des diverses parties de l'organisme et, par suite, doivent pouvoir se localiser avec elles. N'était-ce pas d'ailleurs la pensée que les premiers localisateurs, tels que Gall, avaient exprimée, en admettant la localisation des sentiments?

Dans le cas qui nous occupe, la genèse des conceptions délirantes de nature dépressive serait due à un état de conscience créé par des troubles de nutrition générale qui, comme nous l'avons vu précédemment, peuvent dépendre de l'altération des centres corticaux du grand sympathique, centres que je proposais d'appeler *psycho-végétatifs*. Si donc les propositions de M. Mairet sont vraies, ce ne seraient pas les conceptions délirantes de nature dépressive elles-mêmes qu'il faudrait localiser dans la couche corticale des hémisphères, mais bien les lésions des centres sympathiques ou psycho-végétatifs déterminant un état de conscience capable de les produire.

Si l'on considère la physiologie générale du système sympathique, on voit qu'il préside au fonctionnement intime de tous les organes, à la nutrition de tous les tissus. Par ce rôle, il contribue à maintenir l'équilibre de toutes les fonctions : qu'il soit irrité, les fonctions présentent une suractivité qui se traduira dans la conscience par un sentiment de bien-être, de puissance, de disposition à l'expansion et à la joie; qu'il soit au contraire altéré, il en résultera une langueur générale, une perturbation plus ou moins profonde dans les fonctions, qui aura pour conséquence de faire naître, dans l'être conscient, un degré plus ou moins considérable, suivant le degré de l'altération, d'un sentiment de malaise, d'inquiétude, d'angoisse, enfin de disposition à la dépression et à la tristesse.

Suivant cette manière de voir, il existerait donc un rapport étroit entre le délire mélancolique, quelle que soit la

©BIUM

forme qu'il revête, et les lésions des centres corticaux sympathiques. Il se peut que ces centres soient situés dans l'écorce de la base du cerveau, et dans les points que M. Mairet a trouvés altérés. On doit donc considérer les observations de cet auteur comme très importantes; mais il est évident que de nouvelles recherches sont nécessaires pour en établir nettement le siège.

L'hypothèse de cette relation entre ces deux ordres de faits est encore favorisée par la présence si fréquente, chez les paralytiques mélancoliques, d'hallucinations viscérales. Ils éprouvent dans les intestins, dans l'estomac, dans la bouche, dans les divers organes de l'économie, des sensations inconscientes qui témoignent de l'état de souffrance dans lequel se trouve tout leur organisme, par suite de l'altération de leur système ganglionnaire.

Chez nos deux malades, il est probable que le grand sympathique se soit trouvé lésé assez profondément, dès le début de leur affection, pour que leur nutrition générale ait été tout d'abord atteinte. C'est ainsi qu'on peut expliquer les phénomènes qu'ils ont présentés et leur succession, c'est-à-dire les phénomènes viscéraux, le dépérissement progressif rapide, aussi bien que leur délire mélancolique. Nous pensons que les lésions étaient corticales, comme on l'observe dans la paralysie générale, et qu'elles siégeaient dans les régions dévolues aux centres sympathiques, en même temps qu'elles envahissaient d'autres parties de l'écorce dont l'altération s'est traduite par les autres symptômes caractéristiques de cette affection.

Les considérations, que nous avons exposées dans ce travail, au sujet de la pathogénie des phénomènes présentés par ces deux malades, nous entraînent aux conclusions suivantes :

1° Les phénomènes congestifs dans les viscères thoraciques et abdominaux, que l'on observe dans le cours de la paralysie générale, sont vraisemblablement dus à l'enva-

©BIUM

hissement par les lésions corticales de centres qui sont en rapport avec le système du grand sympathique.

2° La lésion de ces centres peut rendre compte non seulement des congestions viscérales et des troubles généraux de la nutrition, mais encore du délire mélancolique qui accompagne ordinairement ces symptômes, et notamment du délire hypocondriaque.

3° Si les conceptions délirantes mélancoliques doivent être localisées quelque part dans l'écorce cérébrale, ce doit être dans les régions de cette écorce qui sont en rapport avec le système sympathique, régions dont l'altération peut faire naître un état de conscience capable de les produire.

©BIUM

OBSERVATION D'ACCÈS D'HYSTÉRO-SOMNAMBULISME *HALLUCINATOIRE*

CONSÉCUTIFS A L'ABSORPTION D'UNE DOSE TOXIQUE DE CAMPHRE

Par M. le Dr PLANAT
Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Pons

M. G. M..., est un jeune homme de vingt ans, blond, sanguin, lymphatique, assez bien constitué et point anémique. Il paraît doué d'une assez vive intelligence et d'un naturel expansif et gai.

Il n'y a, chez lui, rien à relever au point de vue de l'hérédité hystérique ou névropathique. Il n'a jamais éprouvé de maladie sérieuse ni commis d'excès d'aucune sorte. Notons, toutefois, quelques contrariétés de famille ou difficultés de position qui l'obligèrent à se placer à titre de commis de magasin, à Paris, en 1880. Là, pendant son séjour, il reçut une légère contusion sur un testicule, à quoi il ne fit pas grande attention jusqu'à ce qu'apparût un varicocèle, un mois après l'accident. En 1882, il gagna une blennorrhagie suivie d'orchite; mais le tout ayant été promptement guéri, il n'en résulta chez M... aucune préoccupation sérieuse. Il n'y avait donc rien de précaire dans son état, lorsque se manifestèrent les accidents qui font l'objet de cette observation que je transcris en laissant la parole au malade.

©BIUM

« En février 1884, je dus quitter Paris pour m'aller fixer à Lyon où, par suite peut-être d'un surcroît de travail, je ressentis une certaine fatigue. J'essayai d'y remédier en me lavant avec de l'*eau quadruple*, d'après les indications du Manuel Raspail. Comme j'avais voulu la fabriquer moi-même, dans ma chambre, ce qui par mon inexpérience donna lieu à beaucoup de vapeurs, il s'ensuivit chez moi de la surexcitation et de l'insomnie. Un rhume étant survenu sur ces entrefaites, j'eus l'idée, pour calmer ma toux, de prendre, une après-midi, quelques morceaux de camphre représentant la dose énorme de 20 grammes (ce dont j'ai pu m'assurer en pesant un fragment de cette substance que le malade me déclara être équivalent à celui par lui absorbé).

« Ce jour-là, en quittant mon travail, j'eus quelques frissons en me dirigeant pour dîner vers ma pension ordinaire. Je me mis néanmoins à table dans d'assez bonnes dispositions et commençai par prendre un potage : on parlait autour de moi des orateurs célèbres, et comme, contre mon habitude, je m'abstenais de prendre part à la conversation, un voisin me demanda si je n'étais pas indisposé. Je le regardai sans pouvoir lui répondre, mes yeux se troublèrent, mon cerveau se trouva comme enlevé et je perdis tout sentiment... Quelques minutes après, mes yeux se rouvrirent, et j'aperçus les personnes qui se trouvaient à table; mais la conscience de ce qui avait dû se passer m'étant revenue aussitôt, je me mis à crier : Je suis fou ! je suis fou ! Puis immédiatement, même sensation d'absence que la première fois. Un instant après je m'éveillais, seul à la table d'hôte et assis sur une chaise. Une personne osa alors entrer et s'enquit sur ce que je ressentais; je répondis : « Mais, je suis très bien. » Ce n'est que plus tard que je m'aperçus qu'il s'était passé en moi quelque chose d'extraordinaire.

« Cette crise dura, à ce qu'on m'a dit plus tard, de cinq

©BIUM

à six minutes. Je me souviens, qu'à ce moment, je me suis cru transporté dans une autre maison et je me disais que mes voisins de table ne pouvaient être que fort désappointés de ma subite disparition. J'ai constaté de plus que, revenu à moi, je n'avais plus en ce moment, la mémoire des faits antérieurs à mon accident. Un docteur mandé en toute hâte, après m'avoir questionné, me donna un vomitif qui me fit rendre tout le camphre que j'avais pris.

« Lorsqu'on me fit monter dans ma chambre, je vis toutes les fleurs de la tapisserie trembler, puis s'agiter en zigzags réguliers. J'éprouvais, à tout instant, une certaine sensation froide qui, partant du creux de l'estomac, se prolongeait jusqu'aux extrémités des membres ; les mains s'en trouvaient comme paralysées. Ceci se passait le 7 mars. Le lendemain, je restai couché; j'avais à tout moment des montées au cerveau, mais je n'ai plus eu de crises aussi fortes que les deux premières.

« Après deux jours de repos je repris mon travail. Sous l'influence des douches froides, le mieux allait chaque jour s'accentuant, lorsque, vers la fin de mars, je fus pris de douleurs et de troubles fréquents du côté de la tête. Du creux de l'estomac partaient des sortes de globes ou plutôt de vides froids qui m'envahissaient le cerveau ; en même temps, je perdis complètement la mémoire. Je ne pouvais regarder certaines personnes en face : leurs regards m'effrayaient sans qu'il me fût possible d'en trouver la raison. Puis j'eus des battements de cœur excessivement forts ; j'entendis des voix, des sanglots et des éclats de rire autour de moi. Parfois, je me sentais abattu, puis soudain, je me mettais à sourire pour sangloter ensuite sans motif aucun. J'avais le cerveau comme engourdi et il m'était extrêmement pénible de marcher sur les talons à cause des vibrations douloureuses que cela m'occasionnait dans la tête.

« Ce fut alors que je consultai un aliéniste, le Dr B...,

©BIUM

qui me conseilla des travaux manuels. Je n'en ressentis pas pas moins, après, les symptômes ci-dessus mentionnés. De plus, une fois au lit, il me semblait que j'étais soumis à une sorte de balancement contre lequel ma faiblesse m'empêchait de réagir.

« A peu près vers le même temps, j'éprouvai d'autres sensations assez étranges; j'avais perdu l'idée exacte de la durée du temps. Ainsi lorsque, après midi, je rentrais au magasin, il me semblait que c'était pour la première fois de la journée, ne me rappelant plus que j'y étais déjà venu à sept heures du matin. Des appréciations fausses venaient aussi m'assiéger : voyant par exemple passer un bateau à vapeur, je me mettais à craindre que le gouvernail ne fût impuissant à le diriger, pour peu que le courant devînt plus fort. D'autres fois je me croyais aussi élevé que les maisons, pourvu que j'en aperçusse les toits. Il m'arrivait encore de me frapper la tête à coups de poing, ce qui, loin de me faire du mal, me soulageait beaucoup.

« Mon état ne tendant pas à l'amélioration, je pris le parti d'entrer dans l'asile du Dr B...

« Les premiers jours, je me trouvai mieux par le fait du changement; mais cela dura peu. Bientôt les troubles signalés me reprirent de plus belle, surtout le balancement et les voix, aussitôt que j'étais couché. J'avais aussi la région nasale engourdie et je me figurais avoir un grand trou à cette place, si bien que souvent j'étais forcé d'y porter la main pour bien m'assurer du contraire. Je me laissais vivre machinalement, ne pensant à rien, prenant mes repas, me levant et me couchant aux heures réglementaires, comme un automate, sans souci du lendemain ni de ma famille que j'avais à peu près oubliée, sans me préoccuper, un instant, de ce que mon silence pouvait avoir d'inquiétant pour elle. — Cet état dura quinze jours. Je ne dois pas omettre, qu'au début de ma maladie, j'éprouvais

©BIUM

des pollutions diurnes et nocturnes, mais sans orgasme aucun : j'étais devenu du reste tout à fait anaphrodisiaque. Tous ces symptômes ne s'amendèrent que vers la fin de mai, époque à laquelle je résolus de rentrer dans ma famille.

Parti à sept heures du matin de Lyon, je fis un très bon voyage jusqu'à la hauteur de Pont-Saint-Esprit. Là, je me sentis de nouveau le cerveau engourdi et mes idées se perdre tout à coup. Je vis distinctement une chambre de la maison de santé d'où je sortais; j'adressai la parole à un infirmier qui me répondit. Cette hallucination dura peut-être cinq minutes, pendant lesquelles fut supprimée pour moi la trépidation du wagon. Après un rapide retour à la raison, ma tête se trouva de rechef entreprise presque aussitôt; mais cette absence dura encore moins que la première. Le reste de mon voyage à N... s'effectua sans autre accident.

A mon arrivée à la gare de cette ville, je rencontrai ma mère qui m'y attendait; mais, au lieu de courir l'embrasser, je restai immobile sans pouvoir proférer un seul mot: l'émotion avait été trop forte et ma tête venait de se perdre de nouveau un instant. Une fois installé chez moi, je n'allai pas trop mal jusque vers le 16 juin où mon père fit à table une scène des plus violentes à ma mère, et au cours de laquelle il leva une bouteille pour l'en frapper. J'en ressentis un tel choc au cerveau que j'en devins comme idiot; ce que voyant, mes parents s'empressèrent autour de moi. On me fit respirer de l'éther qui me jeta dans une sorte d'exaspération. Pendant cette absence qui fut assez longue, je ne répondais que des choses incohérentes sur le ton d'un bébé ou d'un être tombé en enfance. Ce ne fut que le lendemain, après avoir dormi, que je recouvrai le sentiment. Je suis convaincu, qu'actuellement encore, pareilles crises seraient faciles à déterminer chez moi par suite d'émotions morales ou autres, et, si j'en éprouve,

©BIUM

je ne puis me préserver de leurs conséquences que je redoute au plus haut degré qu'en me distrayant par de grands efforts de volonté. Ma raison est si instable, si fugitive, qu'il me semble parfois qu'elle ne tient qu'à un fil et que mon cerveau est en équilibre sur une pointe d'aiguille. Je redoute l'isolement de peur d'être pris de mes absences à ce moment-là, comme aussi d'être en société par crainte de me donner en spectacle.

« Je ressens toujours parfois des hallucinations de l'ouïe; les voix sont entendues un peu voilées comme au centre du cerveau et non à l'oreille. Ce sont des lambeaux décousus de conversation, tels que: « Comme vous voudrez, monsieur. — Je n'y vois pas d'inconvénients. — Qu'en pensez-vous ? — Ça m'est bien égal. — Qu'est-ce que cela peut bien me faire? etc. »

« Lorsque j'étais à la maison de santé du Dr B.., j'ai éprouvé des troubles bien autrement extraordinaires. Ainsi, si je venais à penser à la chambre des députés, il m'arrivait de m'y croire en toute réalité, car j'apercevais, en outre de l'assistance, les voix et les gestes des orateurs, les mouvements de la foule, les physionomies avec leurs expressions diverses. Je n'ai jamais vu pourtant, ainsi que vous le supposez, ni aux étalages, ni ailleurs, de reproduction d'une séance de la chambre qui, à un moment donné, aurait pu se représenter à mon imagination. Toutes les fois que je prenais mon bain de 1 heure à 25°, je restais pendant 3/4 d'heure sous le coup d'une hallucination singulière qui me faisait voir ma propre image voltigeant dans la salle, tout en ayant conscience que mon corps était au bain dont je ne percevais, alors, que très faiblement la basse température.

« Des sensations analogues (illusions) sont venues s'ajouter tout récemment aux précédentes. Ainsi, pendant le bain de mer quotidien que vous m'avez conseillé, il me semble parfois que, subitement, le rivage s'éloigne et que

©BIUM

je suis en pleine mer. Cette illusion est d'ordinaire de courte durée et ne m'influence que médiocrement, parce que je me sais victime d'une aberration du sens de la vue et que je réagis, comme il nous arrive à tous de le faire contre les cauchemars et les rêves pénibles.

« Pour compléter cette énumération déjà longue, je dois vous mentionner une sensation de vide à la région supérieure du crâne, et elle est parfois si accusée, que, malgré toute ma raison, je suis obligé d'y porter la main pour me convaincre moi-même que tout est bien en place. Au reste, ces anomalies de la sensibilité ont été aussi variées que fréquentes et je ne vous relate ici que les plus saillantes.

« Depuis que je suis de retour à N..., j'ai été, à deux reprises, en butte à d'autres accidents peut-être plus étranges et qui offrent quelque analogie avec la prétendue divination des somnambules. Un jour, une solution ayant été demandée en ma présence, sur une difficulté matérielle, je la fournis sans effort alors que l'assistance la déclarait impossible. Une autre fois, au cours d'une conversation générale, dans une société où je me trouvais, j'émis un jugement tel, sur une question litigieuse, qu'il fut considéré comme le seul admissible. Dans les deux cas, je dois vous avouer en toute humilité que mon esprit avait travaillé à mon insu, et nul autant que moi ne fut surpris de cette activité pour ainsi dire impersonnelle. Je dois aussi vous observer que, toutes les fois que je songe à l'avenir, mes idées deviennent confuses ; il me semble que je vois des choses qui ne sont pas et je suis forcé de cesser tout effort de raisonnement. Toutefois cette faiblesse d'esprit tend à disparaître depuis que, singulière coïncidence, la sécrétion nasale, tarie depuis le début des accidents, est en voie de se rétablir. Je n'hésite pas à attribuer cette amélioration à l'usage des pilules que vous m'avez conseillées (dragées de Papon à l'ignatia amara et au fer

©BIUM

réduit). Je n'ai plus guère de ces douleurs de tête aiguës qui m'obligeaient d'y porter la main, même après mon retour à N... Par exemple, j'ai toujours le cerveau comme comprimé dans une gaze élastique.

« Permettez-moi maintenant, monsieur, de croire que tout ceci n'est plus rien, car j'ai besoin de ma santé; ma vie, mon nécessaire en dépendent. Il faudrait, qu'au plus tôt, je fusse en état de reprendre mon travail; je m'en sens le courage; en aurai-je la force? Je la demande à Dieu! J'ai pourtant besoin de travailler pour vivre et le jour où je ne le pourrai plus, je saurai n'être à charge à personne (1). »

C'est intentionnellement que, pour l'intitulé de cette observation, nous avons préféré le mot *consécutif* à celui de *déterminé*. La raison en est, qu'il nous a paru difficile d'établir, pour ces bizarres accidents, une relation rigoureuse de cause à effet. Ce cas peut être, en effet, rapproché de l'hypnotisme spontané ou de l'hystérie. La première hypothèse doit être éliminée parce que le somnambule naturel ne se rappelle jamais les épisodes de son sommeil.

Plus difficile est le diagnostic d'avec l'hystérie, car ici comme là, nous constatons la présence de l'aura avec la boule laryngienne, l'exaltation intellectuelle, le délire avec conscience, les hallucinations par accès, une sorte d'état de mal, la pression bi-temporale douloureuse et enfin des tendances impulsives. Cet ensemble de symptômes spéciaux est bien fait pour autoriser une affirmation dans le sens de la grande névrose; mais si d'autre part on considère que les antécédents héréditaires et personnels du sujet ne révèlent rien de névropathique, que les accidents se sont déclarés le jour même de l'intoxication (laquelle s'accompagne parfois de délire), que tout en ayant montré une

(1) Ce jeune homme, aujourd'hui à son poste de commis, est tout à fait débarrassé de son étrange affection.

©BIUM

persistance exceptionnelle, ils sont allés toujours en décroissance, malgré quelques effets récurrents, on en arrive à douter de la spontanéité morbide du cas, surtout si la ténacité de l'anaphrodisie est envisagée comme symptôme spécial et exclusif de l'intoxication. On peut observer, à l'encontre, que les effets d'un simple empoisonnement sont moins durables, et c'est la règle; seulement on ne doit pas la considérer comme absolue quand il s'agit de doses toxiques, attendu que l'*ictus* qui en résulte est susceptible d'assurer une certaine stabilité à leurs manifestations. N'est-ce pas ainsi qu'agissent la plupart des venins et des poisons miasmatiques?

On pourrait enfin admettre que l'empoisonnement aurait déterminé l'explosion d'une diathèse nerveuse latente; mais pour cela il faudrait qu'il fût prouvé que le camphre à haute dose ne saurait donner lieu, par lui-même, à la symptomatologie ci-dessus exposée.

Or, bien que nous pressentions le contraire, le diagnostic formel de ce cas, n'en reste pas moins pour nous à l'état de postulat. C'est à ce titre, en outre de sa rareté, que nous le portons à la connaissance de nos confrères, afin de susciter des recherches et des éléments de comparaison de nature à dissiper toute incertitude.

©BIUM

Archives cliniques

3

MAISON NATIONALE DE CHARENTON.—M. CHRISTIAN.

Pachyméningite avec symptômes de paralysie générale.

SOMMAIRE. — Faiblesse intellectuelle. — Alcoolisme. — Délire de persécution. — Idées de grandeur. — Dans les derniers mois, accès d'agitation maniaque. — Mort par hémorrhagie méningée (pachyméningite). — Aucune lésion de la paralysie générale.

S..., trente-neuf ans, marchand de volailles, entre le 5 décembre 1882. Nous apprenons que, depuis plusieurs années, S... fait des excès alcooliques, c'est un ivrogne d'habitude. Hérédité inconnue : S... est enfant naturel et a toujours été d'une intelligence très faible.

Au moment de l'admission, symptômes non douteux d'alcoolisme aigu : hallucinations de la vue nocturnes et terrifiantes (son lit est rempli de rats qui viennent courir sur sa figure et sur ses bras; de petits chevaux noirs galopent sur son lit); agitation, tremblement musculaire, embarras de la parole qui est comme empâtée.

En quelques jours ces symptômes se dissipent, il persiste un délire de persécution nettement caractérisé : des gens de son village, et notamment un cafetier, son voisin, le poursuivent au moyen du *télégraphe*; ils mettent du poison asphyxiant dans l'air qu'ils lui font respirer, et lui lancent des pilules asphyxiantes; aussi S... se bouche-t-il le nez et les oreilles avec des chiffons pour éviter l'introduction du poison. En même temps il a des idées de grandeur et de richesses; on lui dit qu'il n'est pas marié, qu'il

©BIUM

va devenir empereur; il a 500 chevaux à vendre à Paris; il possède cinquante châteaux, etc. Ce qu'il y a de remarquable, c'est l'indifférence avec laquelle il énumère ses trésors, il sourit niaisement et parle sans conviction.

L'année 1883 et les premiers mois de 1884 se passent sans modification appréciable ni dans le délire ni dans l'état physique; jamais on n'observe ni embarras de la parole, ni tremblement fibrillaire des muscles; le malade est constamment calme et s'occupe au jardinage.

Vers le mois de mai 1884, de nouvelles idées délirantes apparaissent. Un matin S... m'annonce à la visite « qu'il « n'a plus de mains, que ses yeux sont devenus *tout petits*, « *tout petits*, sa tête elle-même va rapetisser; il sera ré- « duit à rien du tout, etc. » Il raconte cela avec son éternel sourire niais et satisfait; il continue à manger, mais peu à peu ses idées ont moins de suite, il se néglige dans sa tenue, ne prend plus aucun soin de sa personne, il arrache ses boutons, déchire ses habits, ramasse tout ce qu'il trouve. Plus tard encore (juillet) il s'agite, crie, chante nuit et jour, se déshabille tout nu, n'a aucune conscience de ses actes; il maigrit notablement, quoique l'appétit reste vorace.

Cette situation se prolonge, avec des alternatives de calme et d'agitation, pendant les derniers mois de l'année 1884. S... paraissait même entrer dans une période de calme, quand, dans la nuit du 30 décembre, il présenta des symptômes de congestion cérébrale, auxquels il succomba au bout de quelques heures, malgré la médication active qui avait été aussitôt mise en usage.

L'autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort, et bornée au crâne, révéla les particularités suivantes :

Os du crâne épais, injectés.

Dure-mère bleuâtre, distendue par du liquide, surtout à gauche. En l'incisant, il s'écoule une grande quantité de sang fluide (environ 300 gramm.). Tout l'hémisphère gauche

©BIUM

est recouvert d'un coagulum de sang fraîchement épanché. Sur la face interne de la dure-mère, il existe, dans toute l'étendue de la convexité de l'hémisphère gauche, une fausse membrane organisée, très vasculaire, se détachant facilement de la dure-mère.

Sur l'hémisphère droit, on rencontre également quelques caillots de sang noirâtre, et sur la dure-mère de ce côté, une fausse membrane rudimentaire, beaucoup moins développée qu'à gauche.

Les méninges sont injectées; mais elles ne sont ni épaissies, ni infiltrées, et elles ne présentent en aucun point d'adhérences avec la substance corticale.

Vaisseaux athéromateux. — L'hémisphère gauche pèse une vingtaine de grammes de moins que celui de droite. — Substance grise atrophiée; substance blanche sablée, de consistance ferme.

Réflexions. — Bien souvent, pendant que ce malade était dans mon service, je m'étais demandé s'il n'était pas en réalité atteint de paralysie générale. L'affaiblissement intellectuel, la niaiserie et l'incohérence des conceptions ambitieuses, plus tard, le délire si caractéristique que j'ai signalé, alors que S... s'imaginait qu'il n'avait plus de mains, plus d'yeux, tous ces symptômes militaient en faveur de ce diagnostic. Mais d'un autre côté la faiblesse intellectuelle était congénitale, et les excès alcooliques prolongés avait dû l'augmenter encore; les troubles somatiques n'existaient pas, et la marche de la maladie n'était pas celle de la paralysie générale. L'autopsie est venue d'ailleurs confirmer mes doutes : S... n'était pas un paralytique.

La lésion capitale trouvée après la mort a été la pachyméningite, et c'est manifestement à l'hémorrhagie méningée que S... a succombé. Cette pachyméningite était-elle ancienne? A en juger par le développement et le degré d'organisation de la fausse membrane, il me semble permis d'en faire remonter l'apparition à quelques mois, et de la

©BIUM

faire coïncider avec cet accès de manie qui s'est développé vers le mois de juillet 1884. A cet égard, cette observation peut être rapprochée de celles que j'ai publiées dans ces *Annales* (numéro de juillet 1874); elle confirme absolument ce que je disais alors au sujet des symptômes qui, dans le cours d'une aliénation mentale quelconque, permettent de soupçonner l'apparition d'une pachyméningite. S... a présenté, en effet, un de ces accès de manie avec incohérence complète, avec *égarement*, que j'ai essayé de rattacher au début de la pachyméningite.

Il sera sans doute intéressant aussi de rapprocher cette observation de celle que le Dr Mabille a publiée dans le numéro de juillet 1884; elle lui ressemble sous plus d'un rapport.

4

ASILE DE LAFOND. — M. MABILLE.

Lypémanie avec albuminurie.

Sommaire. — Lypémanie avec délire de persécution, hallucinations terrifiantes, tendance au refus des aliments, impulsions irrésistibles. — Anémie profonde; amnésie; albuminurie; manifestations mentales correspondant au degré d'albuminurie. — Amélioration de l'état général et disparition de l'albuminurie; sortie par amélioration.

Mlle X..., âgée de trente-deux ans, d'un tempérament lymphatique, vivait seule et voyait peu de monde. Elle accusa d'abord de l'insomnie, de l'ennui; puis vint le dégoût de tout. Elle s'enfermait des journées entières dans sa chambre, puis elle vint à donner des signes non équivoques d'aliénation mentale; elle devint très irritable et brisait le mobilier. — Pas d'hérédité.

Le certificat d'admission est ainsi conçu : (29 janvier

©BIUM

1883) « Est atteinte d'un trouble profond des facultés cérébrales avec perte momentanée de la mémoire et délire de la persécution. »

A son arrivée, la malade est triste, concentrée, difficile à interroger. Elle ne sait pourquoi on l'a conduite à l'asile, elle déclare qu'elle a peur, qu'elle voit des choses effrayantes. On constate chez elle une perte de la mémoire très manifeste.

Certificat de vingt-quatre heures. « Est atteinte de délire mélancolique avec idées de persécution, hallucinations terrifiantes, amnésie partielle. » Signé Dr Mabille.

Dificile à gouverner, Mlle X... résiste à tout, refuse assez fréquemment les aliments, et parfois ne veut prendre son repas que lorsque les autres malades ont terminé le leur. Elle est toujours maussade, irascible, parle très peu. Le moindre mot semble lui coûter un effort. Le sommeil est mauvais. La malade essaye d'écrire, mais elle en est incapable. Pas de troubles de la vision, ni de la motilité. A la fin du mois de février 1883, le sommeil est meilleur, l'appétit un peu revenu, la malade s'occupe un peu.

Traitement tonique.

En *mars*, nous constatons une quantité très notable d'albumine dans les urines. L'émission des urines est accompagnée de douleurs lombaires, et ces urines ont une teinte rougeâtre. Mlle X... dit avoir éprouvé des douleurs et avoir eu son urine ainsi modifiée depuis plusieurs mois.

La malade ne se nourrit qu'à force d'instances; elle a des alternatives de tristesse et de gaieté.

Vers le 15 *mars*, on trouve une quantité considérable d'albumine dans les urines. La malade refuse tout traitement.

En *avril*, la quantité d'*albumine ne diminuant pas*, elle devient violente, déchire ses vêtements, frappe. L'excitation est très grande.

Vers le 20 *avril*, la malade devient calme : l'*albumine*

©BIUM

diminue. La malade est plus docile, accepte le traitement contre son état physique.

Mai. Continuation de l'amélioration. Bon sommeil. *Très peu d'albumine*. La malade cause volontiers, dit que ses actes lui ont été dictés, qu'on l'effrayait en lui disant qu'il y avait un veau dans la cour.

Juin. Amélioration physique, la malade a plus conscience de ce qu'elle fait. *Petites quantités d'albumine*.

Juillet. Alternatives de calme et d'excitation. L'albumine *est en très forte proportion dans les urines*. Le 15 juillet, elle tente d'étrangler une autre malade : on lui commande de le faire. Le sommeil est très mauvais.

Août. Parle très peu, refuse de s'occuper et prend difficilement ses aliments. *Forte proportion d'albumine*.

Septembre. Très mauvais moments ; perte de mémoire, inconscience. Jusqu'alors nous n'avions pu que voir d'une façon approximative les augmentations ou les diminutions de l'albumine dans les urines de la malade.

A ce moment, nous nous procurons le *tube d'Esbach* qui nous permet *de doser*, aussi exactement qu'on peut le désirer cliniquement, les quantités d'albumine, et à partir de ce jour nous suivons presque journellement les variations survenues à cet égard dans la quantité et les relations avec l'état mental. Ainsi le tube d'Esbach nous donne en septembre (quantité moyenne) 6 grammes d'albumine.

De plus l'examen microscopique des urines révèle la présence de globules rouges du sang, de cellules épithéliales venant de la vessie, et la présence de tubes hyalins venant des reins.

Octobre. Mêmes idées délirantes qui l'obsèdent. *Albumine, 6 grammes*.

Novembre. Un peu d'amélioration, mais palpitations cardiaques. *4 grammes d'albumine*.

Décembre. Travaille, de meilleure humeur. *2 grammes d'albumine*.

©BIUM

Janvier 1884. Même situation qu'en décembre, mais toujours tendant à l'amélioration. 1 *gramme d'albumine.*

12 *février* 1884. La mélancolie prend le dessus; on craint les idées de suicide; elle prétend que son fils a été empoisonné. 4 *grammes d'albumine.*

4 *mars* 1884. La santé est meilleure, mais il y a toujours trouble des idées et concentration. 3 *grammes d'albumine.*

20 *mars* 1884. *Augmentation de l'albumine qui va jusqu'à* 5 *grammes.* La malade prétend que ses parents sont en prison; on la fait agir malgré elle; impulsions.

10 *avril.* La malade est devenue calme, prend un certain empire sur elle-même. 2 *grammes d'albumine.* La santé générale s'améliore.

19 *mai.* 1 *gramme d'albumine.* Mlle X... s'observe, répond bien aux questions qu'on lui pose. Elle demande sa sortie. Le sommeil et l'appétit sont bons.

20 *mai* 1884. *Traces d'albumine.* Continuation du calme

30 *mai.* L'urine contient toujours *de l'albumine en très faible quantité*; mais la santé générale est bonne; l'appétit est excellent; elle se rend compte de tout; et je ne crois pas devoir, à cette date, m'opposer à la sortie de Mlle X... à titre d'essai.

Depuis cette époque j'ai perdu de vue la malade; mais j'ai appris indirectement, tout récemment, que Mlle X... a eu encore quelques mauvais moments, surtout au moment des hémorrhagies mensuelles, et que depuis trois mois sa famille la considère comme guérie.

Réflexions. — Les auteurs semblent, en général, s'accorder à attacher une faible importance à l'albumine dans l'étude des maladies mentales.

M. Ball s'exprime ainsi : « On a rencontré de l'albumine en quantité sensible dans les urines des aliénés. Lorsque je parle d'albumine, j'élimine tous les cas dans lesquels il y a altération des reins ou maladie de cœur. Il s'agit d'albuminurie chez les aliénés, indemnes de toute autre affection.

©BIUM

mais ce phénomène est tellement banal, qu'il est difficile de lui assigner une signification vraiment typique (1). »

M. Dagonet, dans son traité des maladies mentales, émet une opinion à peu près identique.

Cependant quelques auteurs allemands, notamment M. Hagen (2), ont émis l'idée qu'il pouvait bien y avoir une relation entre les affections des reins et la folie.

Il est vrai que ce dernier auteur envisage principalement l'action de l'urémie aiguë et chronique comme prédisposant à l'aliénation.

Pour un autre auteur allemand qui vient de publier, il y a deux ans environ, un long travail, reproduit dans des revues, travail que je cite de mémoire, mais dont il m'est impossible en ce moment de trouver la trace, la question est envisagée d'une façon toute différente.

Pour lui, il existe une variété de mélancolie caractérisée par la perte partielle de la mémoire, des impulsions irrésistibles de la *mélancolie par accès*. Cette *variété de mélancolie est en rapport avec l'albuminurie.*

A n'en pas douter, l'observation que j'ai recueillie dans mon service répond à la description de cet auteur allemand. C'est l'amnésie, c'est la mélancolie pas accès, avec impulsions, sans tendance à la démence, que j'ai observée chez ma malade.

Or, comme les dosages de l'albumine l'ont démontré, il y a eu relation constante entre le degré d'albuminurie et le degré de trouble mental

Mais, sans vouloir prétendre que l'albuminurie, dans mon cas, est la cause elle-même de l'aliénation, je serais très porté à croire que cette albuminurie tenait elle-même à une altération du sang ; en sorte que les analyses de l'urine

---

(1) Ball. *Leçons sur les maladies mentales*. — Paris, 1880-1883.

(2) Hagen. Les affections des reins comme cause d'aliénation mentale, 1681, in *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*.

©BIUM

que j'ai faites correspondaient au degré d'altération de la masse sanguine. Car, comme l'examen des urines l'a démontré, on ne trouvait au microscope aucune des lésions qui caractérisent d'habitude la néphrite parenchymateuse, et il n'existait chez Mlle X... aucun des signes habituels de la néphrite interstitielle.

Quoi qu'il en soit, le fait m'a paru digne d'être relaté; car la quantité d'albumine trouvée dans les urines de Mlle X... permettait, jusqu'à un certain point, de prévoir les manifestations diverses, soit bonnes, soit mauvaises, de son état mental, et l'amélioration de sa situation a coïncidé avec la disparition des troubles qui avaient engendré l'albuminurie.

©BIUM

Établissements d'aliénés

UNE VISITE
A
L'ASILE D'ALIÉNÉS DE DOBRAN
(BOHÊME)

(Königlische Kaiserlische Böhmische Landes Irren Anstalt)

Par M. le Dr H. DAGONET
Médecin en chef à l'asile d'aliénés de Sainte-Anne.

La Bohême, importante province de l'empire d'Autriche, renferme une population d'environ 5,500,000 habitants, dont les 2/5 parlent la langue allemande.

Elle a à sa charge 2,200 aliénés, y compris les idiots, soit environ 1 aliéné sur 2,500 habitants. Il n'existe pas dans cette province de maisons de santé particulières.

Le département de la Seine est, à cet égard, dans des conditions plus fâcheuses. Il résulte, en effet, de l'un des derniers rapports au conseil général que ce département a à sa charge 8,200 aliénés, ce qui donne pour une population de près de 2,400,000 habitants, la proportion d'environ 1 aliéné sur 300 habitants, et une dépense de 4,500,000 francs; tandis que la dépense totale pour la province de Bohême est d'environ 1,300,000 francs (583,534 florins).

On le comprend, bien des raisons expliquent cette dif-

©BIUM

férence. Paris attire de la province et de l'étranger une foule d'individus dont un certain nombre ont une réelle prédisposition à l'aliénation mentale; beaucoup viennent avec l'espoir de faire fortune et sont, par cela même, exposés à de cruelles déceptions, etc. Enfin il y a une loi de domicile de secours qui impose au département de la Seine une lourde dépense; il suffit aux malades pauvres d'avoir fait un séjour d'un an dans le département pour tomber à la charge de la Seine; bien d'autres, d'ailleurs, amenés directement de la province et de l'étranger par leurs familles pour profiter de l'assistance si libérale et si bien organisée à Paris, n'ont pas acquis ce domicile de secours et ne peuvent être rapatriés par suite de circonstances diverses.

Quoi qu'il en soit, la Bohême, comme tant d'autres pays, a dû pourvoir aux nécessités de plus en plus pressantes de son service d'aliénés. Le nombre de ses établissements étant devenu insuffisant, elle a dû songer à créer un nouvel asile. Elle a voulu, en le fondant, résumer les données les plus récentes de la science et répondre aux derniers progrès réalisés sous ce rapport; y a-t-elle réussi, c'est ce que nous examinerons rapidement.

La Bohême possède déjà à Prague un institut contenant environ 100 idiots, elle en place un certain nombre dans des familles qu'elle rétribue à cet effet.

L'établissement principal d'aliénés est à Prague; il contient 1,100 malades. A 10 lieues de cette ville, à Kosmanos, se trouve l'établissement des incurables (Pflege Anstalt), succursale de l'asile de Prague, avec une population d'environ 400 malades.

Le nouvel asile de Dobran (prononcer Dobrjan) est ouvert depuis quatre ans et demi. Il est près de la commune de ce nom, deuxième station de la ligne du chemin de fer de Pilsen à Eisenstein, et a été construit d'après le système de pavillons, par M. l'architecte Berneck, calqué

©BIUM

en partie sur les asiles de la Seine ; il a coûté 1,600,000 florins (3,300,000 francs).

Trois bâtiments principaux, détachés l'un de l'autre, forment la façade de l'établissement; celui destiné à l'administration et à l'habitation des fonctionnaires, les deux autres, de chaque côté, destinés aux malades tranquilles (hommes et femmes).

Derrière ceux-ci, viennent les pavillons consacrés aux demi-tranquilles, puis, le bâtiment destiné pour les malades agités, furieux (tobende) ou qui doivent être l'objet d'une surveillance spéciale, malades qui cherchent à se suicider, à s'évader; enfin, dangereux à divers titres. Ce dernier bâtiment renferme 40 cellules, seulement occupées la nuit.

Au dernier plan et toujours sur la même ligne, se trouve le pavillon consacré aux paralytiques gâteux, dont le nombre est peu considérable.

Une ferme pour la colonie des travailleurs; un pavillon pour les diverses professions, menuisiers, tailleurs, cordonniers, serruriers, etc. Un bâtiment de buanderie et de bains; une sorte de hameau pour les familles d'employés complète l'organisation de cette institution.

Au centre, s'élève l'église, derrière laquelle sont la cuisine et ses dépendances. Le plus grand nombre de ces pavillons sont reliés par des galeries.

On doit également remarquer l'existence d'un bâtiment réservé aux maladies épidémiques et placé à l'écart et en avant.

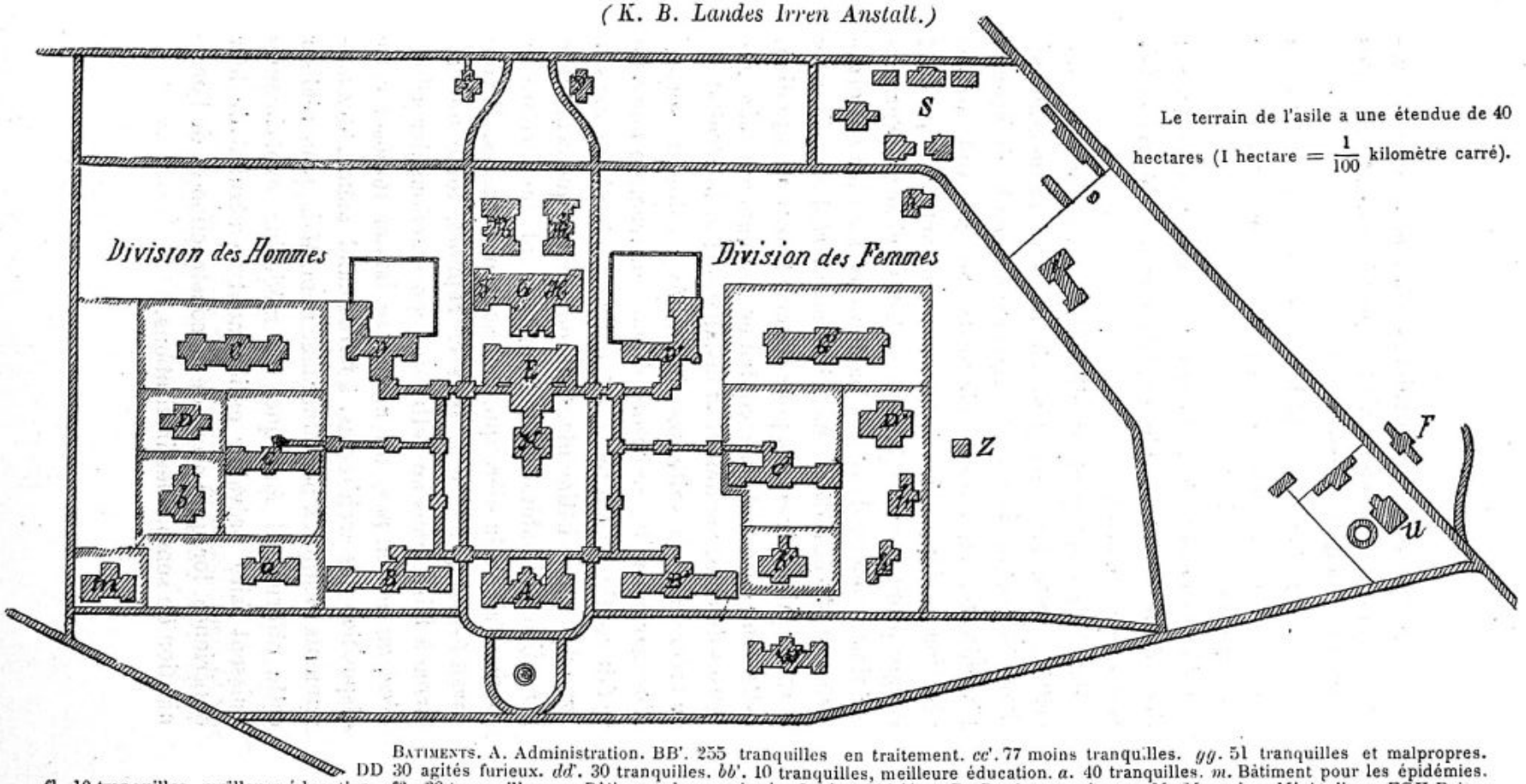
D'une manière générale on admire la disposition de ces bâtiments et leur organisation intérieure.

Le pavillon consacré aux malades tranquilles contient, par exemple, deux étages : le premier pour les malades payants, le deuxième pour les non payants. Chaque étage comprend deux dortoirs, chacun de 10 malades, avec cabinets, lavabos, une salle de réunion, des chambres particulières et une petite salle de bains. Toutes ces chambres

©BIUM

PLAN DE L'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE DOBRAN

(K. B. Landes Irren Anstalt.)



Le terrain de l'asile a une étendue de 40 hectares (1 hectare = $\frac{1}{100}$ kilomètre carré).

Batiments. A. Administration. BB'. 255 tranquilles en traitement. *cc'*. 77 moins tranquilles. *gg*. 51 tranquilles et malpropres. DD 30 agités furieux. *dd'*. 30 tranquilles. *bb'*. 10 tranquilles, meilleure éducation. *a*. 40 tranquilles. *m*. Bâtiment pour les épidémies. *f*1, 10 tranquilles, meilleure éducation. *f*2. 20 tranquilles. *w*. Bâtiment des employés. L. Amphithéâtre. P. Portier et voitures. M. Magasins. M' Ateliers. FGH. Bains, machine et buanderie. E Cuisine. H. Église. *ih*. Bâtiments des colonies. S. Ferme. Z. Tour pour l'eau. U. Bâtiment du gaz. F. Bâtiment de la pompe.

©BIUM

s'ouvrent sur un large corridor, parfaitement aéré et servant de promenoir aux malades qui y séjournent la plus grande partie de la journée.

Au rez-de-chaussée sont les salles de consultation, les parloirs et les galeries couvertes qui communiquent avec les différents pavillons.

L'établissement est construit dans un style élégant, la disposition architecturale ne laisse rien à désirer et fait honneur à son architecte.

Mais là, comme partout ailleurs, on a un peu trop sacrifié à cette tendance générale de faire un monument d'une institution destinée à soigner des malades indigents. L'architecte, en pareille circonstance, ne voit qu'une occasion de donner à son œuvre un caractère imposant ; maigre profit pour de pauvres malades qui se trouveraient infiniment mieux dans des habitations simplement organisées et placées dans une situation agréable, gaie, avec le confortable nécessaire pour adoucir leur triste situation. Cette tendance fâcheuse contribue à augmenter les dépenses de construction et d'installation ; et le résultat est de créer pour la suite des difficultés de toutes sortes. Ainsi par exemple, le besoin d'une construction nouvelle se fait sentir, l'architecte est obligé de la placer dans la ligne des autres bâtiments, tout en sachant que cela porte préjudice à l'habitation des malades et leur retire en partie, l'air, la lumière qui leur sont nécessaires. Il nous paraît évident qu'il y a, sous ce rapport, toute une réforme à faire. Sans admettre des constructions désordonnées, on ne doit pas, du moins, se laisser imposer cette disposition des architectes, à faire quand même, des monuments destinés à perpétuer leur nom. Mais, pour réaliser cette réforme, il faut que les médecins expérimentés puissent faire prévaloir entièrement le résultat de leur expérience, lorsqu'il s'agit de la construction et de l'organisation de semblables institutions.

©BIUM

Les asiles d'aliénés, comme les hôpitaux, devraient conserver le caractère simple en rapport avec leur destination modeste et utile, et ne point affecter une apparence si fastueuse.

En ce qui concerne l'asile de Dobran, la situation, il faut le reconnaître, a été malheureusement choisie, et c'est une chose fâcheuse pour le traitement des malades.

L'établissement est construit sur un plateau nu, désert, triste, sans ombrage, sans vue intéressante. Il est, de plus, dépourvu de toutes les ressources que la proximité d'une ville peut procurer aux malades et aux familles qui viennent les visiter, aux employés et aux médecins qui ne peuvent être absolument éloignés de toutes relations extérieures.

C'est une colonie dans le désert; la terre est inculte, le sol ingrat, et, pour y faire pousser quelques plantes, quelques arbustes, il a fallu y faire transporter du voisinage une certaine quantité de terre. La ferme annexée à l'établissement est d'un rapport médiocre.

C'est là le côté fâcheux de l'institution; dans la longue visite que nous avons faite, nous avons pu nous assurer que les malades étaient, de la part des médecins et du personnel qui leur est attaché, l'objet des meilleurs soins; l'organisation est, de ce côté, l'une des mieux entendues.

A la tête de l'établissement se trouve le Dr Pick, médecin directeur, sous l'autorité duquel est placé le personnel médical et administratif tout entier. Notre honorable collègue, jeune encore, s'est déjà distingué par des études intéressantes sur le système nerveux et sur les maladies mentales (1). Il est possible qu'il soit appelé à la chaire

(1) 1° *Contribution à la pathologie et à l'anatomie pathologique du système nerveux central*. Leipsig, 1879;
2° *Contribution à l'anatomie normale et pathologique du système nerveux central*, in *Arch. für Psychiatrie*, Bd VIII, Heft 2.
3° *Surdité verbale*, Prag, 1880, etc., etc.

©BIUM

de psychiatrie et à l'Univerté de Prague à la place du Dr Kraft-Ebing, le professeur bien connu, auteur d'un traité très estimé des maladies mentales, qui paraît refuser d'accepter cette position pour des raisons particulières.

L'administration, sous la direction du Dr Pick, se compose d'un employé (Verwalter) chargé des détails administratifs, d'un comptable (Rechnungs-führer) et d'un commis (Verwaltungs assistent). Le service administratif réduit à cette simple expression *suffit largement* aux besoins de l'institution; il fonctionne d'autant mieux qu'il n'a pas l'inutile importance que l'on trouve dans quelques-uns de nos établissements.

Chacun s'y occupe sérieusement de la fonction dont il est chargé et la dépense totale se réduit au traitement de ces trois employés, 2,000 florins à chacun des deux premiers et 800 florins pour le commis d'administration, en tout 4,800 florins avec le logement, sans la nourriture. Moins un service est compliqué et mieux il fonctionne; sous ce rapport on a réalisé une économie bien entendue.

La cuisine, elle aussi, est, comme le service administratif, un modèle de simplicité; elle est donnée à l'entreprise et le personnel qui y fonctionne est naturellement réduit au strict nécessaire. Il existe à Prague une même famille qui a l'entreprise de la cuisine pour les différents hôpitaux et asiles de Bohême. La dame chargée de la cuisine de Dobran fait partie de cette famille; elle est une personne intelligente et parlant parfaitement le français.

Les provisions nécessaires à l'alimentation sont envoyées, chaque jour, par le chemin de fer de Prague ou de Pilsen, plus à proximité. L'administration paye à l'entreprise un prix convenu pour chaque portion de viandes ou de légumes, par individu.

Les portions que les médecins prescrivent comme régime

©BIUM

exceptionnel sont payées à part, d'après un tarif convenu avec l'administration. Ce sont les cafés, les soupes au vin, à la bière, au lait, les portions de veau, de jambon, les mets farineux, les œufs, la bière, le vin, etc. Tout fonctionne avec un ordre et une simplicité remarquables.

Sans doute, une entreprise particulière doit être surveillée pour ce qui concerne la quantité et la qualité des préparations alimentaires, mais cette surveillance est facile et se fait directement par les médecins.

On peut se demander si une pareille entreprise est une chose blâmable, en ce sens qu'elle rend trop facile une exploitation plus grande. Pour ce qui concerne Dobran, elle paraît être satisfaisante. Elle est facilement contrôlée par ceux-là même qui ont la mission de veiller à ce que les choses se passent convenablement, et qui ont à cœur l'intérêt des malades.

Et puis, quelle simplicité dans le fonctionnement : une cuisinière avec trois ou quatre malades suffisent pour servir et préparer les aliments d'une population de plus de 700 personnes. La cuisine est spacieuse, très propre; des chaudières à vapeur et deux fourneaux servent à la préparation des aliments. L'établissement prend seulement à sa charge le chauffage et l'entretien des appareils culinaires.

Dans quelques-uns de nos asiles en France, les services économiques sont véritablement trop compliqués; ils sont mal surveillés et contiennent un trop grand nombre d'employés pour tenir des écritures qui n'offrent souvent par elles-mêmes, aucune garantie sérieuse; il peut aussi arriver que les employés s'entendent avec les fournisseurs au lieu de les contrôler.

Avec le système de l'entreprise, les médecins peuvent avoir à se plaindre de la personne qui en est chargée, mais cela vaut infiniment mieux que de se quereller avec tout le service économique de la maison.

©BIUM

A côté, et sous la direction du médecin directeur, fonctionnent trois médecins assistants; deux sont appelés : Hausaerzte (médecins résidents) et le troisième Assistent primarius. Tous trois habitent l'établissement, les deux premiers seulement ont le droit d'être mariés. Ces trois médecins sont fort occupés; ils rédigent toutes les observations, font les visites du matin et du soir, sont appelés à chaque instant dans leur service, rien ne se fait sans leurs ordres. On comprend tout le profit que les malades doivent tirer d'une semblable organisation. Il est regrettable que ces médecins, pour les services qu'ils rendent, soient rétribués d'une manière insuffisante; les deux Hausaerzte reçoivent seulement 1,200 florins.

Le personnel des gardiens est sous les ordres d'un surveillant; ils sont dans la proportion de un pour 7 à 8 malades : soit 46 pour 300 malades; la moitié environ sont occupés avec les aliénés qui travaillent dehors, ils travaillent avec eux, excellente habitude à faire prendre à des gardiens.

Il en est de même pour le service des femmes où il n'existe pas de communauté religieuse, pas plus à Dobran que dans les autres asiles et hôpitaux de la Bohême.

Malheureusement ce personnel est payé d'une manière insuffisante; le recrutement en est par suite plus difficile. Ce sont, en général, des gens de la campagne qu'on engage, ne sachant, pour la plupart, ni lire ni écrire. Dans ces conditions, la surveillance des gardiens et gardiennes doit être incessante, car on sait les qualités que l'on doit exiger de tout ce personnel dans un intérêt d'humanité comme pour la sécurité du service; on devrait avoir partout des serviteurs convenablement payés qui tiennent à leur place et qui puissent compter sur une retraite après un certain nombre d'années de services. Sous ce rapport, le département de la Seine est entré dans une voie largement libérale, au grand profit de ses asiles.

©BIUM

Des instructions très sévères sont données à ces employés pour ce qui concerne leur service. Il sont particulièrement soumis aux médecins pour les soins à donner aux malades et l'entretien de la propreté. Ils ne doivent manifester vis-à-vis des aliénés, ni colère, ni mauvaise volonté; la bienveillance à leur égard est la première règle à observer; ils doivent leur rendre les meilleurs services et ne pas se considérer comme leurs supérieurs. Il leur est défendu de tutoyer, d'injurier les malades, de les railler, de se moquer de leurs idées fixes, de plaisanter ceux qui ont des hallucinations, etc... Ils doivent en tout en référer aux médecins; il leur est sévèrement interdit d'infliger des punitions, d'appliquer des moyens de contrainte; ceux qui ont exercé de mauvais traitements sont immédiatement dénoncés à la police. Ils doivent enfin observer les malades de manière à donner aux médecins les renseignements les plus circonstanciés.

Ces instructions, empreintes d'un véritable esprit médical, sont, dans la pratique, soigneusement appliquées.

Un aumônier catholique est logé dans l'établissement, son traitement est de 6 à 700 florins; il n'est pas nourri. Il n'a d'autres fonctions que celles de faire, le dimanche, le service religieux; ses rapports avec les malades sont peu fréquents et, dans ce cas, il doit s'entendre avec les médecins. Il administre les malades à l'article de la mort, sans s'inquiéter beaucoup de la religion à laquelle ils appartiennent; si, par hasard, quelques réclamations s'élèvent à ce sujet, on se contente de dire qu'il y a eu erreur; et pour le bon aumônier c'est toujours une âme de sauvée.

L'asile de Dobran, destiné à recevoir des malades guérissables et des incurables, est placé sous l'autorité du gouvernement de la province de Bohême et surveillé par les membres du comité sanitaire de cette province. Le médecin directeur a toute autorité; les moyens de contrainte sont limités aux cas de la plus stricte nécessité, et les

©BIUM

causes qui les ont rendus nécessaires sont soigneusement indiquées. Nous n'avons, du reste, observé dans notre visite l'application d'aucune camisole, seulement quelques rares malades revêtus de vêtements en toile indéchirable et quelques-uns *portant des gants à clef* (schluss-Handschuhe).

Les familles qui ont des malades placés dans l'établissement sont libres de demander la consultation d'un médecin du dehors avec le médecin chargé du traitement.

Dans les quarante-huit heures de l'entrée du malade dans l'établissement, le tribunal est informé et chaque aliéné entrant est visité par une délégation judiciaire qui lui désigne un curateur.

La visite médicale des malades nous a paru des plus intéressantes; malheureusement nous n'avons pu lui consacrer le temps que nous aurions désiré.

En dehors du pavillon spécialement destiné aux bains (Badhaus) qui contient douze baignoires et quelques appareils hydrothérapiques, on trouve une ou deux baignoires dans chaque division de manière à donner des bains à ceux qui, pour une raison ou une autre, ne peuvent être déplacés ou conduits à l'établissement de bains.

Le pavillon, spécialement consacré aux paralytiques et aux malpropres, contient une infirmerie; il n'en existe pas ailleurs pour soigner les aliénés atteints de maladies incidentes; on a réservé, dans chaque division, une chambre contenant quelques lits pour les soins à donner en pareille circonstance; c'est la chambre des Somatiche-Kranken.

Les malades gâteux sont en très petit nombre; ils couchent comme d'autres malades sur des matelas; le lit est garanti contre les souillures par une toile cirée et une sorte de sac en feutre, assez épais, qui absorbe comme une éponge, l'urine; lorsque ce sac est mouillé on l'enlève et on le remplace par un autre. Une toile en caoutchouc avec

©BIUM

manche, traversant le lit, était mise en expérience dans ce service.

Le pavillon des cellules, destiné aux furieux (tobende) et aux malades qui sont l'objet d'une surveillance spéciale, contient, nous l'avons dit, quarante cellules donnant sur un large corridor, et à son extrémité, la salle de réunion servant de réfectoire. Ce pavillon est de plain-pied avec un préau entouré de murs; les cellules sont hautes, spacieuses, convenablement chauffées en hiver, mais il n'y existe aucun aménagement, pas de banc, pas de mobilier; les malades couchent par terre, sur une paillasse; dans ce pavillon, un persécuté impulsif nous a dit qu'il ne fallait pas rester longtemps dans cette maison, parce qu'elle était une fabrique de fous.

Une particularité à noter : *il n'existe pas de murs* pour les autres pavillons : les préaux sont bornés par de simples clôtures en claire-voie, laissant entière la vue de la campagne, et que les malades peuvent franchir sans la moindre difficulté. Les aliénés de la Bohême sont, paraît-il, d'un tempérament fort calme; ils subissent leur situation avec une résignation bien remarquable et rarement ils sont dominés par l'envie de s'y soustraire; en tous cas, les évasions sont extrêmement rares.

A part la manie puerpérale, on observe, chez les femmes, peu de cas de manie franchement aiguë; la mélancolie, chez elles, est plus fréquente.

L'alcoolisme, la paralysie générale, la démence sont les affections prédominantes, comme on le remarque, d'ailleurs, dans d'autres établissements. On rencontre enfin un petit nombre de crétins et de goitreux qui viennent du Böhmerwald, région humide.

On peut compter 20 p. 100 environ de malades atteints d'alcoolisme; ce sont des gens qui habitent Vienne, qui ont bu beaucoup de vin blanc et qu'on renvoie dans l'établissement de leur province. Rarement on observe chez

©BIUM

eux le *delirium tremens*, car les manifestations délirantes ont déjà disparu pendant le temps employé à remplir, à Vienne, les formalités nécessaires pour leur rapatriement. On ne constate plus alors que le tremblement caractéristique, les troubles gastriques et cet affaissement moral qui les fait retomber dans leurs accès d'aliénation mentale sous l'influence des moindres émotions, ce qui ne permet pas, dans la grande généralité des cas, de les remettre en liberté.

Enfin il n'existerait pas d'alcoolisme par suite d'excès de bière; la bière du pays est, on le sait, peu alcoolique; la maladie la plus commune, qui est le résultat de ces excès, est la néphrite chronique.

La paralysie générale s'observe chez les hommes dans la proportion de 25 p. 100 et chez les femmes, d'environ 8 p. 100. Comme elle est pour les médecins allemands, dans le plus grand nombre des cas, une manifestation de la diathèse syphilitique, on emploie pour la combattre l'iodure de potassium; médicament également indiqué contre les affections prolifératives et considéré comme moyen régressif.

On a remarqué à Dobran que la paralysie générale avait une durée plus longue chez les femmes que chez les hommes; on rencontre, dans cet asile, peu d'affections hystériques chez les femmes.

Comme partout ailleurs, le travail est considéré comme un élément important du traitement; 70 aliénés p. 100 sont occupés à différents travaux, tailleurs, cordonniers, menuisiers, etc., — aux champs, dans les jardins, à la ferme, aux écuries, etc. — Les femmes cousent, blanchissent, un grand nombre sont également employées au travail des champs.

Les moyens pharmaceutiques sont ceux que l'on administre, en général, dans d'autres établissements. Chez les agités, pour combattre l'insomnie, on donne à la place du

©BIUM

chloral la paraldéhyde à la dose de 6 à 8 grammes. On a recours aussi, dans quelques cas, aux injections hypodermiques de morphine, ou à l'hyoscyamine qui est donnée avec succès à la dose de 1 à 3 milligrammes. Le pharmacien de Dobran et les médecins sont chargés de la pharmacie qui nous semble peut-être un peu rudimentaire.

Les bains de deux heures sont assez fréquemment employés; la douche n'est généralement donnée que comme moyen de traitement moral. Une femme ne déchire plus, me dit le Dr Anton, après qu'elle a eu la douche; je ne crois pas que ce simple moyen suffirait dans nos asiles.

L'établissement est inspecté, trois fois par an, par la délégation du Conseil sanitaire de la Bohême; de simples formalités suffisent pour le placement des malades; il a lieu sur le certificat d'un médecin visé par le bourgmestre de la commune: en cas de danger, le bourgmestre ordonne le placement d'urgence; le certificat médical est envoyé ensuite s'il y a lieu.

En résumé, le nouvel asile de Dobran mérite la réputation dont il jouit en Autriche; son organisation médicale est des plus sérieuses, et nous l'avons visité avec le plus grand intérêt; son importance nous a paru devoir justifier les détails un peu minutieux dans lesquels nous sommes entrés.

Le Dr Anton a bien voulu nous fournir les renseignements qui nous ont permis de rédiger cette notice; c'est un confrère zélé, plein de dévouement, qui s'occupe avec beaucoup d'ardeur, et est fort au courant de toutes les questions qui se rapportent à l'aliénation mentale. Nous lui faisons, en terminant, nos bien sincères remerciements pour son accueil aimable et pour les sources d'informations qu'il a mises libéralement à notre disposition.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1884.

Présidence de M. FOVILLE.

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Mimicismo Neurosis imitans* ; par M. José Armangué y Tusé.

2° La liste de souscription pour l'érection de la statue de Guislain, qui s'élève à 7615 francs.

3° Une lettre de M. le Ministre de l'instruction publique contenant la liste de questions proposées pour le congrès des sociétés savantes de 1885.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Moreau (de Tours) qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et présente les candidatures de MM. Platou et Lindboë, médecins d'asiles d'aliénés en Norwège.

Une commission composée de MM. Espiau de Lamaëstre, Semelaigne, Moreau (de Tours) rapporteur, est nommée pour examiner les travaux et les titres de ces deux candidats.

2° Une lettre de remerciements de M. Bjornström, nommé membre associé étranger, accompagnée de deux travaux du même auteur: *Algésimétrie, nouvelle méthode pour mesurer la sensibilité de la peau*; et *Sinnes Jatkdamar*.

M. Collineau offre à la Société un exemplaire d'un volume qu'il vient de publier sur la gymnastique.

M. Régis présente une série de tracés graphiques relatifs à diverses formes de folie.

©BIUM

Rapports de candidatures.

M. CHRISTIAN fait un rapport verbal sur la candidature de M. Raffegeau au titre des membre titulaire de la Société.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M. Raffegeau est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre titulaire.

M. BOUCHEREAU. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Dagonet, Féré et Bouchereau, de vous faire un rapport sur les travaux de M. le docteur Arnold Pick, qui sollicite le titre de membre associé étranger de la Société médico-psycologique.

M. Pick s'est acquis une légitime considération dans la province de Prague où il exerce ; il a su se faire apprécier comme administrateur, clinicien et professeur : ses publications dans les revues les plus estimées de l'Allemagne, publications consacrées aux maladies du système nerveux, ont fait connaître et apprécier son nom à l'étranger.

M. Pick a été attaché durant plusieurs années, en qualité de médecin assistant, à l'asile d'aliénés de Prague, et comme Privat-docent à la clinique psychiatrique de la même ville. La manière dont il s'est acquitté de ces fonctions a attiré sur lui l'attention des administrations de son pays ; aussi il y a quatre ans, quand le nouvel et important asile de Dobran (Dobryan) a été fondé, il en a été nommé médecin directeur ; c'est à ce titre qu'il a eu la mission délicate d'installer et d'organiser cet établissement, qui reçoit actuellement six cents malades, et doit prochainement en posséder huit cents.

Pour recommander à votre attention la demande de M. Pick, il nous suffira de citer les titres de quelques-uns de ses écrits :

Contribution à la clinique des maladies mentales ; — Observation de manie transitoire ; — Affection cutanée de cause nerveuse chez une hystérique ; — Notice historique sur La Mettrie : Ses contemplations psychiatriques (1709-1751) ; — *Observation d'atrophie musculaire progressive ; — Troubles intellectuels consécutifs à l'épilepsie ; — Considérations critiques sur la surdité verbale ; — Etude sur la disposition névropathique ; — Contribution à l'étude des hallucinations.*

©BIUM

Ses travaux intitulés : *Contributions à l'étude des lésions du système nerveux central*, de la moelle en particulier ou des localisations cérébrales (paralysies partielles des muscles de l'œil, etc.), méritent une attention particulière.

En 1879, en collaboration avec le Dr Kahler, professeur extraordinaire à l'Université de Prague, le Dr Pick a publié dans une revue trimestrielle, le *Prager Vierteljahrschrift*, une série d'études cliniques et anatomo-pathologiques qu'il a eu l'excellente idée de réunir en un volume instructif.

Les « *Weitere Beiträge zur Pathologische Anatomie des Centralnervensystems* » qu'il nous envoie renferment onze monographies.

La première est une contribution à l'étude des localisations cérébrales.

Elle contient deux observations intéressantes. Celle d'une femme de quarante-deux ans, souffrant de maux de tête, puis perdant successivement la parole et l'ouïe et devenant aliénée. Cette malade n'avait à sa disposition que deux mots : Tschen, tscho ; elle entendait et faisait des signes de tête quand on lui parlait, mais elle ne comprenait absolument rien. L'autopsie montra sur les deux lobes sphénoïdaux une zone de ramollissement cortical, intéressant également la moitié postérieure de la troisième circonscription frontale gauche.

Un buveur, âgé de trente-sept ans, après deux attaques d'hémiplégie droite, présente des symptômes d'aphasie ataxique et de surdité verbale. Il n'accomplissait les ordres que si on les donnait avec le geste. Ces symptômes s'amélioraient, quand le malade mourut de gangrène pulmonaire. Une pachyméninge comprimait le lobe sphénoïdal gauche, la partie postérieure des deuxième et troisième circonvolutions frontales gauches. Par places, la substance nerveuse était désorganisée ; outre ces lésions, anciens foyers kystiques dans le lobe occipital gauche et dans la partie postérieure du lobe sphénoïdal.

Les auteurs passent en revue la littérature médicale et croient que les cas de lésions du lobe sphénoïdal, où la compréhension de la parole était conservée, s'expliquent par le fait que les symptômes de surdité verbale avaient disparu.

©BIUM

Le *cas suivant de surdité verbale* est une observation par autopsie ; celui qui fait l'objet de l'étude sur la localisation des mouvements post-hémiplégiques est l'observation d'un homme de soixante ans, frappé brusquement d'hémiplégie incomplète avec hémianesthésie sans perte de connaissance. Une demi-année après, il présente des mouvements post-hémiplégiques dans les membres paralysés du côté gauche. La lésion était un kyste hémorrhagique siégeant dans la couche optique et la capsule interne droites, atrophie générale des circonvolutions.

Le IVe chapitre intitulé : *Ataxie après les maladies aiguës*, est une étude clinique. Les auteurs rapportent de nombreuses observations : Une femme de trente-trois ans, *phtisique*, est atteinte d'ataxie avec perte du sens musculaire dans le membre supérieur droit qui est parésié. Elle devient aphasique.

A l'autopsie on trouve une méningite tuberculeuse et deux tubercules situés sur les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes de l'hémisphère gauche.

Après une fièvre *intermittente* un homme présente un trouble ataxique de la parole, du nystagmus, survenus brusquement. Le sentiment musculaire est affaibli, le réflexe cutané conservé, le réflexe cutané est aboli pendant plusieurs semaines, guérison.

Et ainsi d'autres observations d'ataxie aiguë survenant à la suite de *pneumonie*, d'*érysipèle*, de fièvres éruptives, fièvre typhoïde, qui font penser que la présence des micrococcus ne serait pas étrangère, dans un certain nombre de cas, au trouble fonctionnel et nutritif.

Plus loin, les auteurs rapportent qu'ils ont trouvé chez un enfant syphilitique, dans la moelle cervicale et à sa partie supérieure, une *plaque de sclérose* située dans le cordon latéral gauche sans dégénération secondaire, et chez un homme de vingt-six ans, ayant présenté des symptômes de paralysie progressive des extrémités avec diminution de l'excitabilité musculaire et légère atrophie en masse, de nombreuses *petites vacuoles dans les cellules* ganglionnaires de la moelle.

Dans une autre autopsie on constata une malformation de la moelle : A côté d'une sclérose des cordons postérieurs, la substance grise de la moelle était d'une petitesse anormale et les colonnes de Clarke étaient absentes.

©BIUM

Le VIIIe chapitre nous offre quatre observations de syringo et d'hydromélie, dont l'une dans un cas d'atrophie musculaire progressive avec altération des cornes antérieures.

Puis, le IXe, une étude sur l'*excitabilité électrique dans la polyomyélite antérieure* subaiguë.

Deux cas de paralysie saturnine, deux cas de polyomyélite subaiguë (paralysie générale spinale antérieure de Duchenne) dont l'un était compliqué de tabes.

Le Xe est une observation fort intéressante intitulée : *paralysie bulbaire amyotrophique* avec les symptômes de la sclérose latérale amyotrophique de Charcot.

Les lésions des faisceaux pyramidaux pouvaient être suivies dans le pont de Varole et les pédoncules cérébraux, les circonvolutions de Roland qui étaient atrophiées par extension de la lésion.

Enfin, les auteurs terminent par des *Casuistische Nachträge*, supplément aux chapitres précédents.

C'est ainsi qu'ils complètent le *chapitre de l'ataxie* par deux observations où les lésions étaient une compression de la moelle par un ostéosarcome de la troisième vertèbre dorsale et un ancien foyer hémorrhagique dans la partie postéro-inférieure du pont de Varole; et le chapitre de *la surdité verbale*, par une dernière observation d'un malade hémiplégique droit presque complètement aphasique et ne comprenant pas les plus simples questions si on ne les accompagnait de gestes, mais tournant la tête quand on l'appelait.

A l'autopsie, on vit une grande zone de ramollissement qui occupait toute la première circonvolution temporale gauche et en partie, la deuxième temporale et la deuxième pariétale ; en avant, le foyer s'étendait à la substance blanche de la troisième circonvolution frontale gauche et, en arrière, aux différents plis de passage.

Dans le rapport que nous vous présentons nous ne pouvions qu'énumérer les travaux réunis dans le *Beiträge zur Pathologie des Centralnervensystems* des Drs Pick et Kahler sans y insister, mais on peut dire ici que l'énumération suffit pour les recommander : elle vous montre l'importance des questions abordées par les auteurs et traitées par eux avec un réel esprit scientifique.

En conséquence, Messieurs, nous vous proposons d'ac-

©BIUM

cueillir la demande de M. Pick et de lui accorder le titre de membre associé étranger.

Les conclusions du rapport de M. Bouchereau sont adoptées et M. Arnold Pick est, à l'unanimité, nommé membre associé étranger.

Actes de violence commis par les persécutés en liberté.

M. MOTET. — Messieurs, depuis quelque temps les actes de violence commis par des aliénés en liberté se sont multipliés dans des proportions inquiétantes. Dans une période de moins de quinze jours, j'ai été commis, soit par le parquet de M. le procureur de la République, soit par l'une des Chambres du tribunal, pour constater l'état mental de trois aliénés, à la suite de tentatives d'homicide. Il m'a semblé intéressant de vous soumettre ces trois cas ; s'ils appartiennent à la même forme de trouble mental, ils diffèrent quant à l'évolution du délire, et chacun d'eux présente des particularités qui méritent d'être notées. Je sais, messieurs, que je ne vous apporte rien de nouveau, à vous qui connaissez à fond toutes ces choses ; je ne veux que signaler une fois de plus les dangers que peuvent faire courir les aliénés persécutés, alors même que rien jusque-là n'avait fait soupçonner leurs tendances agressives.

S... est un homme de trente-deux ans ; ses antécédents nous sont inconnus, et il ne nous a pas été possible de les établir, même avec l'aide de sa femme. Tout ce que nous savons de lui, c'est que, depuis plusieurs mois, il était devenu sombre, moins laborieux. Il ne faisait pas d'excès alcooliques; il se plaignait de n'avoir pas d'appétit, et son sommeil était court, traversé par des rêves pénibles. Quinze jours avant la tentative de meurtre qu'il a commise, il avait complètement abandonné son travail, et vivait chez lui, oisif, toujours inquiet. Sa femme est blanchisseuse et occupe plusieurs ouvrières. Il ne parlait jamais à ces jeunes femmes, et ne paraissait pas s'occuper d'elles. Un jour, ses yeux s'arrêtent sur une ouvrière qui repassait une chemise d'homme. Il la voit décoller une des manchettes que l'empois rendait adhérente, puis introduire sa main dans la manchette après le coup de fer, et l'agiter. Immédiatement, il voit dans ce geste une allusion bles-

©BIUM

sante pour lui. L'ouvrière a voulu dire : « S... est un emmanché. » A partir de ce moment, il n'a plus qu'une idée, c'est qu'on le soupçonne d'avoir des habitudes honteuses, et que cette ouvrière a voulu, par gestes, lui faire comprendre ce qu'elle pense de lui. Il n'a plus de repos ; il vit aux écoutes, aux aguets, et interprétant dans le sens de son délire les faits les plus insignifiants, il se donne à lui-même des preuves qui chaque jour deviennent plus convaincantes. Voici le fait qui l'a déterminé à agir. Il voit l'ouvrière sortir des cabinets d'aisances; par un mouvement tout automatique, cette femme porte ses mains derrière elle et secoue ses jupes : elle ne le voit pas, elle rentre dans l'atelier sans se douter un instant que S... est en observation ; mais lui, il a vu dans ce geste une « allusion » plus grossière encore que la première, cela voulait dire : « Si S... veut me posséder, il aura mon derrière. » Et, exaspéré de cette insulte, dont son délire a fait tous les frais, il décide qu'à la première provocation, il se vengera. Et cette femme qui ne se doute de rien, que personne n'a pu avertir, est l'objet d'un espionnage incessant. Pendant plusieurs jours, S... attend, et enfin, ayant vu l'ouvrière sortir des cabinets, ajuster ses jupes, il trouve que c'en est trop, qu'il faut en finir : il fait quelques pas au devant d'elle, il a dans la main un couteau ouvert, et, sans dire un mot, il la frappe à la poitrine et lui fait une grave blessure. Elle pousse un cri, on arrive à son secours, S... s'enferme dans l'atelier d'où tout le monde s'est enfui terrifié, et quand les sergents de ville arrivent, il est sur la défensive et engage une lutte des plus énergiques. Conduit à la préfecture de police, il est dirigé sur l'asile Sainte-Anne. Quand il y arrive, S... est dans un état de dépression profonde, il ne peut articuler une parole ; il est impossible de réveiller ses souvenirs. L'obnubilation intellectuelle est complète, et M. le Dr Magnan qui le voit alors, se demande si cet homme n'est pas un épileptique, et s'il n'est pas dans un état de stupeur consécutive à une crise comitiale. Une observation prolongée pendant plusieurs jours permet d'écarter cette opinion, S... sort de cet état, les souvenirs redeviennent nets, précis, et il nous raconte avec les détails que nous venons de donner la succession des faits. Son délire nous apparaît systématisé ; si l'évolution semble plus

©BIUM

rapide qu'elle ne l'est, d'ordinaire, c'est que nous manquons de renseignements sur cet homme. Il s'est passé pour lui ce qui se passe, trop souvent, même dans un milieu social plus élevé que celui auquel S... appartient. On ne prête qu'une attention distraite à des bizarreries, à des excentricités de caractère, dont la nature reste méconnue. C'est ainsi que se produisent souvent de cruelles méprises. L'acte de violence une fois consommé, on se souvient alors d'une foule de petits faits qu'on avait cru sans importance, et, d'un seul coup, se révèle un état pathologique, ancien, profond, irrémédiable.

Telle est la condition de S... ; cet homme est un aliéné, irresponsable d'un acte tout entier sous la dépendance d'un délire de persécutions des plus nettement systématisés. Il est interné à l'asile Sainte-Anne ; il importe que cette mesure soit sévèrement maintenue, dans un intérêt d'ordre public et de sécurité des personnes.

Voici, messieurs, un second fait, non moins intéressant que le précédent ; l'état de trouble mental de cet individu avait passé complètement inaperçu; rien ne le révéla pendant l'instruction, et, c'est seulement au moment du jugement, que M. le président de la 10e chambre du tribunal de la Seine, averti par le défenseur, reconnut la nécessité d'un examen médico-légal.

G... est prévenu de coups et blessures. C'est un homme de soixante ans, vigoureux, bien portant; rien, au premier abord, ne trahit le trouble profond dont cet homme est atteint. A son dire, il serait un propriétaire malheureux ; ses locataires lui créeraient les plus graves embarras, lui susciteraient mille difficultés. Il se serait pris de querelle avec un individu qui ne lui convenait pas, et auquel il ne voulait pas louer un logement. Dans l'ardeur de la discussion, il s'est emporté, il a été menacé, il s'est défendu, il reconnaît qu'il a eu tort de tirer son couteau.

Telle est la version de G..., elle ne présente rien d'invraisemblable, rien d'exagéré; et, si l'on s'en tenait à ces premières données, on serait tout disposé à ne voir en lui qu'un homme poussé à bout, arrivant au paroxysme de la colère pour des motifs fondés, en apparence.

Mais, il n'y a rien de vrai dans le récit de G... Toutes ses prétendues infortunes sont à peu près imaginaires ; et c'est lui qui crée les difficultés dont il se plaint.

©BIUM

Cet homme, aux allures si calmes dans la prison, au langage si mesuré, est, au fond, un aliéné chronique, soupçonneux, difficile à vivre, méchant même, et absolument dangereux. Vis-à-vis de nous, il se tient longtemps sur la réserve ; mais il se laisse à la fin surprendre, et nous déclare qu'il est convaincu que tout ce qui s'est passé, la querelle, son arrestation, son séjour à la prison de la Santé, « c'est un coup monté » et la preuve, c'est que l'individu, cause de cette déplorable aventure, s'appelle « Boitelle. » Or, G... a été marchand de vins, et, lorsqu'il s'est établi à Paris, son autorisation d'ouvrir un débit de boissons était signée du Préfet de police, M. Boitelle; il y a certainement pour lui, une correspondance entre les deux noms, c'est une allusion à ses opinions politiques, il n'est pas douteux « qu'on lui en veut. »

Une fois engagé sur cette piste, G... se livre tout entier; il raconte toutes ses infortunes, et se plaint de n'avoir plus de repos quand il eût si bien mérité, après une vie très laborieuse, de jouir en paix de ce qu'il a gagné. Mais, le moyen, avec des locataires insupportables, et une femme qui l'engage à ne pas se montrer trop dur pour eux? — Aussi, n'est-il pas toujours d'accord avec son « épouse ». Il prétend conserver son autorité sur les locataires, et ne pas être gouverné par eux.

Ces confidences, déjà caractéristiques, ne sont rien auprès des détails que nous donne M^me^ G... ; depuis cinq ans surtout, son mari est, nous dit-elle, d'une humeur toujours inquiète ; il voit tout en mal, se plaint sans cesse, et prend, contre d'imaginaires ennemis, des précautions peu rassurantes pour elle. Tous les soirs il met un couteau sous son oreiller. Son sommeil est fréquemment interrompu, et, cherchant une cause à son insomnie, il accuse tantôt l'un, tantôt l'autre. Il se lève, va voir si dans la cour de sa maison il n'y aurait pas quelque chose d'extraordinaire, dont l'influence le priverait de sommeil. Il y a quelques mois, pendant une soirée pluvieuse, l'un de ses locataires avait descendu un rosier en caisse, pour que la pluie l'arrosât. G... ne dormant pas, fit sa ronde, et trouva la plante dans la cour. Il la prit, la rentra chez lui, et la montrant à sa femme, il lui dit : « Eh bien, voilà ce qui m'empêchait de dormir. » Tout lui porte ombrage ; un meuble déplacé, un vêtement suspendu à l'espagnolette

©BIUM

de la fenêtre, lui fournissent l'occasion de récriminations sans fin: Il a détaché de la muraille le portrait de sa première femme, celui de la seconde, des lithographies; il en a brûlé, déchiré d'autres, puis il a tourné ceux de ses tableaux qu'il a conservés, le dessin au mur. A sa femme qui lui fait quelques observations, il répond : « Taisez-vous, folle, stupide, bête : si je voulais écrire un mot, demain vous seriez morte. » Un jour, s'adressant à son chien, il lui fait : « Tu as cinq ans. Il y a cinq ans que je suis malheureux, si je savais que tu en es la cause, je te tuerais. » On n'a jamais su pourquoi il a tué une de ses poules qu'il est allé jeter très loin de chez lui. Sa femme nous a montré des quittances de la Compagnie Lesage dont il a coupé tous les entêtes, parce que, dit-il, il ne veut pas qu'un « Lesage » fasse la vidange des fosses de sa maison. Il a déchiré et jeté par la fenêtre son acte civil de mariage, il ne veut pas chez lui de papiers venant de la mairie.

Depuis plusieurs mois G... est plus troublé encore. Son caractère déjà difficile est devenu agressif, et, en même temps, des conceptions délirantes vaniteuses se sont manifestées. Une nuit, entre autres, il s'est mis à parler à haute voix, annonçant qu'il était le Christ, qu'il gouvernait tout. Sa femme essaya vainement de le calmer, il l'injuria, la menaça, et lui répéta pour la centième fois, « qu'il n'avait qu'un mot à écrire, qu'elle mourrait. »

G... était pour tous ceux qui l'approchaient un sujet d'inquiétudes, de craintes. On prévoyait, à son exaltation croissante, qu'il allait devenir violent, qu'il allait frapper quelqu'un. Sa femme s'était depuis longtemps aperçue qu'il s'armait toutes les nuits, elle tremblait qu'il ne s'en prît à elle. Le commissaire de police de Courbevoie avait reçu de son côté de nombreuses plaintes : lorsque G... fut arrêté, personne de ceux qui le connaissaient ne fut surpris d'un acte de violence que ses menaces, son humeur tracassière faisaient redouter. Comme il arrive si souvent en pareil cas, l'agression qu'on a pu croire subite, répondait à une conception délirante. G... n'avait pas voulu louer un logement à « un particulier » dont la figure ne lui revenait pas : il a supposé qu'il lui gardait rancune, qu'il lui en voulait. La conviction s'est faite dans son esprit, et il a cherché querelle, il a frappé, en aliéné convaincu qu'il avait le droit de se défendre.

©BIUM

G... n'est certainement pas responsable de cet acte. Mais, il appartient à la catégorie des aliénés qui tuent, pour un soupçon, pour une interprétation fausse, pour un geste prenant à leurs yeux le caractère d'une provocation. Ils sont un danger permanent pour tout le monde. Dans un intérêt d'ordre public et de sécurité des personnes, G... ne doit sortir de la prison que pour être mis à la disposition de l'autorité administrative qui pourvoira d'office à son placement dans un asile d'aliénés.

— Quelques jours après, j'étais commis par une ordonnance de M. le procureur de la République pour constater l'état mental de D..., inculpé de tentative de meurtre. D... est un homme de vingt-huit ans, bien constitué; il exerce la profession de cordonnier, et travaille chez lui. Il vit seul, habitant depuis six mois environ un cabinet prenant jour par une étroite fenêtre sur une cour petite et assez mal tenue. Son mobilier est plus que modeste ; pendant tout l'été, il a couché sur les sangles d'un lit, enveloppé d'une couverture. Il prépare lui-même ses aliments ; les fournisseurs auxquels il s'adresse d'ordinaire dans son voisinage, ont depuis longtemps remarqué son air étrange, il ne permet pas qu'on lui parle, il demande ce qu'il veut, et jette brutalement son argent sur le comptoir, puis se retire. Très sobre, il ne boit pas plus d'un demi-litre de vin par jour. Il ne reçoit personne, et la concierge que nous avons voulu voir, n'a que rarement pénétré chez lui. Elle nous dit que dès son entrée dans la maison il s'est montré si peu communicatif, si malveillant même, qu'elle s'est bornée à lui présenter ses quittances de loyer. Il entrebaillait sa porte, et la refermait brusquement, sans vouloir entamer une conversation.

D..., a de la famille à Paris, il vit éloigné d'elle, se souvenant avec rancune qu'elle est intervenue en 1879, dans son placement à l'asile Saint-Anne. Le dossier administratif que nous avons consulté à la Préfecture de police, nous fait connaître que le 19 septembre 1879, son père avait dû s'adresser au commissaire de police de son quartier et lui avait présenté un certificat médical constatant la nécessité pressante de l'internement dans un asile d'aliénés. Dans l'enquête nous relevons ces détails : « Il ne peut plus travailler d'une manière assidue ; il loge, tantôt dans un hôtel, tantôt dans un autre, il vient encore tous les jours

©BIUM

chez moi. Il est mélancolique et n'a plus conscience de ses actes. Par moments il ne parle à personne ; d'autres fois, il se met en colère et menace de tuer avec un revolver ou un couteau. Tous les voisins craignent qu'il ne commette un accident. »

Le 21 septembre, il est à l'infirmerie spéciale du dépôt, le Dr Faure le dirige sur l'asile Sainte-Anne, et le 22, M. le Dr Magnan certifie qu'il est atteint de délire de persécution : « On le regarde de travers, on a changé son nom, on lui fait des misères. » Le 2 octobre, il est transféré à l'asile de Ville-Evrard, et le certificat d'admission porte « qu'il est atteint de lypémanie avec idées de persécutions, hallucinations qui troublent son sommeil ; se croit dupe de sa famille, etc. » Il reste à Ville-Evrard jusqu'au 5 janvier 1882, et sur la demande de sa famille, il est ramené à Sainte-Anne. Son état est le même. Il est maintenu jusqu'au 1er février 1883, et rendu à son père qui le réclame. Il est assez calme pour qu'on croie pouvoir sans danger, le remettre en liberté.

Il n'était pas guéri. Le 28 février, son père demande de nouveau son internement. Le commissaire de police refuse d'intervenir, et D..., reprend sa vie solitaire. Il est inquiet, soupçonneux, il croit qu'on s'occupe de lui, qu'on cherche à lui nuire. Mais il n'a pas d'excitation, pas de délire impulsif. Il se borne à interpréter faussement tout ce qui se passe autour de lui, et, quand il vient habiter rue de Beaune, c'est qu'il est fatigué du voisinage de jeunes gens qui « jouaient et l'ennuyaient. Il a préféré partir; ils auraient dit de lui n'importe quoi. Il avait acheté un revolver et il avait eu l'idée de s'en servir contre eux. Il a mieux aimé s'en aller habiter ailleurs. »

Avec de telles dispositions d'esprit, sans cesse tourmenté de l'idée qu'on s'occupait de lui, qu'on lui voulait du mal, D... devait fatalement en arriver à la violence. Les actes du 27 octobre ne sont qu'un épilogue longuement préparé, et dans les réponses que nous avons obtenues se trouve l'explication d'une agression subite, sans aucune provocation des personnes qui en ont été les victimes. D... ne les connaissait pas, il ne leur avait jamais parlé, mais il est convaincu qu'elles avaient organisé tout un système de taquineries à son endroit.

« J'ai tiré dessus, dit-il, parce qu'elles me faisaient mal

©BIUM

au ventre. Je ne les connaissais pas, mais je savais bien que c'était elles. Quand j'étais à travailler, elles « m'empêchaient. » Si on avait pu me tordre le cou, on l'aurait fait. Elles avaient toutes les envies, elles auraient voulu entrer chez moi, je ne voulais pas. J'aime mieux être tout seul ; çà vaut mieux ; qu'elles secouent leurs puces chez elles. Pourquoi venaient-elles frapper à ma porte ? La concierge était avec elles. Je ne veux pas recevoir d'ordres de la concierge : elle m'a craché dans le dos ; elle s'est appuyée sur mon épaule. Je n'ai pas besoin de tout cela, elle a bien manqué d'y passer la première. Celle qui a étrenné n'avait qu'une chose à faire, me f... la paix. Pourquoi m'ennuyaient-elles comme cela jusqu'à m'insulter dans la cour. Elles ont jeté de la « puffine » sous la fenêtre; elles ont versé les pots de chambre sur ma fenêtre, tout cela pour m'embêter parce que je ne voulais pas leur parler. Elles ont trouvé cela ridicule, et elles m'ont envoyé du « pis » dans les reins. Je tannerai la peau à tous ceux qui m'ennuieront. »

A mesure que D... parle, il s'excite et devient presque menaçant. Nous jugeons inutile de prolonger un examen déjà trop significatif, et qui révèle le trouble profond, ancien, de l'intelligence de D....

Cet homme a passé successivement par les phases classiques du délire de persécution ; les conceptions délirantes tristes, les soupçons, ont marqué la première période ; il prétend que sa famille l'a fait enfermer en 1879 pour lui faire comprendre « qu'il ne fallait pas qu'il allât à droite ou à gauche ». Puis il s'est demandé si sa sœur était bien sa sœur ; il ne peut pas dire s'il a des frères, il ne les connaît que parce qu'on les lui a montrés.

Plus tard apparaissent les hallucinations de l'ouïe. Dans le milieu peu mouvant d'un asile, sans causes d'excitation extérieures, il se calme, il ne guérit pas ; et quand il rentre dans la vie commune, il y retrouve à chaque pas un sujet d'inquiétudes. Lassé « des misères qu'on lui fait », il devient actif, il se défend, et l'impulsion homicide est le résultat des rancunes accumulées contre d'imaginaires ennemis. Le jour où, personnifiant son délire, D... a choisi deux femmes auxquelles il n'avait jamais parlé, et les a frappées, il a cru qu'il ferait ainsi cesser les manœuvres coupables, les machinations, et ses convictions déli-

©BIUM

rantes l'ont amené à affirmer violemment ce qu'il appelle « son droit. »

Il n'y avait pas de doute possible, nous avons conclu que D... était atteint d'aliénation mentale chronique sous la forme spéciale de délire de persécutions, qu'il était irresponsable de ses actes.

Une ordonnance de non lieu a été rendue et D... a été placé d'office à Sainte-Anne.

Dans ces trois faits, j'ai eu la certitude qu'il n'y avait pas à rechercher l'influence d'une excitation alcoolique même légère. — Pour aucun de ces malades elle n'a été signalée. L'impulsion homicide est arrivée, pour ainsi dire, à son heure, lentement préparée par une série d'angoisses, d'inquiétudes profondes, de colères entretenues par des conceptions délirantes, par des hallucinations, se montrant comme le terme le plus élevé d'une progression bien connue de vous, messieurs, et que si peu, en dehors de nous, soupçonnent.

M. Legrand du Saulle. — Je ne peux que féliciter notre honorable collègue, M. Motet, d'avoir communiqué à la société les trois observations de S., de G. et de D. En présence de la criminalité si variée et parfois si inattendue qui se produit à Paris, il est bon que nous connaissions de temps en temps la clinique appliquée à certains attentats. J'ai vu G. et j'ai lu les dossiers de S. et de D. Ce sont bien là des malades.

En médecine légale, tout est question d'espèce : la difficulté se résout par un diagnostic. Les conséquences découlent nécessairement de l'opinion clinique qui a été soutenue. Or, les trois diagnostics portés par notre collègue devaient évidemment conduire à Sainte-Anne, puis à la sûreté de Bicêtre, les trois meurtriers que nous savons. Cela ne se discute pas.

En termes généraux, permettez-moi de vous dire que l'on abuse beaucoup aujourd'hui, dans la presse ou dans le monde, du terme *délire des persécutions*. Avec nos mœurs à l'américaine, dès qu'un coup de révolver est tiré quelque part — et vous savez si cela arrive fréquemment — on dit, on imprime, et l'on redit que l'auteur de l'attentat n'est autre qu'un persécuté. J'ai occasion de voir la plupart de ces prétendus persécutés, et je découvre fort souvent en eux des épileptiques, des alcoolisés, des hypo-

©BIUM

condriaques hallucinés, des héréditaires à crises paroxystiques ou des aliénés chroniques. Le diagnostic est donc à refaire.

Les aliénistes qui ont l'honneur de prendre la parole dans les amphithéâtres de la Salpêtrière ou de Sainte-Anne doivent s'évertuer, selon moi, à guider très sûrement les jeunes générations médicales et à faire constamment des diagnostics différentiels devant les élèves. Le véritable persécuté est sobre et halluciné de l'ouïe, de l'odorat et du goût, mais jamais de la vue; l'alcoolisé subaigu, si finement décrit par Lasègue, n'a que des idées confuses spéciales ou passagères de persécution ; et il est halluciné de la vue, souvent de la vue et de l'ouïe à la fois. L'épileptique qui s'attribue parfois des ennemis et qui interprète volontiers à mal les choses les plus naturelles ou les plus banales, qui s'élance sur le premier venu et qui le frappe, est d'ordinaire un halluciné de la vue. L'alcoolisé aigu, l'héréditaire impulsif et dangereux à son heure, l'hypocondriaque, le raisonnant ou l'aliéné chronique, qui, comme les précédents, commettent de temps en temps des actes très graves, sont également des plus reconnaissables cliniquement ; mais il importe de les différencier et de ne point les décrire sous une estampille vulgaire et presque identique pour tous.

Tous ces malades diffèrent tellement entre eux, que l'attentat lui-même n'est pas accompli de la même façon, selon qu'il s'agit d'un alcoolisé ou d'un épileptique. Il semble, en vérité, que chaque groupe nosologique possède en matière criminelle, sa marque de fabrique. Le vitriol, par exemple, n'est employé que par les jaloux, qu'ils soient ou non aliénés.

L'examen du malade après le crime n'est point encore, en somme, la chose la plus difficile. Nous avons souvent une mission beaucoup plus délicate à remplir, lorsque nous avons à nous prononcer sur l'opportunité d'une séquestration. Je prends un exemple : un homme de quarante ans, célibataire, mais père adoptif d'un jeune garçon de dix ans, a facilement changé de position. En dernier lieu, il gagnait dix mille francs par an dans une administration. Maussade, préoccupé, triste, il voit partout l'intervention de la police et se livre à part lui à un certain nombre de fausses interprétations. Il se démet de son emploi, cherche autre chose, ne trouve rien, épuise ses res-

©BIUM

sources, tombe dans la misère, brûle ce qu'il appelle *sa dernière cartouche* et finit par faire entendre une menace de mort. Cet homme est intelligent, bien élevé, doux en apparence; il s'exprime très correctement, et de très bonne foi, et n'est point halluciné. J'estime qu'il est atteint d'un délire des persécutions en voie d'évolution, qu'il deviendra même très dangereux, mais que l'heure de la séquestration n'a point encore sonné pour lui. Je le fais mettre en liberté. Que deviendra-t-il et que fera-t-il un jour? C'est très inquiétant, mais on ne peut pas enfermer un homme par anticipation, et en prévision d'une violence qu'il ne commettra peut-être pas!

Autre chose maintenant: les suicidés que l'on retire vivants de la Seine. Que faire d'eux, lorsqu'on ne les juge pas aliénés? La mise en liberté s'impose, puisque la tentative de suicide n'est pas punissable par nos lois, mais songez aux regrets qui pourraient suivre cette décision, si une tentative nouvelle se produit et aboutit.

Les romanciers sont des gens très faibles. Ils se torturent l'imagination pour trouver des situations émouvantes ou terribles. S'ils consentaient à déserter le champ de leur prétentieuse et stérile ignorance et à saisir sur le vif la vie réelle, ces littérateurs d'occasion deviendraient intéressants. Les situations poignantes fourmillent à Paris, et celles-là ne sont que trop vraies! Plusieurs membres de notre compagnie interviennent dans les nombreux drames de Paris et rendent par là de réels services à la société! Les trois observations que nous communiquait tout à l'heure M. Motet en sont une preuve.

En ce qui me concerne, plus je manie la psychologie légale, et plus je me sens parfois perplexe, car ma signature engage au-dessus de moi d'importantes responsabilités. Mais en ne se départissant jamais de la seule base possible d'appréciation et en ne quittant point une seule seconde le terrain de la clinique, on arrive à éloigner de soi et des autres plus d'une éventualité intimidante.

Une dernière remarque: ici même, depuis trente ans, nous sommes de moins en moins psychologues et de plus en plus cliniciens. Or, c'est précisément depuis trente ans que la médecine légale relative aux aliénés a fait tant de progrès. Je confie ce simple rapprochement à vos méditations.

©BIUM

Nomination d'une commission chargée d'étudier les questions débattues dans la Société à l'occasion du nouveau Projet de loi sur les aliénés.

Sont nommés membres de cette commission : MM. Christian, Dagonet, Falret, Espiau de Lamaëstre, Legrand du Saulle, Magnan et Meuriot.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1884.

Présidence de M. FOVILLE

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de remerciement de M. Raffejeau, nommé membre titulaire, et de MM. Arnold Pick et Steenberg, nommés membres associés étrangers.

2° Une lettre de M. Rousseau, d'Auxerre, qui offre un manuscrit de Renaudin, destiné à être placé aux archives.

M. LEGRAND DU SAULLE présente, au nom de M. Henry Bonnet, médecin-directeur de l'asile de Châlons, un rapport administratif, moral et médical de l'asile.

M. Legrand du Saulle a remarqué que, dans ce rapport, l'auteur fait l'éloge de la loi de 1838 et regrette que l'on en prépare une autre. C'est d'ailleurs l'opinion partagée par plusieurs d'entre nous.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la nomination au concours, de deux de ses membres titulaires. M. Ballet a été nommé médecin du bureau central et M. Féré, médecin-adjoint de la Salpêtrière.

M. MOTET présente à la Société au nom de M. Funaioli de Sienne, les numéros 2, 3, 4, 5 de la *Chronique du Manicome de Sienne*, et au nom de M. Miraglia de Naples, une étude médico-légale sur l'état mental de Salvator Misdea.

©BIUM

Rapports de candidatures.

M. Paul Garnier. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Falret, Legrand du Saulle et Paul Garnier de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Sankey, au titre de nombre associé étranger de la Société médico-psychologique.

A l'appui de cette demande qui vous a été transmise par notre cher et regretté collègue M. Dumesnil, notre distingué confrère de Londres vous a adressé un exemplaire de la deuxième édition du « cours sur les maladies mentales » qu'il professe à l'*University college*.

Avant d'attirer votre attention sur l'importance de cet ouvrage, il convient de rappeler que, en l'année 1865, paraissait, dans les *Annales médico-psychologiques*, un mémoire de M. Sankey: « La *pathologie* de la *parésie générale* », traduit de l'anglais par le docteur Rousselin.

C'est là une étude fort consciencieuse sur la symptomatologie et l'anatomie pathologique de la paralysie générale et, bien que nos connaissances sur la matière aient notablement progressé depuis lors, il n'en est pas moins juste de reconnaître la valeur réelle des recherches de M. Sankey, sur les lésions microscopiques de l'encéphalite interstitielle diffuse. Après avoir analysé avec soin les travaux de Weld et de Rokitanski, il insistait sur les altérations des vaisseaux, montrait, d'après des préparations fort nettes, les flexuosités, les dilatations anévrysmales des capillaires, l'épaississement de leurs tuniques, l'hyperplasie conjonctive et concluait en ces termes: « Il faut reconnaître qu'il reste encore beaucoup de vague en ce qui touche la pathologie de la parésie générale, particulièrement sur ses caractères anatomiques et sur ce qui peut conduire à son diagnostic différentiel en l'isolant des affections voisines. Il est probable que les travaux déjà entrepris sur ce sujet approchent de la vérité et l'enserrent de près, mais la vérité n'est pas encore dégagée sous une forme telle que nous puissions la considérer comme libre de tout mélange de doute. »

Appelé à faire un cours sur les maladies mentales, M. le Dr Sankey a jugé utile, avant de pénétrer dans le domaine de la pathologie cérébrale, d'exposer brièvement le méca-

©BIUM

nisme normal des opérations de l'entendement. C'est donc à la physiologie de l'esprit qu'est consacrée la première série de ses leçons. Dans un abrégé de psychologie, il expose clairement les théories des différentes écoles modernes et, au passage, il remarque, avec une légitime satisfaction, que c'est, en somme, en Angleterre, que l'on s'est le moins égaré dans les problèmes purement spéculatifs et que l'on a abordé cette étude sous ses côtés les plus pratiques, en s'écartant d'une manière très nette de l'idéalisme nuageux de l'école allemande.

Parvenu sur le terrain de la clinique, l'auteur s'élève avec raison contre cette tendance qui a conduit bien des auteurs à créer ces variétés innombrables de maladies mentales par la seule considération d'un phénomène prédominant. C'est dire qu'il se déclare l'adversaire résolu des monomanies. D'un symptôme saillant on a fait, à tort, dit-il, une entité morbide et, grâce à cette manière de procéder, on est arrivé à créer la kleptomanie, la dipsomanie, l'érotomanie, la monomanie suicide, la monomanie homicide, pour ne parler que des principales.

M. Sankey admet deux grand groupes, en aliénation mentale : les formes idiopathiques (A), les formes symptomatiques (B). Dans les premières, l'aberration psychique est un attribut; dans les secondes, les troubles intellectuels ne constituent jamais qu'un incident, un épiphénomène dans le cours d'une maladie.

Nous avons ainsi, dans la division A (f. idiopathiques), deux subdivisions; dont l'une comprend: les maladies mentales proprement dites, c'est-à-dire, la folie ordinaire ou vésanie et la paralysie générale, tandis que l'autre renferme les anomalies cérébrales liées à l'évolution : idiotie et démence sénile.

Dans la division B (f. symptomatiques) viennent se ranger la folie épileptique, alcoolique, et les troubles intellectuels liés à diverses maladies.

Quant à la mélancolie et la manie, ce ne sont point là des espèces, mais simplement des expressions symptomatiques, et rien de plus.

Suivent d'excellentes descriptions de la vésanie, de la paralysie générale, de la folie épileptique et alcoolique.

Au sujet de la pathogénie de la folie proprement dite ou vésanie, M. Sankey est porté à penser qu'il s'agit d'un

©BIUM

processus anatomo-pathologique où les anomalies dans la composition et la distribution du liquide sanguin jouent un rôle essentiel.

Mais quelles sont les preuves qui permettent d'avancer que le sang est aussi altéré dans sa qualité, et, cette altération serait-elle démontrée, comment expliquer, par elle, la nature des phénomènes observés? Par des interprétations fort ingénieuses, des comparaisons empruntées à la pathologie ordinaire, l'auteur essaye de porter quelque lumière sur ces points obscurs; mais il reconnaît, en dernière analyse, que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de formuler une réponse positive.

Il me faudrait encore, messieurs, signaler dans cet important ouvrage bien d'autres particularités dignes de fixer votre attention; mais il ne peut entrer dans ma pensée de vous donner, en une rapide analyse, une idée complète de cet excellent livre où domine un esprit essentiellement pratique, où se révèle une expérience consommée.

Votre commission ne veut pas retarder davantage le moment de vous proposer de décerner à notre éminent confrère le titre qu'il sollicite.

M. le Dr Sankey auquel a été dévolu l'honneur de présider cette autre association scientifique, sœur de la vôtre, messieurs, — j'ai nommé la société médico-psychologique de Londres, — vous est, en quelque sorte, attaché déjà, par des liens que vous voudrez certainement rendre encore plus étroits, en ratifiant les conclusions de votre commission qui vous propose, avec empressement, de conférer à M. Sankey le titre de membre associé étranger.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M. Sankey est nommé membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

M. Moreau (de Tours).—Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Semelaigne, Espiau de Lamaëstre et Moreau (de Tours), de vous adresser un rapport sur la candidature de nos savants confrères, MM. Platou et Lindboë, tous deux directeurs d'asiles de l'Etat en Norwège. Dans une précédente relation de mon voyage en Scandinavie, j'ai eu l'honneur de vous rendre compte de la visite que j'avais faite dans les établissements de Gaustad et de

©BIUM

Eg. Je vous ai dit tout le zèle et tout le dévouement que ces messieurs mettent à remplir les lourdes fonctions qui leur sont dévolues; je vous ai dit aussi combien ils portaient intérêt à tout ce qui se publie dans notre pays, et tout le respect qu'ils professent pour les aliénistes français. M. le Dr Lindboë est chargé des cours de médecine mentale aux écoles de médecine de Christiania et ses leçons ont près des étudiants un grand et légitime succès. Les bulletins statistiques publiés par nos confrères et que j'ai présentés en leur nom à la Société offrent un réel intérêt. En conséquence, messieurs, votre commission a l'honneur de vous proposer de conférer à M. Platou, directeur de l'asile de Eg près de Christiansand, et à M. Lindboë, directeur de l'asile de Gaustad près de Christiania, le titre de membre étranger qu'ils sollicitent.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et MM. Platou et Lindboë sont nommés membres associés étrangers.

Élections du bureau pour l'année 1885.

L'élection du vice-président pour l'année 1885 donne les résultats suivants :

MM.	Mesnet	19 voix.
	Motet	2
	Magnan	1
	Bouchereau	1

M. Mesnet est élu vice-président.

M. Ritti est réélu, par acclamation, sécrétaire général.

M. Aug. Voisin est maintenu, par acclamation, dans ses fonctions de trésorier.

MM. Charpentier et Paul Garnier sont, à l'unanimité, réélus secrétaires annuels.

MM. Motet et Foville sont adjoints au bureau, en qualité de membres du conseil de famille.

La Commission des finances est composée de MM. Brochin, Falret et Legrand du Saulle.

Des troubles mentaux dans la sénilité précoce et rapide.

M. Charpentier. — Messieurs, quoique signalée incidemment par les médecins aliénistes dans nombre de leurs observations, la sénilité précoce ne nous semble pas avoir fixé suffisamment l'attention au point de vue des troubles mentaux qui l'accompagnent, surtout s'il ne s'y joint au-

©BIUM

cune lésion autre que celles qui relèvent de la vieillesse.

Sous le nom de vieillesse ou de sénilité ordinaire, nous entendons le complexus de destruction ou, pour employer le langage des évolutionnistes, le processus de dissolution qui, commençant ordinairement à soixante ans, se continue jusqu'à la terminaison de l'existence.

La vieillesse type, la vieillesse idéale, celle que peuvent souhaiter ceux qui désirent vivre vieux longtemps, permet à l'être humain de jouir de toutes ses fonctions de nutrition et de relation, en tant qu'il en fasse un usage modéré. A côté de ce type, rare il est vrai, et dont la caractéristique est l'extrême lenteur du processus de destruction, viennent se ranger les formes rapides de la sénilité, formes rapides parce que des périodes d'amélioration viennent varier la lenteur uniforme du processus, que ces périodes d'amélioration surviennent dans le cours, ou apparaissent dès le début de la sénilité.

Sous le nom de sénilité précoce, nous entendons celle qui survient avant l'âge de la vieillesse ordinaire; et comme chez les sujets qui en sont frappés, la marche est rapide quand il s'y joint des troubles mentaux, ainsi se trouve justifiée l'expression de sénilité précoce et rapide qui fait l'objet de notre communication.

Les aliénistes ont peu traité ce sujet, et les auteurs qui ont écrit sur la vieillesse, parlent en termes vagues d'une vieillesse qui viendrait avant l'heure par suite de misère hygiénique, physiologique ou organique. L'expression est d'ailleurs d'origine récente. C'est en février 1871, dans les séances de l'Académie de médecine, alors que l'alcoolisme et toutes les autres misères sévissaient sur la population de Paris, que les expressions de sénilité prématurée et de sénilité précoce furent heureusement employées par messieurs les professeurs Richet et Verneuil, pour expliquer la gravité des traumatismes chez les blessés; nous pensions à la lecture des comptes rendus de cette savante société, voir surgir alors la notion de sénilité précoce simple, dégagée des lésions autres que celles de la vieillesse, mais, nous le répétons, l'alcoolisme dominait en maître sur le terrain clinique ; il servit à expliquer la sénilité prématurée. Plus tard, M. Verneuil expliqua, comme vous le savez, cette gravité des traumatismes, en faisant intervenir, à l'aide d'observations fondées et incontestables, d'autres éléments

©BIUM

étiologiques morbides, lésions du foie, diabète, impaludisme, etc. De la sénilité précoce simple sans autres lésions que celles de la vieillesse, il ne fut pas question. Et cependant cette sénilité précoce simple existe; elle frappe à cinquante-cinq ans, à cinquante ans, à quarante ans et même plus tôt. Les individus frappés par cette sénilité le sont, non seulement dans leur système cutané, sécheresse et teinte terreuse de la peau, rides du visage et de la face dorsale des mains, cheveux blanchis ou tombés, dents cariées ou disparues, mais ils le sont dans leurs fonctions digestives ralenties, dans leurs fonctions respiratoires diminuées, dans leur système musculaire affaibli; et ils vivent, et ils continuent à vivre, et ils ne sont pas malades, et ils n'ont pas de troubles intellectuels; ils vivent au même titre que dans la vieillesse typique, le vieillard conserve ses fonctions, mais diminuées et nécessitant un usage modéré; il est de ces séniles précoces, ce sont les privilégiés, qui n'ont même pas de manifestation athéromateuse; le pouls est plus faible et c'est tout. « On a l'âge de ses vaisseaux, » a dit le professeur Peter, c'est vrai; mais quelque respect que nous ayons pour la profondeur de cette pensée, nous ne pouvons nous empêcher de dire qu'elle n'est pas absolument exacte. Elle est vraie pour les sujets dont les vaisseaux sont altérés, elle cesse de l'être pour ceux qui restent toujours étrangers à ces lésions tout en se laissant envahir par le complexus simple de la sénilité. Mais ce groupe de séniles précoces est étranger à notre sujet, puisqu'il ne présente pas de troubles mentaux. Nous n'y insisterons pas davantage. Nous ne nous arrêterons pas longtemps non plus sur les sujets atteints de sénilité précoce et de troubles mentaux, chez lesquels l'étiologie est déterminée par des maladies aiguës ou chroniques qui en ont été les causes occasionnelles.

Nous faisons allusion aux sénilités précoces et rapides des tuberculeux, des cancéreux, des brightiques, de certains cardiaques, de beaucoup d'athéromateux, des scrofuleux, suppurant depuis longtemps d'affections osseuses ou articulaires prolongées, de tous ces malheureux atteints de la misère organique ou physiologique de Bouchardat, sans compter les intoxiqués par poisons lents, alcool, plomb, tabac, opium, morphine, par la syphilis, par la glycérine ou par la rétention de produits destinés à être éliminés.

©BIUM

Dans tous ces états, la sénilité précoce est fréquente, et les troubles mentaux ont été souvent signalés. Le délire mélancolique, la folie soupçonneuse des phtisiques, la démence par athéromasie cérébrale, la folie diabétique et goutteuse, les folies diathésiques, l'encéphalopathie saturnine et syphilitique, la morphiomanie, et surtout l'immense groupe des troubles cérébraux alcooliques ont été successivement étudiés. Nous n'avons rien à dire de nouveau sinon d'insister sur la fréquence assez grande de la sénilité précoce dans ces conditions, à la fin, pendant le cours et parfois même dès le début de la scène pathologique. Cette apparition au début est assez importante pour qu'à propos de sénilité précoce, l'attention soit toujours éveillée sur la possibilité du développement de quelques-unes de ces graves maladies.

Nous ne ferons aussi que passer légèrement sur d'autres troubles mentaux qui existent à l'âge mûr, en même temps que la sénilité précoce, mais qui ne relèvent pas de cette sénilité. Ainsi un épileptique a des conceptions délirantes à vingt-cinq ans, il en a d'autres à quarante, et la sénilité précoce apparaît. Ou bien celle-ci succède, accompagnée de troubles intellectuels, aux suites d'une fièvre typhoïde, d'un traumatisme crânien, ou d'une dernière couche sur des sujets de cet âge. Dans tous ces cas, sénilité précoce et perturbation cérébrale sont liées à un autre élément étiologique, épilepsie, accouchement, maladie grave, traumatisme, ou encore à une tare héréditaire; car, si nous ne nous trompons pas, les héréditaires d'ordre cérébral ou névrosique, souvent vieillissent de bonne heure et vieillissent vite.

De même nous ne faisons que signaler, pour les éliminer des sénilités précoces, les *pseudo-sénilités*. Il est des jeunes gens qui sont gris ou chauves à vingt-cinq ans; des femmes du même âge dont le système dentaire est déjà complètement carié, des garçons de dix-huit ans, qui, par l'attitude du cou, de la tête, des épaules et des bras, ont l'air de vieillards; mais ce ne sont là que des apparences ; et, si à un certain âge de la vie, un seul caractère, comme la chute des dents de lait, suffit pour indiquer le passage de la première à la seconde enfance, il n'en est pas de même de la vieillesse qui est un résultat d'ensemble, lequel se retrouve dans chaque détail de l'organisme, mais ne se caractérise

©BIUM

isolément dans aucune de ses parties ; nous éliminerons aussi de la sénilité précoce, la sénilité des idiots et des crétins, car on peut dire de leur âge viril ce qu'on a dit de leur intelligence : ils ne peuvent avoir perdu ce qu'ils n'ont pas possédé. Nous faisons exception pour quelques rares d'entre eux, qui, par une éducation, ont pu s'élever au rang d'imbécilé, présenter quelques traits de l'âge mûr et, par le privilège du temps, se glisser en y étant confondus parmi les déments sénilisés.

Les troubles mentaux que nous avons à décrire et que nous désignons sous le nom de troubles mentaux de la sénilité précoce simple, pour les bien distinguer de ceux de la sénilité précoce, due à des antécédents pathologiques, présentent certains caractères généraux.

Ils surviennent presque toujours dans les mêmes conditions. Souvent il y a eu antérieurement un changement assez brusque dans les habitudes, changement voulu par les sujets ou imposé par des nécessités sociales, de plus il y a impossibilité de leur part à contracter de nouvelles habitudes, à moins que ce ne soient des habitudes vicieuses, celles-là venant apporter alors leurs modifications pathologiques, mais sans s'opposer, tant s'en faut, à l'apparition de la sénilité précoce et du trouble mental.

La véritable caractéristique de la condition qui préside au développement de cette sénilité et de ses troubles mentaux, c'est l'incapacité d'adaptation de l'individu à son nouveau genre de vie. Nous n'expliquons pas ce défaut d'adaptation, nous ne faisons que le constater ; il existe aussi chez le vieillard, mais moins marqué ; chez celui-ci les idées sont comme ses pas ; elles ne dévient pas, elles ne vont pas à reculons, mais elles ne peuvent pas suivre. Chez nos sujets, non seulement les idées ne se suivent pas, mais elles se troublent. Au reste, une observation résumée montre mieux ce dont il s'agit.

Mme X..., quarante-huit ans, sans antécédents pathologiques individuels ni héréditaires, habite Paris. Femme d'ordre, elle a toujours vécu avec sa fille qu'elle marie convenablement en province. Retenue à Paris par des questions d'intérêt, elle est obligée de vivre seule, séparée de ses enfants. Deux mois après, elle est méconnaissable, tant ses traits altérés portent l'empreinte de la vieillesse ; tous les voisins en sont frappés ; elle ne peut leur fournir

©BIUM

aucune explication; elle n'a aucun chagrin d'être séparée de sa fille, aucun des suites du mariage; mais elle a conscience du changement qui s'est opéré en elle; elle avoue qu'elle a un ennui vague; elle n'entretient plus sa maison, elle se passerait de dîner, tout cela l'ennuie de préparer son repas; elle n'aime plus les travaux de couture, d'ailleurs sa vue baisse; elle se lève tard, dort mal la nuit, elle a des peurs vagues, non motivées, elle ne sait pas de quoi elle a peur, elle passe ses journées assise, quittant avec peine son fauteuil, remettant de jour en jour des sorties nécessaires; les fonctions digestives sont ralenties, la nuit il y a quelque oppression, l'amaigrissement est notable, ainsi que la diminution des forces; l'examen le plus minutieux, répété plusieurs jours de suite, ne nous fait rien découvrir. M^me^ X..., sur notre conseil, passe deux mois auprès de ses enfants; aucune amélioration; à son retour, les traits de la sénilité sont encore plus accentués; on la soutient pour l'accompagner, tant ses forces la trahissent. A part un peu d'emphysème pulmonaire, nous ne trouvons rien; rien dans les urines; il n'y a pas à penser non plus à de l'alcoolisme dissimulé; menstruation normale. Au point de vue intellectuel, le même ennui de tout; quelques pleurs non motivés; les peurs sont plus prononcées, ainsi que les insomnies; elle désire quelqu'un près d'elle la nuit; elle a peur de manger parce qu'elle a peur de mal digérer, elle a peur de mourir, elle a peur du bruit de la sonnerie de la pendule; elle a peur de passer d'une pièce dans l'autre, elle demande que l'on ne marche pas légèrement près d'elle, parce que les surprises l'effrayent; la mémoire diminue, mais ce qui est surtout notable, c'est l'indifférence de la malade pour les questions d'intérêt qui ne sollicitent plus son attention; trois semaines plus tard, au retour d'une promenade, elle fut prise d'un peu de frisson, d'oppression, d'un point de côté; nous constatons une pneumonie du côté droit, quelques jours après, le gauche fut pris également et la malade succomba avec un peu de délire fébrile au douzième jour.

En résumé, absence d'antécédents pathologiques, absence de causes hygiéniques mauvaises. Une séparation volontairement consentie et non attristante, puis un ennui vague, une paresse générale, une négligence des actes habituels, des insomnies, des frayeurs, les traits de la sénilité marchant de pair avec les troubles intellectuels, et enfin appa-

©BIUM

rition d'une pneumonie terminale, voilà le tableau symptomatique de ce qui s'est passé en cinq mois. Cette femme vivait pour sa fille et par sa fille ; c'était sa fille qui était le mobile de ses actes quotidiens, de ses habitudes; la fille disparue, la mère est incapable d'accomplir les mêmes actes pour elle-même; l'adaptation ne se fait pas; ce ne sont même pas de nouvelles habitudes qu'elle n'a pu contracter, ce sont les mêmes qu'elle n'a pu continuer, parce que le motif, le mobile en était changé.

Nous aurions pu citer des faits analogues concernant un commerçant retiré des affaires, un employé ayant obtenu sa retraite ; là le changement d'habitude était plus manifeste et les mêmes phénomènes se sont produits ; nous ne les avons pas vus rester à l'état stationnaire, ni disparaître ; et toujours nous avons vu apparaître une maladie terminale qui s'expliquait par l'altération grave portée à la nutrition des sujets, et alors que nos investigations précédentes avaient été infructueuses dans la recherche d'un élément morbide étiologique.

Ainsi tous nos malades ont présenté les caractères communs suivants : Apparition précoce et développement rapide des caractères de la vieillesse, et apparition des troubles mentaux qui antérieurement n'existaient pas ; caractère dépressif des manifestations mentales ; formes mélancoliques, hypocondriaques, anxieuses ou panophobiques ; état conscient de nos malades, sauf dans certains cas d'affaiblissement intellectuel ; marche rapide, sans amélioration notable ; terminaison fatale par une maladie ultime qui ne s'est révélée que dans les derniers temps de l'existence ; cause conditionnelle : changement brusque d'habitude. Comme caractères négatifs, absence d'hallucinations.

D'autres sujets présentent aussi des troubles mentaux associés à la sénilité prématurée ; mais nos observations sont incomplètes à cet égard ; nous n'avons fait que les observer passagèrement.

Ces sujets appartiennent aux deux sexes, mais surtout au sexe féminin ; nous pensons que parmi eux doivent se trouver des héréditaires ; ces sujets ont une caractéristique : ils ne veulent pas vieillir et ils ne savent pas vieillir ; le moindre pli au visage, la moindre décoloration du système pileux, la moindre altération des formes les émeut

©BIUM

et les plonge rapidement dans l'inquiétude et l'hypocondrie ; il est vrai de dire que leurs frayeurs ne sont que trop justifiées, et que souvent, chez eux, les progrès de la sénilité luttent avec trop de succès contre les procédés locaux généraux qu'ils emploient pour enrayer le début de la dissolution. Malgré nos efforts, aucun d'eux ne voulait admettre une sénilité précoce à laquelle ils ne pouvaient se résigner, et tous eussent préféré une maladie, comme explication de leur état. Ces sujets nous ont paru se rattacher aux formes dégénérées, héréditaires, raisonnantes, morales, lucides de la folie ; en tous cas ils obsèdent le médecin par leurs craintes multiples, mobiles et variées, et par leurs supplications importunes pour faire disparaître les effets prématurés du temps. Nous ne serions pas étonnés si parfois des terminaisons graves de cette forme venaient à se produire.

Enfin il est un troisième groupe de sujets présentant aussi l'association des troubles mentaux et de la sénilité prématurée. Nous en possédons par devers nous deux cas où l'éclosion des symptômes mentaux fut pour nous une surprise, tant nous y étions peu préparés.

Il s'agit en général d'individus des deux sexes, ayant parcouru leur carrière jusqu'à quarante-cinq, cinquante-cinq ans, et s'étant souvent fait remarquer par leur activité, leur persévérance opiniâtre et un déploiement parfois considérable d'intelligence ; des revers plus ou moins nombreux qu'ils ont rencontrés ne les ont pas ébranlés ; tandis que, arrivés à cette période, subitement on les voit blanchir ou grisonner en peu de temps ; les traits du visage s'empâtent ou au contraire s'altèrent par émaciation ; l'éclat du regard se ternit, la voix se casse ou devient dolente ; on sent chez eux la fatigue toujours imminente quelques efforts qu'ils fassent pour la dissimuler ; le repos qui leur est conseillé et qu'ils prennent ne les améliore pas, ils reparaissent plus vieillis, plus fatigués que jamais, jusqu'à ce que, cédant aux progrès de cette sénilité, à l'influence de la décadence intellectuelle dont ils ont souvent conscience, et aux conseils d'amis, ils se décident à prendre un repos définitif, faisant en cela acte de prudence.

Si nos observations ne nous trompent pas, tous ces sujets ont porté pendant des années une empreinte qu'ils ont entièrement dissimulée ; ils ont été dirigés et dominés

©BIUM

par une idée fixe soit de faire fortune, soit de conquérir des honneurs, soit de réformer l'état politique, social ou moral de leur époque ou de leur milieu. Nous devons à cet égard être très mesurés dans nos appréciations, car l'idée qui les soutient, implantée profondément, est souvent une idée noble, élevée et ne méritant que des éloges; mais il n'en est pas moins vrai que ce soit une idée fixe, et que sous ce rapport, elle présente une certaine communauté avec les autres idées fixes plus vulgaires et surtout plus dangereuses par les excès auxquels elles conduisent les malheureux qui en sont affligés ; généralement ce ne sont pas les déceptions ni les peines morales qui font éclore le mal, mais il semble que cette idée fixe qui s'est imposée perd subitement ses racines et, tout à coup ébranlée, disparaît rapidement, souvent même avant que le but proposé ne soit atteint. En tous cas, ces sujets reconnaissent eux-mêmes l'éclosion du mal, ils le pressentent et dans leur entourage, ils font comprendre qu'ils se sentent devenir vieux, fatigués et paresseux, et qu'ils doivent se reposer.

Heureux sont-ils, s'il en est temps encore ; sinon par leur survie à activité stérile, ils vont faire regretter une réputation qu'ils avaient justement méritée.

Ces cas se rencontrent chez des hommes de science, chez des littérateurs, chez des hommes politiques. Dans la classe des commerçants qui ont prospéré, ce n'est pas un fait rare ; nous avons observé également ces phénomènes chez des dames de mœurs exemplaires et d'une observance rigoureuse dans l'accomplissement de leurs devoirs religieux.

Dans tous ces cas, les phénomènes d'anxiété sont plus rares ou moins intenses ; ici c'est l'affaiblissement graduel insensible de l'intelligence qui domine ; la mémoire s'affaisse pour les faits récents comme chez les vrais vieillards, mais le souvenir de leurs travaux accomplis et des services rendus persiste chez eux, même plus vif et souvent porte ces malades à en faire la glorification dans des termes tels, que ceux qui les entourent ne tardent pas à soupçonner l'invasion du mal. Quant à eux, il persistent dans leurs opinions, leurs idées, leur genre de vie, sans les adapter au siècle qui marche et auquel ils deviennent promptement étrangers. Leur susceptibilité augmente ; ils deviennent irascibles ; surgissent alors des idées de misan-

©BIUM

thropie, de mépris pour la société dont ils ne voient que les défauts ; quelques vagues idées de persécution se dessinent et le discernement des notions de justice subissant comme la mémoire une évolution inverse du mode suivant lequel elles ont été acquises, ils en arrivent à méconnaître les injustices qu'ils commettent envers les autres, tout en ressentant vivement l'impression des torts que l'on a envers eux. Ils sont sous ce rapport semblables à ces enfants qui déjà distinguent et apprécient le mal qui leur est fait, avant de discerner l'injustice des actions nuisibles à leurs voisins ; toujours défenseurs tenaces de leurs droits, ces affaiblis précoces méconnaissent les droits des autres et, parfois, en arrivent à des menaces et voies de faits qu'ils croient légitimes et fondées sur des notions de justice. Parfois ne remplissant pas leurs engagements, parce qu'ils en ont oublié la valeur morale, ils s'étonnent des rigueurs de ceux qu'ils ont lésés, rigueurs qu'ils trouvent injustes, et ils en arrivent à vouloir les réprimer au nom d'une justice dont ils n'ont plus que la notion enfantine. Cet affaiblissement intellectuel précoce avec marche rétrograde indiscernement vers l'enfance nous paraît mériter considération au point de vue de la médecine légale, pour atténuer la responsabilité en cas de délits commis par ces séniles dans de telles conditions. Parfois même si les autres traits de l'affaiblissement intellectuel sont peu saillants, y aurait-il lieu alors de tenir un compte rigoureux des traits physiques de la sénilité précoce, pour atténuer la responsabilité. Souvent apparaît une tendance continuelle à la somnolence contre laquelle les malades luttent par un alcoolisme aussi dangereux qu'inutile, et qui vient imprimer aux phénomènes un caractère spécial.

En tous cas les troubles mentaux dans cette forme ont parfois une marche moins rapide que dans les groupes précédents ; ils peuvent se terminer également par l'apparition d'une maladie ultime ; ils peuvent conduire graduellement le malade à l'état de démence ; celle-ci ne doit sa rareté qu'à la fréquence de la maladie grave qui l'a devancée.

Messieurs, pour terminer, nous vous demandons la permission de résumer cet exposé dans les propositions suivantes :

1° A côté de la vieillesse uniformément lente et de ses

©BIUM

formes rapides par périodes d'accélération transitoires ou rapides d'emblée, il y a lieu d'admettre l'existence d'un groupe de sénilités survenues avant l'âge. Ce sont les sénilités précoces.

2° Ces sénilités précoces sont souvent l'expression de l'atteinte grave portée à la nutrition par des maladies générales ou locales, engendrées ou non par des écarts hygiéniques. Souvent ces maladies se masquent derrière la sénilité précoce et exigent des investigations minutieuses pour être constatées. Elles peuvent être ou non accompagnées de troubles mentaux que les auteurs ont décrit, mais sans mettre assez en relief la précocité de la sénilité concomitante.

3° Les troubles mentaux de la sénilité précoce peuvent exister sans maladies; dans ce cas, si une maladie apparaît, ce n'est que comme épisode terminal incapable d'expliquer et les troubles mentaux, et la précocité de la sénilité,

4° Ces troubles mentaux sont à forme dépressive avec certaine conscience du sujet; ils ont le caractère des formes mélancoliques, hypocondriaques, anxieuses ou panophobiques de la folie; ils peuvent consister dans l'état simple ou mixte d'affaiblissement intellectuel.

5° Ces troubles mentaux qu'ils reconnaissent ont pour cause le changement brusque d'habitude ou les atteintes mêmes de la vieillesse avec les inquiétudes qui en résultent, ou bien encore la cessation brusque de l'énergie entretenue par une idée intensive déterminante; ces troubles mentaux ont toujours pour condition causale commune: l'incapacité de l'individu à s'adapter aux circonstances nouvelles qui l'entourent. L'adaptation qui est un facteur principal dans l'évolution des espèces et des êtres, est aussi une cause de destruction de ces mêmes êtres et espèces, quand elle vient à disparaître; cette incapacité d'adaptation se retrouve très marquée dans les troubles mentaux de la sénilité précoce.

6° Il y a lieu, au point de vue médico-légal, de tenir compte de l'existence de cette sénilité précoce dans l'appréciation des délits commis par les sujets qui en sont frappés, et d'en rechercher minutieusement dans ces cas les traces de l'affaiblissement intellectuel et en particulier de l'affaiblissement du discernement des notions de justice.

©BIUM

7° Il existe une sénilité précoce, sans maladies et sans troubles mentaux. Les hommes qui en sont frappés savent vieillir, comprendre les avertissements du temps et adapter leur genre de vie aux modifications survenues dans leurs fonctions. En agissant ainsi, ils peuvent longtemps se prolonger, jouir de la vie et des fonctions qui y président, à la condition d'un usage modéré. Ceux-là enseignent par leur conduite les prescriptions hygiéniques que réclame la précocité de la sénilité.

M. Lunier. — Je désirerais présenter quelques courtes observations au sujet de l'intéressante communication que vous venez d'entendre. En premier lieu, je ferai remarquer que M. Charpentier a signalé les idées fixes au nombre des causes qui peuvent amener la sénilité précoce. Cette manière de voir ne me paraît ni rationnelle ni conforme à la réalité des faits. J'estime, au contraire, que beaucoup de vieillards ne se soutiennent qu'en vertu de leurs idées fixes et n'arrivent que très tardivement à la démence.

Quant à l'influence du brusque abandon des occupations habituelles, nous sommes évidemment tous d'accord pour admettre que, dans les professions libérales, par exemple, ce changement d'une vie active en une vie inoccupée a les plus funestes résultats. Qui ne sait aussi que beaucoup d'industriels, après s'être retirés des affaires, tombent dans une décrépitude rapide.

Pour ce qui est des applications médico-légales, je reconnais que parfois les difficultés sont très grandes et, pour ma part, je me rappelle avoir rencontré assez fréquemment des individus, ayant à peine franchi la cinquantaine, dont l'état d'affaiblissement intellectuel ne pouvait être attribué qu'à une démence précoce.

Enfin, il est une cause de prompte déchéance intellectuelle qu'il ne faut jamais perdre de vue : c'est la congestion cérébrale et comme l'a si justement remarqué Marcé, c'est dans ces poussées congestives encéphaliques qu'il faut chercher l'explication de beaucoup de décrépitudes hâtives.

M. Legrand du Saulle. — Je ne peux que rendre hommage aux qualités multiples qui distinguent le mémoire dont notre honorable collègue, M. Charpentier, vient de nous donner lecture. Je crois cependant qu'il y a certaines réserves qui s'imposent d'elles-mêmes.

©BIUM

La sénilité précoce, par exemple, pourrait tenir au changement brusque d'occupations à un certain âge de la vie. Que M. Charpentier me permette de citer ici un fait qui étonnera bien la Société, qui le surprendra probablement lui-même, mais qui est d'un haut enseignement pratique.

Au ministère des finances, le directeur de la dette inscrite tient un grand livre dans lequel sont immatriculés tous les pensionnés de l'État, civils et militaires. Savez-vous ce que l'on a remarqué? On s'est aperçu que les officiers en retraite mouraient dans la proportion de 15 à 20 p. 100 dans la première année qui suivait la liquidation de leur pension de retraite, et que, au bout d'un an, leur mortalité si grande s'arrêtait et ne faisait plus que suivre les lois générales démontrées depuis longtemps par la statistique. Or, les officiers de nos armées sont mis en retraite, selon leur grade, entre cinquante-trois et soixante ans. A quelle maladie succombent-ils dans la première année de leurs loisirs si malsains? A la sénilité précoce, pourra dire M. Charpentier; eh bien, je prétends que beaucoup de ces hommes meurent de nostalgie.

Pour les pensionnés civils, la mortalité est considérable dans la première année, toutes proportions gardées, car l'âge est d'ordinaire un peu plus avancé, mais il est cependant loin d'atteindre le chiffre de 15 à 20 p. 100.

Je crois parfaitement à l'influence fâcheuse du changement d'occupation, de milieu, de genre de vie. L'homme qui, pendant de longues années, s'est exposé aux incessants périls de la navigation, n'ayant que le ciel pour abri, et devant lui que la perspective d'un horizon sans limites, que vient-il à regretter lorsqu'il a été obligé de jeter l'ancre pour la dernière fois? Son bâtiment et la mer. S'il se fixe dans un port, il a beaucoup de chances pour vivre; s'il rentre dans le centre de la France, il s'étiole et est très exposé à la mort. Ce marin est nostalgique, mais n'est point un sénile précoce.

Le médecin, l'artiste, l'industriel, le marchand, que deviennent-ils quand le temps, les joies de la fortune ou les infirmités les conduisent à modifier complètement leurs conditions d'existence? Ils deviennent nostalgiques, mais non point séniles précoces. Le changement d'habitude, l'inaction, les loisirs de la retraite et l'ennui ne tardent pas souvent à exercer leur pernicieuse influence sur toutes les

©BIUM

fonctions de l'économie. Une réaction sympathique du cerveau sur un viscère important arrive, et voici que le bonheur si désiré se trouve transformé en une vie morose et pénible, souvent en une mort prématurée.

J'ai beaucoup connu, à une certaine époque, un grand industriel du quartier de l'École de médecine. Je le rencontre un soir et il m'annonce très gaiement qu'il a cédé son industrie, qu'il se retire dans une immense propriété en province, qu'il va désormais chasser, aller à la pêche et se distraire à sa façon. Il a une belle aisance, il n'a pas encore soixante ans, il va donc enfin être heureux. — « S'il en est temps encore, lui dis-je, allez bien vite supplier vos successeurs de vous prendre pour contre-maître. » Le conseil était trop sage pour qu'il fût suivi. Moins d'un an après, la nostalgie et la mort étaient passées par là!

Ambitionner les loisirs de la retraite ou planter des choux, après fortune faite, c'est presque se préparer à cesser de vivre. L'homme est né pour le travail. Les habitudes routinières bien comprises mènent tout droit à la longévité.

M. Charpentier nous disait encore tout à l'heure que les perturbations sanitaires, à l'âge de la ménopause, déterminaient fréquemment la sénilité précoce. Nous avons tous été témoins des troubles intellectuels graves qui peuvent survenir chez la femme de cinquante ans, et nous avons maintes fois observé, vers cet âge, des accès de mélancolie, du délire des persécutions, de la folie suicide, de l'hypocondrie, de la toxicophobie, etc. En général, la chronicité est bien à redouter, à propos des vésanies de la ménopause, mais les guérisons ne sont cependant pas rares. Or, si nous nous trouvons en face de délires essentiellement enclins à se chroniser, et si nous parvenons à rétablir, comme je le crois, une partie des malades, où donc est la sénilité précoce?

Quant aux conséquences médico-légales qu'entraînerait la sénilité précoce, je désirerais qu'il me fût permis d'y réfléchir.

M. Foville demande à M. Legrand du Saulle si la statistique à laquelle il vient de faire allusion concerne les officiers mis à la retraite, simplement pour limite d'âge, ou bien, si elle comprend à la fois ces derniers et ceux qui sont réformés pour cause de maladie, ou d'infirmité.

©BIUM

On conçoit, en effet, que les chiffres proportionnels doivent beaucoup varier, suivant les cas. Il est donc utile d'établir une distinction et, en spécifiant ainsi, les chiffres fournis par M. Legrand du Saulle se trouveraient, sans doute, notablement diminués.

M. Legrand du Saulle. — L'indication que j'ai donnée est empruntée au relevé dressé sur la totalité des officiers mis à la retraite. Je ne me porte pas personnellement garant du chiffre de 15 à 20 p. 100, mais je le tiens de l'ancien sous-directeur de la dette inscrite, dont j'ai été le médecin et l'ami.

M. Motet. — Mes observations seront très brèves. Je suis très frappé de l'expression choisie par M. Charpentier pour caractériser les quelques faits dont il vient de nous entretenir, et je ne m'explique pas bien pourquoi il a fait intervenir ce qu'il appelle la sénilité précoce. On est ou on n'est pas un vieillard. C'est moins, en somme, l'apparence qu'il nous importe de noter que l'état sous-jacent.

N'est-il pas vrai que, en médecine légale, par exemple, il y a peu de compte à tenir de l'aspect extérieur et quand il s'agit de déterminer le degré de responsabilité d'un individu, c'est avant tout sa situation mentale qui nous préoccupe : que vous l'appeliez un sénile ou un juvénile, je ne vois pas trop quelles données une pareille indication vous fournit.

Au surplus, si je constate une déchéance précoce des facultés psychiques, j'en trouverai, maintes fois, la raison dans des antécédents héréditaires qu'il faut toujours chercher, car ils nous donnent, souvent, la clé de bien des problèmes cliniques.

Lorsqu'il s'agit de ces altérations rapides de l'intelligence dont a parlé M. Charpentier et auxquelles je donnerais plus volontiers le nom d'affaiblissement mental précoce que celui de sénilité, il convient de ne pas oublier la part qui revient, dans ces brusques modifications, aux poussées congestives du côté du cerveau.

Chez beaucoup de buveurs invétérés, combien de fois n'observe-t-on pas cet affaissement rapide en rapport avec des troubles circulatoires encéphaliques ?

Est-il besoin de dire que ce sont là purement et simplement des malades, et non point des séniles ?

Enfin, je suis loin de trouver sans danger la création

©BIUM

d'une espèce morbide d'une détermination aussi incertaine, et qui, par là même, peut devenir la source de bien des difficultés.

M. CHARPENTIER. — Je demande la permission de répondre tout d'adord à M. Motet qui a visé le point important de ma communication. Pour M. Motet, mes sujets sont ou bien des malades ordinaires ou des vieillards, et il n'est pas besoin de créer pour eux un nom spécial. J'admets l'opinion de M. Motet, mais si ce sont des malades, dans quelle classe de malades les rangera-t-on, puisque par leurs symptômes ils ne peuvent trouver place dans aucune classe, chacune ayant ses symptômes propres que nos sujets ne présentent pas? Si, au contraire, ce sont des vieillards, il faut bien un nom pour les distinguer des vieillards ordinaires de soixante, soixante-dix, quatre-vingts ans.

Au point de vue médico-légal, je sais bien qu'il faut tenir compte de l'état mental du sujet, de ses antécédents héréditaires, bien plus que des autres signes et surtout du délit commis ; je sais aussi que le médecin doit être médecin et non avocat ; mais il y a des aliénés sans antécédents héréditaires. J'ai été surtout préoccupé des cas où les troubles mentaux n'étaient que faiblement esquissés et j'ai pensé que, dans ces cas, il y avait intérêt à mettre en regard d'eux le délit commis et les attributs de la sénilite précoce, pour mieux faire ressortir la valeur de ces troubles mentaux.

J'ai eu encore une raison pour essayer de constituer ce groupe de sélinités précoces en songeant aux troubles généraux ou locaux et même cérébraux qui se développent dans le cours de la croissance, lorsque celle-ci est trop précoce et trop rapide, et je me suis demandé si l'on ne pouvait opposer à ces troubles des troubles analogues dans la période de décroissance, c'est-à-dire de sénilité, quand celle-ci, contre les lois ordinaires, est trop précoce ou trop rapide. M. Lunier m'a fait remarquer avec raison qu'en assimilant l'idée fixe de mes malades à l'idée fixe ordinaire des aliénés, je me heurtais contre un fait contradictoire, la rareté de la démence ou du moins son apparition très tardive chez les aliénés avec prédominance d'idées fixes. Mais j'ai pris soin de noter que la démence était rare chez mes séniles précoces, tout en faisant observer que

©BIUM

cette rareté s'expliquait par la fréquence de l'extrême gravité d'une maladie antérieure qui, en enlevant le malade, empêchait la démence de s'établir.

M. Motet. — M. Charpentier a fait allusion, tout à l'heure, aux modifications qui peuvent se produire dans l'état d'un prévenu. A ce propos, je rappellerai un fait rapporté par M. le professeur Lasègue et qu'on ne saurait trop souvent citer.

C'est l'histoire d'un individu qui, incarcéré à la suite d'une escroquerie, supporta très péniblement cette détention ; quelque temps après, nouvelle arrestation et nouvelle incarcération, mais cette foi-ci, ce fut avec une complète indifférence que cet homme subit cet emprisonnement. Un choc moral s'étant produit, il était devenu un cérébral et, depuis lors, il a évolué comme un cérébral et s'est paralysé progressivement.

Au sens de M. Charpentier, c'est donc là un sénile! Et pourtant, ce n'est ni plus ni moins qu'un malade qui a succombé aux progrès d'une affection nettement définie, d'une lésion cérébrale parfaitement déterminée.

Au point de vue médico-légal, l'expert n'a à se préoccuper que de la manière dont fonctionnent les facultés mentales et rien de plus. Pour ma part, si je n'avais, pour établir mes conclusions, que les résultats incertains tirés d'un état de sénilité précoce, je me récuserais.

M. Legrand du Saulle. — A propos de la sénilité précoce, je peux vous relater un incident récent. J'ai rencontré un jour en chemin de fer un magistrat éminent de Paris et la conversation vint à tomber tout de suite sur les derniers procès relatifs aux grandes sociétés industrielles ou financières, fondées par actions, dotées d'un conseil d'administration renfermant les plus hautes notabilités, distribuant pendant dix-huit mois des dividendes fictifs et finissant par échouer en police correctionnelle. Ce magistrat s'étonnait que des hommes de soixante ans, parvenus aux divers sommets de la hiérarchie sociale, ayant un passé irréprochable et jouissant d'une excellente réputation, eussent pu si légèrement engager leur nom et leur responsabilité dans des affaires aussi véreuses, risquer leur crédit dans des tripotages abusifs ou frauduleux, ruiner autrui et s'exposer à des infortunes judiciaires! « Il n'y a, selon moi, me dit-il, qu'une seule explication à

©BIUM

donner : ces hommes se sont fatigués dans un long et brillant exercice de fonctions publiques, leur sens moral s'est émoussé, et ils tombent prématurément en enfance. Ne pensez-vous pas qu'un homme distingué et ayant fourni une belle carrière, puisse fléchir intellectuellement beaucoup plus tôt qu'un autre? »

Je n'ai jamais pensé que la supériorité de l'esprit pût conduire hâtivement à l'usure cérébrale sénile. Le revers de la médaille serait bien triste et les hommes médiocres seraient trop bien partagés. A mon tour, je trouvai une explication et les vérifications ultérieures permirent d'en reconnaître la justesse.

Le haut fonctionnaire, d'après moi, que l'on met à la retraite à soixante ou soixante-deux ans, a pu faire une certaine figure dans le monde et même élever sa famille. Un beau jour, on le congédie et on lui alloue une pension de 4, de 5 ou de 6,000 francs. Le lendemain, s'il reste à Paris, il vit dans une grande gêne et il impose cette gêne à tous les siens. Il a parfois des fils qui ne peuvent pas encore se suffire à eux-mêmes, ou bien il a des filles à marier. Il a eu des relations étendues, il ambitionne quelque sinécure lucrative et le voilà qui trafique de sa situation ancienne, de son grade dans la Légion d'honneur et de sa parfaite réputation jusque-là! Pour assurer le présent, il biffe tout son passé. La nécessité l'a obligé à capituler avec sa conscience. L'affaire d'ailleurs ne paraît-elle pas excellente? Ne lui donne-t-on pas gratuitement une part ou une demi-part de fondateur? Ne doit-il pas toucher un jeton de présence à chaque réunion du conseil d'administration?

Chose bizarre : c'est le magistrat qui a soupçonné un état de démence sénile avant l'heure, tandis que c'est le médecin qui a démontré que l'homme compromis n'était qu'un vertueux périmé, qu'un besoigneux en quête d'un peu d'argent.

M. Charpentier. — J'ai voulu surtout, dans mon travail, faire constater la disparition des notions de justice. Chez certains individus, ces notions disparaissent en raison inverse de l'ordre dans lequel elles ont été acquises.

Ils arrivent ainsi à commettre des délits pour réprimer les prétendues injustices dont ils se croient victimes.

M. Legrand du Saulle. — Le mémoire que vient de

©BIUM

nous lire M. Charpentier ne renferme qu'un très petit nombre de faits. L'observation fondamentale m'a paru être le cas de cette dame, âgée de quarante-cinq ans, qui établit sa fille en province, et qui, restée désormais seule à Paris, s'attriste, languit, s'étiole, prend le lit, tombe dans le marasme et finit par succomber. Je ne sais pas si cette dame a été affectée de sénilité précoce, mais ce que je sais bien, c'est qu'elle a été nostalgique de sa fille. M. Charpentier nous dit qu'elle a eu les mains plissées, comme une vieille femme. Mais ces plicatures ne peuvent pas constituer un signe pathognomonique de la démence! Est-ce que, dans l'espèce, elles n'ont pas pu être produites par les troubles de la nutrition? Dans le marasme, dans la misère physiologique, dans l'inanition prolongée, les mains se plissent, même à quarante-cinq ans.

Il n'est pas rare d'observer des troubles intellectuels chez la femme qui marie sa fille unique, se sépare d'elle et se trouve tout à coup plongée dans un vide immense. Il se fait là un choc, dont les conséquences sont parfois serieuses. La mère, qui laisse partir au loin sa fille unique, accomplit un sacrifice dont on ne lui sait pas en général un gré suffisant. Elle commence d'abord par être jalouse de son gendre et par le détester, puis elle passe par une série d'alternatives décevantes, pénibles ou cruelles, et enfin sa santé se trouble, quand sa raison ne s'altère point. Dans ce cas, on remarque qu'elle est préoccupée, distraite, impatiente, inquiète, presque demi-ahurie ; elle ne s'anime qu'en parlant de sa fille. Elle lui écrit encore et mouille son papier de ses larmes, mais, lorsque son état s'aggrave, elle ne répond plus à ses lettres. L'entourage s'inquiète et sur le conseil du médecin, mande la fille de cette mère mélancolique, anxieuse ou stupide, qui n'a plus de sommeil, ne mange pas et dépérit visiblement. Très fréquemment, l'arrivée de la jeune femme au chevet de sa mère n'aboutit à aucun résultat. En revanche, elle peut devenir une véritable complication.

Le privilège de tout médecin qui avance dans la vie, est d'avoir été consulté au sujet d'un grand nombre de douleurs privées, qui ne figurent pas parmi les circonstances étiologiques prévues dans les traités de pathologie. J'en suis là, et j'ai vu survenir plus d'un drame clinique dont la cause réputée insaisissable était cependant bien simple à trouver.

©BIUM

Un industriel, âgé de soixante ans, veuf depuis vingt ans, marie sa fille à un jeune fonctionnaire. Ce père accompagnait autrefois sa fille partout et était très fier d'elle. Resté seul, il ne s'occupa plus de ses affaires et pleura constamment. Il finit par s'aliter. Pour toute thérapeutique, je mandai le jeune couple, fis donner la démission au fonctionnaire et obtins pour lui une association dans la maison du beau-père inconsolable, nostalgique, frappé, ne songeant plus déjà qu'au moyen de se suicider. Et tout finit bien.

A tous les âges de la vie, on arrive à se consoler de la mort d'une personne aimée, et il est très rare que le deuil le plus douloureux conduise à la folie. La séparation, au contraire, ou le simple éloignement de l'objet d'une véritable tendresse, crée des perplexités et des souffrances morales qui peuvent finir pas des catastrophes. J'ai beaucoup connu un médecin, marié, sans enfants, qui avait un jour reçu chez lui, à titre de pensionnaire, l'enfant d'un ami, dont les parents avaient dû s'éloigner. Il s'attacha peu à peu à la petite fille, qui grandit et s'éleva fort bien. Au bout de neuf ans, le père revint, enleva sa fille et ne donna plus jamais de ses nouvelles! Je n'ai jamais vu une douleur comparable à celle de ce médecin, à peine âgé alors de trente-huit ou trente-neuf ans. Au bout de quinze ou seize mois, ce confrère finissait par s'éteindre, mais j'avais vu chaque jour sur son lit le portrait de la petite fille!

Pour en revenir à M. Charpentier et à son intéressante communication, je ne nie absolument rien. J'ai fait des réserves ou des rapprochements, voilà tout. Je demande à m'éclairer davantage et notre savant collègue est homme à nous fournir bientôt le supplément d'informations que je sollicite.

M. Lunier, répondant à la fois à M. Legrand du Saulle et à M. Motet, objecte que les critiques dirigées contre l'expression de sénilité précoce dont s'est servi M. Charpentier ne lui paraissent pas tout à fait fondées; pour sa part, il la trouve assez juste, et pense qu'on peut en faire usage sans s'exposer aux inconvénients dont il a été parlé : et, du reste, ce n'est point là une nouveauté, attendu que chacun l'emploie sous une forme ou sous une autre.

Quant aux remarques de M. Legrand du Saulle relativement à l'influence de la nostalgie, on ne peut que les reconnaître fort exactes; c'est bien là une cause incontes-

©BIUM

table de profonde altération physique et morale, mais il se peut aussi qu'elle n'existe pas seule et se combine, au contraire, avec d'autres causes non moins réelles.

M. CHARPENTIER. — M. Legrand du Saulle a interprété mon observation dans le sens d'une mélancolie anxieuse s'établissant à la suite de chagrins violents, à la suite de regrets, tout comme elle s'établit chez les nostalgiques. Mais ma malade n'avait pas de regrets, et en admettant qu'elle les eût dissimulés aux siens, elle ne me les aurait pas cachés à moi son médecin. J'ai pensé aux troubles de l'alcoolisme et de la ménopause, mais je n'ai pu les constater. Elle portait bien l'empreinte de la vieillesse et si, chez les vieillards, les plis du visage ou de la face dorsale des mains peuvent être expliqués par l'amaigrissement, il n'en est pas de même chez les sujets jeunes amaigris, chez lesquels ordinairement la peau même est transparente et collée sur les os.

M. BOUCHEREAU fait remarquer, au sujet du chiffre élevé de la mortalité des retraités, que la question relative à une semblable statistique est, en réalité, fort complexe. Il y a, en effet, des mises à la retraite, non seulement pour limite d'âge, mais pour tout autre cause, pour maladie ou infirmité, par exemple ; enfin, il y a les retraités et les réformés. On conçoit que dans de telles conditions, les données sont des plus incertaines et des plus confuses.

On a parlé de démence à la suite de fièvres graves et d'intoxications; mais il convient de noter, à ce propos, que cet affaiblissement mental est souvent transitoire, que la rétrocession est possible et, dès lors, le mot démence appliqué à ces états est tout à fait impropre.

Au sujet des anciens fonctionnaires de l'Etat qui acceptent si aisément de faire partie du conseil d'administration de sociétés financières dont le capital est plus ou moins fictif, anéantissant ainsi un passé tout fait de probité et d'honneur, il est à remarquer que la plupart cèdent à de pressants besoins d'argent, et que, en tous les cas, leur inexpérience, en matière d'affaires commerciales, industrielles et financières, étant à peu près complète, ils en arrivent à se laisser naïvement compromettre dans des faillites frauduleuses.

La séance est levée à six heures. PAUL GARNIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

ANNÉE 1884.

Analyse par le Dr L. CAMUSET.

Académie de médecine.

1. *Rapport de M. le Dr Blanche sur les projets de réforme relatifs à la législation sur les aliénés.*

Ce rapport a été publié *in extenso* dans les *Annales médico-psychologiques*.

2. *Locomobilité ou changement de position du cerveau dans les différentes attitudes du corps* ; par M. le Dr Luys (séances du 15 mars, des 18 et 29 avril, et des 20 et 27 mai 1884.)

Vu l'intérêt du sujet, je crois devoir donner, non seulement le compte rendu de la communication de M. Luys, mais aussi celui de la discussion qu'elle a provoquée.

— *M. Luys* : Indépendamment des mouvements provoqués par la respiration et par la circulation, le cerveau est encore doué d'une certaine locomobilité, en vertu de laquelle il obéit passivement aux lois de la pesanteur, et subit une série de déplacements de peu d'amplitude dont la séreuse arachnoïde facilite le jeu. C'est en faisant des coupes qui intéressaient en même temps le crâne et le cerveau, que M. Luys a été mis sur la piste de ces faits nouveaux. — M. Luys démontre la réalité de ses assertions au moyen de l'expérience suivante : une fenêtre quadrilatérale est pratiquée sur les parois latérales du crâne ; la substance cérébrale ainsi mise à nu, on y plonge des tiges vis-à-vis de points de repère marqués sur les bords de la fenêtre. En faisant alors varier la position du sujet, on voit que les tiges s'éloignent des points de repère. On peut par ce moyen constater que le cerveau obéit aux lois de la pesanteur et qu'il subit des mouvements de locomotion d'avant en arrière, d'arrière en avant et de haut en bas selon la position qu'on donne

©BIUM

au cadavre. L'amplitude de ces mouvements varie entre 6 et 7 millimètres. — Pour se rapprocher le plus possible des conditions du cerveau sur le vivant, on injecte un liquide coagulable dans les vaisseaux et on voit que les résultats sont les mêmes que dans la première expérience. On voit aussi que le cerveau se déplace latéralement, ce qui prouve que la faux du cerveau s'incurve un peu sous le poids de l'hémisphère qui appuie sur elle. — La clinique apporte aussi sa part de démonstration. On sait, en effet, que dans certains cas de perte de substance crânienne, la cicatrice fibreuse et par conséquent extensible fait plus ou moins de saillie selon les différentes positions de la tête.

Cette locomobilité du cerveau admise, M. Luys en déduit ces conséquences : Dans le passage de la position horizontale à la position verticale, le cerveau descend, il y a par suite tassement des parties inférieures de l'organe sur la base du crâne, en plus les gros vaisseaux, qui amènent le sang au cerveau, d'obliques qu'ils étaient deviennent verticaux. Donc, compression des petits vaisseaux de la partie inférieure du cerveau et augmentation de la difficulté de l'apport du sang par les gros vaisseaux, et par suite un certain degré d'ischémie cérébrale qui explique les étourdissements des convalescents et de certains sujets délicats quand ils se lèvent brusquement. — Une autre conséquence physiologique du tassement de la substance cérébrale dans les parties supérieures du cerveau est cette fatigue *sui generis* qui résulte d'une station verticale prolongée ou d'une marche longue et qui fait qu'on recherche le repos horizontal. — Le mal de mer est sans doute aussi causé par les oscillations passives que le cerveau éprouve par suite des mouvements du bateau. — Et dans la sphère de la pathologie : on doit attribuer les douleurs atroces des malades atteints de méningite aux mouvements du cerveau qui frotte contre une séreuse malade. — Les syncopes et les étourdissements, auxquels sont sujets les cardiaques ou les prédisposés aux congestions cérébrales, sont aussi en partie sous la dépendance des mouvements du cerveau. — Le *coup de chaleur* des soldats en marche, qui est une syncope plus ou moins grave, peut s'expliquer par l'ischémie cérébrale causée par le tassement de la base du cerveau, tassement exagéré par les secousses de la marche. — Dans les maladies mentales, l'agitation nocturne de certains déments est la conséquence de l'hyperémie cérébrale et, quand le malade se lève, cette hyperémie disparaît pour faire place

©BIUM

au contraire à l'ischémie, c'est pourquoi l'agitation cesse. — Une considération thérapeutique qui découle de ces faits est que les marches prolongées, les courses en voiture, les voyages en chemin de fer sont nuisibles aux malades atteints de lésions cérébrales et aux paralytiques généraux en particulier.

— *M. Colin (d'Alfort)* dit que les mouvements passifs de locomotion du cerveau existent réellement, il les a vus chez les grands animaux, mais qu'ils sont beaucoup plus restreints que M. Luys le pense. Les conditions de la locomotion cérébrale ne sont pas sur le vivant ce qu'elles paraissent être sur le cadavre. M. Luys a été conduit à exagérer l'étendue de cette locomotion : 1° parce que le cerveau du cadavre a diminué de volume en laissant échapper par transsudation une certaine quantité de liquide ; 2° parce qu'il a, en pratiquant l'ouverture du crâne, excisé sur une grande étendue les tractus qui soutiennent le cerveau et l'attachent à la dure-mère ; 3° parce qu'il a laissé échapper le liquide céphalo-rachidien ; 4° parce que la coagulation du sang dans les veines ne permet pas à ce liquide de se porter dans les parties déclives où il devrait soutenir le cerveau.

— *M. Béclard* n'est pas convaincu par les arguments de M. Luys, les preuves que ce dernier avance sont absolument anatomiques et nullement physiologiques. M. Luys prétend qu'il se fait un vide dans le crâne quand le sujet passe de la position horizontale à la position verticale, c'est là une assertion contraire à tout ce qu'on sait de positif en physiologie sur ce sujet. Pour produire une descente du cerveau qui laisserait un vide au-dessus de lui, il faudrait une force représentée par le poids de l'atmosphère au-dessus du cerveau. Enfin toutes les expériences physiologiques bien conçues démontrent que le cerveau n'est animé que de deux sortes de mouvements en rapport, l'un avec la respiration, l'autre avec la circulation.

— *M. Luys* répond que les théories ne prévalent pas contre les faits et que les faits qu'il avance sont exacts. Il donne en plus quelques preuves indirectes à l'appui de la locomobilité du cerveau : 1° le cerveau, comme tous les organes qui se déplacent, est entouré d'une séreuse ; 2° la face interne de la voûte du crâne ne porte pas d'empreintes de circonvolutions.

— *M. J. Guérin* dit qu'il ne se produit pas de vide dans le crâne et qu'il n'y a pas déplacement, mais seulement glissement des organes qui y sont contenus.

©BIUM

— *M. Colin (d'Alfort)* qui, comme on l'a vu, admet en principe la locomobilité du cerveau, mais qui pense seulement que M. Luys s'exagère l'amplitude des déplacements, répond à M. Béclard qu'il a vu le cerveau se déplacer chez les animaux et que la cavité arachnoïdienne n'est pas vide, mais bien remplie d'une certaine quantité de sérosité à l'état de vapeur. — (L'existence de vapeur dans la cavité arachnoïdienne est niée absolument par plusieurs académiciens et entre autres par *M. Gariel.*)

— *M. G. Lagneau* rappelle à propos de ce que M. Luys a dit de l'absence des empreintes des circonvolutions sur la face interne de la voûte du crâne que de telles empreintes ont été observées chez des idiots et chez des individus appartenant à des races inférieures.

— *M. Luys* relate une nouvelle expérience qu'il a faite et qui prouve que le cerveau ne remplit pas toute la boîte crânienne : on donne issue au liquide céphalo-rachidien au moyen d'une ouverture, puis on injecte une matière solidifiable dans le crâne, le sujet debout, on voit que la matière solidifiée s'est accumulée à la partie supérieure et que son épaisseur va ensuite en diminuant à mesure qu'on s'approche de la base. Si on place le sujet horizontalement, sur le dos, l'épaisseur maxima de la matière solidifiée répond à la région frontale. On trouve en plus que le volume de la matière injectée représente environ le dixième de la capacité du crâne chez le vieillard.

— *M. Sappey* dit que le cerveau est fixé à la base du crâne par les nerfs, les vaisseaux, etc., et qu'il ne se déplace pas. Il en fait l'expérience suivante : On enlève la tête du sujet et on tamponne le trou occipital pour empêcher la sortie du liquide céphalo-rachidien. Alors, en enlevant la face et en faisant des ouvertures à la base du crâne, on voit que le cerveau ne s'abaisse pas, qu'il reste appliqué contre les os de la base quand on place la tête dans une direction verticale telle que le vertex repose sur une plan horizontal. Mais si on débouche le trou occipital, le liquide céphalo-rachidien s'écoule et le cerveau descend. Le cerveau est donc retenu, appliqué contre la base du crâne par ses adhérences vasculaires et autres, cela même quand la tête est dirigée en bas. Ce résultat s'explique; le poids physiologique du cerveau, c'est-à-dire son poids absolu diminué du poids du liquide céphalo-rachidien qu'il déplace, puisqu'il est immergé dans le liquide, est inférieur à 40 grammes.

— *M. Constantin Paul* explique d'une façon incidente le *rôle*

©BIUM

des ventricules latéraux dans les changements de volume du cerveau. Le cerveau est susceptible de changer de volume. Il diminue par l'action de l'âge, de la maladie, etc. Dans ces cas, les ventricules latéraux, dont la capacité est virtuelle à l'état physiologique, s'hypertrophient et se remplissent de liquide céphalo-rachidien: L'hydropisie ventriculaire indique en réalité l'atrophie cérébrale. Quand les ganglions de la base ou les circonvolutions diminuent, ces parties gardent leurs rapports avec le squelette, car les ventricules en s'ouvrant permettent à la rétraction de se faire sans inconvénient. — On voit que les choses se passent de cette façon, en ouvrant le crâne avec la scie et en sciant en même temps les os et la substance cérébrale.

— *M. Marc Sée* critique vivement les expériences de M. Sappey. Quoiqu'il ne soit pas converti aux idées de M. Luys, les objections qu'a données M. Béclard à la théorie de la locomobilité du cerveau lui semblent concluantes. — Le liquide céphalo-rachidien est la condition indispensable de la circulation cérébrale, qui ne saurait pas s'effectuer si le liquide ne pouvait alternativement céder et reprendre sa place. En plus il protège le cerveau non pas par le mécanisme d'une simple interposition d'une mince couche liquide entre les os et la substance cérébrale qui amortirait les chocs, mais parce qu'il est en réalité répandu dans les mailles plus ou moins serrées de la pie-mère et qu'en certains endroits, il filtre lentement au lieu de se déplacer brusquement, et que cette disposition réalise la protection efficace du cerveau par une quantité de petits coussins ou matelas à liquide juxtaposés et qui entourent l'organe.

— *M. Luys* répond à M. Sappey que son expérience tendant à prouver que le cerveau ne quitte pas la base du crâne quand la tête est renversée, le vertex en bas, n'est pas concluante. En effet, il bouche le trou occipital et empêche ainsi le reflux du liquide céphalo-rachidien dans le canal rachidien dont les parois sont en partie extensibles; les conditions sont anormales. M. Luys a repris cette expérience, mais sans scier le rachis, sur un sujet intact, et il a vu, par des ouvertures pratiquées dans la voûte orbitaire, que le cerveau s'éloignait de la base du crâne quand on renversait le sujet, la tête en bas.

©BIUM

3°. *Recherches expérimentales sur l'alcoolisme chronique.* Mémoire lu par M. Dujardin-Beaumetz au nom de M. Audigé et au sien. Discussion. (Séances des 1er et 22 avril 1884.)

Cette communication comprend deux parties, la première est bien définie par le titre même de la communication, la seconde a trait aux transformations de l'alcool dans l'organisme.

1° Il résulte d'une série d'expériences sur des chiens, qu'on intoxiquait brusquement avec différents alcools, que pour les alcools primordiaux, fermentés, l'action toxique suit d'une façon mathématique la formule atomique de ces alcools; et que pour les alcools commerciaux, c'est-à-dire non fermentés, plus on s'éloigne de l'alcool vinique, plus l'action nocive est grande.

Une autre série d'expériences, portant sur des porcs et ayant pour but de produire l'intoxication lente, démontre qu'une absorption lente et continue d'alcool détermine chez le porc des lésions anatomiques qui consistent en des congestions et des inflammations du tube digestif et du foie, sans atteindre l'hépatite interstitielle, en congestions pulmonaires, en athéromes artériels et en diffusions sanguines dans l'épaisseur des muscles. — Que les lésions produites par l'absorption de l'alcool vinique bien rectifié sont toujours moins marquées que celles produites par les alcools bruts ou mal rectifiés provenant de la betterave, de la pomme de terre, etc. — Que l'essence et les liqueurs d'absinthe produisent de l'excitabilité et même des convulsions avec de l'hyperémie cutanée.

2° *Des modifications que l'alcool subit dans l'économie.* Une partie de l'alcool ingéré se transforme dans l'économie, une autre partie est éliminée en nature. Il est en effet certain qu'une partie s'élimine par la respiration et par les urines, mais une certaine quantité subit la transformation acétique, d'où des acétates alcalins qui deviennent plus tard des carbonates, et le dernier terme de ces transformations est la production d'eau et d'acide carbonique. Il y a trois cas à considérer : 1° la quantité d'alcool est minime ; alors une partie se transforme dans l'estomac même en acide acétique et parvient dans le sang sous forme d'acétates, une couche pénètre en nature dans le sang, et s'attache aux globules riches en oxygène. Cet alcool des globules brûle à son tour et se transforme intérieurement en acétates ; 2° la quantité d'alcool est plus considérable : une

©BIUM

portion seulement s'oxyde et arrive à l'état d'acide carbonique, l'autre est rendue en nature ; 3° l'alcool est absorbé à dose toxique, alors il n'est plus comburé par l'hématoxyline qu'il dissout au contraire, d'où les hémorrhagies interstitielles.

On voit donc que l'alcool est un aliment d'épargne qui au lieu d'activer la nutrition la modère en enlevant une certaine quantité d'oxygène aux globules.

M. Maurice Perrin combat les conclusions de M. Dujardin-Beaumetz; il s'en tient aux résultats des études de la commission de 1860 constituée à l'effet d'étudier la question, et dont il faisait partie. L'alcool n'est subit aucune transformation dans l'organisme, il est rendu en nature. Jamais on n'a trouvé d'acétate dans le sang, ce n'est que *in vitro* qu'on peut transformer de l'alcool mélangé à du sang en acide acétique. Pourquoi ne trouve-t-on pas non plus d'aldhéyde dans le sang des animaux alcoolisés, alors que, quand on leur en fait ingérer une quantité très minime, on le retrouve toujours? On a pourtant avancé que l'alcool se transformait en aldhéyde. Si l'alcool arrivait en fin de compte à se transformer en acide carbonique, il y aurait exagération de l'exhalation de cet acide; c'est justement le contraire qu'on observe. Et c'est même cette diminution d'acide carbonique qui indique le véritable rôle de l'alcool. Puisqu'il y a diminution d'acide carbonique, c'est que la nutrition générale est ralentie : l'alcool en nature dans l'organisme agit sur le système nerveux, ou sur les centres calorigènes en particulier et ralentit ainsi la désassimilation.

M. Colin (d'Alfort) dit que, pour lui, la question n'est résolue ni dans un sens ni dans l'autre. Les expériences ne lui semblent pas concluantes. C'est une étude à faire à nouveau.

M. J. Guérin fait remarquer que, dans les expériences de ce genre, on néglige toujours de tenir compte des éliminations qui se font par les fèces.

M. Béchamp. La recherche de l'alcool est hérissée de difficultés. D'abord les matériaux, tels que l'organisme les fournit, peuvent au bout de quelque temps subir des altérations que donne l'alcool par une fermentation toute spéciale. Ensuite l'organisme est par lui-même producteur d'alcool. M. Béchamp donne plusieurs exemples de ces deux ordres de phénomènes.

©BIUM

4. *Commotion de la moelle épinière, sclérose des cordons latéraux et dégénération des cellules de la substance grise consécutives*; par M. le Dr Dumesnil. (Séance du 10 juin 1884.)

De l'observation rapportée par l'auteur et d'autres qui existent dans la science, il résulte que : 1° la commotion de la moelle doit être maintenue dans l'état actuel de la science; 2° elle peut être l'origine de lésions inflammatoires consécutives; 3° ces lésions inflammatoires peuvent revêtir la forme de myélites systématiques.

5. *Des rapports qui existent entre le développement des circonvolutions de Rolando et les mouvements des membres inférieurs;* par M. le Dr Aug. Voisin. (Séance du 17 juin 1884.)

Des observations et des autopsies contenues dans ce travail, il résulte que le retard dans la marche, dans la précision et dans l'habileté des mouvements des membres chez les enfants est causé par l'arrêt de développement intra-utérin et par l'atrophie des circonvolutions ascendantes, principalement à leur moitié supéro-interne.

6. *De l'anesthésie locale de l'œil obtenue par l'instillation d'un agent nouveau, la cocaïne.* Lecture par M. Panas. (Séance du 18 novembre 1884.)

M. Koller, se fondant sur la propriété qu'a la cocaïne d'insensibiliser la muqueuse linguale, établit des expériences qui démontrèrent l'action anesthésiante des sels de cet alcaloïde sur la conjonctive et la cornée. M. Panas a fait des recherches personnelles qui sont confirmatives de celles de M. Koller et dont voici les résultats : quelques gouttes de solution de chlorhydrate de cocaïne en solution dans l'eau (5 p. 100), instillés dans l'œil, ne produisent d'abord ni douleur ni congestion, puis après cinq minutes l'insensibilité de la conjonctive oculaire et palpébrale commence à apparaître. Si on répète l'injection de cinq en cinq minutes, l'action gagne l'iris qui se paralyse en partie, mais la mydriase n'atteint pas le degré de celle de l'atropine et disparaît dans les vingt-quatre heures. On note aussi l'élargissement de la fente palpébrale par diminution de la force tonique de l'orbiculaire.—L'anesthésie de la cornée et de la conjonctive est complète au bout d'une demi-heure. L'opération de la cataracte ne provoque pas de douleur (sauf quand on touche l'iris qui conserve toujours plus ou moins de sa sen-

©BIUM

sibilité), et à plus forte raison les opérations qui n'intéressent que la conjonctive.

7. *Des anomalies, des aberrations, des perversions sexuelles*; par M. le Dr Magnan. (Séance du 13 janvier 1885.)

(Cette communication sera reproduite dans le procès-verbal des séances de la *Société médico-psychologique*.)

Académie des Sciences.

1. *De la myopathie atrophique progressive (myopathie héréditaire)*; par MM. Landouzy et Déjerine. (Séance du 7 janvier 1884.)

Contrairement à ce qui a lieu chez l'adulte, l'atrophie musculaire progressive des enfants n'est liée à aucune lésion nerveuse centrale ou périphérique. En plus, elle débute toujours par la face. C'est une affection purement musculaire. Il faut donc établir deux espèces d'atrophie musculaire progressive, l'une *myopathique*, l'autre *myélopathique*.

2. *Réaction électrique des nerfs de la peau chez les ataxiques;* par M. Mendelssohn. (Séance du 28 février 1884.)

Il y a chez les ataxiques, des lésions des nerfs de la peau, lésions étudiées dans ces derniers temps. Au niveau des parties où siègent ces lésions, l'auteur a constaté des réactions électriques anormales qu'il compare aux réactions de dégénérescence de Erb pour les nerfs moteurs.

3. *Des influences des lésions du cerveau sur la température générale*; par M. Richet. (Séance du 6 avril 1884.)

Une piqûre ou cautérisation de l'écorce du cerveau produit une élévation de température qui peut aller jusqu'à 42°. C'est un phénomène semblable à celui qu'on observe dans les piqûres de la moelle cervicale et du bulbe. — Il s'ensuit qu'on doit admettre une fièvre traumatique cérébrale en dehors de toute infection.

Société de Biologie.

1. *Différence entre les phénomènes de l'hypnotisme chez les sujets sains et les phénomènes de l'hypnotisme chez les hystéro-épileptiques*; par M. Brémaud. (Séance du 12 janvier 1874.)

L'analogie est très grande entre ces deux ordres de phénomènes, il y a cependant quelques différences. Ainsi, alors que chez les hystéro-épileptiques hypnotisés et à l'état cataleptique,

©BIUM

les muscles ne sont pas susceptibles d'entrer en contracture chez les sujets sains, au contraire, il est très facile de provoquer la contracture. On peut, en effet, par un choc ou par un courant d'air dirigé sur lui, faire entrer en contracture un groupe isolé de muscles. Les mêmes moyens, appliqués à la nuque, peuvent amener une contracture musculaire généralisée.

2. *De certaines nouvelles variétés de délire chez les fous héréditaires. — Les antivivisectionnistes*; par M. Magnan. (Séance du 23 février 1884.)

Chez certains héréditaires, l'amour des animaux est poussé à un tel point qu'il devient un sentiment morbide. Suivent quelques exemples : une dame névropathe, héréditaire, refuse à un moment donné de faire usage de viande dans son alimentation, parce qu'elle trouve trop cruelle la coutume barbare d'abattre les animaux dits de boucherie. Elle recueille tous les chiens errants qu'elle rencontre. Elle va aux abattoirs supplier les bouchers de ne plus tuer « les animaux, nos frères ». Elle se trouve mal dans la rue à la vue d'un cocher qui frappe un cheval, etc. Puis cet état empirant, des hallucinations surviennent et la malade a des idées de persécution. Après quelque temps d'isolement, le calme se rétablit. — Une autre malade porte un si grand intérêt aux animaux qu'elle s'érige en ennemie acharnée des vivisectionnistes, et se laisse entraîner par son ardeur à des actes insensés, etc.

Ces différents délires sévissent dans les dégénérés héréditaires, ils arrivent d'emblée à la systématisation sans passer par les périodes intermédiaires ordinaires du délire chronique.

3. *Variations de la température rectale déterminées par l'activité physique*; par M. Gley. (Séance du 26 avril 1884.)

Par le fait d'un travail intellectuel quelconque, la température rectale s'est toujours élevée d'un 10e degré, soit que l'observateur restât assis à sa table de travail, soit qu'il demeurât au lit, la température ambiante restant constante.

M. Laborde dit que l'activité psychique peut donner lieu à des combustions exagérées dans d'autres organes suffisant pour expliquer l'élévation thermique rectale.

M. Dastre croit que c'est une erreur de considérer la température rectale comme indiquant la température du corps, ou du moins variant avec elle dans une proportion constante. Il est d'un autre côté certain que le travail psychique fait s'élever

©BIUM

la température des hémisphères cérébraux, mais il ne pense pas que la quantité de calorique produit soit suffisant pour élever d'un dixième de degré la masse totale du sang.

4. *Recherches sur le système nerveux irido-dilatateur et le système accélérateur cardiaque*; par M. F. Franck. (Séance du 26 avril 1884.)

Le système nerveux accélérateur cardiaque émane du premier ganglion thoracique. De ce même ganglion partent des fibres nerveuses qui remontent vers les ganglions cervicaux, se mélangent aux fibres des nerfs qui émanent de ces ganglions et arrivent enfin dans le crâne au niveau du ganglion de Gasser. Là, elles s'unissent à des fibres oculo-pupillaires venues du bulbe. — Maintenant le premier ganglion thoracique reçoit ses racines des 6e et 7e paires cervicales, ainsi que des premières lombaires.

La communauté d'origine des nerfs irido-dilatateurs et des nerfs accélérateurs du cœur explique la coïncidence des troubles oculaires et cardiaques dans la maladie Graves-Basedow. Le goître trouve sa raison d'être dans la présence des fibres vaso-motrices céphaliques.

5. *Des régions excitables de l'écorce cérébrale*; par M. Brown-Séquard. (Séance du 10 mai 1884.)

C'est à tort qu'on considère comme inexcitable les régions corticales situées en dehors de la zone motrice, elles sont au contraire plus excitables que cette dernière, seulement elles ont en plus un pouvoir inhibitoire. Si on électrise avec un courant très faible la région occipito-sphénoïdale, on obtient les mêmes effets qu'en excitant la zone dite motrice. Si on augmente l'intensité du courant, il n'y a plus production de mouvement parce qu'on produit l'inhibition. Si on galvanise suffisamment la région dite non motrice, l'autre perd sa puissance. — Si on cautérise la région non motrice, on peut arriver à produire de l'épilepsie franche. — Si on galvanise simultanément les deux régions, on produit des convulsions tétaniques générales. Enfin, la cautérisation d'une des parties, motrice ou non, produit une paralysie du grand sympathique du même côté.

©BIUM

6. *Suggestion pendant la période somnambulique de l'hypnotisme par influence sur la rétine*; par MM. Dumontpallier et Vérillon. (Séance du 21 juin 1884.)

Le sujet étant en somnambulisme-hypnotique, au moyen d'un écran opaque, on isole les deux moitiés latérales de la face. Puis on impressionne la rétine d'un côté en plaçant vis-à-vis de l'œil une figure gaie, l'autre rétine est impressionnée par une figure grotesque. Alors une moitié de la figure exprime la gaieté, l'autre la tristesse.— Après le réveil, la face conserve encore pendant quelque temps les deux mimiques de nature opposée.

7. *Du rôle de certaines influences dynamogéniques réflexes dans certains cas de suture nerveuse*; par M. Brown-Séquard. (Séance du 28 juin 1884.)

On a présenté des observations de suture nerveuse, après une section ancienne du nerf, dans lesquelles la sensibilité réapparaissait, et on a avancé que la cicatrisation faite, le nerf reprenait ses fonctions. La raison du phénomène est toute différente, car il ne faut pas oublier qu'on a vu parfois la sensibilité reparaître le lendemain de l'opération, alors que la cicatrisation n'avait pas encore eu le temps de s'effectuer. Voici ce qui se passe : le traumatisme exercé sur le nerf qu'on suture est la cause d'une excitation qui se transmet à la moelle et qui fait renaître la sensibilité réflexe. *MM. Dumontpallier et P. Bert* se rallient à l'opinion de M. Brown-Séquard, et ils croient que des vésicatoires pourraient produire le même effet que la suture.

8. *Du somnambulisme partiel*; par M. C. Féré. (Séance du 19 juillet 1884.)

Quand le sujet hypnotisé est en léthargie ou en catalepsie, on peut l'amener à l'état somnambulique général en lui frictionnant le crâne; mais on peut également provoquer chez lui un somnambulisme partiel, en touchant certaines régions du crâne qui répondent aux différents centres cérébraux. En se servant des points de repère que M. Féré a établis dans ses études sur la topographie du cerveau, on peut ainsi produire le somnambulisme dans la face seule, dans un membre, etc. On peut même, en frictionnant successivement tous les points du crâne, provoquer un somnambulisme généralisé. Seulement ce somnambulisme généralisé différera sous certains points du

©BIUM

somnambulisme général d'emblée ; c'est ainsi que la surface érogène localisée à la partie supérieure de la région sternale ne sera pas excitable. — Remarquer qu'on peut éveiller la zone érogène isolément en excitant la région occipitale du cerveau.

9. *Notes sur les fibres arciformes superficielles du bulbe rachidien*; par M. C. Féré. (Séance du 19 novembre 1884.)

Les fibres arciformes superficielles n'ont parfois aucun rapport avec le sillon antérieur du bulbe. Sur certaines pièces, on voit le faisceau grêle se diviser, au-dessus de son renflement, en plusieurs faisceaux qui se portent en dehors, au-dessus des faisceaux cunéiforme et restiforme, qui contournent ensuite la partie inférieure de l'olive et qui, arrivés au niveau du bord externe de la pyramide antérieure, remontent en suivant ce bord jusqu'à la protubérance. M. Féré a abandonné ces faisceaux au niveau du sillon bulbo-protubérantiel, il ne les a pas suivis plus haut dans la protubérance où ils doivent s'entrecroiser.

10. *Action négative de la cocaïne sur les centres nerveux*; par M. Laborde. (Séance du 29 novembre 1884.)

La cocaïne qui produit l'anesthésie du système nerveux périphérique au niveau de la conjonctive de la muqueuse laryngée, etc., est sans action sur le cerveau. Si on applique l'alcaloïde sur le cerveau au niveau des régions motrices et sensitives, ces régions conservent leur excitabilité propre. — Appliquée sur la dure-mère, la cocaïne supprime les convulsions qui se produisent quand on excite cette membrane.

Société médicale des hôpitaux.

1. *Un cas d'hystérie chez l'homme*; par M. Debove. (Séance du 11 avril 1884.)

Un homme bien portant jusqu'alors, tombe d'une attaque d'apoplexie, à la suite de laquelle il présente une hémiplégie gauche sans anesthésie. Les accidents se dissipent en deux mois. Seconde attaque quelque temps après et hémiplégie gauche consécutive, mais cette fois avec hémianesthésie et contracture. Douleur à la pression dans les fosses iliaques.

L'auteur diagnostique l'hystérie et il fait remarquer la rareté des attaques d'hystérie apoplectiformes. En plus, de la présence de la douleur dans la fosse iliaque chez l'homme, il con-

©BIUM

clut que la *douleur ovarienne* ne dépend pas réellement de l'ovaire.

M. Joffroy dit que la douleur ne siège pas sur la glande mais bien sur le plexus nerveux qui l'entoure, lequel suit tous ses mouvements. L'*ovarie* est représentée chez l'homme par la névralgie qui siège sur le plexus nerveux qui va du testicule aux ganglions abdominaux, plexus qui est l'analogue du plexus ovarien de la femme.

JOURNAUX ANGLAIS

Le « Mental Science »

Analyse par MM. DUMESNIL et PONS.

Année 1882 (*Suite et fin*).

NOTES ET CAS CLINIQUES.

1. *Folie émotive avec violence homicide*; par M. Philo Indicus.

C'est, racontée par un anonyme, l'histoire d'une demoiselle de 33 ans que son caractère violent avait fait renvoyer d'une institution de Londres, où elle était employée. A la suite d'une demande infructueuse auprès d'une de ses anciennes maîtresses pour rentrer dans ses fonctions, elle se livre sur cette personne, qu'elle chérit d'ailleurs, à une agression sauvage et la blesse au cou avec des ciseaux, au moment où elle se penche pour ramasser un objet. L'excès de tendresse l'a poussée à cet acte violent. Nous ne pouvons entrer dans les détails de ce drame, ni aborder l'étude psychologique qu'il soulève. Miss A... est placée dans un asile d'aliénés où elle séjourne volontairement. L'affaire eût été moins simple si la victime de l'agression était morte. Miss A... était une nature ardente, jalouse, mal équilibrée. Elle avait présenté autrefois des tendances à l'homicide et au suicide, ainsi que des phénomènes hystériques variés, mais le côté le plus intéressant de son histoire est son origine familiale. Son père est Anglais, mais sa mère est née du mariage d'un Européen et d'une Persane. Ces métis Indiens, qu'on désigne dans le pays sous le nom d'*Eurasiens*, présentent des caractères ethnologiques spéciaux bien connus. Ils rendent compte, dans ce cas particulier, de l'organisation défectueuse de l'héroïne de cette histoire.

©BIUM

2. *Cas de paralysie agitante compliquée d'aliénation mentale*; par le Dr Ringrose Atkins.

Le sujet de cette observation est un homme de 61 ans, sans antécédents héréditaires connus. Le trouble musculaire a précédé de deux ans l'invasion de la folie et paraît avoir été causé par une émotion vive. Un jour qu'il était pris de boisson, on lui vola dans la poche une somme d'argent, et le saisissement qu'il éprouva fut suivi de l'invasion du tremblement caractéristique. Il affecte les deux membres supérieurs, principalement le droit, et la partie inférieure de la face. La folie a été le résultat du chagrin ressenti par le malade de se voir inutile à ses proches. Elle s'est manifestée d'abord par de la dépression mentale, puis par des troubles hypochondriaques et émotifs. Il a présenté dès le début les désordres viscéraux et sensoriels qu'on observe dans la paralysie agitante : Sensations internes de brûlure, défaillances, etc. Les facultés intellectuelles sont assez bien conservées. Dans les réflexions qui suivent, M. Ringrose Atkins s'occupe des lésions pathologiques de la maladie de Parkinson et discute les deux opinions de M. Demange, qui attache une grande importance à l'inflammation de l'épendyme et à la dégénérescence des colonnes de Clarke, et de M. Luys, qui considère l'affection comme d'origine cérébrale.

3. *Hémorrhagie cérébrale punctiforme*; par le Dr H. Savage.

Ce fait est remarquable par la multiplicité des troubles morbides et des lésions pathologiques constatés chez le sujet. Elle est telle qu'on ne saurait dire à quelle cause la folie et la mort sont imputables.

La malade, qui a un frère utérin aliéné, était affectée d'un fibrome compliqué de fréquentes métrorrhagies, et elle était phthisique. Elle a eu un premier accès de mélancolie dont elle a guéri. A sa seconde admission, sa santé physique est plus profondément altérée; elle ne tarde pas à succomber au marasme, dans un état de démence profonde. L'autopsie fait découvrir les lésions suivantes : Arachnoïde sèche, d'aspect vitreux (1er degré de la méningite); hémorrhagie multiple punctiforme, suivant les contours des circonvolutions et s'étendant aux parties profondes du cerveau ; désorganisation du corps strié gauche, occupé en partie par un caillot ; pneumonie

©BIUM

gauche; transformation crétacée du poumon du même côté; foie gras, kystes rénaux, corps fibreux de l'utérus.

4. *Observations rapportées* par le Dr Mac Dowall.

5. *Atrophie aiguë du foie consécutive à une roséole, chez une mélancolique, — avec tracé thermométrique.*

La malade est une femme de 52 ans, probablement une héréditaire. C'est au moment où la maladie mentale tend à s'améliorer, qu'elle est prise de fièvre. Alors apparaît une éruption de nature mal définie, papuleuse, confluente, sans toux ni angine, compliquée bientôt d'un ictère généralisé. Enfin son état s'aggrave et elle meurt dix-huit jours après l'apparition de l'exanthème. L'examen nécropsique a permis de constater le ramollissement du foie, altéré dans sa coloration et adhérant au diaphragme. Son lobe gauche est réduit à un mince feuillet.

6. *Néphrite aiguë et désintégration de caillots cardiaques.*

Cette affection a été observée chez un aliéné chronique, âgé de 50 ans, qui accusait un délire hypochondriaque marqué par des troubles sensoriels graves et des idées de persécution touchant le personnel de l'asile. Le fait clinique est surtout intéressant au point de vue de la pathologie ordinaire. Cet homme a présenté, un peu avant sa mort, de l'œdème et de la congestion pulmonaires, et des plaques gangréneuses au nez et au front. Ces phénomènes étaient l'expression de la désintégration de caillots sanguins, dont l'autopsie a révélé l'existence dans le ventricule du cœur. Il convient de noter, à propos de ce malade, la rareté de la néphrite aiguë chez les aliénés.

7. *Corps étrangers dans le côlon. — Abcès s'ouvrant à travers la paroi thoracique. — Emphysème localisé. — Empyème.*

Le sujet de cette observation est un dément connu par ses goûts dépravés. Après s'être bien porté pendant vingt-deux ans, cet homme se plaint d'une douleur entre la 8e et la 9e côte où l'on constate une légère intumescence. On suppose qu'il est tombé de son lit, et l'on diagnostique, bien que la crépitation manque, une fracture de côte. Il se rétablit rapidement. Mais, un an plus tard, les mêmes symptômes reparaissent, avec de l'emphysème en plus. Cette fois, il est emporté par des accident d'infection purulente. A l'ouverture du corps, on découvre, à la jonction du côlon transverse et du côlon descendant, une tumeur volumineuse qui se prolonge en haut à travers le dia-

©BIUM

phragme jusqu'à la paroi thoracique, sans intéresser la plèvre. Elle contient de nombreux corps étrangers : neuf morceaux de bois et de fil de métal de 3 à 5 pouces de long, des pièces d'étoffe, des feuilles, etc. L'intérêt de ce cas réside dans la difficulté du diagnostic.

8. *Notes sur un cas de manie suivie d'hyperesthésie et d'ostéomalacie. — Singulière tendance dans la famille à la constipation et à l'auto-mutilation*; par M. James Howden.

Il s'agit d'une aliénée héréditaire, âgée de 26 ans, qui a des hallucinations qui la poussent à se faire des mutilations graves (arrachement des yeux). Sa troisième attaque de folie lui est fatale, et elle succombe à la complication grave dénommée plus haut. Le système osseux tout entier, moins le crâne, est envahi par l'altération de structure, dont le début paraît remonter à onze ans, à la suite d'une pleurésie. Cette femme appartenait à une famille d'aliénés. Son frère et sa jeune sœur sont sujets, comme elle, à une constipation opiniâtre. Son frère présente aussi la même propension à se mutiler. Lorsque la malade s'est arraché un œil à l'asile, elle ne se doutait pas que son frère avait accompli le même acte quatorze années auparavant. Enfin, la mère de ces trois enfants est atteinte de démence épileptique.

9. *Cas d'alimentation artificielle, réflexions sur l'appareil*; par le Dr Henry Sutherland.

L'auteur indique dans ce travail certaines précautions à prendre pour la conservation de la sonde, qui devra être placée à sec, dans un vase refroidi qu'on laissera dans une cave fraîche. Il faudra néanmoins veiller à ce que l'instrument ne durcisse pas par un froid trop intense. L'introduction de la sonde par la voie nasale devra être préférée.

10. *Deux cas de folie associée à la chorée*; par le Dr Joseph Wiglesworth.

La première malade, âgée de 21 ans, mariée, a vu sa chorée apparaître consécutivement à une attaque de rhumatisme subaigu, vers la fin de la troisième semaine. Elle présentait en même temps des troubles cardiaques valvulaires. La forme mentale a été d'abord un délire maniaque d'une violence modérée avec hallucinations de l'ouïe, de la vue et illusions du toucher. Cet état a fait place à une semi-stupeur avec embarras particulier de la parole, dépendant de l'altération fonction-

©BIUM

nelle des muscles de la langue. La chorée occupait le côté droit du corps et l'on observait chez cette malade une alternance remarquable des phénomènes choréiques et des manifestations rhumatismales. La guérison a été obtenue. On n'a pas découvert le rhumatisme dans les antécédents de l'autre aliénée. Toutefois, l'existence de cette diathèse est probable, le cœur étant le siège de bruits valvulaires. La mère de cette malade a eu plusieurs enfants morts-nés, et son oncle est à Broadmoor. C'est encore une maniaque sub-aiguë avec hallucinations multiples (ouïe, vue, goût, toucher). Parmi les troubles qu'elle présente, le plus digne d'intérêt est l'embarras de la parole qui lui donne l'air d'une démente et contraste avec une conservation notable des facultés. Traitée successivement par le chloral, la quinine, les ferrugineux et la strychnine, cette malade a pu quitter l'asile en parfait état, deux mois et vingt jours après son admission.

11. *Emploi de l'atropine comme sédatif*; par M. Gasquet.

Ce médicament étant d'un prix fort accessible, notre confrère s'est demandé s'il ne pourrait pas être substitué à l'hyosciamine et l'a essayé chez deux maniaques chroniques et chez un ancien halluciné avec excitation. L'atropine lui a paru moins active que l'hyosciamine. La sédation obtenue est moins complète et les effets disparaissent plus promptement. Par contre, avec l'atropine, l'action sur l'organisme est moins intense, partant moins grave ; la stupeur, l'oppression sont moins marquées. En somme, il y a là surtout une question d'économie. L'alcaloïde de la belladone pourrait encore être employé comme agent curateur dans la manie chronique, à la condition de le prescrire à doses massives et avec persistance.

12. *Note sur les constituants chimiques de la jusquiame ;* par le Dr G. M. Bacon.

D'après le professeur Ladenburg, la jusquiame noire contient un autre alcaloïde que l'hyosciamine. La différence d'action entre l'hyosciamine cristallisée et amorphe devait faire soupçonner son existence. Ce nouvel alcaloïde est l'hyoscine qui est sans doute identique avec l'atropine. L'hyosciamine se trouve dans la jusquiame noire, la belladone, le datura, le *duboisia myoporoides* (duboisine). L'hyoscine existe seulement dans la jusquiame noire.

©BIUM

13. *Guérison après trois ans environ d'un accès de manie dans lequel les hallucinations forment un symptôme saillant*; par le Dr Bacon.

La manie compliquée d'hallucinations est généralement incurable; le sujet de cette observation a fait exception à cette règle. C'est une femme de 33 ans qui se bourrait les oreilles de coton, entendait des voix et conversait avec des êtres imaginaires.

14. *Localisation cérébro-spinale, — lésions destructives de l'encéphale, — maladie de la moelle;* par le Dr Julius Mickle.

Un dément sénile âgé de 74 ans, probablement héréditaire, a eu, un an avant sa mort, une attaque suivie d'hémiplégie gauche et de contracture. Chez ce malade, le bras gauche est rigide, fortement fléchi, les doigts sont appuyés contre la paume de la main; le poignet, fléchi, est dans l'abduction. Les réflexes sont diminués. La jambe gauche est dans l'extension, tandis que la droite, dans l'adduction, est habituellement fléchie. La sensibilité paraît obtuse à gauche, surtout au membre supérieur, tandis qu'elle est exagérée à droite. Enfin, la vision était sans doute atteinte, le malade ne paraissant pas distinguer les objets placés à sa droite. Ce vieillard a dépéri progressivement et a succombé à une congestion hypostatique du poumon. Les lésions des centres nerveux constatées à l'autopsie sont multiples et intéressantes au point de vue de leur localisation. Nous devons nous borner à les indiquer rapidement. Au cerveau, elles occupent le lobule paracentral droit et la circonvolution marginale voisine, le lobe occipital gauche et la région occipito-temporale jusqu'au sillon de l'hippocampe, la grande scissure longitudinale. La frontale ascendante droite est légèrement atteinte dans sa portion supérieure. Il y a, en outre, un foyer de ramollissement dans le corps strié droit, comprenant la capsule interne. D'autres lésions destructives s'observent dans la couche optique gauche, la protubérance (partie droite et moyenne), le cervelet (lobe latéral gauche et lobes inférieurs). Enfin, on constate, à la moelle, le ramollissement de la corne postérieure gauche et l'induration, dans sa partie postérieure, du cordon latéral du même côté.

©BIUM

15. *Cas d'idiotie avec paralysie et aphasie congénitales, — atrophie des circonvolutions*; par le Dr James Shaw.

Cet idiot, mort phthisique à l'âge de 18 ans, était épileptique. Les facultés mentales existaient chez lui à l'état rudimentaire. Il comprenait son nom, ne parlait pas et faisait entendre des sons inarticulés. Il présentait une paralysie avec contracture des deux membres inférieurs et du membre supérieur droit. En mangeant, il s'aidait de sa main gauche.

L'examen du cerveau a permis de constater la dégénérescence atrophique dans les points suivants :— *Hémisphère gauche:* pariétale ascendante — toute la longueur moins trois quarts de pouce supérieurement ; frontale ascendante — atrophiée sur une étendue d'un demi-pouce ; la lésion prend naissance à un quart de pouce de son extrémité inférieure ; troisième frontale, — entièrement atrophiée ; seconde frontale — la branche inférieure de cette circonvolution est atrophiée sur la longueur d'un pouce, et la lésion prend naissance à un quart de pouce de la frontale ascendante. Le lobe temporal est déformé ; l'atrophie de la première et de la seconde temporale met à découvert l'insula de Reil. *Hémisphère droit.* — La pariétale ascendante est réduite à un mince ruban, à partir d'un pouce de son extrémité.

16. *Sur l'action de la fièvre typhoïde chez les aliénés. Notes sur vingt-deux cas* ; par le Dr Campbell.

Les observations de ce distingué confrère sont résumées dans les conclusions suivantes :

1° Chez deux malades, la convalescence de la maladie mentale n'a pas été influencée défavorablement par la fièvre.

2° Chez un malade, l'état mental s'est amélioré dans le cours de la fièvre et la folie a guéri pendant la convalescence physique.

3° Un paralysé général s'est amélioré dans la dernière période de la maladie fébrile, et a pu être rendu à sa famille.

4° Deux aliénés, dont l'un avec un pronostic fâcheux, ont été complètement guéris.

5° Quatre autres ont été améliorés, dont deux notablement.

6° Les autres malades n'ont éprouvé aucune modification dans leur état mental. Tous ces aliénés étaient d'ailleurs regardés comme incurables ; l'un d'eux, un imbécile maniaque, a succombé à une péritonite.

©BIUM

17. *Cas d'accumulation prolongée de matières fécales avec distension considérable de l'intestin* ; par M. Caryle Johnstone.

Ce cas clinique, observé chez une mélancolique, est remarquable par la production fréquente d'indispositions graves caractérisées par des vomissements, de la diarrhée et un état syncopal. Le ventre avait graduellement augmenté de volume. A l'ouverture du corps, on a trouvé le côlon ascendant très-distendu. Cet intestin ne mesurait pas moins de deux pieds deux pouces et demi de circonférence.

18. *Cas d'endartérite avec aliénation mentale et aphasie* ; par M. Richard Mitchell.

Cette observation voudrait être reproduite dans ses détails ; nous essayerons néanmoins d'en retracer les faits les plus saillants. La femme qui en fait le sujet, âgée de 40 ans, souffrait au début de troubles ménorrhagiques ; puis les fonctions motrices ont présenté chez elle des désordres qui l'ont fait regarder comme atteinte de paralysie générale. L'aphasie s'est montrée huit mois avant son admission à l'asile. L'ataxie et la parésie musculaires constituent les éléments dominants de ce trouble fonctionnel. La malade comprend ce qu'on lui dit, mais est incapable d'articuler les mots. Il y a aussi un certain degré d'amnésie. L'autopsie n'a pas confirmé le diagnostic des premiers jours, mais le cerveau a offert un bel exemple de sclérose miliaire. La lésion, qui est décrite par notre confrère avec un grand luxe de détails et dessinée sur une belle planche à la fin de son travail, occupe surtout les lobes frontaux et, dans cette région, la partie postérieure de la troisième frontale gauche ascendante du même côté. Les autres lobes sont moins atteints par la dégénérescence qu'on retrouve, très avancée, à la région dorsale de la moelle.

19. *Folie morale. Cas de manie homicide* ; par M. H. Manning.

Nombre de personnes instruites, mais non versées dans la science mentale, ont peine à admettre l'existence de la folie morale. Elles sourient volontiers quand on leur parle de ces aliénés qui possèdent la pleine appréciation de leurs actes et sont poussés à mal agir par une force invincible, manquant du contrôle nécessaire à la répression de leurs incitations morbides. Ces incrédules seraient certainement impressionnés par la lettre que vient d'écrire au Dr Manning, un malade de cette

©BIUM

catégorie. Cette lettre est un long cri de désespoir. L'infortuné qui en est l'auteur, dépeint en termes saisissants les souffrances qu'il éprouve. Depuis dix-sept ans, cette homme lutte contre des impulsions à l'homicide et au suicide. Couché la nuit près de son père, il voit dans la chambre un poignard et est assailli par la tentation atroce de devenir parricide. Est-il en voyage? il est envahi du désir de sauter du wagon ou d'en précipiter ses compagnons de route. Il est profondément religieux et puise des consolations dans la bible, qu'il annote aux bons passages. Il n'a jamais eu d'hallucinations. Cet aliéné est marié et doit cacher avec soin à sa femme et à ses enfants les angoisses qu'il endure. Est-il une existence plus horrible? Le document que nous venons de parcourir est signé simplement : « Un homme qui souffre. »

20. *Deux cas d'épilepsie associée à une tumeur cérébrale* ; par M. Herbert Packer.

Le premier malade est un dément épileptique qui se fait remarquer par la violence de ses attaques et qui meurt dans le marasme. A l'ouverture du corps, on trouve un sarcome occupant le corps strié droit. Cette tumeur fait saillie au niveau de l'espace inter-pédonculaire, en refoulant les nerfs optiques, oculaires communs et le pédoncule de ce côté. Elle a environ un pouce et demi de diamètre.

L'autre épileptique présente des séries d'attaques compliquées d'agitation maniaque et séparées par des intervalles lucides. Les convulsions sont aussi chez lui d'une violence extrême. Cet homme a succombé à un accès de mal épileptique. On a constaté, à l'autopsie, l'existence d'une tumeur dans la portion extra-ventriculaire du corps strié, près de la base de ce ganglion. Cette tumeur a l'aspect et la consistance de la substance corticale du rein et le volume d'une noisette.

21. *Mort subite consécutive à la rupture d'un anévrysme thoracique chez un malade atteint de mélancolie*; par le Dr Worthington.

L'anévrysme siégeait au niveau des portions transverse et descendante de l'arc aortique. Il avait érodé postérieurement le sternum et s'est ouvert dans la plèvre gauche. Le malade, taciturne et apathique, n'a jamais fait connaître ses impressions, et l'on n'a jamais constaté chez lui de troubles fonctionnels pouvant amener la découverte de cette lésion grave. Enfin il

©BIUM

jouissait, le jour même de sa mort, d'une santé relativement bonne et dès lors le diagnostic n'avait pas été possible.

Les chroniques trimestrielles de cette année font une large place aux criminels, aliénés ou non, dont l'état mental a été discuté et qui ont été plus ou moins célèbres. Guiteau, l'assassin du Président Garfield, occupe le premier rang, autant par le bruit qu'il a fait, que par les importants travaux dont il a été l'occasion. A son procès ont figuré, tant du côté de la défense que du côté de l'accusation, des autorités médicales imposantes. Huit médecins ont témoigné en sa faveur, treize sont arrivés à des conclusions négatives au point de vue de troubles mentaux. La condamnation de Guiteau paraît néanmoins basée sur des considérations sérieuses. Elles sont développées longuement dans le travail du Dr Gray, qui ne tient pas moins de 146 pages dans le journal américain des sciences mentales. D'après ce spécialiste distingué, la prétendue inspiration divine dont se prétendait favorisé Guiteau, n'était qu'un moyen adopté par ce dernier pour les besoins de sa cause. En réalité, Guiteau, en tuant le Président Garfield, avait l'intention préméditée d'accomplir un acte politique et comptait sur le triomphe de son parti pour le préserver des rigueurs de la loi.

La justice s'est aussi montrée justement sévère à l'égard des criminels Lamson et Lefroy (Mapleton). Le premier, en faveur duquel on avait allégué l'existence d'une morphiomanie, s'est reconnu coupable à l'issue du procès. Quant au meurtrier de M. Gold, il a été bien inspiré en ne pas plaidant la folie. Les efforts, l'adresse qu'il a déployés pour échapper aux conséquences de son crime, démontrent sa responsabilité, si l'on s'en rapporte à l'autorité de Casper. La manie homicide, la seule forme mentale qu'on pouvait soupçonner chez cet homme, est incompatible avec le vol. Le cas de Roderick Maclean est tout autre. Depuis le mois de mai 1880, le malheureux aliéné qui a tiré sur la reine d'Angleterre écrivait des lettres où se peignait le désordre de son esprit. Maclean était un simple d'esprit agissant sous l'empire d'un délire de persécution.

Dans le numéro d'octobre, il est question d'autres personnalités moins célèbres, mais non moins intéressantes. Ces criminels obscurs, chez lesquels la folie a été plus ou moins longtemps méconnue, font désirer à notre confrère l'adoption, dans son pays, d'une procédure plus équitable en matière d'aliénation mentale.

Un homme est trouvé dans le chemin de fer non muni de

©BIUM

billet. Il est emprisonné pendant quatorze jours, puis envoyé dans un workhouse, et enfin à l'asile de Cambudge où il est trouvé atteint de paralysie générale avancée.

Un ancien pensionnaire des asiles, nommé Charles Clark, coupe la gorge à sa fille et comparaît devant les assises d'Ipswich. Jusqu'à l'heure de son procès, aucune enquête n'est ordonnée. Néanmoins, il a la chance d'être acquitté par le jury sur le témoignage du chirurgien de la prison.

Henry Stebbings est un affreux nain, bossu, d'intelligence inférieure, qui a été condamné plusieurs fois pour violences et tentatives de meurtre. En dernier lieu, il assassine une jeune fille et il est condamné à mort, sans qu'aucun témoignage médical ait été recueilli sur son compte. L'arrêt allait recevoir son exécution, lorsqu'un sursis accordé sur la demande de 70 gentlemen, parmi lesquels 26 médecins, est venu lui sauver la vie. Déclaré aliéné par les Drs Orange et Clarke, cet individu a été placé dans un asile.

Le dernier fait est celui d'un épileptique meurtrier, ancien pensionnaire de l'asile de Frestwich, qui est condamné à mort sur le témoignage du médecin de la prison, qui l'a déclaré sain d'esprit. Ce malheureux a été sauvé aussi, grâce à une pétition.

L'histoire d'Isaac Brooks, rapportée avec détails dans le «British Médical Journal », est digne d'occuper un rang honorable parmi les faits médico-légaux concernant les aliénés. Cet homme, âgé de vingt-neuf ans, exerce la double profession de paysan et de tailleur de pierres. Il est connu pour son caractère concentré, ses allures bizarres et la culture de son esprit, qui lui donne une supériorité sur ses voisins.

Un jour, on le trouve baigné dans son sang, porteur d'une plaie au scrotum. Il désigne comme ses assassins deux pauvres diables qui sont envoyés aux galères. Quatorze mois plus tard, le même accident se reproduit. Cette fois, Brooks se contente de panser sa blessure et ne dénonce personne. Mais voici qu'à la fin de l'année, se trouvant sur le point de mourir, il proclame innocents les deux malheureux qu'il a fait traîner devant les assises et signe une déclaration qui le met en paix avec sa conscience. Notre savant confrère remarque justement que si l'acte délirant ne pouvait être soupçonné après la première tentative de mutilation, la seconde devait imposer la conviction sur l'état mental de Brooks et le désigner comme l'auteur du méfait.

Le système des « portes ouvertes » n'est pas près de s'im-

©BIUM

poser à la majorité des praticiens, si l'on en juge par la nouvelle note publiée par M. Frederick Needham en réponse à la récente lettre de M. Batty Tuke. M. Needham constate qu'il n'a pas été répondu d'une manière satisfaisante à la question qu'il a posée touchant la praticabilité du système dans un asile mixte ou privé. Jusqu'ici, on lui a démontré qu'il a pu s'appliquer avec succès dans les asiles publics, où le travail forcé est une condition essentielle du traitement. L'expérience de Sanghton-Hall est loin d'être concluante. Dans cet établissement, 57 pensionnaires sont surveillés par 62 employés dont 32 gardiens spéciaux. Cet asile peut donc s'offrir un peu plus d'un gardien pour deux malades. Dans de telles conditions tout système est possible.

Nous désignerons enfin seulement par leur titre quelques chroniques intéressantes. Ce sont : Une notice sur Charles Darwin, un remarquable article sur les sévices infligés aux aliénés dans les asiles (côtes brisées), en réponse à une attaque de l' « Evening Standard » et quelques lignes pleines d'humour sur la réunion annuelle de la Société médico-psychologique.

La Revue donne l'analyse des travaux suivants :

35e Rapport des inspecteurs de l'aliénation mentale (Angleterre et pays de Galles) pour l'année 1880.

25e Rapport annuel de la commission générale des inspecteurs de l'aliénation mentale en Ecosse pour l'année 1880.

Rapport des inspecteurs d'Irlande pour l'année 1880.

Anthropologie, introduction à l'étude de l'homme et de la civilisation; par EDWARD TYLOR.

Classiques de philosophie pour lecteurs anglais; édité par M. WILLIAM KNIGHT.

Asile d'aliénés criminels de Broadmoor; par le Dr MOTET.

L'alimentation; par le Dr JULES MOREL.

La responsabilité des aliénés dans les asiles; par le Dr J. DRAPER.

Traité des maladies du système nerveux; par le Dr JAMES ROSS.

Die progressive Paralyse der Irren : Eine Monographie; par le Dr MENDEL.

Leçons sur les maladies du système nerveux, spécialement chez les femmes; par le Dr WEIR MITCHELL.

Douze mois seulement; ou un asile de comté; par un anonyme.

Illusions. Étude psychologique; par JAMES SULLY

©BIUM

Anatomie appliquée du système nerveux; étude de cette partie du corps humain écrite au point de vue de son intérêt général et de son utilité pratique; par le Dr Ambroise Ranney.

Épilepsie et autres maladies convulsives; par le Dr Gowers.

Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörrungen; par le Dr Emminghaus.

Maladies de la moelle; par le Dr Byron Bramwell.

Voyage d'hiver de John Howard; par William Guy.

Die Medicamentose Behandlung der Psychosen; par le Dr Brosius.

Manuel pour l'étude de Kant; par M. James Hutchinson Stirling.

Kant; par William Wallace.

Sur les cerveaux de criminels avec la description des cerveaux de deux assassins; par le Dr William Osler.

Restraint chimique dans le traitement des aliénés; par le Dr Wilbur.

Le cerveau et ses fonctions; par le Dr J. Luys.

Évolution, expression et sensation, pathologie et vie de la cellule; par le Dr John Cleland.

Les facteurs de l'esprit malade considérés spécialement au point de vue de la folie dans les cas criminels; amendement proposé à la loi; par le Dr William Guey.

Fichte; par Robert Anderson.

Notes et Nouvelles.

Séances de la Société psychologique.—Séance du 2 novembre 1881. Présentation par le Dr Savage de deux pièces anatomiques : ulcérations de l'intestin chez un mélancolique, sclérose de la moelle. Discussion : MM. Hack Tuke, Mickle, Gardner. Discussion du mémoire du Dr Campbell sur les *plaintes d'aliénés*. MM. Hack Tuke, Manley, Rayner, Weatherly, Savage, Bower, Stewart. Lecture-Mémoire du Dr Weatherly sur les *aliénés chez les particuliers*. Discussion : MM. Wood, Rayner, Bower. En raison de l'heure avancée, la discussion de ce travail a été interrompue et sa suite renvoyée à une séance ultérieure.

Séance du 31 janvier 1882. Présentation, par le Dr Savage de pièces anatomiques curieuses : petits kystes siégeant simultanément dans le cerveau et d'autres organes (moelle, pou-

©BIUM

mon, foie et rein). Cette lésion a été trouvée chez deux paralysés généraux.

Suite de la discussion du travail du Dr Weatherly :

MM. Stewart, Sutherlande, Jepson, Hack, Weatherly.

La Société s'est occupée ensuite d'un récent procès qui a été jugé le 16 décembre par la cour du divorce. Il s'agissait d'une demande formée par un mari qui, le jour même de ses noces, avait trouvé chez sa nouvelle femme une résistance absolue. Cette femme, soumise à une enquête médicale, a été déclarée aliénée par le Dr Savage et le divorce a été accordé par le jury. Le Dr Savage vient proposer, à cette occasion, à ses collègues de discuter le sujet suivant : *La folie comme cause de divorce*. Vu son importance, cette discussion est ajournée. La séance est terminée par la lecture du mémoire du Dr Sutherland sur un *cas d'alimentation artificielle avec réflexions sur l'appareil*. (Voir aux notes et cas cliniques.)

Séance du 9 novembre 1881 (Édimbourg). Présentation par le Dr James Dunlope d'un malade atteint de *paralysie pseudo-hypertrophique*.

Préparations anatomiques présentées à la Société :

Vaisseaux cérébraux altérés, coupes microscopiques (Dr Clouston); *kystes du rein* (Dr Campbell); *épreuves photographiques du cerveau* (Dr Batty Tuke).

Lecture-Notes du Dr James Howden sur un cas de *manie avec tendance héréditaire à la constipation excessive et à l'auto-mutilation, accompagnée d'hyperesthésie et d'ostéomalacie*. (Voir aux notes et cas cliniques.)

Discussion : MM. Ireland, Ronaldson, Rutherfort, Clouston, Campbell, Macdowald.

Séance du 28 avril 1882. Au début de la séance, un vote de félicitations a été adressé, sur la proposition du président, M. Hack Tuke, au Dr Gray d'Utique. Le directeur de l'« *American Journal of insanity* » vient d'échapper à un grand danger. Un individu qu'il connaissait à peine a pénétré dans son cabinet et lui a tiré, à bout portant, un coup de revolver. Par bonheur, notre confrère a fait un mouvement et la balle qui devait lui fracasser le crâne, l'a seulement blessé au visage. L'agresseur a été, peu de temps après, séquestré dans un asile. La question du *divorce et de la folie* a été reprise et a donné lieu à des remarques instructives de la part de MM. Savage, Hack Tuke, Seatom, Gardiner Willett, Rhyner, Weatherly, Bower, C. M. Tuke.

©BIUM

Le reste de la séance est consacré à la discussion du mémoire du Dr Weatherly sur les *aliénés chez les particuliers* (MM. Seaton, Weartherly, Hack Tuke, Bower, Gardner, C. M. Tuke). On a entendu, pour finir, la lecture de deux mémoires : l'un du Dr Bower sur *l'emploi du travail utile dans le traitement des classes élevées;* l'autre du Dr Boyd, qui a pour titre : *Des dispositions légales relatives à l'admission des aliénés pauvres dans les asiles.*

Séance du 8 mai 1882 (Glascow). Lecture. Note du Dr Caryle Johnstone sur *un cas d'accumulation de matières fécales datant de quatorze ans avec distension énorme du gros intestin.* (Voir plus haut.)

Une discussion à laquelle ont pris part MM. Ireland, Batty Tuke, Yellowlees, Mitchell, s'est ensuite engagée sur le travail de ce dernier : *Un cas d'endartérite avec aphasie*, dont l'analyse se trouve aussi aux notes et cas cliniques.

37e Assemblée générale tenue à Glascow, le 2 août, sous la présidence du professeur Gairdner. Constitutition du bureau. Le futur président est le Dr Orange. Sur la motion de M. Hack Tuke, les membres présents adressent un témoignage de sympathie au médecin de Broadmoor qui vient d'être victime d'une sauvage agression de la part d'un de ses malades.

Dans la même séance, notre savant confrère, le Dr Blanche et le Dr Ingels de Gand, ont été proclamés membres honoraires. L'assemblée s'est occupée ensuite des nouvelles tables statistiques qui ont été adoptées sous réserve des travaux ultérieurs de la commission, d'une motion du Dr Murray Lindsay relative aux pensions de retraite des employés des asiles publics et enfin du travail du Dr VVeatherly qui a déjà été l'objet de plusieurs discussions dans les séances trimestrielles. Après l'échange de quelques remarques entre les Drs Campbell, Ireland Clouston, Hack Tuke, cette question a été abandonnée. La prochaine réunion annuelle se tiendra à Londres.

Dans la séance du soir, le professeur Gairdner a prononcé le discours dont nous avons donné l'analyse. Il a été vivement félicité par les membres présents qui ont voté des remerciements aux médecins et chirurgiens de la Faculté de Glascow, pour la cordiale hospitalité qu'ils ont offerte à la Société médico-psychologique.

On trouve encore aux *notes et nouvelles*, indépendamment des faits que nous avons eu l'occasion de mentionner au cours de ce travail :

©BIUM

1° L'analyse d'une conférence faite par le Dr Crochley Clapham au *casual* club de Londres sur le *front noble*, qui n'aurait pas en physiognomonie, l'importance que lui ont donnée les phrénologistes. D'après ce savant observateur, il résulterait de nombreuses mensurations que les facultés élevées sont dévolues aux lobes occipitaux,

2° Une critique de la motion faite par M. Pell à la Société d'agriculture du comté de Cambridge tendant à mettre l'entretien des aliénés pauvres à la charge du gouvernement.

3° Le compte rendu d'un procès en nullité de testament. La demande a été repoussée par les juges, bien que le testateur, le révérend Thomas Troughton, eût donné dans sa vie des signes manifestes d'aliénation mentale.

4° Une longue lettre de M. Stuart Cumberland, l'ennemi déclaré des spirites et magnétiseurs de toute espèce, dont il a pris à tâche de dévoiler les trucs.

5° Quelques réflexions instructives sur le *surmenage du cerveau*, tirées d'un travail de M. Clouston ayant pour titre : *La puberté et l'adolescence considérées au point de vue médico-psychologique*.

6° La description pittoresque d'un bal masqué donné à l'asile de Brookwood.

7° Un extrait considérable d'un mémoire lu par M. S. W. North dans une conférence faite à York sur la loi des pauvres. Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes : 1° Les *Boards of guardians* ont le devoir de pourvoir aux besoins de tous leurs malades, en y comprenant les aliénés, dans les asiles ou ailleurs, et de les traiter comme leur état l'exige. Ceux qui sont atteints de folie aiguë et curable trouvent dans les asiles l'assistance la plus convenable; 2° la dépense nécessitée par les malades chroniques et incurables doit être réduite et réglée conformément aux soins et à la surveillance qu'ils réclament; 3° la création de quartiers avec gardiens annexés aux workhouses, constitue pour ces malades le système le meilleur et le plus économique; 4° l'admission des aliénés dans les asiles doit être l'objet d'un contrôle; 5° tous les aliénés et principalement ceux des workhouses, devraient être placés sous la surveillance directe du gouvernement local qui aurait pour tâche de mettre ce mode d'assistance en harmonie avec les principes de la loi des pauvres, en ayant égard aux besoins du malade d'une part et aux intérêts des contribuables de l'autre.

©BIUM

8° Le rapport de la commission des tables de statistique.

9° Le compte rendu de la réunion annuelle de l'association en faveur des femmes convalescentes sorties des asiles. Il vient de se créer une Société auxiliaire composée de dames. Elle a pour but de fournir des vêtements à ces infortunées.

10° Un projet d'amendement à la loi des aliénés ayant pour objet d'organiser l'inspection des aliénés de la chancellerie.

11° Une relation abrégée de l'affaire Mistral.

12° Quelques renseignements statistiques sur l'asile Brookwood, empruntés au dernier rapport du Dr Brushfield. Ce médecin distingué vient de prendre sa retraite, laissant partout des regrets unanimes.

13° Des articles nécrologiques sur les Drs Brewer, Joseph Brown, Geoghegan et Brierre de Boismont, avec la reproduction en français, du discours prononcé par M. le Dr Motet sur la tombe de ce regretté confrère.

Brain.

(Analyse par M. le Dr DE MUSGRAVE CLAY.)

ANNÉE 1883.

NUMÉRO DE JANVIER.

Suggestions relatives à l'étiologie de quelques-unes des maladies dites systématiques de la moelle épinière ; par H. Donkin.

Il est incontestable que les recherches modernes ont fait faire un grand pas à la pathologie médullaire et particulièrement au diagnostic différentiel des maladies de la moelle; mais l'auteur estime que l'on a peut-être un peu trop négligé l'étude de l'origine même de ces maladies; on s'est laissé aller à considérer la lésion spinale comme la source même de la maladie, sans tenir assez de compte du rôle étiologique possible des troubles périphériques, ou de ce que l'on pourrait appeler les anomalies de fonction, dans la production de cette lésion même. Toutefois, lorsqu'il admet qu'un trouble fonctionnel peut donner lieu à une altération de tissu, M. Donkin désire qu'il soit bien entendu que le mot « fonctionnel » appliqué à la pathologie, n'exclut en aucune façon l'idée d'une cause matérielle; il désigne simplement un désordre qui n'est précédé par aucune modification histologique, qui dans bien des cas tend à la guérison, et qui peut n'être suivi d'aucune altération permanente. Ainsi compris, ce mot a une réelle signification pra-

©BIUM

tique, puisqu'il peut servir à désigner toute une classe de maladies parmi lesquelles on peut ranger par exemple la chorée et l'hystérie. Le Dr Wilks a dit avec raison qu'il n'y a guère d'affection nerveuse organique que l'hystérie ne puisse simuler, si bien que l'on arriverait presque à admettre qu'entre l'affection organique et l'affection fonctionnelle il n'y a d'autre différence que le caractère permanent de la première, et le caractère transitoire de la seconde. Cela étant, ne peut-on concevoir que dans le tissu des centres nerveux, sous l'influence plus ou moins continue d'excitations exagérées d'origine périphérique, un trouble circulatoire, qui tout d'abord n'avait été que temporaire, puisse aboutir à une altération de structure due à une congestion ou à une inflammation chroniques? Ce n'est là, l'auteur s'empresse de le reconnaître, qu'une simple suggestion, qui n'aura de valeur qu'autant qu'elle sera conforme aux faits observés. Mais ne trouve-t-on pas, en faveur de cette opinion, un argument, tiré de la physiologie du système nerveux, dans le siège même des lésions; celles-ci, en effet, prennent une « direction physiologique », elles suivent le trajet d'une « fonction spéciale. » Partant de ces données ingénieuses, M. Donkin étudie successivement l'ataxie locomotrice, dont la lésion siège dans les cordons postérieurs, et la paraplégie spasmodique, ou sclérose primitive des cordons latéraux, et il est conduit à admettre que les excès vénériens jouent probablement, comme on le pensait autrefois, un rôle considérable dans l'étiologie de la première de ces deux maladies, tandis que les excès de fatigue musculaire constitueraien pour la seconde le facteur étiologique le plus important.

Nous avons dû nous borner à indiquer les grandes lignes de cet intéressant travail; si la thèse que soutient l'auteur n'est pas absolument nouvelle (l'origine périphérique du tabes a fait déjà l'objet des études de plusieurs pathologistes), elle est du moins ingénieusement défendue, et quelle que soit la fortune que l'avenir réserve à sa théorie, M. Donkin n'en aura pas moins écrit un instructif chapitre de clinique physiologique.

De la surdité dans l'hémianesthésie hystérique; par G. L. Walton.

L'auteur a pris soin de résumer lui-même son travail en formulant les conclusions suivantes :

« 1° La sensibilité des parties profondes de l'oreille, y com-« pris le tympan et l'oreille moyenne, disparaît, dans l'hémi-

©BIUM

« anesthésie hystérique, au même moment et au même degré « que la sensibilité des autres parties du corps. »

« 2° Le degré de la surdité correspond au degré de l'anesthé- « sie générale ; la surdité est complète si l'anesthésie générale « est complète ; elle est incomplète si l'anesthésie générale « est elle-même incomplète. »

« 3° Lorsque la perte de l'ouïe est incomplète, la surdité « aux sons transmis par la voie osseuse dépasse en intensité « la surdité aux sons transmis par l'air. »

« 4° Lorsqu'on opère le transfert, le pouvoir auditif, tout comme « la sensibilité générale des parties profondes de l'oreille, « s'accroît (toutes réserves faites à l'égard des lésions acci- « dentelles qui pourraient exister dans l'oreille elle-même), « du côté que l'anesthésie quitte, exactement dans la proportion « où il diminue du côté où l'anesthésie est transférée. »

Les phénomènes de l'angine de poitrine considérés dans leurs rapports avec la théorie de l'irritation substitutive; par W. Allen Sturge.

En résumant dans un petit nombre de propositions les idées qu'il a développées au cours de ce travail, M. Allen Sturge admet volontiers qu'il ne s'agit là que de simples suggestions; car, pour être en mesure de formuler une théorie avec quelr ques chances de précision, il faudrait être beaucoup mieux éclairé que nous ne le sommes actuellement sur le rôle du système nerveux central dans la production de l'inflammation. Nous reproduisons textuellement les conclusions de l'auteur, bien qu'elles soient un peu longues, parce que si, dans l'espèce, elles visent surtout l'angine de poitrine, il est aisé de s'apercevoir que leur portée est beaucoup plus étendue. Ces conclusions sont les suivantes :

« 1° Quelle que soit l'influence du système nerveux sur l'in- « flammation, il est probable que c'est une influence *sur-active* « ou *irritative*, plutôt qu'une influence inverse. »

« 2° Deux méthodes se présentent à l'esprit pour combattre « cette suractivité; on peut d'abord essayer de l'atténuer; mais « si l'on échoue, on peut essayer d'épuiser le centre qui la « régit, plus rapidement qu'il ne s'épuiserait lui-même. »

« 3° Comme, dans les inflammations dont le siège est situé « profondément, nous ne pouvons pas agir directement sur « le centre par stimulation, nous agissons sur d'autres centres « auxquels le premier est intimement lié; nous faisons agi-

©BIUM

« sur ces centres des stimulations énergiques, dans l'espoir « qu'ils transmettront la commotion qu'ils reçoivent au centre « sur lequel nous voulons agir. »

« 4° Les centres les plus étroitement liés au centre qui régit « la partie enflammée sont ceux qui tiennent sous leur dépen- « dance les tissus situés au voisinage de cette partie ; c'est « pourquoi nous stimulons une surface pour agir sur un organe « sous-jacent. »

« 5° Sous cette influence, le centre duquel relève le point « enflammé, est vivement sollicité ; il entre en activité, s'épuise « rapidement, et l'action irritative cesse. »

« 6° Nous avons vu que, même après une secousse aussi « intense que celle qui se produit dans une crise d'angine de « poitrine, les centres ne sont pas toujours assez épuisés pour « cesser d'être excitables, mais que quelquefois, au contraire, « ils restent en état d'irritation. Je crois que des faits analogues « s'observent quelquefois sous l'influence de l'irritation substi- « tutive. J'ai soigné un malade qui souffrait d'une paraplégie « spasmodique ancienne avec pachyméningite spinale ; j'eus re- « cours à de nombreuses et fréquentes cautérisations avec le cau- « tère actuel, et ce traitement me donna finalement de très bons « résultats ; mais la cautérisation avait toujours pour premier « effet d'exagérer d'une façon très marquée les symptômes « spasmodiques (c'est-à-dire les symptômes d'irritation); ceux- « ci pourtant diminuèrent au bout de quelques jours et une « atténuation considérable fut obtenue. »

« 7° Je n'ai rien dit jusqu'ici des nerfs vaso-moteurs qui « jouent cependant un rôle si considérable dans l'inflamma- « tion. Sans prétendre posséder des notions exactes sur le « mécanisme de l'action du système vaso-moteur dans l'inflam- « mation, je ne crois pas me tromper en disant que l'influence « du système nerveux central sur le processus inflammatoire « s'exerce dans une large mesure par l'intermédiaire des nerfs « vaso-moteurs, et que lorsqu'on invoque cette influence cen- « trale, on entend présupposer jusqu'à un certain point le « rôle des vaso-moteurs. C'est un fait d'observation quotidienne « que le système nerveux central et le système vaso-moteur « sont intimement et profondément unis l'un à l'autre; à ce « point de vue l'observation de Trousseau est pleine d'intérêt: « on sait que dans un cas où la douleur de l'angine de poi- « trine irradiait dans le bras gauche, Trousseau remarqua « que ce bras devenait d'abord très pâle, puis bleuâtre; c'est

©BIUM

« là un fait qui montre de la façon la plus nette l'étroite rela-
« tion qui existe entre les centres sensoriels spinaux et les
« centres vaso-moteurs d'une même région. »

Quelques documents statistiques sur la chorée; par Angel Money.

Ce travail, basé sur l'examen de 236 observations de chorée, est à peu près exclusivement composé de chiffres et de tableaux; il ne saurait donc être utilement résumé; on y trouvera des renseignements statistiques intéressants sur l'hérédité, sur les rapports de la chorée avec le rhumatisme et avec les affections cardiaques, sur le nombre et le point de départ des attaques, sur la marche de la maladie, sa durée, ainsi que sur la fréquence des récidives et les intervalles qui les séparent d'une première ataque.

Atrophie musculaire hémiplégique d'origine périphérique; par David Ferrier.

Malgré les résultats négatifs enregistrés par quelques expérimentateurs, il paraît démontré que chez les animaux inférieurs, lorsque l'on provoque, par des moyens irritants ou mécaniques, une inflammation des nerfs périphériques, on peut déterminer secondairement des inflammations des méninges et de la moelle; la névrite ainsi obtenue, qui, suivant Hayem, est à la fois interstitielle et parenchymateuse, part de la lésion primitive, et suit une marche ascendante ou descendante, mais toujours interrompue, des parties malades alternant avec des parties saines. Cette névrite gagne ainsi la moelle et donne naissance soit à une inflammation méningée, par la continuité des membranes spinales avec les enveloppes nerveuses et le tissu interstitiel, soit à une poliomyélite avec atrophie des cellules multipolaires, probablement par l'intermédiaire des racines postérieures. Il paraît probable que des lésions similaires peuvent déterminer chez l'homme un processus analogue : bien des faits viennent à l'appui de cette opinion, notamment les cas d'atrophie d'un membre consécutivement à une lésion d'une des branches du plexus qui le dessert. Quelquefois aussi la dégénérescence atrophique survient dans le membre du côté opposé ou bien encore dans l'autre membre du côté malade. Le cas suivant, observé par l'auteur, vient s'ajouter à ceux qui ont été publiés : Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans qui eut dans son enfance une affection de la hanche et conserva une ankylose et une atrophie du membre inférieur : la marche était cependant possible;

©BIUM

mais il y a quelques mois elle cessa de l'être, le membre étant devenu trop faible; quelques semaines plus tard on nota de la faiblesse et de l'engourdissement dans la main gauche, et, tout récemment, ces mêmes symptômes apparurent à la main droite. Il paraît y avoir eu chez ce malade une myélite à la fois ascendante et transverse, de forme subaiguë, consécutive probablement à l'arthrite de la hanche gauche et à des lésions spinales, de nature atrophique, siégeant à la région lombaire, et demeurées longtemps silencieuses.

La seconde observation de M. Ferrier est relative à un cas d'atrophie musculaire à forme vraiment hémiplégique : on sait qu'il s'agit là d'une affection excessivement rare. Le malade est un médecin, qui, à la suite d'une blessure par arme à feu, a eu la main gauche amputée au poignet ; il est âgé de vingt-huit ans. Après l'amputation, le moignon resta douloureux, et le membre ne tarda pas à s'atrophier. Deux ans environ après l'opération, le malade s'aperçut que sa marche manquait d'équilibre; et qu'il avait un mouvement de « roulis » fort incommode. Bientôt il constata une atrophie du thorax et de l'abdomen du côté gauche; depuis près d'un an, la peau de son visage, du côté gauche, lui donnait une sensation qu'il comparait à celle que donnerait, au lieu de la peau, une feuille de parchemin tendue et trop étroite pour la surface qu'elle doit recouvrir. Cette sensation s'exagérait pendant les crises douloureuses du moignon. A tous autres égards, le sujet était sain et vigoureux. Les muscles du côté gauche répondaient bien à la faradisation; la sensibilité était normale. Lister, consulté, conseilla l'amputation du moignon, qui fut pratiquée ; les suites de l'opération furent très bonnes. Après avoir reparu quelques jours dans le nouveau moignon, la douleur disparut, mais la sensation de roulis subsistait. La mensuration comparative des deux côtés du corps montra, à la face, au tronc et aux membres, une différence très appréciable (elle variait de 1/8e de pouce à la face, à un pouce aux membres). Le malade fut confié aux soins de M. de Watteville qui le traita par la méthode de galvano-faradisation qu'il a récemment décrite. L'amélioration fut très marquée à tous égards; la mensuration comparative ne révélait plus que des différences insignifiantes, lorsque le malade retourna aux Indes où il a repris son service. La relation entre le moignon névralgique et la paresthésie gauche avec « roulis » est ici évidente.

Le moignon fut examiné ; à l'extrémité sectionnée du nerf

©BIUM

radial, on trouva un petit névrôme dur ; le nerf lui-même était épaissi, de teinte rosée, et dans sa gaine, on voyait un ou deux vaisseaux. Le cubital, d'aspect normal, était un peu épanoui à son extrémité. Le médian était sain. L'examen microscopique révéla une inflammation chronique, encore en voie d'évolution, dans le bout sectionné et jusque dans la continuité du nerf radial.

M. Ferrier fait suivre cette observation de quelques réflexions, que nous reproduisons : « Y a-t-il eu dans ce cas, du côté « gauche de la moelle, dans la colonne grise antérieure, une « altération pathologique susceptible d'être histologiquement « démontrée, ou bien n'y a-t-il eu qu'une de ces modifications « passagères qui se traduisent par une diminution de fonction? « C'est là une question qui reste dans le domaine spéculatif. « La dernière opinion toutefois pourrait être considérée comme « la plus probable, puisque le malade a guéri lorsque l'irritation a cessé ; mais la conclusion ici n'est pas rigoureuse. — « Le point important qui ressort de cette observation, c'est « qu'un état pathologique, affectant la totalité de la colonne « grise d'un des côtés de la moelle, peut se manifester consécutivement à une irritation périphérique ancienne et prolongée, en suivant une marche ascendante et descendante, à « partir du point d'origine du nerf enflammé. »

NUMÉRO D'AVRIL.

La pupille dans les états émotionnels ; par Samuel Wilks.

Les causes normales ou pathologiques qui agissent sur la pupille, soit pour la dilater, soit pour la rétrécir, sont bien connues ; aussi est-ce plus spécialement sur les modifications pupillaires dans les états purement mentaux ou émotionnels que M. Wilks se propose d'attirer l'attention. Ses observations au lit du malade le portent à penser que lorsque l'esprit est à l'état de passivité, ou, à plus forte raison, à un degré quelconque des états mentaux dont le dernier terme est l'hypnotisme ou la catalepsie, la pupille se dilate ; elle se dilate par exemple lorsque le sujet observé est pensif, rêveur, ou dans une agréable disposition d'esprit ; au contraire, en pleine activité mentale, lorsque les facultés intellectuelles sont concentrées sur un seul point, aussi bien que dans la terreur et la colère violentes, la pupille doit se resserrer. En demandant à quelques-uns de ses amis des renseignements sur ce point,

©BIUM

l'auteur s'aperçut que plusieurs de ceux-ci avaient fait spontanément des observations qui confirmaient les siennes ; c'est ainsi qu'on lui cita l'exemple d'une dame dont l'œil s'éclairait et dont la pupille se dilatait d'une façon marquée chaque fois qu'elle voyait entrer dans un salon un homme pour lequel elle avait un penchant très vif ; c'est là un phénomène probablement dû à une augmentation de vascularité et lié à la rougeur qui envahit la partie supérieure du corps ; l'état clair et brillant de l'œil dans la bronchite et dans la pneumonie vient à l'appui de cette manière de voir.

En résumé, dit l'auteur, « dans le somnambulisme, dans l'extase, dans la catalepsie et dans les états analogues, la pupille est largement dilatée ; elle l'est encore, mais à un moindre degré, dans les états mentaux où tous les sens sont calmes, et où règnent la sérénité, la bienveillance, et la pure passion de l'amour. »

Signalons enfin une curieuse remarque de M. Wilks : à toutes les époques, les écrivains et les artistes ont considéré l'œil comme le miroir de l'âme ; ils ne paraissent pas avoir eu la curiosité de se demander pourquoi et comment il en était ainsi, ni d'étudier ou de décrire l'état de la pupille dans les diverses émotions. Il n'existe (au moins à la connaissance de M. Wilks) qu'un seul auteur qui ait eu l'idée de cette étude, c'est Balzac, lorsque, dans le *Curé de Village*, il a décrit Véronique en prière au pied des autels.

Sur la paralysie spinale atrophique chronique chez l'enfant, et sur une modification rare de la réaction de dégénérescence ; par W. Erb.

Le type morbide que l'on désigne sous le nom de *paralysie atrophique* n'a été défini avec quelque netteté que depuis un temps assez court ; il comprend actuellement toutes les paralysies motrices qui s'accompagnent d'une rapide disparition des muscles due à la dégénérescence atrophique des nerfs moteurs et du tissu musculaire. Cette atrophie est caractérisée, au point de vue diagnostique, par la façon particulière dont ces tissus répondent à certains modes d'exploration électrique, en d'autres termes par la réaction de dégénérescence (1).

(1) A l'exemple de M. de Watteville, traducteur de l'article du professeur Erb, nous désignerons dans ce compte rendu la réaction de dégénérescence par l'abréviation R D.

©BIUM

Diverses considérations, que nous n'avons pas à rappeler ici, ont fait rapprocher avec raison les paralysies atrophiques périphériques des paralysies spinales. La plupart des formes ordinaires de ces paralysies ont été soigneusement étudiées; celle qui paraît avoir le moins attiré l'attention est la poliomyélite antérieure chronique (paralysie spinale antérieure subaiguë de Duchenne); cette affection est caractérisée par le développement d'une parésie ou d'une paralysie plus ou moins envahissante, plus ou moins lente, s'accompagnant d'atrophie et de R D; cette paralysie a ordinairement une marche plus ou moins ascendante; les troubles de sensation ne dépassent pas la dysesthésie ou la paresthésie légère, et les douleurs sont modérées. La distinction entre la forme chronique et la forme aiguë de la poliomyélite repose principalement sur la lenteur avec laquelle se développe la paralysie, sur sa marche, et sur la nature plus favorable du pronostic; en effet, la forme chronique guérit presque toujours, tandis que la forme aiguë est à peu près incurable, comme Duchenne l'a fort bien indiqué. La forme chronique ne paraît pas avoir été observée dans l'enfance, tandis que la forme aiguë y est très fréquente. Or, M. Erb a précisément eu la bonne fortune de rencontrer un cas de poliomyélite chronique chez une petite fille de six ans, et il en publie dans ce travail la relation détaillée. La longueur de cette observation nous met malheureusement dans l'impossibilité de la résumer avec la fidélité nécessaire; mais le savant professeur de Heidelberg la fait suivre de réflexions assez étendues qui mettront, croyons-nous, suffisamment en relief les particularités les plus dignes d'attention de ce cas intéressant.

M. Erb fait tout d'abord remarquer que cette observation, au point de vue de l'âge, est unique; il ajoute que, bien que la confirmation nécroscopique ait naturellement manqué, puisque la malade a guéri, le diagnostic ne saurait être considéré comme douteux; il s'agissait évidemment d'une paralysie atrophique à développement graduel et progressif, avec R D partielle aux extrémités inférieures, sans trace d'anesthésie, de paresthésie ni de douleur; cette paralysie n'était pas caractérisée par l'envahissement successif des troncs nerveux intéressés; elle occupait l'extrémité inférieure tout entière, et son intensité diminuait et devenait plus diffuse à mesure que l'on se rapprochait de la racine du membre. Les sphincters n'étaient pas atteints; l'état général n'était aucunement modifié. On trouve donc, dans ce cas, le type de la paralysie atrophique spinale, et

©BIUM

toute idée de névrite multiple est écartée par le double fait de l'absence de troubles sensoriels et du caractère diffus de la paralysie. La supposition la plus plausible est celle d'une lésion (de nature inflammatoire ?) des cornes antérieures, au niveau du renflement lombaire ; cette lésion devait en outre être plus accusée dans la moitié inférieure de ce renflement (noyaux d'origine du nerf sciatique), tandis qu'elle diminuait d'intensité dans sa moitié supérieure (noyaux du plexus lombaire) ; enfin le côté droit était plus profondément atteint que le gauche.

L'issue de la maladie, qui s'est terminée par une guérison complète, est à noter ; on sait que si cette heureuse terminaison est habituelle dans la poliomyélite chronique de l'adulte, elle est infiniment rare dans la poliomyélite aiguë de la première enfance.

La jambe gauche, atteinte la dernière, a guéri la première ; faut-il attribuer ce résultat au traitement galvanique (le seul d'ailleurs qui ait été employé) ? Il est difficile de l'affirmer ; mais le fait est au moins possible et digne d'être noté.

Mais une particularité plus intéressante encore est celle que présentait la R D dans les nerfs et les muscles malades : en effet, quel que fût le genre d'excitation directe ou indirecte que l'on appliquait aux muscles, et alors même que l'on avait recours aux stimulations instantanées, on n'observait absolument que des contractions paresseuses ; on sait qu'il n'en est pas ainsi d'ordinaire dans les cas de R D partielle ; « mais ici, dit M. Erb, tout était changé ». Ces phénomènes toutefois ne sont pas entièrement nouveaux, et l'auteur lui-même, et après lui deux de ses élèves ont observé et décrit des faits analogues. M. Erb propose de donner le nom de « R D partielle avec contraction indirecte lente » à ce genre de réaction dans lequel les deux modes d'excitation électrique des nerfs, aussi bien que l'excitation faradique des muscles ne provoquent que des contractions musculaires d'une lenteur anormale. L'auteur pense, d'accord avec Kast, que la présence de cette forme spéciale de R D est de nature à modifier le pronostic dans un sens très favorable, et il ajoute que les faits de cet ordre nous montrent que nous n'avons pas épuisé la longue liste des modalités diverses que peut revêtir la réaction de dégénérescence.

©BIUM

De l'épilepsie dans ses rapports avec les affections de l'oreille ; par J.-A. Ormerod.

Dans ce mémoire, assez étendu, très intéressant, conçu dans un excellent esprit clinique, M. Ormerod s'est proposé d'envisager sous toutes ses faces la question des rapports de l'épilepsie avec les maladies de l'oreille ; il a été conduit ainsi à faire de nombreuses excursions sur des terrains très divers, où nous ne pourrons pas toujours le suivre ; nous relèverons seulement, chemin faisant, les conclusions les plus importantes de ce consciencieux travail.

L'auteur établit tout d'abord qu'il n'entend parler que de l'épilepsie commune, et non des crises « hystéroïdes » ou des accès épileptiformes. Cette réserve faite, il reconnaît que l'épilepsie et les affections de l'oreille sont des maladies assez fréquentes pour que l'on puisse, dans bien des cas, admettre que leur coexistence est le résultat d'une simple coïncidence ; le rapport de cause à effet ne doit être admis que s'il est nettement démontré. Enfin les deux maladies peuvent être liées simplement par une communauté d'origine ; c'est ce que l'on observe, par exemple, à la suite de la scarlatine, comme l'a montré Gowers, et peut-être à la suite de la diphthérie et de la syphilis acquise.

Si l'on veut rechercher dans quelle mesure l'épilepsie peut devenir la cause des affections de l'oreille, il faut naturellement écarter celles de ces affections qui s'accompagnent de modifications des tissus, et considérer exclusivement les symptômes subjectifs, ceux auxquels on est toujours amené à reconnaître une origine nerveuse ; ces symptômes (douleurs et bruits dans les oreilles, surdité, vertiges, mouvements rotatoires ou autres troubles de l'équilibre, vomissements) peuvent se rencontrer dans l'épilepsie, indépendamment de toute lésion appréciable de l'oreille. Quelques épileptiques se plaignent de douleurs d'oreille, sans lésion de cet organe ; mais peut-être n'y a-t-il pas lieu de séparer ces douleurs de la céphalalgie générale dont ils souffrent fréquemment. Les bruits subjectifs de l'oreille sont dus à des causes très diverses, qui agissent probablement toutes par un seul et même mécanisme, l'irritation du nerf auditif. Chez les épileptiques, les bruits subjectifs se présentent habituellement sous la forme d'aura, et ce genre d'aura serait, suivant l'auteur, moins exceptionnel qu'on ne pense. L'étude de l'aura auditive permet de supposer que si, comme on l'admet

©BIUM

généralement, les phénomènes de l'accès épileptique sont dus à des décharges effectuées dans les cellules de l'écorce cérébrale, la sensation sonore, ordinairement provoquée par un ébranlement normal ou pathologique du nerf auditif ou de son expansion périphérique, peut aussi reconnaître pour cause un processus d'origine corticale. Ferrier et d'autres auteurs, en effet, ont expérimentalement démontré l'existence dans la région corticale d'un centre auditif. L'auteur rappelle enfin l'opinion de Schwartze, qui pense que des sensations auditives d'ordre subjectif et relevant d'une affection reconnue de l'oreille peuvent, chez des sujets prédisposés, et surtout lorsqu'il existe une tendance héréditaire aux affections mentales, devenir une cause directe d'hallucinations de l'ouïe capables de hâter l'éclosion d'une maladie cérébrale.

On peut rencontrer aussi la surdité chez les épileptiques ; un rapport de cause à effet n'aurait ici rien d'étonnant, si l'on tient compte des relations étroites qui, chez les enfants tout au moins, unissent la surdité aux états convulsifs ; mais il paraît exister chez les épileptiques une forme spéciale de surdité ; c'est une surdité légère, unilatérale, survenant ou s'aggravant après l'accès, se rattachant parfois à une aura auditive, et présentant en outre ce caractère particulier de participer aux modifications favorables que le traitement imprime à l'épilepsie. L'analogie semble indiquer que cette surdité temporaire post-épileptique peut être sous la dépendance d'un état morbide de l'écorce cérébrale.

Au double point de vue de l'anatomie et de la pathologie, les troubles de l'équilibre sont très voisins des troubles de l'audition ; aussi l'auteur les étudie-t-il avec soin, et à cette étude il rattache celle du vomissement ; il suffit en effet, comme il le dit avec raison, d'avoir eu le mal de mer pour ne conserver aucun doute sur l'étroite affinité des troubles de l'équilibre avec le vomissement. Nous devons nous borner à signaler ces pages intéressantes dont l'analyse nous entraînerait trop loin.

Les affections de l'oreille peuvent-elles contribuer à la production de l'épilepsie ? c'est là une question dont l'importance pratique est considérable, et à laquelle il semble, *à priori*, que l'on peut répondre affirmativement. On admet généralement, pour l'épilepsie, l'existence de causes « excentriques », et il ne paraît nullement irrationnel de ranger parmi ces causes les affections de l'appareil auditif. M. Hughlings-Jackson pense que si l'on admet un rapport entre ces maladies, le mécanisme

©BIUM

le plus probable de la production de l'épilepsie est le mécanisme de l'irritation réfléchie, et Kopp et Schwartze partagent cette opinion.

Enfin M. Ormerod a institué sur ce sujet plusieurs séries de recherches statistiques ; les premiers résultats de ces recherches n'ayant fourni aucune conclusion utile, il s'est borné à chercher quel était le chiffre d'épileptiques sur une série de cent malades atteints de lésions suppurées de l'oreille moyenne ; ce chiffre était de sept, ce qui constitue une proportion très considérable si l'on se souvient que, suivant Niemeyer, la fréquence absolue de l'épilepsie est de six pour mille, et que Russel-Reynolds considère ce chiffre comme beaucoup trop élevé.

Influence de la syphilis héréditaire sur la production de l'idiotie ou de la démence ; par Judson S. Bury.

L'observation attentive des faits, et plus spécialement l'étude de six cas qui sont rapportés dans ce travail, ont conduit l'auteur à admettre que la syphilis héréditaire joue dans l'étiologie de certaines affections mentales un rôle bien plus considérable que celui qui lui a été attribué jusqu'ici. Tout en reconnaissant qu'il serait téméraire de tirer d'un si petit nombre de faits des conclusions ayant un caractère général, il se croit autorisé à formuler les propositions suivantes :

« 1° L'accroissement du cerveau peut être entravé par un « épaississement des parois du crâne, ayant eu pour point de « départ une ostéite syphilitique au début de la vie ; l'une des « observations rapportées démontre ce fait de la façon la plus « frappante. »

« 2° Cet accroissement peut encore être entravé par un épais- « sissement des membranes ; la périostite syphilitique peut, en « effet, à notre avis, être le point de départ d'une méningite « chronique. »

« 3° L'épaississement et le rétrécissement des artères céré- « brales, débutant ordinairement par une endartérite, consti- « tuent probablement la cause de beaucoup la plus importante « de l'atrophie du cerveau. Comme le dit Heubner : « Le sang, « dans ces conditions, circule plus librement et sous une ten- « sion plus faible, dans le réseau de la pie-mère et dans les « capillaires cérébraux. L'oxygénation est diminuée, et il en « résulte pour les éléments nerveux une perte de capacité fonc- « tionnelle. Si la cause persiste, ce résultat ne saurait demeurer

©BIUM

« transitoire ; il doit se traduire par des symptômes de plus « longue durée. »

« Nous savons d'ailleurs par les recherches de Barlow, de « Chiari, de Heubner, et d'autres observateurs, que l'artérite « syphilitique s'observe chez les nouveau-nés et qu'elle peut « déterminer l'occlusion complète chez un enfant âgé de « quelques mois. »

« 4° L'atrophie des grandes cellules nerveuses des cir- « convolutions peut succéder à une sclérose corticale, due « elle-même à l'un des processus morbides qui viennent d'être « indiqués; c'est ce que démontrent l'un des cas rapportés « dans ce travail et le cas publié par le Dr Gee. »

« 5° Une autre de nos observations montre que la priva- « tion de l'un des principaux sens, de l'ouïe par exemple, « peut quelquefois, en mettant obstacle à la réceptivité du « cerveau, devenir une cause prédisposante de démence. »

L'auteur ajoute que, malheureusement, ces considérations demeurent actuellement stériles au point de vue du traitement ; au moment où le diagnostic peut être fait avec précision, on se trouve en présence de lésions tellement avancées que la thérapeutique la plus active et la plus ingénieuse demeure impuissante à les modifier ; mais il est permis d'espérer que de nouvelles recherches instituées dans cette direction permettront de reconnaître la maladie à une période assez précoce de son évolution pour que l'intervention thérapeutique retrouve toute sa puissance.

Remarques sur un cas de gliome cérébral cortico-médullaire; par David Ferrier.

Le sujet de cette observation est un homme de 44 ans, vif, excitable, très intelligent, qui gagne sa vie à enseigner le calcul mental, et qui est en effet capable de faire, très rapidement et de tête, les opérations arithmétiques les plus compliquées. Il a commis des excès alcooliques et vénériens, et a contracté il y a vingt ans un chancre, qui a été suivi d'accidents cutanés, et pour lequel il a suivi un traitement mercuriel. Plus tard il s'est marié ; il a eu neuf enfants qui sont bien portants, et sa femme n'a jamais eu de fausse couche. Il y a sept ans, il était sujet à des étourdissements, durant l'un desquels il fit une chute sur la région pariétale postérieure gauche. Il y a deux mois et demi, il a eu une attaque avec chute, « pour avoir, dit-il, surmené son cerveau ; » depuis ce moment, sa

©BIUM

jambe droite est faible ; la faiblesse existe, mais à un moindre degré dans le bras droit. Depuis ce moment aussi, le bras et la jambe sont le siège de spasmes qui se produisent jusqu'à vingt-quatre fois dans la journée, et ne paraissent pas s'accompagner de perte de connaissance ; depuis six semaines cependant, il croit avoir perdu quelquefois connaissance et avoir eu de l'écume à la bouche. Actuellement (1882) il marche difficilement et en boitant de la jambe droite, dont tous les mouvements sont très affaiblis ; la sensibilité tactile des deux membres droits est intacte. Le bras droit ne paraît pas atteint ; cependant il arrive parfois au malade d'en perdre momentanément l'usage. — Les mouvements spasmodiques débutent tantôt par la jambe, tantôt par le bras, tantôt par les deux membres à la fois. — Les deux moitiés de la face sont parfaitement symétriques. — La santé générale est bonne ; il n'y a ni céphalalgie, ni nausées. La sensibilité générale et spéciale est normale ; il n'existe aucune trace de névrite optique, soit actuelle, soit ancienne. Si l'on percute ou si l'on comprime fortement la région pariétale gauche, près de la suture sagittale, au voisinage d'une ligne perpendiculaire qui partirait du conduit auditif externe et suivrait une direction ascendante, on provoque une douleur que les mêmes manœuvres n'éveillent en aucun autre point du crâne.

Bientôt les symptômes s'aggravent ; les troubles de la parole apparaissent ; le malade s'arrête court au milieu d'une phrase qu'il ne peut achever ; l'hémiplégie s'accentue. Finalement, la paralysie devient complète, ainsi que l'aphasie ; mais la sensibilité cutanée du côté paralysé demeure intacte. L'intelligence est presque anéantie ; le calcul seul a le don d'en ranimer les dernières lueurs. Enfin le malade perd connaissance et meurt.

A l'autopsie, la pie-mère, partout difficile à détacher, est tellement adhérente à la base de la circonvolution frontale supérieure gauche et dans la région avoisinante qu'on ne peut la séparer sans lacération du tissu cérébral sous-jacent. Ce tissu présente alors un aspect finement papilliforme, rappelant la disposition d'un chou-fleur très dense ; cet état pathologique occupe la base de la circonvolution frontale supérieure et la partie correspondante de la circonvolution frontale ascendante, jusqu'à la scissure de Rolando, qu'il ne dépasse pas. Des coupes montrent que la région corticale atteinte forme la base d'une infiltration gliomateuse de forme conique, qui

©BIUM

s'étend depuis la couche corticale à travers les fibres médullaires de la couronne radiée jusqu'au point où le corps calleux irradie dans l'hémisphère. — Le reste du cerveau est sain.

M. Ferrier avait diagnostiqué pendant la vie une lésion corticale, de nature syphilitique, siégeant à l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando ; le diagnostic de la localisation était exact ; le diagnostic de la nature de la lésion ne l'était pas, et l'auteur profite de cette erreur pour prémunir les cliniciens contre la tendance trop accusée qu'ils ont actuellement à considérer comme spécifiques toutes les affections du système nerveux qui peuvent apparaître chez un sujet ayant eu la syphilis. — Il ajoute qu'il serait fort important, au point de vue de l'utilité possible en pareil cas d'une intervention opératoire, de posséder un signe qui permît de distinguer une lésion purement corticale, exclusivement superficielle, d'une lésion pénétrant plus profondément ; mais, dans l'état actuel de la science, M. Ferrier ne croit pas que ce signe existe.

Il est à remarquer que l'on n'a constaté, dans ce cas, aucun des signes habituels des tumeurs cérébrales, céphalalgie, nausées, névrite optique ; cette particularité tient probablement à ce fait qu'il n'y avait pas à proprement parler de tumeur ; la lésion n'était pas surajoutée au tissu cérébral sain ; elle en tenait simplement la place, sans faire saillie à la surface du cerveau. On peut se demander si la chute que le malade avait faite sept ans auparavant a joué un rôle dans la production de la lésion ; bien qu'aucune réponse décisive ne puisse être faite, M. Ferrier pense que cette chute a été la conséquence d'une attaque d'épilepsie, due elle-même à la maladie cérébrale commençante.

L'auteur entre ensuite dans quelques développements qui démontrent que les phénomènes observés chez ce malade sont conformes aux lois des localisations telles qu'il les a formulées ; puis il insiste sur le caractère purement moteur de la paralysie, qui laissait intacts la sensibilité et le sens musculaire ; ce caractère est essentiellement propre aux paralysies corticales, en dépit des assertions contraires. Lorsque la sensibilité tactile et musculaire est atteinte, on peut être certain que l'on est en présence d'une lésion compliquée, et non plus d'une lésion corticale simple.

Enfin l'aphasie, en dehors de son caractère progressif, a présenté une particularité digne de remarque : vers la fin de la

©BIUM

vie, alors que le malade avait si complètement perdu la faculté du langage qu'il ne pouvait même plus articuler son nom, il suffisait de lui proposer un problème d'arithmétique pour qu'il en donnât dans un langage correct la solution exacte. Ce fait montre à quel degré d'organisation et d'automatisme la « faculté arithmétique mentale » était arrivée chez ce malade, puisque quelques chiffres jetés à son oreille éveillaient en lui, d'une façon machinale, une puissance d'expression verbale que sa volonté était absolument incapable de mettre en jeu.

De l'incoordination; par Charles Mercier.

M. Mercier s'est proposé dans ce travail de déterminer plus exactement qu'on ne l'a fait jusqu'ici la nature de la coordination, et de rechercher quelles sont les conditions nécessaires et suffisantes pour que cet état soit détruit et remplacé par l'état inverse, c'est-à-dire par l'incoordination. A l'aide d'exemples heureusement choisis et ingénieusement étudiés, il montre que l'incoordination apparaît dans des conditions assez diverses, par exemple lorsque, dans un mouvement, les contractions composantes se combinent dans des proportions mal réglées, ou bien lorsque la rapidité et la durée d'un mouvement ne sont pas proportionnées l'une à l'autre, ou encore lorsque le nombre des contractions simples est trop faible eu égard à la durée sur laquelle elles ont à se répartir, ou enfin lorsque des dispositions motrices normales se combinent avec des dispositions motrices anormales. On voit, en somme, que toute altération du mouvement qui n'est pas exclusivement constituée par une insuffisance ou par un excès, est nécessairement due à un changement de proportion des éléments qui constituent ce mouvement; que ces éléments, que ces facteurs s'appellent espace, temps, force, peu importe; le mouvement n'est altéré que si leurs rapports sont changés.

On peut donc dire que l'incoordination est un changement de proportion; mais la réciproque n'est pas nécessairement vraie, et tout changement de proportion n'est pas une incoordination. En disant que l'incoordination est un changement de proportion, on dit la vérité, mais non toute la vérité; il faut donc resserrer encore la définition; on y réussira en ajoutant un élément nouveau, en exigeant du mouvement une condition nouvelle, la précision. En effet, le mouvement normal commence à un moment défini, suit une voie définie, et cesse en un certain point et à un certain moment; cette limitation ri-

©BIUM

goureuse n'est pas le fait des mouvements anormaux, et là où elle fait défaut, l'incoordination existe.

« Nous avons vu, dit l'auteur en terminant, que l'incoordination est une combinaison en proportions défectueuses ; nous voyons maintenant en quoi consiste la défectuosité ; elle consiste dans la subtitution d'une proportion indéfinie à une proportion définie, et nous aurons apporté toutes les restrictions nécessaires à notre conception de l'incoordination quand nous l'aurons définie une *combinaison en proportion indéterminée*, la coordination n'étant autre chose qu'une combinaison en proportion déterminée. »

— Ce court travail est intéressant, non seulement par le sujet qu'il traite, mais encore par l'habileté et la rigueur avec lesquelles l'auteur a conduit sa démonstration ; M. Mercier nous a d'ailleurs habitués de longue date à de délicates et ingénieuses analyses physiologiques ; peut-être ne redoute-t-il pas toujours assez leur écueil, qui est la subtilité ; mais cette légère critique n'est point ici applicable, et il faut louer l'auteur sans réserve d'avoir contribué à faire de la science, comme le voulait Condillac, « une langue bien faite. »

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Note critique sur les principaux faits cliniques et anatomo-pathologiques qui ont servi à fonder la doctrine de l'existence du centre psycho-moteur dans l'écorce du pied de la troisième circonvolution frontale gauche; par le docteur Bitot, professeur honoraire de la faculté de médecine de Bordeaux. Broch. in-8°.

« Il n'est pas douteux pour nous que la troisième circon-
« volution frontale droite ne possède sur le mouvement de la
« parole la même influence que celle du côté gauche. Mais
« elles ne doivent leur influence, ni l'une ni l'autre, ni aux
« cellules de leur écorce, ni à des expansions capsulaires se
« rendant à cette écorce, mais uniquement au sommet de leur
« pédicule, sommet contenant les agents vecteurs de la parole,
« agents parallèles au bord externe du ventricule latéral. »
Telle est l'opinion que M. Bitot défend dans sa *note critique*.

Tout d'abord, on sait que M. Bitot n'admet pas les expansions capsulaires méthodiques de la couronne de Reil, telles qu'elles sont généralement décrites dans les livres classiques. (Voir, à ce sujet, son travail sur la *capsule interne et la couronne rayonnante d'après la cérébrotomie méthodique*.) Pour l'auteur, les agents vecteurs de la parole au lieu de se rendre à la troisième frontale, soit droite, soit gauche, longent les trois centimètres antérieurs du bord externe du ventricule latéral pour s'incurver ensuite vers le milieu des circonvolutions orbitaires.

M. Bitot fait remarquer qu'aujourd'hui, à l'exemple de MM. Charcot et Magnan, on croit que la faculté du langage s'étend sur toute la périphérie cérébrale, le centre de Broca ne conservant que l'élément moteur, qu'il partage, du reste, avec l'insula gauche. Puis il passe en revue les principales observations qui ont servi de base à la théorie psycho-motrice, et toujours il voit, en les analysant soigneusement, que les agents vecteurs, situés le long de la partie antérieure du ventricule latéral, sont intéressés, soit qu'ils soient détruits, et

©BIUM

alors l'aphasie est permanente, soit qu'ils soient simplement comprimés par le foyer voisin, et alors l'aphasie est transitoire. Il rappelle l'observation de Rochoux peu connue : le sujet était aphasique et non paralytique, la lésion, peu étendue, siégeait à droite et exclusivement sur les agents vecteurs.

Les lésions de la troisième frontale et celles de l'insula, qu'on trouve si fréquemment dans l'aphasie, s'expliquent par le simple rapport anatomique entre ces parties et le lieu des agents vecteurs.

Quoi qu'il en soit, il est certain que les cas d'aphasie par lésion des parties appelées centre du langage sont bien plus fréquents quand la lésion siège à gauche que quand elle siège à droite. M. Bitot l'admet comme tout le monde, mais il ne manque pas non plus, dit-il, d'observations dans lesquelles la lésion siège à droite. « La fréquence peut ne dépendre que « de raisons purement secondaires..... A droite comme à « gauche, l'hémorrhagie ne donne lieu à l'aphasie que tout « autant qu'on se rapproche suffisamment de la partie anté- « rieure du bord externe du ventricule latéral. »

Comme on le voit, M. Bitot s'attaque à une doctrine que physiologistes et cliniciens admettent à peu près partout, en France comme à l'étranger. Parviendra-t-il à la renverser un jour?

D. L. Camuset.

De la criminalité chez les Arabes au point de vue de la pratique médico-judiciaire en Algérie; par le Dr A. Kocher, médecin stagiaire à l'école du Val-de-Grâce, ancien interne des hôpitaux d'Alger. — Paris, J. B. Baillière et fils, 1884.

Les Français et les Arabes ayant des mœurs très différentes, il en résulte que, dans bien des cas, la criminalité a chez ces derniers un cachet tout spécial. C'est à l'étude des principales particularités médico-légales propres aux races indigènes de l'Algérie que M. le Dr Kocher a consacré son travail.

Il a suivi le plan des traités ordinaires de médecine judiciaire. D'abord une introduction dans laquelle, après avoir traité rapidement de l'anthropologie des habitants de l'Algérie, il expose la législation avant et après la conquête. Puis il étudie les questions générales pouvant se présenter dans toute procédure, ensuite les attentats contre les personnes et enfin

©BIUM

les questions relatives à l'instinct sexuel et aux fonctions de reproduction.

Avant la conquête les Arabes n'avaient qu'un tribunal et qu'un juge, le Cadi. Son jugement n'avait qu'un appel, celui au souverain. Le Cadi ne jugeait que d'après le Koran et d'après le livre de jurisprudence de Sidi-Khélil, qui vivait dans le XIVe siècle de notre ère. Toute la philosophie du Code était comprise dans cette formule : œil pour œil, dent pour dent. La femme était, comme elle l'est encore aujourd'hui, dans une situation d'infériorité notable par rapport à l'homme. Elle est, dans la véritable acception du mot, la propriété de son mari, qui, en l'épousant, « a acheté un champ génital. » (Définition du mariage de Sidi-Khélil.) — En 1830, on respecta la législation de l'Algérie. Mais depuis cette époque, par des décrets successifs, on modifia progressivement l'état de choses existant, et le Code pénal français finit par être appliqué dans la colonie. Depuis 1871, l'Arabe est jugé par la Cour d'assises.

Il est certain que les Arabes ignorent une partie des lois françaises. En outre, des actes réprouvés par notre morale et que nous regardons comme des délits ou des crimes leur semblent parfaitement naturels. Ainsi le viol dans le mariage, quoique assez souvent les épouses ne soient pas nubiles, n'a rien de criminel pour eux. Il est donc regrettable qu'on n'ait pas créé des tribunaux spéciaux pour les Arabes et qu'on n'ait pas établi une règlementation pénale en rapport avec les mœurs du pays. M. Kocher exprime ce regret, à plusieurs reprises, dans le cours de son travail.

On trouve dans *la Criminalité chez les Arabes* des notions médico-légales utiles, intéressantes et qui n'existent pas ailleurs. Cet ouvrage facilitera grandement la tâche du médecin nouvellement arrivé à la colonie et qui, sans avoir encore l'expérience de la vie arabe, sera appelé à faire des expertises.

Les chapitres qui nous ont paru les plus importants sont ceux qui concernent les tatouages, le viol et surtout le viol dans le mariage. Naturellement, celui qui traite de l'aliénation mentale a pour nous un intérêt particulier. Une statistique basée sur une observation de seize années démontre que tous les genres d'aliénation se rencontrent chez les Arabes, depuis la démence jusqu'à l'alcoolisme. La paralysie générale a fait son apparition chez eux. Mais, d'une façon générale, la folie est plus rare chez les Arabes que chez les Européens qui habitent

©BIUM

la colonie et elle ne tend pas à s'accroître. Le haschisch et le kif produisent chez les indigènes des effets toxiques *sui generis*, comparables de loin à ceux produits par l'alcool. L'intoxiqué chronique par le kif ou par le haschisch doit être considéré par le médecin expert comme un aliéné irresponsable et dangereux.

Dr. L. Camuset.

Revue des Établissements de Bienfaisance. — Recueil mensuel publié par la librairie administrative de Berger-Levrault et Cie, rue des Beaux-Arts, 5, à Paris.

Nous signalons avec plaisir l'apparition d'un nouveau Journal qui, sous le titre de *Revue des Établissements de bienfaisance*, peut être fort utile aux Administrations des hôpitaux, des hospices et des asiles d'aliénés.

Le Comité de rédaction a placé en tête du premier numéro (Janvier 1885) une notice qui fait connaître son programme et que nous reproduisons ci-dessous en grande partie.

« Il n'est guère de branche des services publics, d'intérêt collectif, qui ne possède son organe périodique spécial. Cependant, jusqu'ici, les institutions de bienfaisance n'avaient point, dans la presse, de représentant particulier. C'était une lacune regrettable ; la publication que nous commençons aujourd'hui a pour objet de la combler.

» Suivant le désir que nous ont exprimé les personnes les plus autorisées, nous nous placerons à un point de vue essentiellement pratique, nous efforçant de répondre aux besoins quotidiens des administrateurs des établissements ou institutions de bienfaisance, à ceux des fonctionnaires de tout ordre, chargés de les diriger ou de les surveiller. Telle est la pensée qui a inspiré l'élaboration du plan de la *Revue des Établissements de bienfaisance*.

» Fuyant tout ce qui peut diviser, poursuivant, au contraire l'union des hommes de bien dont l'existence est consacrée au soulagement de la misère, la *Revue* aura pour but unique d'être utile aux indigents, en facilitant la tâche de ceux qui gèrent leurs intérêts. »

Que les excellentes intentions annoncées dans ce programme soient réalisées en tenant surtout compte du côté pratique des questions, et nous ne doutons pas ue cette utile

©BIUM

entreprise n'obtienne, auprès des administrations hospitalières, un prompt et légitime succès.

A. F.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

—A proposito di un processo scandaloso : semi-imbecilli, mattoidi et folli morali (affaire Guiteau) con due appendici; par le Dr Ernesto Bonvecchiato; Venise, 1884; vol. in-8°.

— Un caso di malattia del Parkinson complicata da disturbi psichici; par le Dr Bartolomeo Bergesio; Milan, 1884; br. in-8°.

— Sulla malattia del Friedreich (atassia locomotrice ereditaria); par le Dr Giuseppe Musso; Bologna, 1884; br. in-8°.

—Mimicismo o neurosis imitante; par les Drs J. A. Y Tuset et D. J. G. Y Partagas; Barcelona, 1884; br. in-8°.

— Considérations médico-physiques sur un cas de morsure de rat suivie d'intoxication ayant déterminé des accidents nerveux simulant l'hydrophobie; par le Dr Millot-Carpentier, Paris, 1884; br. in-8°.

— Département de l'Isère; asile public d'aliénés de St Robert; compte rendu du service médical, pendant l'année 1883, par M. le Dr Dufour; Grenoble, 1884; br. in-8°.

— Relazione clinico-statistica dei folli della provincia de Reggio-Calabria; par le Dr G. Limoncelli; Napolli, 1884; br. in-8°.

— Annual report of the royal Edinburgh asylum for the insane, for the year 1883; Morningside, 1884; br. in-8°.

— Twenty-ninth annual report of the trustees of the state lunatic hospital at Northampton; par le Dr Pliny Earle; Boston, 1885; br. in-8°.

— Mental contagion in inebriety; a psychological study; par le Dr Crothers; Hartford, 1884; br. in-8°.

— La pazzia sistematizzata primitiva; rivista critica del doctor Ern. Bonvecchiato; Venise, 1885; br. in-8°.

— Contributo alla dottrina della temperatura cefalica; richerche cliniche e sperimentali; por les Drs L. Bianchi, A. Montefusco et Fr. Bifulco; Naples, 1885; br. in-8°.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du* 20 *décembre* 1884. M. le Dr Taule, inspecteur des enfants assistés du département de la Seine, est nommé directeur de l'asile Sainte-Anne (2e classe, 6,000 fr.).

M. Abel Barroux, ancien interne en pharmacie des asiles de la Seine, est nommé directeur de l'asile-hospice de Villejuif (Seine), (poste créé, 3e classe, 5,000 fr.).

M. le Dr Briand, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, est nommé médecin en chef de l'asile de Villejuif (poste créé, 3e classe, 5,000 fr.).

M. le Dr Boudrie, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse, est nommé directeur-médecin de l'asile de Bassens (Savoie) (4e cl. 4,000 fr.), en remplacement de M. le Dr Fusier, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— *Arrêté du* 23 *décembre* 1885. M. le Dr Gilson, chef de la clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, est nommé médecin-adjoint du service de la clinique en remplacement de M. le Dr Vallon, dont les fonctions ont pris fin (2e classe, 2,500 fr.).

— *Arrêté du* 30 *décembre* 1884. M. le Dr Deswatines, directeur de l'Institution nationale des sourds-muets de Chambéry, est nommé directeur de l'asile de Bordeaux (2e classe, 6,000 fr.), en remplacement de M. Fleuret, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— *Arrêté du* 31 *janvier* 1885. M. le Dr Gauthier de Beauvallon, interne de l'asile Saint-Méen, à Rennes, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure) (poste créé, 2e cl., 2,500 fr.).

— *Arrêté du* 29 *janvier* 1885. Sont promus pour prendre rang à partir du 1er janvier 1885 :

A la classe exceptionnelle de leur grade (8,000 fr.) : M. Lebègue, directeur de l'asile de Bron (Rhône), et MM. les Drs Péon, Dauby, Delaporte, Hildenbrand et Lapointe, directeurs-médecins des asiles de Breuty, Aix, Quatre-Mares, Bonneval et La Roche-Gandon.

©BIUM

A la 1re classe (7,000 fr.) : MM. les Drs Pétrucci et Maret, directeurs-médecins des asiles de Sainte-Gemme-sur-Loire et Auch.

A la 3e classe (5,000 fr.) : M. le Dr Gallopain, directeur-médecin de l'asile de La Charité (Nièvre).

Et parmi les médecins-adjoints, à la 1re classe de leur grade (3,000 fr.) : MM. les Drs Chadzinski, Millet, Chaussinand et Girma, des asiles d'Auxerre, Blois, Fains et Saint-Luc, à Pau.

Nécrologie.

Le Dr Dumas-Aubergier. — M. le Dr Barbalat-Dumas, plus connu sous le nom de Dumas-Aubergier, médecin-inspecteur des eaux minérales de Saint Nectaire, médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Sainte-Marie à Clermont-Ferrand, est décédé dans cette ville, le 8 janvier 1885, à l'âge de quarante-huit ans. M. le Dr Dumas était médecin-adjoint de l'asile de Clermont-Ferrand depuis 1870.

Concours pour l'érection d'une statue a Paul Broca.

Il est ouvert à Paris un concours pour l'érection d'une statue à Paul Broca; elle aura 2m,20 de hauteur, plinthe comprise et sera élevée sur le terre-plein situé en face de l'entrée de la Faculté de médecine, au coin de la rue de l'École de médecine et du boulevard Saint-Germain.

La loi sur les aliénés en Autriche.

Dans une de ses dernières séances, le Conseil sanitaire supérieur de Vienne (Autriche) a eu à s'occuper de la question de savoir si les lois actuelles de l'Empire assurent une protection suffisante aux aliénés.

Un trop grand nombre de faits prouvent qu'à cette question la réponse ne pouvait être que négative. Aussi le gouvernement a-t-il résolu de mettre à l'étude la préparation de nouvelles mesures légales spécialement destinées à protéger les aliénés.

Faits divers.

— *Accès de folie par abus de l'éther.* — Comme la morphine, l'éther, pris en grande quantité, peut amener des désordres dans l'organisme et des ébranlements dans le cerveau. C'est ce dernier effet qu'il a produit sur Mme S..., femme d'un employé du ministère de l'intérieur. Atteinte d'une maladie chronique, dont l'éther seul adoucissait les souffrances, elle en a abusé, et ses facultés mentales ont été altérées. Hier, trompant la surveillance de sa bonne, elle sortit à six heures du soir, se rendit sur le boulevard Saint-Denis et se mit à crier : « Vive la reine! »

Un rassemblement se forma bientôt autour d'elle, et des gar-

©BIUM

diens de la paix la prirent par le bras et la conduisirent au bureau de M. Brissaud, commissaire de police. Tout le long du chemin elle ne cessait de leur répéter : « Ne me touchez pas, respectez votre reine. »

La famille de Mme S..., prévenue par M. Brissaud, a fait conduire cette infortunée dans une maison de santé.

(*Le Temps*, numéro du 10 février 1885.)

— *Un persécuté en liberté*. — Il y a sept ans, M. Legoy, originaire de Chartres, âgé de soixante ans, que sa famille avait fait interdire à cause de ses excentricités, était allé habiter à Aix (Bouches-du-Rhône), quittant la localité de Lambesc, parce qu'il avait peur des malfaiteurs connus à cette époque dans la région sous le nom de *bande de la Taille*, dont, disait-il, ses parents faisaient partie.

Il loua à Aix une maison de campagne, s'y barricada, blinda les portes et les fenêtres, et cessa toutes relations avec l'extérieur.

Prévoyant le cas où une attaque du dehors viendrait à se produire, ce malheureux avait troué les murs de sa chambre où il avait placé des canons de fusil. Dans l'appartement on ne voyait que revolvers, poignards et cannes à épée. Il avait même fait arracher les arbres qui se trouvaient devant la fenêtre de sa chambre.

— Par ces arbres, disait-il, on pourrait s'introduire chez moi.

C'est dans cet appartement que Legoy vivait, avec un domestique, infirme, répondant au nom d'Etienne, vieillard de quatre-vingts ans, pour qui il avait une grande affection, et deux beaux chiens : une boule-dogue et une chienne de Terre-Neuve.

Il passait sa journée à coller du papier sur les murs, les ouvertures des portes et des fenêtres, pour empêcher, disait-il, le poison d'entrer, à écrire des lettres à diverses personnes (tous les députés en ont reçu).

Deux fois par jour, une servante montait les provisions aux deux prisonniers volontaires, et dans ces moments-là Legoy, par les carreaux, surveillait le dehors.

Le propriétaire de la maison, M. Niel, peu satisfait des dégâts commis dans son immeuble, signifia plusieurs fois à M. Legoy l'ordre de déménager.

Le fou répondit constamment :

— *Celui qui voudra me faire sortir; je le tuerai!*

M. Niel obtint un jugement et appela à son aide la police pour expulser le fou.

Il a fallu toute une brigade d'agents et des précautions infinies pour arriver à s'emparer du pauvre homme et le transporter, malgré ses protestations furieuses, dans une maison d'aliénés.

Une fois Legoy enlevé, les agents de police sont revenus à la maison de campagne où ils ont abattu les deux chiens que l'absence de leur maître avait rendus furieux.

Dix balles de revolver n'ont pu avoir raison du terre-neuve, que l'on a dû assommer.

(*La Petite France*, numéro du 10 février 1885.)

©BIUM

— *Incendie d'un asile d'aliénés aux États-Unis.* — Dans la nuit du 12 au 13 février dernier, un incendie a éclaté dans un asile d'aliénés de Philadelphie, dans la section des hommes. Quelques-uns seulement des malheureux prisonniers, surpris par les flammes pendant leur sommeil, purent sauter par les fenêtres. Malgré tous les efforts, on ne put arriver à secourir à temps, ceux qui, trop effrayés ou gagnés déjà par l'asphyxie, étaient restés dans le bâtiment qui a été complètement détruit. En cherchant dans les ruines, les pompiers ont trouvé 18 cadavres. (*Le Temps*, numéro du dimanche 15 février 1885.)

— D'après un télégramme de Philadelphie, on vient de faire une horrible découverte relativement au récent incendie de l'asile des aliénés pauvres, qui a coûté la vie à dix-huit pensionnaires. Quatre coroners ayant ouvert une enquête, un nègre, qui ne paraît pas jouir de toutes ses facultés, s'est reconnu coupable d'avoir mis le feu à l'établissement, et a déclaré qu'il avait été poussé à cet acte par un nommé Schroder, qui avait à se plaindre du médecin en chef. Schroder a été arrêté. (*Le Temps*, numéro du mardi 24 février 1885.)

Société médico-psychologique.

Prix à décerner en 1886.

Prix Aubanel. — Question proposée: « De la coexistence, chez un même malade, de délires d'origine différente (alcoolique, épileptique, paralytique, vésanique, etc.), au point de vue du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale. »

Ce prix est de la valeur de 2,400 francs.

Prix Belhomme. — Ce prix, de la valeur de 1,200 francs, sera décerné au meilleur travail manuscrit relatif à l'*idiotie* et de préférence aux *lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie.*

Prix Esquirol. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Prix Moreau (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des dissertations inaugurales soutenues dans les facultés de médecine de France, sur une question de pathologie mentale et nerveuse. — Les mémoires imprimés et les thèses devront avoir été publiés en 1885.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés, le 31 décembre 1885, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Pour les articles non signés : L. Lunier.

Paris. — Imprimerie G. Rougier et Cie, rue Cassette, 1.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

Congrès psychiatrique d'Anvers en 1885. — Création d'une nouvelle colonie d'aliénés, à l'instar de celle de Gheel, à Lierneux près Liège. — Projet de construction d'un asile spécial à Buenos-Ayres. — Nouveau *blue book* et nouveau projet de loi anglaise sur les aliénés. — Le Myriachit. — Exemple de perversion de l'instinct sexuel. — La paraldéhyde comme hypnotique.

Les congrès sont devenus, décidément, une des conditions essentielles de la vie scientifique contemporaine, et les médecins aliénistes sont, peut-être encore plus que d'autres, amateurs de ces réunions internationales, où l'on apprend, avec un égal profit, à connaître les hommes et les choses de notre spécialité.

A peine avons-nous fini de rendre compte des congrès tenus en 1884, et où une part plus ou moins large a été faite aux questions relatives à l'aliénation mentale, que déjà, nous avons la mission agréable d'annoncer, pour le mois de septembre de l'année 1885, une nouvelle réunion scientifique et confraternelle, exclusivement consacrée

©BIUM

à la psychiatrie et qui doit avoir lieu en Belgique, au siège et à l'occasion de l'Exposition d'Anvers.

C'est la Société de médecine mentale de Belgique qui a pris l'initiative de ce congrès psychiatrique; son bureau, composé de nos honorables confrères MM. Desguin, Lentz, et Ingels, a été constitué en commission d'organisation et il s'est adjoint, dans ce but, les hommes les plus capables de lui donner un concours efficace; un premier appel a été fait et nous voulons espérer qu'il sera accueilli avec faveur.

Divers motifs doivent engager les médecins aliénistes français à assister à cette réunion en aussi grand nombre que possible; outre l'intérêt qui s'attache à un pays où abondent les beaux monuments et les remarquables collections artistiques, ne doivent-ils pas donner aux confrères d'une nation rattachée à la nôtre par des liens si multiples et si intimes, un témoignage éclatant de leur sympathie? Ne doivent-ils pas tout faire pour leur montrer que c'est toujours sur la France que la Belgique doit compter le plus quand elle cherchera, hors d'elle-même, des garanties de solidarité morale et d'émulation cordiale pour le progrès sous toutes les formes?

L'industrie française se prépare à occuper une place d'honneur à l'exposition d'Anvers; puisse-t-il en être de même de la science française, et de la nôtre en particulier!

En dehors de cet intérêt patriotique, les médecins français auront grandement à profiter de leur visite en Belgique. Ils y étudieront, avec intérêt, l'application d'une loi spéciale aux aliénés, qui, après avoir été faite en 1850 en s'inspirant, d'une manière incontestée, de notre législation de 1838, a été remaniée, refondue, complétée en 1873-74 et a ainsi achevé l'évolution de perfectionnement dans laquelle notre législation française n'est entrée que d'une

©BIUM

manière toute récente, et au terme de laquelle elle est encore loin d'être arrivée.

Ils pourront aussi y juger, *de visu*, la question si ancienne et si controversée du traitement familial des aliénés chroniques et inoffensifs, dans la colonie de Gheel; ils auront, en outre, l'occasion de voir à ses débuts, une nouvelle colonie qui, s'inspirant de l'exemple de Gheel, est en train de s'organiser à Lierneux dans la province de Liège.

Une ordonnance royale du 11 février 1885, insérée au *Moniteur belge* du 13, a consacré cette création, résolue dans la dernière session du conseil provincial de Liège. L'exposé des motifs s'exprime ainsi : « A Gheel, où l'usage « de la langue flamande est presque exclusif, les aliénés, « venant des provinces Wallonnes, sont naturellement « privés des relations que l'entente du langage peut seule « créer, ce qui rend leur position très pénible, malgré « tous les bons soins dont ils sont entourés.

« La création d'une colonie, dans une commune de langue « française, où les aliénés des provinces Wallonnes trouve- « ront, outre l'usage de la langue maternelle, des mœurs « et des habitudes conformes à celles dans lesquelles ils « ont été élevés, réalisera donc un grand bienfait. Déjà, « une trentaine d'aliénés sont répartis dans la commune de « Lierneux, où ils n'ont donné lieu à aucun inconvénient. »

Suit le dispositif de l'ordonnance.

Celle-ci a été suivie, à peu de distance, d'une notice ou plutôt d'un communiqué (*Moniteur belge* du 1er mars) expliquant que la création de la nouvelle colonie a surtout pour but de remédier à l'encombrement produit, dans les asiles d'aliénés proprement dits, par la proportion sans cesse croissante des cas chroniques et incurables, et à l'impossibilité d'y disposer d'un nombre de places suffisant pour le placement des cas aigus et réclamant un traitement actif. Cette intention est excellente, et il faut espérer qu'elle sera réalisée.

©BIUM

Quel que soit le jugement que l'on porte sur la colonie de Gheel, on doit reconnaître, en effet, qu'elle procure un moyen économique d'assister une proportion notable des aliénés chroniques qui forment une charge si grave pour les finances publiques.

Mais sera-t-il facile de créer un second Gheel, en dehors de toute tradition, dans une commune nouvellement choisie à cet usage ? L'auteur du communiqué ne se dissimule pas la difficulté, et il sait que l'opinion des médecins compétents est généralement peu disposée à croire au succès de pareilles entreprises.

Il aurait pu, cependant, invoquer, contre ces préventions, les résultats obtenus en Ecosse, dans le village de Kennoway, où le traitement familial des aliénés chroniques est appliqué avec succès, bien qu'il ne remonte qu'à quelques années. En sera-t-il de même à Lierneux ? Il est peut-être prématuré d'assurer que la preuve en est déjà faite. Mais il est assurément du plus haut intérêt de suivre l'expérience qui va être tentée si près de nous, et nous voyons là un motif de plus pour engager nos confrères à faire, cet été, le voyage de Belgique. Ils trouveront, du reste, des renseignements complets sur cette question dans une très intéressante brochure intitulée : *Les colonies d'aliénés*, et due à la plume de M. V. Oudart, inspecteur général des asiles d'aliénés de Belgique.

Nous avons à signaler deux faits officiels qui viennent de se produire en Angleterre, et qui concernent la question des aliénés. Le gouvernement a fait publier un nouveau *Blue-Book*, spécialement destiné à fournir des renseignements sur les principales particularités du service et du régime des aliénés dans les différents pays de l'Europe et de l'Amérique du Nord. Nous n'avons pas encore ce volume, sur lequel nous reviendrons, lorsque nous le connaîtrons mieux ; mais, d'après les premiers renseigne-

©BIUM

ments qui nous sont parvenus, il se composerait de rapports spéciaux, demandés de Londres, aux représentants de l'Angleterre à l'étranger. C'est là un nouvel indice de l'intimité des rapports internationaux qui s'établissent entre les différents pays; presque partout la réforme des législations actuelles sur les aliénés est à l'ordre du jour, et partout, pour résoudre les problèmes importants ainsi soulevés, on sent qu'au lieu de se borner aux simples connaissances locales, il est indispensable d'être amplement renseigné sur les procédés employés dans les pays voisins; le compendium des législations spéciales qui a été publié, l'année dernière, à Philadelphie, par Harrison et dont nous avons déjà parlé (Chronique du mois de novembre 1884), les publications importantes qui viennent d'être faites par les soins de la Commission sénatoriale française, et qui seront bientôt complétées, la distribution du *Blue Book* anglais que nous venons d'annoncer, sont autant de preuves de l'intérêt qu'inspire, dans tout le monde civilisé, la comparaison des mesures adoptées, dans les différents pays, pour le traitement et la protection des aliénés.

Le second fait dont nous voulons parler est plus important encore; en effet, dans la séance de la Chambre des Lords du 26 mars dernier, le Lord Chancelier a déposé et fait voter, en première lecture, un nouveau projet de loi destiné à introduire, dans le régime des aliénés, des réformes importantes, conformes, pour la plupart, aux demandes faites par le Comité Dillwyan, à la suite de l'enquête de 1877. Le dépôt de ce projet de loi est la confirmation d'une promesse qui avait été faite, plus d'une fois, par le gouvernement, mais dont la réalisation s'était fait attendre. D'après le rapide exposé de motifs, fait par le Lord Chancelier, la modification la plus importante introduite dans les lois de 1845, serait celle qui concerne les formalités à observer pour les placements volontaires. Jusqu'ici, ces placements étaient effectués sur la seule initiative des fa-

©BIUM

milles, sans l'intervention d'aucun représentant des pouvoirs publics; à l'avenir, avant que le malade ne soit placé dans un asile, de quelque ordre qu'il soit, la demande de la famille, ou des amis, devrait être soumise à un magistrat et sanctionnée par lui. Cette mesure serait proposée, en imitation de la procédure suivie en Écosse, dont on constate les bons résultats. D'autres prescriptions de la nouvelle loi auraient pour but de donner plus de garantie au contrôle et à la surveillance exercés par l'Etat sur les aliénés traités à domicile. On le voit, les problèmes à l'étude sont partout les mêmes; il y a, aussi, beaucoup d'analogie dans les moyens proposés pour arriver à leur solution. Nous reviendrons ultérieurement sur cet important sujet.

Ce n'est pas seulement en Europe et dans l'Amérique du Nord, que l'on s'occupe activement de la législation et de l'assistance relatives aux aliénés; partout les mêmes nécessités sociales s'imposent, et tous les pays civilisés, notamment ceux de l'Amérique du Sud, ont à compter avec les mêmes exigences. Il existe à Rio de Janeiro un très bel asile d'aliénés dû à la sollicitude éclairée de l'empereur actuel du Brésil. (*Annales médico-psychologiques* 1864, t. I, p. 277.)

On s'occupe aussi, paraît-il, de préparer une loi spéciale pour la République argentine, et la province de Buenos-Ayres songe à la création d'un grand asile public destiné aux pensionnaires et aux indigents des deux sexes. Aussi, l'année dernière, le gouvernement de cette province, en déléguant le Dr Emilio Coni, directeur du bureau de la statistique générale, pour le représenter au Congrès d'hygiène et de démographie de la Haye, lui avait-il recommandé, d'une manière toute spéciale, de visiter les manicomes des différents pays de l'Europe, afin de faire profiter le projet local des progrès réalisés dans l'organisation et la construction des établissements de ce genre.

Le rapport présenté par M. le Dr Emilio Coni, à la suite

©BIUM

de cette enquête, contient un programme et un plan relatifs à la création du futur asile de la province de Buenos-Ayres. Nous regrettons que l'auteur n'ait pas indiqué les modèles dont il s'est inspiré, dans la préparation de son projet ; sans doute il se rapproche du type de beaucoup des asiles européens, les plus nouveaux, en adoptant le système des pavillons détachés, reliés par des galeries, et en proposant de distribuer les bâtiments sur trois lignes parallèles au grand axe de l'asile, la ligne médiane étant consacrée aux services généraux et aux quartiers de surveillance continue, tandis que les lignes latérales se composeraient des pavillons occupés par les différentes catégories de malades, d'un côté pour les hommes et de l'autre pour les femmes.

Mais, tout en approuvant cette conception d'ensemble, nous nous demandons si les pavillons de malades, pris en eux-mêmes, sont en rapport avec les progrès de la science psychiatrique moderne, que M. le Dr Emilio Coni avait particulièrement mission d'étudier et d'appliquer. Nous doutons, en effet, qu'on ait l'habitude, aujourd'hui, en Europe, de donner à ces pavillons la disposition d'un quadrilatère fermé, entourant de toutes parts une cour centrale, subdivisée, elle-même, dans certains d'entre eux, en deux ou trois petites cours secondaires. Il nous semble, aussi, que dans ces pavillons projetés, le nombre des chambres individuelles, ouvrant sur une galerie ouverte, serait beaucoup trop considérable par rapport aux chambres collectives qui, même en Angleterre, sont maintenant acceptées pour la majorité des aliénés. Il est vrai que les quelques dortoirs projetés par M. le Dr Coni auraient de très belles proportions, car chaque lit disposerait de soixante-sept mètres cubes d'air, ce qui, dans nos pays européens au moins, serait considéré comme une prodigalité pour des aliénés valides, et comme devant entraîner une dépense de construction exagérée ; mais il est possible que sur les bords

©BIUM

de la Plata, les exigences climatériques soient différentes, et nous ne nous permettrions aucune critique à cet égard sans être mieux renseigné que nous ne le sommes.

M. le Dr Coni attache une grande importance aux lits spéciaux à l'usage de certaines catégories d'aliénés et il consacre une planche à reproduire huit modèles différents de lits destinés aux épileptiques, aux malpropres, aux gâteux et aux malades en traitement. Tous ces lits sont inventés par M. le Dr Perotti, et employés par lui, dans son service du manicome de Turin.

Nous reconnaissons que l'inventeur a été animé d'excellentes intentions et qu'il s'est attaché à satisfaire à des indications multiples; nous serions même très disposé à recommander l'essai du plan incliné à larges mailles, qu'il destine aux épileptiques, sans doute pour éviter l'asphyxie par occlusion de la bouche, sur l'oreiller ou sur le traversin, en cas d'accès nocturnes. Mais en dehors de ce point spécial, nous nous demandons si un aussi grand luxe d'appareils de literie différents est réellement utile, et si, en en prônant l'adoption, on n'expose pas les administrateurs des asiles à des complications de service bien multipliées, sans avantages suffisants.

Nous regrettons surtout qu'à côté de ces modèles si nombreux, et où les appareils de caoutchouc nous paraissent jouer un rôle trop important, tant au point de vue de l'intégrité des téguments du malade, qu'à celui de la dépense, aucune mention ne soit faite du simple lit à auge, rempli de varech en vrac, dont le malade n'est séparé que par un drap de toile. Ce lit, si simple, si économique, si facile à tenir propre quand on a pris la peine d'habituer un infirmier à bien le manœuvrer, répond, ce nous semble, à toutes les indications, et une longue pratique nous a appris qu'il réunit tous les avantages, celui notamment, de ne jamais produire d'eschares par décubitus, même chez les malades qui restent longtemps alités. Tout récemment, le

©BIUM

Dr Sander de l'asile de Dalldorf près Berlin, a recommandé un mode de couchage analogue, où le varech est remplacé par de la « laine de bois » fabriquée chez Paul Hartmann à Heidenheim (Wurtemberg). Ne connaissant pas cette substance, nous ne pouvons qu'en donner l'indication aux médecins qui voudraient en faire l'essai (*Centralblatt für Nerven heilkunde*, etc. p. 92, 15 février 1885.)

Que M. le Dr Emilio Coni excuse une dernière observation critique faite à son projet. Nous craignons qu'on ne s'y trouve très mal d'avoir une buanderie située au centre même de l'asile, au milieu des autres services généraux, et à quelques mètres des pavillons de malades ; ce service gagnerait certainement à être reporté, à titre d'annexe indépendante, en dehors du périmètre de l'asile fermé, à condition qu'il reste d'un accès facile pour les femmes indigentes qui iront y travailler.

De l'Amérique du Sud, passons au nord de l'Asie.

Il paraît que les Russes donnent le nom de *Myriachit* à une affection nerveuse bizarre, qui serait assez fréquente en Sibérie, et dont le Dr V. A. Hammond de New-York a donné la description suivante, d'après le récit d'officiers de la marine américaine. « Ceux-ci, dit la *Revue de médecine* (février 1885) d'après le *New-York Medical Journal* (février 1884), virent le capitaine du bateau sur lequel ils se trouvaient, s'approcher tout à coup d'un domestique et frapper ses mains l'une contre l'autre, juste devant la figure de celui-ci; immédiatement le domestique frappa ses mains de la même façon et continua son chemin avec un regard courroucé. Il semblait que cet homme fût atteint d'un trouble psychique particulier, qui le forçait à imiter tout ce qui se présentait brusquement à ses sens. Frappait-on quelque chose brusquement devant lui, il frappait aussi; entendait-il un bruit soudain, il l'imitait instantanément. Pour l'ennuyer, quelques passagers imitaient des cris d'ani-

©BIUM

maux, criaient des mots bizarres, frappaient des mains, sautaient, jetaient leur chapeau sur le pont; immédiatement le pauvre domestique en faisait autant; même lorsque toutes ces pratiques l'avaient rendu furieux de colère, il les imitait encore. Parfois, pour échapper à ses persécuteurs, il s'enfermait à l'office, mais là encore on l'entendait répéter comme un écho les cris et les bruits du dehors. Une fois le capitaine, en se précipitant vers lui et en frappant des mains, glissa et tomba lourdement sur le pont. Sans avoir été touché par le capitaine, le domestique frappa immédiatement des mains en poussant un cri, glissa et tomba aussi lourdement, et presqu'absolument dans la même position que lui. C'était un homme d'un âge moyen, bien constitué, l'air assez intelligent, et rien ne pouvait faire soupçonner l'affection dont il était atteint. »

Il serait très intéressant de connaître d'autres observations de myriachit, pour savoir si cet état se présente toujours avec les mêmes caractères. Autant qu'on peut en juger par ce seul exemple, il s'agirait ici d'une névrose caractérisée par la nécessité où le sujet se trouve de reproduire, même malgré lui, les actes qui sont accomplis devant lui. Cette imitation obligatoire, qui s'imposerait au malade, sans qu'il ait le pouvoir de s'y soustraire, rappellerait les faits de convulsions par imitation connus depuis longtemps, et que l'on a observés dans les circonstances les plus diverses: convulsionnaires du moyen âge et du dix-huitième siècle; derviches tourneurs; hystéro-démonopathies de Morzine et de maintes autres localités; sauteurs du Maine, etc.

L'état général du système nerveux doit, dans ce cas, se rapprocher, au moins à certains égards, de celui des sujets hypnotisés auxquels on impose, par suggestion, l'obligation de commettre un acte déterminé, même contre leur volonté; seulement, ici, le mode de suggestion consisterait non pas en un ordre verbal ou mental, mais bien dans

©BIUM

l'accomplissement, par l'instigateur, de l'acte même que le sujet doit reproduire. Cet état, on le voit, malgré sa bizarrerie, n'est pas sans analogie avec les phénomènes nerveux déjà connus.

M. Magnan a lu à l'Académie de médecine, et à la Société médico-psychologique, une très intéressante communication dont on trouvera le texte dans la suite de ce numéro; il s'agit d'une classification physiologique des diverses perversions du sens génital. Citons à cette occasion une observation récemment publiée par le Dr Savage, le savant médecin en chef de Bethlem Hospital.

Le malade est un homme de vingt-huit ans, non marié, à antécédents héréditaires névropathiques, gagnant facilement sa vie, comme voyageur de commerce dans l'ancien et dans le nouveau monde.

Il n'a jamais ressenti de penchant pour les femmes, et n'a jamais eu de rapports sexuels avec aucune. Par contre, il se sent un grand attrait pour les hommes, à condition qu'ils soient grands, forts et bien faits. Toutes les fois qu'il voit un bel homme, il entre en érection, et s'il reste quelque temps dans sa société il éprouve une pollution. Il souffre tellement d'un pareil état de choses qu'il est parfois tenté de se suicider. Il se vante d'être un chrétien fervent et il a consulté, sans succès, plusieurs prêtres; c'est l'un d'eux qui lui a conseillé d'aller prendre les avis du Dr Savage. Entres autres particularités, le malade raconte que lorsque ses affaires le font voyager en Amérique, il n'est pas trop tourmenté, parce que les hommes y sont, en général, de taille et de corpulence modérée; il en est tout autrement, dit-il, lorsqu'il se trouve en Angleterre, où il y a tant d'hommes beaux et ayant plus de six pieds de haut; là il se sent dans une angoisse continuelle.

Voilà un nouveau criterium de la beauté masculine qui ne paraît pas fait pour flatter les Américains; on vante sou-

©BIUM

vent la beauté des dames américaines ; les hommes y mériteraient-ils, plus qu'ailleurs, le surnom de sexe laid ?

Nous avons déjà signalé, à cette place (numéro de juillet 1883), l'utilité que l'on pourrait tirer du nouvel hypnotique, la paraldéhyde, dans le traitement des maladies mentales. L'année dernière, M. Kéraval a fait, sur ce sujet, à la Société médico-psychologique, une communication s'appuyant sur une série d'observations recueillies à l'asile de Saint-Yon. La même série d'observations a fourni à M. Nercam, interne du même asile, le sujet d'une thèse (Paris 1884) d'après laquelle la paraldéhyde serait un hypnotique qui devrait être placé entre l'opium et le chloral. M. le Dr Desnos, médecin des hôpitaux de Paris, a fait à l'Académie de médecine, dans la séance du 17 février 1885, une lecture sur le même sujet, et, malgré la différence du lieu d'expérimentation, il constate des résultats fort analogues. Il lui paraît démontré, dit-il, que la paraldéhyde est un hypnotique qui mérite d'occuper, en thérapeutique, une place importante entre l'opium et le chloral ; son pouvoir est peut-être inférieur à celui de ce dernier, mais elle a l'avantage de ne pas porter atteinte aux fonctions du cœur. Il ajoute, d'après M. Constantin Paul, qu'elle peut, dans certains cas, fournir un moyen de soustraire les morphiomanes à l'abus de la morphine. D'après ces divers travaux, nous ne pouvons que répéter que les propriétés de ce nouveau médicament sont de nature à le faire mettre à l'étude par les médecins aliénistes.

A. F.

©BIUM

Pathologie

LES
VAISSEAUX SANGUINS DU CERVEAU
A L'ÉTAT NORMAL ET A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE

par M. le Professeur H. OBERSTEINER (de Vienne)

Traduction de M. le Dr de Musgrave Clay (1).

Les grands progrès accomplis durant les dix dernières années par la science micrographique, — et je fais allusion ici, non seulement aux méthodes de durcissement, de conservation, de coloration, etc., mais encore au perfectionnement de la partie optique des instruments, — ne nous ont pas seulement appris à mieux connaître la structure intime des tissus animaux et de leurs éléments ; ils nous ont encore révélé l'existence d'un nombre toujours croissant d'altérations qui portent la marque d'un état pathologique.

Dans ces derniers temps, quelques chercheurs, sceptiques et libres de toute idée préconçue, ont entrepris de vérifier d'une façon plus précise un grand nombre de ces modifications, dites pathologiques, de la structure histologique des tissus, et de déterminer si, lorsqu'on les ren-

(1) Cette traduction est faite d'après un mémoire original qui a été publié à Londres par le Brain, N° d'octobre 1884.

©BIUM

contre, on a réellement affaire à des états morbides anormaux.

Les conditions qui peuvent se présenter sont les suivantes:

1° Il peut y avoir une altération de tissu vraiment pathologique;

2° On peut se trouver en présence d'altérations dues aux méthodes de préparation employées (décomposition, durcissement, etc);

3° Il se peut qu'une altération qui paraît être pathologique se rencontre fréquemment dans des tissus parfaitement sains;

4° Enfin, on peut avoir affaire à des états histologiques qui s'observent d'une manière si constante dans les organes à l'état normal que leur présence peut, en quelque façon, être considérée comme caractéristique d'un tissu sain.

J'estime qu'il est de la plus haute importance de posséder un critérium, propre à nous fixer sur la véritable valeur des états que nous observons au microscope; il faut mettre en ordre l'immense quantité des documents rassemblés jusqu'ici, et rejeter bien des erreurs.

Il y a quelque temps (1), je me suis occupé des rapports des petits vaisseaux du cerveau, et j'ai cherché à fixer la limite qui sépare les altérations vasculaires normales des altérations vasculaires pathologiques. En dépit de cette tentative, j'ai très souvent observé que tel aspect des vaisseaux, considéré comme pathologique, se rencontrait, ainsi qu'on pouvait le reconnaître ultérieurement, d'une façon constante et sans jamais manquer, dans tous les cerveaux sains. Il est bon de remarquer que ces interprétations inexactes entraînent nécessairement à leur suite toute une série de conclusions fausses, et cela dans des études qui ont souvent une très grande importance.

(1) " Beiträge zur Pathologischen Anatomie der Gehirngefässe, " Wien. Med. Jahrbücher, 1877.

©BIUM

Je dois expliquer ici que le mémoire auquel je viens de faire allusion étant généralement peu connu, il me paraît utile de mettre sous les yeux des lecteurs, dans les pages qui suivent, quelques-uns des points traités dans ce travail; on voudra bien m'excuser, s'il m'arrive de reproduire ici des faits que j'ai déjà publiés.

J'ai à peine besoin d'insister sur la signification importante qui s'attache à l'état des vaisseaux sanguins du système nerveux central. Il faut partir de ce point de vue que les éléments nerveux, et plus spécialement les cellules ganglionnaires, sont plus sensibles que toutes les autres parties de nos tissus, aux troubles qui peuvent survenir dans leur nutrition normale. L'intégrité anatomique et physiologique des vaisseaux sanguins est nécessaire surtout au fonctionnement normal de l'organe du système nerveux central, et l'on voit par conséquent, une fois de plus, combien il est important de distinguer parmi les modifications vasculaires, celles qui sont normales de celles qui sont morbides.

Dans les pages qui suivent, je ne m'occuperai point des vaisseaux plus volumineux qui rampent extérieurement sur le cerveau et la moelle épinière; je limiterai mon étude aux plus petits vaisseaux, à ceux qui sont enchâssés dans le tissu nerveux.

Méthodes d'examen.

Pour avoir sous les yeux, aussi exactement que possible, l'aspect que présente la structure des plus petits vaisseaux du cerveau, il faut les examiner à l'état frais, et en n'ayant recours que le moins possible aux réactifs chimiques. Je me suis imposé pour règle, toutes les fois que j'avais à étudier un cerveau malade, de pratiquer l'examen de l'organe, c'est-à-dire des petits vaisseaux, à l'état frais, et je puis aujourd'hui recommander avec insistance de se conformer à cette pratique; car, après le durcissement, on ne peut plus

©BIUM

reconnaître grand'chose. Les fragments de cerveau ou de moelle destinés aux recherches ne doivent pas être trop petits ; on les fait macérer vingt-quatre heures (un séjour de deux à quatre jours n'a pas d'inconvénient) dans une solution de bichromate de potasse de teinte jaune pâle. En dissociant alors grossièrement la substance cérébrale, on trouve de nombreux vaisseaux, que l'on peut, à l'aide de deux aiguilles (toujours sous l'eau), séparer du tissu nerveux qui les entoure. Par ce procédé on peut aisément faire des préparations qui comprennent des artérioles entières avec leurs ramifications, ainsi que le commencement du réseau capillaire ; on peut même faire en sorte que l'artériole ne soit que très peu ou point du tout endommagée par l'aiguille, si l'on prend soin de la tenir fermement appliquée sur le tissu nerveux environnant.

Le vaisseau ainsi préparé peut être immédiatement examiné, soit dans l'eau, soit dans une solution saline très faible, et il sera facile de reconnaître ainsi la plupart des vrais détails de sa structure. Pour peu que l'on entoure de résine dammar les bords du couvre-objet, et que l'on fasse soigneusement et complètement cette petite opération, les préparations peuvent être conservées pendant très longtemps dans l'eau (j'en ai gardé pendant dix ans) sans subir d'altérations appréciables (sauf quelques exceptions isolées).

Les préparations peuvent être colorées à l'aide de solutions aqueuses de diverses matières colorantes (carmin, picro-carmin, hématoxyline, aniline) ; on les lave ensuite à l'eau, et on les conserve dans l'eau comme il a été indiqué plus haut.

Il faut éviter l'emploi des liquides généralement usités, tels que la glycérine, l'essence de girofle, etc. ; ces agents déterminent sur les vaisseaux des altérations marquées.

Certains états pathologiques, dont le nombre est restreint, doivent être spécialement étudiés sur des coupes ; on aura recours en pareil cas aux méthodes bien connues de durcissement.

©BIUM

Structure normale des vaisseaux du système nerveux central.

1° *Structure des artères.* — Lorsqu'on examine les plus petits vaisseaux artériels, on peut leur reconnaître quatre tuniques que je vais décrire, de dedans en dehors, sous les noms d'endothélium, de membrane fenêtrée, de tunique musculaire et de gaine lymphatique adventice.

a) L'endothélium est une membrane très délicate (fig. 1, *a*) qui consiste en une couche simple de cellules aplaties; on peut, à l'aide du procédé habituel au nitrate d'argent, mettre en évidence la substance qui occupe l'intervalle des cellules et sert de base à cette membrane. Les noyaux des cellules de l'endothélium, que l'on rend apparents au moyen de la coloration par le carmin, présentent la forme d'un ovale allongé ou d'une pierre à aiguiser, et sont disposés de façon que leur grand axe est dirigé dans le même sens que le cours du sang. Dans la fig. 1, où l'on a représenté les autres couches superposées à l'endothélium, les cellules de cette dernière membrane se distinguent nettement par la disposition longitudinale de leurs noyaux. Presque toujours, sur le bord du noyau cellulaire, on voit une granulation claire, fortement réfringente, qui fait saillie dans le noyau lui-même, et dont la signification n'a pu encore être déterminée.

L'endothélium tend à se plisser, à se recoquiller, lorsqu'il est détaché des autres tuniques; le meilleur moyen de le distinguer (conjointement avec la membrane fenêtrée) consiste à tourmenter avec des aiguilles une artériole intra-cérébrale, après coloration au carmin. Th. Deecke (1) a observé, au dedans des cellules endothéliales aplaties qui

(1) " The structure of the Vessels of the Nervous Centres in Health, and their Changes in Disease; " *American Journal of Insanity*, 1877-81.

©BIUM

viennent d'être décrites, encore une autre couche de cellules cylindriques ; il ajoute, en outre, que la couche la plus interne d'épithélium cylindrique disparaît dans les branches les plus petites, « lorsque celles-ci ont pénétré dans la substance cérébrale, et toujours après leur première division ».

b) *La membrane fenêtrée* (fig. 1, *b*) ne renferme aucun élément constituant de forme cellulaire ou nucléaire ; elle se présente sous l'aspect d'une membrane vitreuse, compacte, toujours marquée de plis longitudinaux très minces et clairs. A un grossissement plus fort, on voit de petits points (ou peut-être des trous ?) nombreux et brillants. Ils sont surtout visibles sur l'une des grosses artères qui sont si nombreuses dans les ganglions cérébraux de la base. Sur les artères de la convexité du cerveau, cette membrane est extrêmement ténue, et disparaît d'ordinaire à mesure que le calibre des artérioles diminue. Deecke (*loc. cit.*) a décrit comme « une membrane d'aspect tendineux » une des couches importantes qui sont extérieures à la membrane fenêtrée ; je n'ai point réussi à la découvrir, au moins sur les petites artères.

(*c*) *La tunique musculaire* (fig. 1, *c*) est composée de fibres musculaires lisses fusiformes qui entourent circulairement les couches les plus internes du vaisseau sanguin. Le bord du vaisseau présente des dentelures aiguës et permet de distinguer clairement et individuellement les fibres musculaires, dont les noyaux ovales sont nettement visibles après une coloration au carmin ; ils sont tous disposés transversalement et croisent à angle droit les noyaux correspondants de l'endothélium. Sur les artères les plus grosses, il existe plusieurs couches superposées de tissu musculaire ; leur nombre détermine l'épaisseur de la paroi vasculaire. Les artères les plus fines ne possèdent qu'une couche simple de fibres musculaires, et, en outre, la forme de ces fibres varie à mesure que le calibre de l'artère va diminuant, de

©BIUM

telle sorte que ces fibres (ainsi que leurs noyaux) se raccourcissent en même temps qu'elles s'élargissent.

Deecke décrit, extérieurement à la tunique musculaire, une couche «formée par de gros faisceaux isolés de fibres élastiques ». J'avais déjà vu ces fibres, et je les ai décrites dans le travail que j'ai cité plus haut. L'interprétation que j'en ai donnée consiste à les considérer comme des replis de la couche suivante, c'est-à-dire de la tunique adventice. J'avoue que j'ai souvent mis en doute l'exactitude de ma propre interprétation, sans pouvoir, d'autre part, accepter entièrement l'opinion de Deecke ; il est un point, toutefois, que j'admets volontiers, c'est que ces fibres discutables se rencontrent exclusivement sur les grosses artères, et font défaut sur les vaisseaux plus petits ; c'est là un fait que Deecke ne signale pas.

d) *La tunique adventice* (gaine lymphatique adventice, fig. 1, *d*) est une membrane délicate, formée par du tissu connectif, et qui, s'étendant beaucoup plus loin que la tunique musculaire, ne lui est point attachée, en sorte qu'un espace à communication libre existe entre les deux tuniques. La tunique adventice contient des noyaux arrondis ou ovales, fréquemment entourés d'un peu de protoplasma et rappelant par leur aspect les noyaux du tissu connectif. Sur cette tunique on trouve des granulations pigmentaires plus ou moins nombreuses, des globules de graisse et des granulations graisseuses; ce sont là des faits normaux sur lesquels j'aurai bientôt à revenir. En ce qui touche la présence de cellules endothéliales sur la tunique adventice, je partage l'incertitude de Deecke ; d'autre part, je ne puis qu'adopter l'opinion de cet auteur sur le caractère de cette tunique et reconnaître avec lui qu'elle constitue une gaine parfaitement indépendante.

Sur des coupes, particulièrement sur celles qui proviennent d'un cerveau d'animal, nous voyons quelquefois très nettement des prolongements rigides, étirés et paraissant

©BIUM

comme détachés de la tunique adventice, qui pénètrent jusque dans la substance cérébrale et vont se perdre dans les cellules du tissu connectif. Sur des préparations fraîchement dissociées on ne distingue plus rien de ces nombreux prolongements ; je dois avouer que je ne comprends pas bien clairement comment, sur des préparations faites avec toute la délicatesse possible, toutes ces fibres ou la plus grande partie d'entre elles, peuvent avoir été arrachées de la tunique adventice.

D'une façon générale, j'incline à penser que, extérieurement à la tunique adventice, il existe une membrane ténue, constituée par du tissu connectif et formant une sorte de revêtement intérieur au canal que parcourt le vaisseau (1). Cette gaine extérieure du vaisseau, dérivée de la pie-mère, est si intimement unie, par les nombreux prolongements dont il vient d'être question, au tissu connectif qui se trouve dans l'intérieur de la substance cérébrale, que, sous l'influence des manipulations même les plus délicates, elle reste en place, alors même que le vaisseau tout entier avec sa tunique adventice est détaché. Sur une préparation durcie, la gaine extérieure est si étroitement appliquée sur la tunique adventice et celle-ci se recoquille tellement avec les tuniques vasculaires internes qu'il devient impossible de la distinguer à l'état de membrane indépendante.

Je n'ai guère besoin d'affirmer qu'il n'y a aucune fusion intime entre la gaine vasculaire adventice et la substance cérébrale qui sert de dernière gaine extérieure; il reste entre elles un espace qui, souvent, paraît être complètement réduit au minimum. En dehors comme en dedans de la tunique adventice, il existe un espace où peut circuler un liquide; or, en parlant d'un liquide, nous ne pouvons, dans les conditions normales, avoir en vue que les sucs animaux pré-

(1) Comparez Adler, " Archiv für Psychiatrie, " 5 B.

©BIUM

parés par l'organisme pour la réalisation des échanges nutritifs entre le sang et le tissu des organes; si, par abréviation, nous désignons ces sucs sous le nom de «lymphe», nous pourrons dès lors décrire deux sortes différentes d'espaces lymphatiques : les premiers se trouveront entre la tunique musculaire et la tunique adventice (espace lymphatique adventice, *Virchow*, *Robin*), tandis que les seconds seront extérieurs à la tunique adventice (espace lymphatique périvasculaire, *His*). Dans ces deux variétés d'espaces lymphatiques on peut rencontrer, dans certaines conditions, des corpuscules lymphatiques plus ou moins nombreux ; mais quant à savoir si, comme le pense Deecke, ces corpuscules ne sont que des leucocytes errants, c'est un point sur lequel il est malaisé de se prononcer.

Je tiens à faire remarquer, à propos de l'espace lymphatique péri-vasculaire, que cet espace doit être considéré comme une cavité interposée entre les tissus, et communiquant avec d'autres cavités nombreuses, qui contribuent à provoquer la circulation des liquides nutritifs vers les éléments des tissus. J'ai démontré (1) que les cellules ganglionnaires de la substance grise sont situées dans un espace creux, ou « espace lymphatique péricellulaire », qui, dans certaines conditions, peut être réduit à de très petites dimensions, mais qui, si petit qu'il puisse être, existe toujours entre le protoplasma des cellules nerveuses et la névroglie. Ces espaces péricellulaires sont en communication avec les espaces périvasculaires, et ne peuvent assurément pas plus que ces derniers être considérés comme produits artificiellement. On trouvera d'ailleurs les preuves de cette assertion dans mes deux mémoires déjà cités, ainsi que dans un autre travail (2).

---

(1) " Ueber einige Lymphräume im Gehirne, " Sitzungsber. der K. Akad. der Wissensch. zu Wien, 64 B.

(2) " Ueber Ektasien der Lymphgefässe des Gehirns ", Virchow's " Archiv," 55 B.

©BIUM

2° *Structure des veines.* — Sur les veines intra-cérébrales je ne puis distinguer que trois couches.

a) *L'endothélium* est beaucoup plus irrégulier que celui des artères ; les noyaux cellulaires sont pour la plupart plus arrondis, moins allongés et moins symétriques ; ils sont disposés suivant la direction longitudinale du vaisseau.

b) *Par tunique moyenne*, nous devons entendre le tissu qui forme la partie principale de la paroi veineuse ; cette couche est constituée par du tissu connectif à noyaux arrondis et disséminés et ne présentant qu'un petit nombre de fibres musculaires irrégulièrement disposées.

c) *La gaine lymphatique adventice* répond à la description qui en a été donnée plus haut à propos des artères ; il n'y a qu'une seule différence à noter ; j'y reviendrai plus loin.

Je dois mentionner ici que la description qu'a donnée *Deecke* de la structure des veines cérébrales diffère de la mienne sur plusieurs points.

3° *Structure des capillaires.* — Sur ces vaisseaux on ne peut distinguer plus de deux couches.

Le tube capillaire proprement dit est formé par une continuation des membranes endothéliales artérielles et veineuses, lesquelles se sont dépouillées de leurs tuniques externes, la gaine adventice demeurant seule visible en beaucoup de points ; mon opinion est que la tunique adventice forme autour des artères et des veines, aussi bien qu'autour de tout le système capillaire intracérébral, une gaine ininterrompue ; seulement, au niveau des capillaires, cette gaine est plus ténue et plus étroite en sorte qu'elle échappe souvent à l'observation.

Particularités complémentaires relatives à la structure de la gaine adventice des vaisseaux du cerveau.

J'ai déjà dit que sur la tunique adventice on rencontrait du pigment et de la graisse ; je dois ajouter sur ce point quelques observations.

©BIUM

Lorsqu'on étudie le système nerveux central du nouveau-né, on trouve des granulations graisseuses en grand nombre; il est de la dernière évidence que ces éléments jouent un rôle considérable dans le développement des fibres médullaires; elles apportent les matériaux nécessaires à la formation de la gaine médullaire, tout comme en cas de dissolution morbide de ces mêmes fibres médullaires, on voit les granulations graisseuses reparaître pour reprendre et enlever les matières avec lesquelles elles se trouvent en contact.

On trouve également chez le nouveau-né des granulations graisseuses semblables dans le système nerveux tout entier, et beaucoup d'entre elles sont fermement fixées à la face externe de la gaine adventice des vaisseaux ; la circulation de la lymphe est tout à fait impuissante à les en détacher, et elles restent là comme des épaves, alors que, le développement des fibres médullaires étant achevé, toutes les autres granulations graisseuses ont disparu du système nerveux central.

Si l'on vient ensuite à examiner quelques-uns des vaisseaux, soit artériels, soit veineux, du cerveau d'un enfant âgé de moins de deux ans, on rencontrera, non pas peut-être sur tous les vaisseaux, mais néanmoins très fréquemment, ces mêmes granulations graisseuses que nous venons de décrire, et qui, à un grossissement faible, se détacheront très nettement sous forme de points sombres. Il suffira certainement d'une courte recherche pour découvrir dans tout cerveau d'enfant des vaisseaux dont la gaine adventice est ainsi chargée de granulations graisseuses.

Examinons maintenant un cerveau d'adulte. Sur la gaine adventice des veines, on trouve constamment de la graisse; j'en ai rencontré dans tous les cerveaux sans exception. Tout au moins, on trouve par places des gouttelettes de graisse isolées; mais presque toujours les granulations graisseuses sont évidentes. Elles sont d'ailleurs en grand nom-

©BIUM

bre, et donnent au vaisseau un aspect tacheté tout spécial ; il n'est pas rare de les voir former des plaques si nombreuses que sur un espace plus ou moins long, le vaisseau est entouré d'un véritable anneau graisseux (comparez fig. 2); on peut surtout bien observer cette disposition sur les plus petites veines; mais sur les capillaires eux-mêmes, les granulations graisseuses sont loin d'être rares, et leur présence est une preuve de plus que les capillaires possèdent une gaine lymphatique propre. Je dois insister énergiquement sur ce point que ces granulations siègent toujours à la face externe de la gaine adventice, et forment par conséquent saillie à sa surface, ainsi qu'on le voit nettement dans la fig. 2.

Il peut être intéressant de mentionner que j'ai trouvé une quantité considérable de graisse même sur les veines cérébrales de sujets très émaciés.

Si l'on tient compte de ce double fait que, d'une part, les granulations graisseuses se rencontrent sur la gaine adventice des veines cérébrales chez le nouveau-né aussi bien que chez le vieillard, et que, d'autre part, on les observe en quantité variable quelle que soit la diversité des causes de la mort (sans excepter les morts les plus subites et les plus violentes), on verra que je suis autorisé à dire que la présence d'amas graisseux, même très abondants, sur la gaine adventice des veines cérébrales ne doit pas être habituellement considérée comme un fait pathologique; il ne faut voir dans ces gouttelettes ou dans ces granulations graisseuses (ou tout au moins dans la plupart d'entre elles) qu'un reliquat de la période de développement embryonnaire.

Dans le cas où les granulations graisseuses sont rencontrées au milieu d'altérations pathologiques du système nerveux central (comme le ramollissement cérébral, etc.), on les observe en grande quantité sur les vaisseaux, tant artériels que veineux. C'est ainsi que dans la moelle, par exemple, lorsqu'il existe une dégénérescence des cordons pos-

©BIUM

térieurs, nous voyons souvent, même à l'œil nu, les vaisseaux qui pénètrent dans la commissure postérieure avec leurs branches latérales, présenter un aspect épais et blanc. Dans les cas de ce genre, où le tissu nerveux environnant est lui-même malade, les granulations graisseuses de la gaine adventice se présentent d'une façon spontanément évidente comme l'expression d'un processus pathologique qui n'atteint que secondairement les vaisseaux.

Les globules graisseux ont encore une autre manière de se montrer sur la gaine adventice soit des veines, soit des artères : ils apparaissent sur la face interne de cette gaine, que l'on voit alors comme voilée par un précipité ténu de très petites gouttelettes graisseuses. C'est là un fait assez rare et qui me paraît être le résultat d'un trouble morbide de la nutrition.

Jusqu'ici nous avons surtout parlé des veines. Lorsqu'on prépare une *artère* prise sur un cerveau d'adulte, on rencontre fréquemment, mais non constamment de la graisse, comme sur la gaine adventice des veines. D'autre part, le pigment s'y observe d'une façon constante. Ce pigment qui consiste en globules arrondis, plus ou moins volumineux, et dont la nuance varie du jaune clair au brun clair, se rencontre sur la face externe de la gaine adventice ; il est fréquent de voir plusieurs de ces granulations se réunir les unes aux autres pour former des amas (fig. 1, *e*). Chez les jeunes enfants de deux, trois ans, ou plus, ce pigment est d'un jaune très clair, ou presque incolore, et présente toutes les nuances d'une transition qui se termine aux globules graisseux incolores, avec lesquels les granulations pigmentaires se trouvent souvent mélangées. C'est à peine si ce pigment change de coloration sous l'influence des acides ou des bases; soumis à l'action de l'acide osmique, il prend une couleur plus foncée et revêt une teinte un peu grisâtre; plus la couleur primitive du pigment était vive, plus cette réaction est marquée.

©BIUM

Dans mon travail sur les vaisseaux cérébraux, j'ai donné, sous forme de tableau, une description de l'état de ces vaisseaux dans quatre-vingt-onze cerveaux, et, sauf chez les enfants âgés de moins de deux ans, je n'ai jamais vu le pigment manquer sur la gaine adventice des artères. La quantité relative de ce pigment peut varier dans certaines limites, mais elle est absolument indépendante des causes de la mort, et ne peut être rattachée à aucune altération morbide ayant existé chez le sujet observé.

Je suis forcé d'insister sur ce point ; car ce pigment est toujours considéré, à tort, comme le résultat d'une congestion intense du cerveau, ou même d'une véritable hémorrhagie ; on le confond avec la matière colorante du sang, qui peut se rencontrer dans les mêmes points ; j'aurai d'ailleurs bientôt à m'étendre davantage sur ce sujet.

La question qui se pose actuellement est de savoir d'où vient ce pigment, qui se rencontre à l'état absolument normal sur la gaine adventice des artères, dans tous les cerveaux, sauf chez les très jeunes enfants.

Je suis d'avis que ce pigment tire son origine de ces globules graisseux, dont j'ai parlé plus haut, et qui, dans les premières périodes de la vie, demeurent fixés à la gaine adventice des vaisseaux cérébraux. Peut-être représente-t-il un degré plus élevé d'oxydation de cette graisse, et prend-il naissance par suite de quelque transformation de tissu, grâce à la combustion de la graisse.

En résumé, nous pouvons admettre les faits suivants :

1. Chez les très jeunes sujets, on trouve un pigment très clair, qui, par sa forme et par sa couleur, ressemble aux granulations graisseuses, et représente une période de la transition qui doit aboutir à des granulations plus foncées.

2. Nous voyons fréquemment sur les artères des amas volumineux où le pigment et la graisse sont mélangés ; nous observons aussi presque toujours, sur ces mêmes artères, toutes les nuances de transition intermédiaires entre le glo-

©BIUM

bule graisseux incolore et la granulation d'un jaune brun.

3. La coloration foncée que prennent, sous l'influence de l'acide osmique, les granulations pigmentaires à teinte claire nous rappelle la nuance gris foncé que prend la graisse en présence de ce même réactif.

4. Ce pigment se rencontre aussi sur les veines; mais son siège d'élection est la gaine adventice des artères ; dans ce dernier ordre de vaisseaux, en effet, circule un sang riche en oxygène, les modifications de tissu y sont plus actives ; c'est ce qui explique que la trasformation de la graisse en pigment ait, en ce point, son siège ordinaire.

Je dois ajouter ici, pour prévenir tout malentendu, que je n'entends pas dire que les amas de graisse que l'on rencontre dans le cerveau des très jeunes enfants doivent se retrouver intégralement dans le cerveau des adultes, soit sous forme de graisse, soit sous forme de pigment ; il est possible qu'une grande partie de cette graisse soit résorbée dans l'intervalle.

Je saisis l'occasion de signaler ici encore une autre forme sous laquelle le pigment peut se présenter sur la gaine adventice des vaisseaux cérébraux. On rencontre très fréquemment de véritables cellules pigmentaires sur les membranes délicates du cerveau (par exemple, au niveau de la moelle allongée et de la base du cerveau). Ces cellules sont légèrement allongées, pourvues pour la plupart de prolongements épais et nombreux, et elles possèdent un noyau qui tranche généralement par son aspect clair sur un fond finement granuleux de pigment brun foncé . Ce pigment s'observe aussi sur les vaisseaux plus volumineux qui pénètrent dans la base du cerveau, il est tout simplement originaire des méninges. Il n'y a lieu de lui attribuer aucune espèce de signification pathologique.

©BIUM

Formes sous lesquelles se présente le pigment pathologique sur les vaisseaux du cerveau.

Nous venons de voir que le pigment se rencontre à l'état normal sur les vaisseaux du cerveau sous deux formes différentes.

Mais il y a des dépôts pigmentaires qui doivent être considérés comme exclusivement pathologiques ; ce sont en particulier les suivants :

1° *Matière colorante du sang. Hématoïdine.* — On la rencontre, à l'état de dissémination, sous la forme de matière colorante des cellules arrondies et granuleuses (granulations graisseuses ou corpuscules lymphatiques) ou bien sous l'aspect de granulations claires, plus ou moins volumineuses et de couleur rouge-brun ; il n'est pas très rare de trouver en outre des cristaux d'hématoïdine présentant la forme de colonnes rhombiques. Ces cristaux ou ces granulations amorphes se rencontrent souvent dans l'intérieur des granulations graisseuses. Sur les vaisseaux isolés, nous trouvons la matière colorante tantôt appliquée sur la gaine adventice, tantôt logée dans ses espaces lymphatiques ; sur des coupes nous constatons en outre que le tissu nerveux environnant est presque toujours richement pourvu de cette sorte de pigment, ou, pour être précis, de cellules contenant du pigment. La présence d'une grande quantité de ce pigment indique toujours qu'au point où on l'observe, il s'est produit une exsudation sanguine.

Il est aisé de reconnaître les cristaux d'hématoïdine, ainsi que les cellules jaunes disséminées ; la forme granuleuse au contraire ne peut être différenciée du pigment normal que par une investigation plus complète. Nous possèdons toutefois une réaction qui, même après durcissement par un sel chromique, nous permet de faire cette différenciation avec une entière certitude : sous l'influence de l'acide sulfurique

©BIUM

concentré, la matière colorante du sang passe par une série de colorations successives, savoir: le vert, le bleu et le violet, et finit par disparaître . Traité par le même agent, le pigment normal change à peine de teinte.

2° *Pigment palustre* . — Chez les sujets qui ont eu des accès de fièvre intermittente, le cerveau présente une coloration presque gris foncé qu'il est aisé de reconnaître. Cette colcration est due à une matière colorante foncée, presque noire, se montrant sous l'aspect de granulations dont le volume varie depuis les dimensions les plus minimes jusqu'à celles d'un globule rouge du sang.

Il faut ajouter que ces granulations foncées ne se rencontrent que dans le sang ; les unes sont à l'état de liberté dans le plasma, les autres sont situées à l'intérieur des corpuscules sanguins. Beaucoup de cesgranulations pigmentaires peuvent passer du sang dans les parois vasculaires et s'y fixer ; d'autre part, on ne rencontre point cette pigmentation intermittente dans le reste du tissu nerveux central.

Des amas un peu plus volumineux de ce même pigment peuvent aisément obstruer les très petits vaisseaux (embolie pigmentaire); il en résulte alors une rupture de la paroi vasculaire et une petite hémorrhagie. Ce pigment se reconnaît aisément à sa coloration foncée, à la propriété qu'il possède de résister à des réactifs très divers, et, par-dessus tout, à sa présence dans le sang lui-même.

Nous avons donc appris à distinguer, sur les vaisseaux, deux sortes de pigment normal et deux sortes de pigment pathologique. Je vais actuellement parler d'un pigment artificiel, dont l'existence a été de courte durée. *Erlitzky* a recommandé l'emploi, comme liquide durcissant, d'une solution de bichromate de potasse additionnée de sulfate de cuivre; ce mélange a été très promptement accueilli avec faveur, et peu de temps après, *Erlitzky* a décrit une moelle qu'il avait fait durcir dans sa solution, et qui, paraît-il, aurait présenté une pigmentation très remarquable (le pigment

©BIUM

siégeait sur les vaisseaux). J'avais eu, dès le principe, des doutes très accentués au sujet de ce pigment (1); mais ayant eu l'occasion de voir, il y a peu de temps, une préparation traitée par cette méthode, et d'examiner moi-même des pièces durcies dans cette solution, je suis aujourd'hui tout à fait convaincu que ce prétendu pigment n'est autre chose qu'un précipité, fourni artificiellement par la solution durcissante. D'autres observateurs, depuis, ont signalé cet aspect pigmenté (W. V. Tschisch).

Je saisis cette occasion de montrer par un exemple comment divers produits artificiels peuvent être élevés à la dignité de produits pathologiques; et je suis d'autant mieux justifié à choisir cet exemple que la solution d'*Erliztky* paraît être d'un usage courant, et que je voudrais mettre les observateurs en garde contre les erreurs ultérieures que pourrait leur faire commettre l'emploi de ce réactif.

De quelques modifications histologiques que l'on rencontre dans les vaisseaux cérébraux à l'état normal.

Après avoir examiné un grand nombre de vaisseaux cérébraux, je suis arrivé à la conviction que l'on y observe souvent un certain nombre d'anomalies histologiques qui, bien que généralement considérées comme étant d'origine pathologique, se rencontrent néanmoins dans des cerveaux qui sont sains à tous autres égards, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue fonctionnel, et doivent par conséquent être considérés comme parfaitement normaux. J'ajouterai que les modifications vasculaires que je vais actuellement décrire n'exercent pas fatalement d'influence nuisible, et qu'elles ne déterminent sur le vivant aucun trou-

(1) Comparez " *Centralblatt für Nervenheilk.* " 1881, p. 399-407.

©BIUM

ble fonctionnel, sur le cadavre aucune lésion anatomique que l'on puisse rattacher à leur existence.

C'est là un point d'une grande importance ; il faut en effet que nous soyons mis en garde contre les interprétations que nous pourrions déduire des faits d'observation microscopique; nous devons donc nous abstenir, tant que nous n'avons pas eu recours à une investigation plus complète, de conclure de la présence des vaisseaux ainsi modifiés à l'existence d'un trouble fonctionnel du cerveau.

1° *Dépôt de substance calcaire sur les vaisseaux*.— Les dépôts calcaires, particulièrement sous la forme de carbonate de chaux, peuvent se produire sur la gaine adventice, aussi bien que sur la tunique musculaire.

Dans un cerveau normal, on ne rencontre pas fréquemment la craie sur la gaine adventice. Si le dépôt calcaire a son point de départ dans cette dernière gaine, il est rare qu'il s'y confine, et généralement la tunique musculaire ne tarde pas à participer à l'altération morbide ; mais d'autre part, le dépôt calcaire peut procéder de dehors en dedans sous la forme de masses crayeuses, à peu près arrondies ou disposées en massue et pouvant atteindre un volume considérable.

J'ai souvent rencontré de la craie sur la tunique musculaire chez de jeunes sujets parfaitement sains (des jeunes filles de huit et de dix-neuf ans).

Au début, on voit la tunique musculaire entourée par des masses qui présentent un aspect spécial, légèrement luisant; à des périodes plus avancées, la tunique musculaire de l'artère est tout entière transformée, sur une portion plus longue de son trajet, en un tube rigide et finement granulé (fig. 3). Même au simple examen macroscopique, on peut reconnaître un vaisseau ainsi modifié, à sa couleur blanche, à sa rigidité qui rappelle celle d'une aiguille. En le déplaçant avec une aiguille on apprécie aisément la résistance de ses parois. Au microscope on peut distinguer des points où le cylindre

©BIUM

calcaire a été brisé pendant la préparation, et qui présentent des fêlures semblables à celles du verre cassé. Le plus souvent on a ici affaire à du carbonate de chaux, et pour confirmer l'exactitude du diagnostic, on peut, par surcroît, avoir recours à la réaction par l'acide sulfurique, qui donne lieu à la formation de bulles d'acide carbonique et de fines aiguilles cristallines de sulfate de chaux.

Si la calcification est encore plus avancée, on constate que tout le réseau capillaire présente un aspect strié et qu'il est transformé en une série de fins tuyaux calcaires. Dans le cervelet, et plus spécialement dans la couche granuleuse de l'écorce cérébelleuse, on observe très fréquemment ce mode de calcification diffuse; mais il n'est pas aisé de déterminer avec quelque certitude si le processus a eu pour point de départ la gaine adventice, ou la tunique musculaire.

Nous devons supposer, *d priori*, que la calcification de la tunique vasculaire n'a pas pour unique effet de nuire à la nutrition du cerveau, mais que, en raison de la friabilité qu'acquièrent alors les vaisseaux, elle peut entraîner d'autres dangers.

D'autre part, mon expérience me permet d'affirmer que, si l'on excepte les degrés les plus élevés de la lésion, la calcification, ainsi qu'il a été dit plus haut, s'observe très fréquemment à l'état normal ; mais jusqu'ici, contrairement à mon attente, je n'ai jamais rencontré la calcification de la tunique musculaire dans l'hémorrhagie cérébrale.

La calcification de la tunique moyenne, à moins d'être très avancée, est à peu près dépourvue de signification pathologique.

2° *Dégénérescence graisseuse de la tunique musculaire* — Sur une préparation, les artères qui ont subi cette altération présentent à l'œil nu une couleur jaune blanchâtre opaque, et elles n'ont pas cette rigidité qui accompagne la calcification. Au microscope, la tunique musculaire nous ap-

©BIUM

paraît remplie de très petites granulations graisseuses punctiformes, et ce n'est que, par-ci par-là, que le carmin parvient à colorer légèrement les noyaux musculaires. Le vaisseau ainsi altéré présente au microscope une grande analogie avec un vaisseau calcifié; mais la gaine musculaire devenue graisseuse offre une coloration plus jaune et ne présente jamais ni les fissures ni les éclats qui caractérisent la calcification; enfin la réaction par l'acide sulfurique fait défaut. Nous devons aussi considérer cette dégénérescence de la tunique musculaire comme un processus capable d'entraver d'une façon très sérieuse le fonctionnement d'un revêtement artériel très important.

Néanmoins j'ai rencontré cette transformation graisseuse sur des cerveaux sains, aussi souvent que sur des cerveaux malades, chez les jeunes gens comme chez les vieillards, et chez les sujets morts d'une affection aiguë aussi bien que chez ceux qui avaient succombé à une maladie chronique.

Nous ne pouvons donc pas attacher une grande signification pathologique à la transformation graisseuse de la tunique musculaire.

3° *Dégénérescence vasculaire portant sur le tissu connectif.* — Sur les artères aussi bien que sur les veines (mais le fait est plus fréquent pour ces dernières), il peut se produire une prolifération excessive du tissu connectif, qui débute par la tunique moyenne. La lumière du vaisseau n'est pas modifiée tout d'abord, sa circonférence augmentant seule de volume; par suite la gaine adventice peut, elle aussi, demeurer intacte. Il nous arrive assez souvent de rencontrer sur des artères ou sur des veines de petit calibre, des renflements fusiformes de cette nature. Il me paraît à peu près certain que cet accroissement de volume du vaisseau peut habituellement être rattaché à des conditions particulières de la pression sanguine, conditions qui se réalisent dans les points où les vaisseaux changent brusquement de calibre; aussi n'observe-t-on pas le plus souvent

©BIUM

ces renflements aux points où le vaisseau se divise dichotomiquement ; on les constate habituellement au niveau où une très petite branche vasculaire se détache d'une façon immédiate d'un tronc relativement volumineux. Les couches supérieures de l'écorce cérébrale sont un lieu d'élection pour ces dégénérescences vasculaires. *Neelsen* a démontré (1) que, dans ces couches corticales, on peut constater ces altérations des vaisseaux sur la plupart des cerveaux, et j'ai pu moi-même me convaincre de l'exactitude de cette découverte.

On trouve habituellement, au voisinage des points qui viennent d'être indiqués, des vaisseaux qui sont le siège d'une dégénérescence plus avancée. La prolifération du tissu connectif finit par atteindre la périphérie de la lumière du vaisseau, et celui-ci, oblitéré, continue son trajet à l'état de cordon fibreux.

J'ai très souvent rencontré des vaisseaux qui présentaient cette altération dans des cerveaux parfaitement sains, et même chez des enfants de huit ans ; mais je dois ajouter que ce mode de dégénérescence est beaucoup plus fréquent et beaucoup plus accusé sur les vaisseaux des vieillards (après soixante ans), alors que le cerveau a commencé à s'atrophier.

Bien que l'obstruction vasculaire qui résulte de la prolifération fibreuse se produise d'une manière graduelle, il paraît surprenant qu'un processus qui prive des territoires déterminés du cerveau,— si peu étendus d'ailleurs que soient ces territoires,—de leurs artères nourricières, puisse être considéré comme se rattachant à l'état normal, et donne lieu à aucun trouble saisissable.

Mais sur ce point, je dois me prononcer avec plus de réserve. Il y a bien des obscurités dans le domaine de notre vie cérébrale, et peut-être quelques-unes d'entre elles pour-

(1) *Archiv. f. Heilk.*, XVII, B.

©BIUM

raient-elles s'expliquer par des troubles locaux de nutrition consécutifs à des obstructions vasculaires, semblables à celles dont il vient d'être question.

Deecke (*loc. cit.*) a confirmé la fréquence de cette altération qu'il désigne sous le nom de « dégénérescence calleuse » et qu'il appelle un processus situé « sur la frontière de l'état normal et de l'état pathologique.»

4° *Dilatation de la gaine lymphatique adventice.* — C'est surtout sur les artères que l'on voit quelquefois par places la gaine adventice saillante et distendue à la façon d'une vessie gonflée, et comme séparée du vaisseau par quelque distance. Cette forme de dilatation partielle s'observe aussi bien sur les petites que sur les grosses artères, et la surface de ces sortes de sacs sert souvent de siège à des amas de granulations graisseuses et pigmentaires.

Ces dilatations se rencontrant fréquemment dans des cerveaux sains, elles doivent être considérées comme se rattachant à l'état normal.

Si les boursouflements de la gaine lymphatique deviennent considérables, si on les retrouve sur de nombreux vaisseaux, il faut alors les considérer comme pathologiques.

Lorsque les dilatations de la gaine adventice sont plus étendues, elles aboutissent à la formation de kystes visibles à l'œil nu.

J'ai décrit l'aspect que présentent les kystes de cette nature sur le pont de Varole ; on peut les considérer comme étant dus à une rétention de liquide : la chambre lymphatique adventice est obstruée par des éléments qui ont pénétré dans le courant lymphatique, d'où arrêt de ce courant et distension de l'espace où s'accumule le liquide.

Si la distension de la tunique adventice se produit sur un grand nombre de vaisseaux différents, et sur une portion considérable du trajet de ces vaisseaux, le cerveau prend, sur une coupe examinée à l'œil nu, l'aspect d'un tamis ; il est parsemé de petits trous, et présente ce qu'on appelle

©BIUM

l'«état criblé». Cet « état criblé » peut prendre naissance par suite de l'accroissement de dimension des espaces lymphatiques péri-vasculaires, comme par exemple dans la rétraction atrophique de la substance cérébrale ; dans ce cas la tunique adventice, ainsi que les autres tuniques vasculaires, demeurent exemptes de toute altération.

L'« état criblé » occupe surtout la substance blanche, tandis que les kystes que nous avons décrits plus haut ne se rencontrent que dans la substance grise.

De quelques modifications vasculaires importantes d'ordre nettement pathologique.

La littérature médicale est, sur ce sujet, très riche en altérations pathologiques des vaisseaux cérébraux, et ces altérations présentent assurément un très grand intérêt.

Je ne mentionnerai toutefois, dans les pages qui vont suivre, qu'un petit nombre d'états morbides qui me paraissent avoir une très grande importance, et je laisserai volontairement de côté les faits rares.

1° *Dégénérescence graisseuse athéromateuse de la tunique interne.* — Ce processus pathologique se manifeste par la présence à l'intérieur du vaisseau de points foncés, de dimensions plus ou moins grandes (fig. 5). Au-dessous de ces points on peut aisément reconnaître la tunique musculaire, qui est saine; il suffit souvent d'exercer une pression légère sur le couvre-objet pour mettre en liberté ces masses athéromateuses; on les voit alors entraînées d'abord par le courant sanguin, aller enfin se fixer sur un point rétréci du vaisseau.

Sur un petit vaisseau nous pouvons également suivre la formation d'une embolie, depuis le point où elle se détache de la tunique interne jusqu'à celui où elle obstrue une fine ramification.

Un grossissement plus fort permet de constater que les

©BIUM

dépôts dont nous venons de décrire l'aspect sur la tunique interne sont constitués par une masse granuleuse amorphe, généralement parsemée de très nombreuses granulations graisseuses.

Dans presque tous les cas d'hémorrhagie cérébrale, j'ai pu constater cette altération de la tunique interne; elle est particulièrement manifeste au voisinage du foyer hémorrhagique. Il n'est pas douteux pour moi que dans un très grand nombre de cas, l'hémorrhagie cérébrale doit être attribuée à cette forme d'altération pathologique des vaisseaux ; je suis surtout convaincu que ces masses athéromateuses se détachent de la tunique interne pour aller former des embolies dans les fines ramifications artérielles.

On peut aussi constater cette dégénérescence de la tunique interne en l'absence de toute hémorrhagie cérébrale ; mais ce fait ne saurait être un argument contre ma manière de voir; en effet, la dégénérescence athéromateuse du vaisseau constitue le phénomène primitif; l'embolie et l'hémorrhagie ne surviennent que consécutivement. Je suis par conséquent disposé à considérer la dégénérescence adipo-athéromateuse de la tunique interne comme l'une des altérations les plus graves qui puissent atteindre les plus petits vaisseaux du cerveau.

2° *Dilatation paralytique des petites artères cérébrales.* — J'ai fréquemment rencontré, sur des vaisseaux provenant de sujets atteints d'affections mentales chroniques, de nombreuses artères offrant les modifications qui sont représentées dans la fig 4. Sur les vaisseaux ainsi altérés, la tunique musculaire ne se présente plus, comme à l'état normal, sous l'aspect d'un tube de calibre uniforme; on y remarque une série de renflements et de rétrécissements irrégulièrement disposés, mais n'atteignant pas de proportions excessives; même avec le secours d'un grossissement plus fort, on ne peut constater, sur les fibres musculaires, l'existence d'aucune autre altération morbide. J'ai le plus souvent observé

©BIUM

ce mode d'altération des artères dans la paralysie générale. On peut admettre, avec un grand degré de certitude, que cette lésion détermine ultérieurement un trouble chronique de l'innervation des vaisseaux cérébraux, et voici l'explication que je donne du fait qui vient d'être décrit : au bout d'un certain temps, il se produit une parésie partielle des groupes particuliers que forment les fibres musculaires dans la tunique musculaire, ou tout au moins une diminution du tonus des muscles ; cette parésie donne naissance à ces renflements espacés sur les vaisseaux qui deviennent permanents et se reconnaissent encore après la mort. En l'absence de toute maladie autrement appréciable, il me semble que cette explication est celle qui répond le mieux aux faits observés.

Cette dilatation partielle des petites artères devrait dès lors être considérée comme le signe d'une paralysie vasomotrice chronique.

3° *Produits anormaux contenus dans l'espace lymphatique.* — A l'état normal, on ne rencontre dans l'espace lymphatique adventice qu'un petit nombre d'éléments figurés. Nous y voyons des corpuscules lymphatiques isolés, moins fréquemment des granulations graisseuses, des granulations pigmentaires, et des cellules vésiculaires assez volumineuses, qui doivent être considérées comme des corpuscules lymphatiques métamorphosés ; exceptionnellement, on aperçoit par hasard un globule rouge du sang. Une légère pression exercée sur le couvre-objet fait flotter, et entraîne à distance les éléments que nous venons d'indiquer et qui se trouvent entre la tunique musculaire et la tunique adventice.

Lorsque, dans l'espace lymphatique adventice, on rencontre des globules rouges du sang en grand nombre, leur présence peut, exceptionnellement, être due à un phénomène de diapédèse ; le plus communément elle se rattache à une rupture ayant eu pour siège les tuniques internes du vaisseau, et l'on a affaire à un anévrysme disséquant.

©BIUM

Très souvent le nombre des corpuscules lymphatiques situés dans l'espace lymphatique adventice s'accroît, et leur quantité peut devenir assez considérable pour que la tunique musculaire soit recouverte de plusieurs couches de ces éléments et rendue ainsi presque méconnaissable. J'estime que cette augmentation des corpuscules lymphatiques (improprement désignés sous le nom de « productions nucléaires ») doit être attribuée à une migration des globules blancs du sang ; nous l'observons du reste dans différents états hyperémiques ou inflammatoires du cerveau. Elle est également très fréquente, ainsi que je l'ai démontré (1), dans la paralysie générale, sur les vaisseaux cérébraux, où la tendance à la migration des éléments lymphatiques est extrêmement remarquable.

Je n'ai eu en vue jusqu'ici que l'accroissement pathologique du nombre de ces éléments, accroissement qui peut aussi se produire normalement dans l'espace lymphatique adventice ; mais nous rencontrons quelquefois en ce même point plusieurs sortes de produits pathologiques, dont la présence révèle un état morbide. Dans la méningite purulente, on peut généralement suivre les corpuscules du pus le long de la gaine vasculaire jusqu'à une certaine distance dans l'intérieur du cerveau ; toutefois il est souvent difficile ou même tout à fait impossible de déterminer si ces corpuscules sont nés sur place, ou si un mouvement migrateur les a simplement amenés de la pie-mère.

Au point de vue de la pathologie spéciale, il me paraît que diverses sortes d'éléments néoplastiques peuvent se rencontrer dans l'espace lymphatique adventice ; j'y ai vu des cellules appartenant à des néo-formations tuberculeuses, sarcomateuses, cancéreuses et syphilitiques. Ces cellules se rencontrent plus aisément au voisinage d'une

(1) *Zur pathologischen Anatomie der Dementia Paralytica*, Virchow's *Archiv*. 52 B.

©BIUM

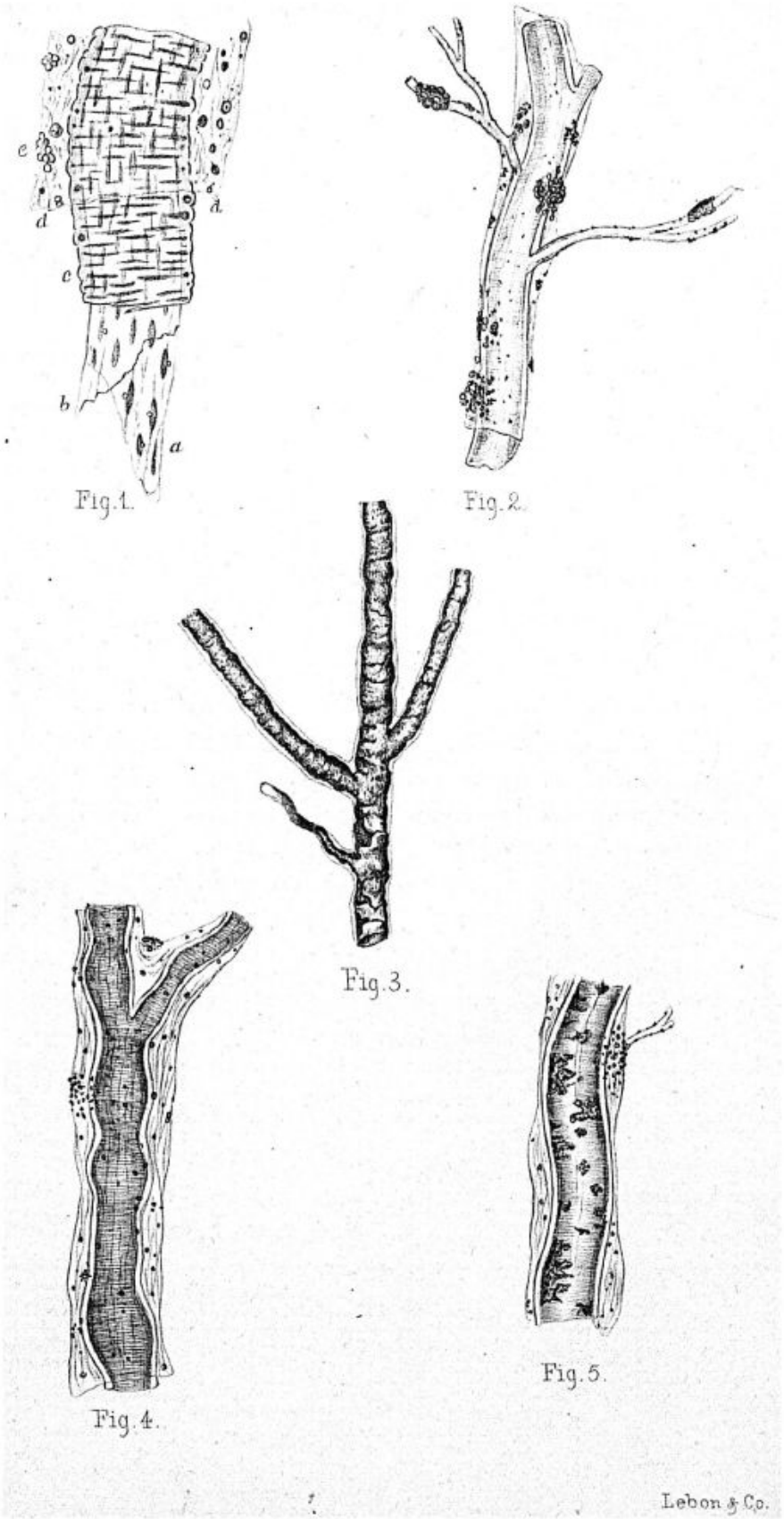
tumeur à laquelle elles correspondent par leur nature. Nous pouvons donc conclure de ces faits que les trajets lymphatiques du cerveau ouvrent une voie facile à la dissémination des divers produits de nouvelle formation, et que, souvent, l'accroissement d'une tumeur s'effectue grâce à l'intervention de ces voies lymphatiques.

Dans quelques processus inflammatoires, surtout dans ceux qui avaient la moelle épinière pour siège, ainsi que dans la rage, j'ai trouvé, autour des artères, dans les espaces lymphatiques adventices et périvasculaires, une substance particulière, de forme régulière, à laquelle on ne pouvait reconnaître aucune structure, mais qui se colorait fortement par le carmin. Je pense qu'il faut voir dans cette substance un produit de coagulation, succédant à une transsudation venue du sang.

— Je laisse de côté un grand nombre de modifications de diverse nature que l'on peut observer sur les petits vaisseaux du cerveau.

La tâche que je m'étais imposée ne consistait point à donner une énumération complète de toutes les maladies des vaisseaux cérébraux. Ce que j'ai surtout désiré mettre en lumière, c'est que beaucoup de faits, que nous considérons couramment comme pathologiques, ne franchissent pas cependant les limites de l'état normal; j'ai pensé, en outre, qu'à cette démonstration il pouvait être avantageux d'associer la discussion de quelques états purement pathologiques qui me paraissaient présenter, au point de vue scientifique, une grande importance.

©BIUM



©BIUM

EXPLICATION DE LA PLANCHE

1. Petite artère du cerveau, rompue de façon à rendre visible chacune des diverses couches.

   a. Membrane endothéliale.
   b. Membrane fenêtrée.
   c. Tunique musculaire.
   d. Gaine lymphatique adventice.
   e. Petits amas de pigment.

2. Artère normale, avec granulations graisseuses sur la gaine adventice; ces granulations, réunies en plaques, forment un anneau complet autour des ramifications latérales.

3. Artère dont la tunique musculaire est complètement calcifiée; à l'extrémité inférieure de la branche principale, le tube calcifié est brisé.

4. Artère provenant du cerveau d'un sujet mort de paralysie générale des aliénés; on voit, espacés sur la longueur du vaisseau, de petits renflements, dus à la paralysie de la tunique musculaire.

5. Artère prise au voisinage d'un foyer apoplectique; la tunique interne est atteinte de dégénérescence adipo-athéromateuse, tandis que les tuniques musculaire et adventice sont intactes.

©BIUM

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'AGORAPHOBIE
(PEUR DES ESPACES)
ET D'AUTRES FORMES DE NÉVROSES ÉMOTIVES

Par M. le Dr GROS
Ex-médecin en chef de l'hôpital de Boulogne.

En 1877 et 1878, le Dr Legrand du Saulle écrivit dans la *Gazette des Hôpitaux* une série d'articles sur l'*agoraphobie* des Allemands qu'il appela, d'une manière plus compréhensive, *peur des espaces*.

La lecture de ce travail, quand il parut, me remit en mémoire certains faits de ma pratique observés plus ou moins longtemps auparavant, consignés dans mes notes, et se rattachant évidemment, selon moi, à différentes formes de ce que l'on a appelé *névrose émotive*, *délire sensorial*, etc. — J'avais réuni ces observations dans l'intention de les publier ; d'autres occupations me détournèrent de ce petit travail que je viens de terminer, et dont la publication tardive peut avoir l'avantage de rappeler l'œuvre intéressante du Dr Legrand du Saulle, par la mention et le rapprochement de faits analogues.

Je commencerai par deux cas où la névrose agoraphobique, au lieu d'être idiopathique, semblait dépendre, selon toute apparence, d'une affection cardiaque.

©BIUM

Observation I. — Une dame de ma famille, septuagénaire, atteinte d'insuffisance mitrale avec commencement d'anasarque, avait tellement peur des espaces qu'elle n'osait traverser seule une cour un peu large ; et je me rappelle qu'en 1875, lui ayant une fois donné le bras pour la conduire à l'église, je dus marcher avec elle le long des maisons bordant une place spacieuse dont la vue seule la troublait.

Cette névrose n'apparut chez elle, à ma connaissance, que par le progrès de sa maladie dont elle mourut deux ans après.

Observation II. — Je fus consulté la même année par le nommé D....., âgé de trente-deux ans, dont le cœur paraissait hypertrophié, et qui venait de quitter le service. Il avait été tambour. Tant qu'il battait sa caisse, me dit-il, il marchait ferme et droit avec les autres tambours à la tête de la troupe. Quand il cessait, il était étourdi, chancelait en marchant, et, lorsqu'on arrêtait, était souvent obligé de s'asseoir sur sa caisse. Il serait tombé alors, s'il était sorti des rangs. Cette affection débuta dix-huit mois auparavant, en faisant à pied en onze jours la route de Paris à Belfort. Il avait déjà des *étourdissements* en quittant Paris. Il y était sujet au reste, ainsi qu'à la céphalalgie, depuis une fièvre typhoïde douze ans auparavant. En se battant avec les Versaillais contre la Commune, dans le 42e de ligne, une chute du haut d'une barricade lui avait, lui dit-on à l'hôpital, *fracturé le rocher* à gauche.

L'oreille de ce côté était encore le siège d'un écoulement avec surdité. Cet homme mourut de sa maladie du cœur, dans mon service à l'hôpital, vers la fin de 1882. Ce cas est complexe ; et les lésions variées, ci-dessus mentionnées, y ont concouru sans doute pour produire les symptômes vraiment *deutéropathiques* de la maladie qui nous occupe.

©BIUM

OBSERVATION III. — D... (Jules), âgé de trente ans, ouvrier typographe, bègue et d'un caractère timide, souffrait beaucoup des mauvaises plaisanteries de ses camarades de travail. Il n'avait jamais eu qu'une *maladie de nerfs*, à l'âge de dix ans, me dit-il. Il fut longtemps tourmenté par la vue d'une longue échelle dressée dans la cour de son imprimerie, et que l'on a retirée depuis. Il avait toujours dans l'idée que, *malgré lui*, *il y aurait monté* (sic). Une échelle dans une maison, contre un mur au-dessus duquel il y a un plafond, ne le gêne pas, et il peut y monter. — Il ne peut le soir passer seul sur un pont ; et pour rien au monde il ne monterait seul à un étage un peu élevé, et, quand il y est, ce qui lui fait le plus d'horreur, c'est d'approcher d'une fenêtre ouverte. — Je lui donnai des soins dans l'été de 1864. L'usage du bromure de potassium, les bains de mer, et un régime analeptique améliorèrent l'état de ce jeune homme que j'ai depuis perdu de vue.

OBSERVATION IV. — Clithrophobie (peur des lieux fermés), névrose compliquée. — Je copie textuellement l'observation suivante, telle que je la trouve dans mes notes. « Le 6 décembre 1856, je fus voir à la campagne M^lle^ M... de la S..., âgée alors de cinquante-sept ans, sujette depuis quelques semaines, et par récidive, à une singulière névrose *cérébro-oculaire* que j'appellerai *scotophobie* (crainte des ténèbres). Elle a horreur de l'obscurité, se trouve mieux le jour. La lumière solaire la soulage, l'artificielle moins ; et elle éprouve une sorte de désespoir la nuit dans une obscurité complète. La voiture lui a été de tout temps intolérable ; elle éprouvait des étourdissements quand elle en descendait. Elle a été beaucoup à cheval ou à âne, sans jamais en être incommodée, se trouvant bien d'avoir le ciel au-dessus d'elle. Elle ne peut rien voir de ce qui lui borne la vue ; le mur de la cour l'écrase (*sic*), en lui cachant l'horizon.

©BIUM

L'attaque présente, ou plutôt la recrudescence de l'état nerveux ordinaire, date de quinze jours. Il y a cinq ans, elle éprouva des crises analogues accompagnées de maux de cœur. Cette fois-ci, elle a des douleurs vagues au front, au haut de la tête, et un peu aux yeux. Les cheveux sont douloureux au peigne, ce qui lui arrive souvent, dit-elle. Tout cela paraît tenir à un rhumatisme névralgique occipito-frontal. Je dois dire que je l'avais traitée, une quinzaine d'années auparavant, d'une blépharite assez tenace.

La ménopause eut lieu il y a six ans. Je trouve le pouls à 80, souple, sans chaleur à la peau ; — je prescris six sangsues, trois à chaque apophyse mastoïde, et des onctions sur le front, les tempes et au cuir chevelu avec : pommade camphrée, extrait de jusquiame, de chaque, 5 grammes ; essence d'amendes amères 8 gouttes ; pilules de lactucarium et d'extrait de valériane à 10 cent., n° 24 ; 3 à prendre dans les vingt-quatre heures ; tenir une veilleuse allumée la nuit dans la chambre.

5 février 1857. Douleurs névralgiques encore dans le front et dans les yeux. Elle a quitté une chambre basse de plafond qu'elle occupait au rez-de-chaussée ; il lui semblait qu'elle y était *écrasée*. Elle aurait voulu faire abattre le grand mur où est la porte cochère, et qui lui semble *masquer l'espace*. Elle a besoin de voir au loin ; pourtant elle se distrait de cette préoccupation en jouant aux cartes. Les douleurs à la racine des cheveux sont diminuées, les idées sont moins pénibles, depuis que les yeux sont souffrants et humides avec une sensation sourde rhumatismale dans les bulbes oculaires ; fonctions intestinales régulières ; elle dort un peu mieux depuis qu'elle a une lumière continue dans sa chambre la nuit. Je lui conseille de priser un peu pour remplacer les *rhumes de cerveau* auxquels elle était très sujette et qu'elle n'a pas eus depuis deux ans. — A l'écairage oblique je découvre quelques stries opaques, légères, dans l'appareil cristallinien. La vision n'en paraît

©BIUM

pas notablement troublée. Deux vésicatoires volants derrière les oreilles, et six pilules de 25 centigr. chaque d'extrait de coloquinte comp. de la pharmacopée anglaise, une à prendre chaque semaine, sont prescrits pour combattre l'état congestif des yeux. L'occupation de l'esprit et des bras, les promenades à pied et au dehors, la lumière modérée la nuit dans une chambre à coucher à plafond élevé, sont recommandées.

En mars 1868, je revois Mlle de la S..... Son état n'a pas changé ; elle éprouve toujours un malaise étrange, une sorte de frayeur dans un appartement bas. Elle n'est jamais mieux qu'en plein air, sous le ciel (*sic*) ; elle n'aime à aller dans aucune maison, de peur de ne pouvoir en sortir de suite, quand ses frayeurs sont plus fortes. Pour cette raison elle va rarement en ville. Elle m'apprend pour la première fois que sa névrose commença après la mort de son père, il y a dix-huit ans. Preuve de plus de la ténacité, et souvent de l'incurabilité de cette affection.

Il est à noter que notre observation n° 3, où l'échelle n'effrayait plus quand elle approchait du plafond, forme contraste avec cette dernière. Elle appartient d'ailleurs à l'agoraphobie proprement dite, puisqu'elle offre aussi la peur des espaces libres.

Le fait de ce prêtre assailli de terreur « dès qu'il n'avait « pas au-dessus de sa tête une voûte, un plafond ; à la « campagne marchant le long des taillis, recherchant l'abri « des arbres, ouvrant en plaine son parapluie, se trouvant « de la sorte très rassuré et n'éprouvant pas l'angoisse ca- « ractéristique de la peur des espaces » (*Gazette des Hôpitaux* du 3 novembre 1877), ce fait est exactement la contre-partie de celui de Mlle M... de la S..., et se rapporte à mon observation n° 3, comme variété de la peur des espaces libres.

Par contre, l'histoire de ce peintre, relatée dans le même journal (27 avril 1878), présente un exemple de la peur

©BIUM

des lieux fermés, remarquable par sa soudaineté et son intensité. Il s'agit d'un peintre âgé de trente ans qui, « excité par les éloges de ses camarades, était sur le point « de mettre fin à une œuvre de peinture pour un concours. « Tout à coup, il est pris d'une manie étrange. Avec l'as- « pect d'un homme guidé par une préoccupation puissante, « il commence à marcher dans la salle, se dirige vers la « porte de sortie et cherche à l'ouvrir. Ne pouvant arriver « à son but, il perd contenance, regarde çà et là, comme « s'il cherchait un moyen pour se sauver d'un grand péril. « Il fixe tout à coup le regard sur la fenêtre ; il accourt « vers elle, l'ouvre, et s'aperçoit qu'elle donne sur des « toits. Inquiet, mais sans peur, il descend sur le toit de « la maison voisine, et, de maison en maison, il se porte « jusqu'au mur d'ouverture du jardin de l'établissement, « d'où il trouve heureusement moyen de descendre. Une « fois sa liberté acquise, il devient tranquille comme d'ha- « bitude. » Ce trouble mental, si soudain et si violent, et dont la cause occasionnelle, chez un homme jeune et bien portant, fut l'excitation produite par des éloges à propos d'un concours, fut probablement unique et ne se répéta pas pour produire une habitude morbide.

Observation V. — Il n'en est pas de même du cas suivant où la névrose émotive, d'origine triste, dura quelques années.

La nommée Charlotte C..., couturière, âgée de vingt-sept ans alors, d'une nature impressionable et expansive, éprouva un chagrin si vif, mêlé de terreur, en apprenant le suicide de son père qui s'était pendu à un arbre près de la ville, il y a 24 ou 25 ans, qu'elle ne pouvait plus voir de grands arbres, surtout agités par le vent, sans se sentir terrifiée, tremblante et incapable d'avancer. Elle éprouvait ce trouble ordinairement lorsque, remontant de la basse ville de Boulogne où son travail l'appelait, à la

©BIUM

haute, elle avait la vue des arbres qui se balancent au dessus du rempart, d'autant plus qu'une esplanade assez spacieuse était à traverser. Je la revis bon nombre d'années après, lui ayant au début donné des soins. Elle me dit que cela lui avait duré quatre ans, sa névrose s'étant graduellement calmée ; mais qu'elle avait souvent demandé le bras d'un passant pour rentrer dans la haute ville.

« Le début de la peur des espaces, dit le Dr Legrand du « Saulle, est brusque lorsque l'affection est idiopathique, « ou lent quand l'état morbide est secondaire, deutéro- « pathique. La manifestation initiale éclaire à la fois le « diagnostic et le pronostic. » (*Gaz. des hôpit.*, 13 nov. 1877.) Les deux premières observations du présent travail, avec leurs symptômes cérébro-cardiaques, viennent à l'appui de cette proposition.

Délire du toucher et folie du doute. — Observation VI. — Dès 1834, au début de ma carrière médicale, j'eus l'occasion d'observer avec assez de surprise un monsieur sexagénaire qui ne pouvait rien toucher avec la main, au moins avec la main nue. Il repoussait les chaises à l'église avec les coudes ou les pieds pour se faire place. Je me souviens que, me reconduisant une fois après une visite, en approchant de la porte de la rue, il fourra ses mains dans ses poches, et me fit signe d'ouvrir moi-même ladite porte. Une des filles de ce monsieur présentait à un haut degré la même anomalie ; une autre était épileptique.

Observation VII. — L'abbé L..., quinquagénaire quand je lui donnai des soins en 1869, ne touchait rien avec la main à nu. Lorsqu'il mangeait une gaufre, par exemple, ou du gâteau, il jetait toujours l'extrémité qu'il en avait tenue dans les doigts. Il entourait de papier la serrure d'une porte avant de l'ouvrir. En outre très scrupuleux, il mettait beaucoup de temps à dire sa messe, répétant

©BIUM

plusieurs fois les paroles de la consécration, de peur de ne les avoir pas articulées distinctement, ou avec une intention ou attention suffisante. C'était bien un exemple de la double folie du toucher et du doute chez ce prêtre mort depuis. On me parla une fois d'un ecclésiastique qui, au au pied de l'autel, avant de commencer sa messe, disait : « *Volo dicere missam* ; *non volo — volas — volat, sed volovis — vuet.* » Conjuguant au présent les deux verbes pour les distinguer, de peur qu'on ne pût s'y méprendre là-haut ?

Observation VIII. — Un vieux prêtre fort scrupuleux, mort nonagénaire en 1861, longtemps professeur dans un établissement dont je fus quelques années le médecin, n'aurait jamais commencé la partie du bréviaire qu'on peut dire l'hiver, je crois, à partir de midi, à moins d'avoir entendu sonner douze heures au beffroi de la ville, ou d'en avoir été assuré par un témoin auriculaire. L'horloge municipale donnait seule pour lui l'heure authentique. Il se mettait souvent à la fenêtre pour entendre sonner midi : « Midi a-t-il sonné au beffroi, mon cher monsieur, me demanda-t-il plusieurs fois? » Je l'avais surnommé l'abbé *Cherche-Midi*, me rappelant une rue de ce nom dans Paris (date 1856).

J'ai cru pouvoir rapprocher de la folie du doute ces quelques excentricités particulières. Il est certain que le délire du toucher, la folie du doute et le délire des négations, sur lequel M. Cotard a écrit un mémoire intéressant, et dont on a mentionné dans ces annales un cas observé par moi, peuvent être réunis en un groupe de vésanies ou névroses émotives analogues; l'agoraphobie ou peur des espaces s'en rapproche avec un caractère particulier. Mes observations III, IV, V, VI, VII et VIII (Peur des espaces, 2 — Folie du toucher, 2 — Clithrophobie, 1 — Folie du doute, 1) ont été prises de 1834 à 1869. Je ne sais si quel-

©BIUM

ques-unes n'ont pas l'antériorité sur les premiers cas de ces différentes formes morbides mentionnés et publiés.

J'ignore également si ce fait de l'horreur de l'obscurité et des ténèbres nocturnes, que je nommais en 1856, *Scotophobie*, et qui accompagnait chez Mlle de la S..... la peur des espaces restreints, j'ignore si ce phénomène a été noté comme un symptôme fréquent de la clithrophobie. Cette note était terminée, lorsque j'eus connaissance du mémoire du professeur Ball sur la *claustrophobie* (mot hybride, mais plus euphonique que *clitrophobie*, partant plus acceptable), inséré dans le n° de novembre 1879, des *Annales médico-psychologiques*, dont je n'étais pas alors un lecteur assidu, et de l'article : *folie du doute avec délire du toucher*, par le Dr Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. N'étant pas aliéniste, mon érudition dans cette branche de la littérature médicale est naturellement limitée.

La première observation du Dr Ball présente, chez le même individu, le délire du toucher d'abord, causé par la crainte de tout contact impur, à la suite d'une blennorhagie, puis des symptômes intenses de claustrophobie. Dans la deuxième observation, sur une dame mariée âgée de trente-six ans, fille d'un père aliéné, une fièvre typhoïde fort grave avait laissé à sa suite, d'après les propres expressions de la malade, « une grande simplicité d'esprit, des douleurs violentes et constantes à la tête, et une absence complète de mémoire; plus tard, un état anémique compliqué de crises nerveuses à forme hystérique, qui développèrent chez elle une extrême irritabilité. En même temps elle fut prise d'une tristesse extrême, avec idée 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. La campagne, conseillée par les médecins après divers essais de traitement

©BIUM

et habitée assez longtemps, ne la calma point. Les emportements devinrent plus rapprochés et plus violents ; à chaque instant le sang montait à la tête, les yeux injectés de sang, faisaient craindre à la malade une congestion cérébrale. Après la crise, il survenait un grand calme avec un état de morosité mélancolique. C'est dans ces conditions, alors qu'elle se sentait chaque jour davantage tendre à la folie, qu'un jour, ayant eu la curiosité de monter avec sa famille à la tour Saint-Jacques, elle fut prise au milieu de l'ascension par une terreur folle, et descendit l'escalier avec une vitesse vertigineuse, se cognant la tête contre les murs sans éprouver de douleur, et ne retrouvant son calme qu'à l'air libre du dehors.

La peur des espaces continua chez cette dame sous différentes formes. Le Dr Ball fait remarquer que c'est au milieu de ce bouillonnement confus de symptômes nerveux, dans lequel la malade ne perdait nullement la conscience de son état, qu'un *délire spécial* se manifesta, la peur des espaces fermés, à laquelle il propose de donner le nom de claustrophobie, déjà créé par le professeur Verga (de Milan). Il faut dire que cette personne, mariée de bonne heure, avait eu trois enfants, dont l'aîné âgé de quatorze ans était presque idiot, avec absence de toute affection pour ses proches, et une fille de douze ans, assez intelligente, qui était devenue épileptique.

L'auteur mentionne ensuite le premier des faits analogues signalés par le Dr Meschede, au congrès des naturalistes allemands à Cassel, relatif à un jeune homme qui éprouvait de la *dyspnée et des vertiges* toutes les fois qu'il entrait dans une petite chambre ou dans un local étroit. C'était seulement pendant la partie la plus rigoureuse de l'hiver qu'il consentait à dormir dans une vaste chambre, mais à la condition de laisser portes et fenêtres largement ouvertes. Il n'existait chez ce malade, sujet d'ailleurs à divers troubles nerveux, aucune disposition héréditaire.

©BIUM

Les mêmes dispositions intellectuelles ont été observées par M. Meschede chez un diabétique.

Enfin, c'est au Dr Raggi, de Bologne, qui avait précédé le médecin allemand dans la découverte de cette affection, qu'appartient l'observation de ce jeune peintre rapportée par moi dans le présent travail d'après le Dr Legrand du Saulle.

Le traitement par l'usage des bromures alcalins, par une liberté très grande, des habitations très vastes et des travaux champêtres, n'ont paru jusqu'ici au Dr Ball que pouvoir améliorer, et non guérir, cette maladie, l'une des plus opiniâtres de l'intelligence. C'est dans cet ordre d'idées toutefois, qu'il chercherait volontiers les indications d'un traitement méthodique. Le Dr Beard, de New-York, dans un intéressant travail sur les terreurs morbides (*morbidfears*) ayant proposé d'englober cet état pathologique avec l'agoraphobie et quelques autres états similaires, sous le nom de *topophobie*, le Dr Ball trouve préférable, jusqu'à plus ample informé, et jusqu'à ce que l'on puisse mieux apprécier les rapports qui les unissent, de réserver à ces divers troubles intellectuels leur dénomination distincte et spéciale.

Le Dr Ball formule, en terminant, les conclusions suivantes :

« 1° Il existe une forme spéciale de délire caractérisé « 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. »

Dans son article sur la *folie avec conscience*, le Dr Ritti, après avoir montré ce qu'a de trop absolu une définition

©BIUM

de la folie dont les signes pathognomoniques seraient l'automatisme et l'irrésistibilité d'une part, et d'autre part *l'insconscience* de l'état maladif; après avoir cité la définition plus rationnelle de Spurzheim qui admet que, « quant aux sentiments, l'homme est fou lorsqu'il ne s'aperçoit pas de l'état dérangé de ses sentiments; ou *lorsqu'il le connaît, mais qu'il a perdu l'influence de la volonté sur ses actions* », ajoute que « ce n'est pas uniquement des perturbations de ses sentiments ou émotions, ou des troubles des actes ou impulsions que l'aliéné peut avoir conscience, il peut encore se rendre un compte juste des conceptions délirantes auxquelles il est en proie, mais dans le courant desquelles il se sent irrésistiblement entrainé. » — « Les malades atteints de folie raisonnante proprement dite, de monomanie, etc., présentent, il est vrai, des perversions des sentiments et des instincts, accomplissent des actes désordonnés, et tout cela d'une façon involontaire, impulsive même; mais, et c'est là ce qui les distingue des fous conscients, loin d'avoir la conscience de leur état maladif, ils ont au contraire la conviction profonde de l'intégrité de leur raison, etc. » — La lésion des fonctions intellectuelles, des sentiments ou émotions, enfin des actes, forme, dit l'auteur, d'après l'état actuel de nos connaissances, le groupement psychologique de la maladie en question. On trouve le trouble des fonctions intellectuelles avec conscience dans une forme de folie bien déterminée et qui a reçu le nom de *folie du doute avec délire du toucher*; celui des sentiments ou émotions dans *l'hypochondrie morale avec idées de suicide* et dans *l'agoraphobie ou peur des espaces*, et enfin celui des actes, dans les *impulsions homicides*. J'avoue ne pas bien comprendre pourquoi, dans cette division, l'agoraphobie se trouve classée avec l'hypochondrie morale compliquée d'idées de suicide. — Le tableau très intéressant de cette dernière affection me rappela le fait suivant observé il y a une vingtaine d'années : —

©BIUM

M. L..., célibataire, ayant habité l'Angleterre assez longtemps comme professeur, d'un caractère réservé, mélancolique, ami de la solitude, vivant à la campagne en pension chez un riche fermier, était livré à une hypochondrie physique aussi bien que morale. Méticuleux et soucieux pour son alimentation, craignant les moindres courants d'air, etc., méfiant à l'égard de tout ce qui l'environnait, il me faisait venir pour la moindre indisposition réelle ou supposée, ne sachant ce qu'il devait manger, et paraissait, par la crainte de la mort, être aussi éloigné que possible de l'idée de suicide. Pourtant, je fus appelé un jour auprès de lui en toute hâte, et le trouvai dans son lit, sa chemise et ses draps baignés de sang. Il s'était enfoncé un poignard entre les côtes et blessé une artère intercostale, l'arme ne paraissant pas avoir pénétré, sinon très peu, dans la poitrine. Très méthodique dans tout ce qu'il faisait, il avait, après la blessure, essuyé et remis l'instrument dans sa gaine; puis il s'était recouché. Il mourut quelques semaines après, épuisé par l'hémorrhagie arrêtée facilement du reste par la compression, profondément mélancolique, et refusant presque tout aliment. — Cet homme avait cédé, *conscient*, mais après avoir lutté, à l'impulsion au suicide, par crainte de la mort en quelque sorte. Un médecin de province fort distingué, ancien médecin militaire, et qui avait rapporté des pays lointains, où il avait résidé, une santé altérée et une disposition mélancolique, me raconta une fois, les larmes aux yeux, que peu de jours auparavant, son petit garçon étant venu jouer auprès de lui, au moment il se rasait, il se sentit pris de l'idée de lui couper la gorge. Il repoussa vivement l'enfant hors de la chambre et s'y enferma. Ces faits se rattachent tout à fait, le premier à l'hypochondrie morale et le second aux impulsions homicides avec conscience, comme elles sont décrites dans l'article ci-dessus cité du Dr Ritti.

N'est-ce pas à la folie morale, impulsive et consciente,

©BIUM

qu'on doit rapporter certains suicides par imitation ou contagion de l'exemple? Ainsi, on a parlé d'une caserne dont on fut obligé de murer une fenêtre par laquelle plusieurs soldats s'étaient précipités successivement à la suite d'un premier acte de ce genre; on a cité aussi une guérite dans laquelle plusieurs militaires s'étaient tués avec leurs fusils. Evidemment ces malheureux étaient conscients, et avaient lutté, avant que leur volonté cédât à une idée obsédante et irrésistible.

Un fait que je crois pouvoir caractériser de *délire sensoriel*, s'est présenté dernièrement à mon observation. Une femme avait un ozène très pénible pour elle et pour ceux qui l'approchaient; une commère lui conseilla de se faire des injections avec sa propre urine dans les narines. Elle employa inutilement ce singulier remède qu'elle avait cessé depuis deux ans, et quoiqu'un traitement avec des injections phéniquées et chlorurées l'aient débarrassée de sa maladie, quoique personne ne sente plus aucune odeur désagréable en approchant de sa figure, elle assure avoir constamment l'odeur d'urine dans le nez. C'est une véritable hallucination de l'odorat.

©BIUM

Archives cliniques

5

ASILE DE LAFOND. — M. LE Dr MABILLE.

Paralysie générale d'origine traumatique.

Sommaire. — Fracture du crâne dans le bas âge. — Asymétrie crânienne accentuée. — Idées de grandeurs et déchéance en masse des facultés. — Prédominance des troubles somatiques et en particulier de l'embarras de la parole. — Démence paralytique. — Autopsie.

J..., âgé de trente-trois ans, admis à l'asile de Lafond le 6 septembre 1883, est d'une faible constitution, très amaigri, d'une taille au-dessous de la moyenne. Ce qui frappe, au premier abord, c'est l'asymétrie crânienne. La bosse frontale droite est beaucoup plus développée que la gauche, présente des rugosités au toucher. Le crâne est petit, conformé d'une façon normale dans les autres parties.

Cette asymétrie crânienne, d'après les renseignements, serait le résultat d'une chute faite pendant le bas-âge. L'intelligence de J... n'a jamais été bien développée. Cependant ce n'est que depuis quelques mois que la situation est devenue telle qu'on a dû recourir à un instrument.

Les renseignements font défaut en ce qui concerne l'hérédité et les phases principales de la vie de cet homme.

Très désordonné dans ses actes, J... a besoin de mouvement continuel; il frappe et secoue les portes, escalade les fenêtres. Il comprend très peu ce qu'on lui dit, n'a pas de mémoire, n'est pas très sûr d'être fort riche; cependant il est satisfait de lui-même, répond d'une façon vague aux

©BIUM

questions qu'on lui pose. Sa tenue est très mauvaise; il manque d'initiative, reste couché dans les coins. Sa démarche est embarrassée; il parle avec difficulté; la langue est animée d'un mouvement fibrillaire accentué; les forces ont diminué; les pupilles sont contractées, mais égales.

Certificat de vingt-quatre heures : « Est atteint de paralysie générale avec quelques idées de grandeur et de satisfaction et embarras de la parole. Affaiblissement intellectuel et physique très notable. *Signé* : Dr MABILLE. »

J... ramasse tous les objets qu'il peut rencontrer, déchire le linge, est gâteux, malpropre, désordonné. Le certificat de quinzaine est ainsi conçu :

« Est atteint de démence paralytique avec affaiblissement physique et gâtisme. *Signé :* Dr MABILLE. »

Novembre. Plus calme, peut répondre à quelques questions.

Cet état s'accentue jusqu'en mai 1884. Le malade semble alors s'affaiblir, cache les objets, est gâteux.

Depuis cette époque jusqu'à sa mort, J... ne cesse de se déshabiller; l'embarras de la parole est tel qu'il est impossible de comprendre ce qu'il dit; il tient à peine debout Au mois de novembre, on est forcé de le tenir couché presque continuellement; il tombe de son lit.

Le 9 novembre, on constate chez lui un phlegmon de la main et de l'avant-bras, qui, traité par les incisions larges et le pansement phéniqué, tend à la guérison malgré le peu de réaction de l'individu.

Le 1er décembre, J... fait une chute et se fracture la clavicule; il porte des plaques gangréneuses à la jambe.

Il meurt dans le marasme le plus complet, le 6 décembre, à sept heures trente du soir.

Autopsie trente heures après la mort. — L'os frontal droit présente à sa partie antérieure une altération notable à l'endroit de l'ancienne fracture; épaissi en certaines parties, très aminci en d'autres, l'os frontal droit n'est en

©BIUM

aucune façon symétrique de l'os frontal du côté gauche.

Le cerveau droit pèse 61 grammes de moins que le cerveau gauche.

Celui-ci est plus développé quoique d'un poids moyen.

A l'ouverture des membranes on note des adhérences de la dure-mère à l'os, au niveau de la fracture ancienne. Le cerveau est recouvert d'adhérences *sur les deux hémisphères*, adhérences portant principalement sur la partie supérieure du cerveau et sur les circonvolutions pariétales

L'hémisphère droit présente des altérations dignes de remarque.

Dans la partie en contact avec la fracture, au niveau du 1/3 supérieur de la première circonvolution frontale droite, on constate une disparition de la substance cérébrale et la formation d'une poche de la dimension d'une noisette. Dans cette poche on ne trouve pas de globules sanguins ni d'éléments parasitaires; elle ne contient que très peu de liquide très épais.

Autour de cette cavité se notent des adhérences avec les membranes d'enveloppe, et l'hémisphère droit présente dans toute sa partie supérieure des traces de déchirures produites par l'enlèvement des membranes (1).

Telle est la pièce, crâne et cerveau droit, que j'ai l'honneur de présenter à la Société. (Présentation par M. Lunier dans la séance du 30 mars 1885.)

Réflexions. — Ce n'est pas ici le lieu d'entrer en longs développements sur les liens qui unissent la paralysie générale et le traumatisme. Cette question a d'ailleurs été bien étudiée par M. le Dr Vallon dans sa thèse inaugurale (2).

La plupart des auteurs et pour ne citer que ceux-là :

---

(1) Une partie seule de ce cerveau a été conservée dans l'alcool.

(2) De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques, par le Dr Ch. Vallon. (Thèse de Paris 1882.)

©BIUM

MM. Luys, Ball, Baillarger, Lunier admettent l'existence d'une paralysie générale traumatique et MM. Calmeil, Lasègue et A. Voisin ont donné quelques faits qui tendent à prouver que la blessure du cerveau doit agir comme le ferait un corps étranger.

Il a dû en être ainsi dans le cas qui nous occupe. L'épine, le corps étranger, l'os fracturé a déterminé tout d'abord une altération de la substance cérébrale, comme l'indique la disparition d'une partie d'une circonvolution frontale du sujet.

Puis il a dû se passer dans le cerveau de J... un travail lent, qui a fini par aboutir à la méningo-encéphalite ou qui a créé, comme l'a dit M. Lasègue, un *cérébral*.

Ou bien, ne pourrait-on pas *supposer* qu'il a pu arriver que le cerveau, tendant à se développer, a été gêné dans son accroissement, comme dans les faits de synostose crânienne prématurée? Seulement, dans les cas d'ossification prématurée des os du crâne, le cerveau est arrêté dans son développement (Virchow) purement et simplement, tandis que, dans le cas que j'ai l'honneur de relater, il y a eu une altération de l'os du crâne, des rugosités provenant de la fracture et qui, à un moment donné, par suite des tentatives de développement de la masse encéphalique (1), ont joué le rôle de corps étranger.

Quoi qu'il en soit de ces explications diverses, la pièce anatomique, que j'ai l'honneur de soumettre à la Société, m'a paru digne d'intérêt, car elle démontre une fois de plus que l'action d'un traumatisme peut engendrer à longue échéance la méningo-encéphalite diffuse.

(1) Le peu d'épaisseur de l'os frontal en certaines parties semble démontrer le fait; il en est de même du chevauchement des fragments de l'os fracturé.

©BIUM

6

ASILE SAINT-YON. — M. LE Dr L. MARTINENQ,

MÉDECIN ADJOINT.

Folie à double forme intermittente précédée d'accès isolés de manie et de mélancolie et finissant par prendre le type circulaire.

Sommaire. — Pas de trace d'hérédité. — Premier accès de folie à l'âge de vingt et un ans : manie durant deux mois. — Deuxième accès de folie à l'âge de trente-trois ans : mélancolie avec stupeur de trois mois de durée. — Troisième accès de folie à l'âge de trente-quatre ans : manie durant huit mois. — Quatrième accès de folie à l'âge de quarante-sept ans : folie à double forme durant quinze mois (période mélancolique : 8 mois ; période maniaque : sept mois). — Cinquième accès de folie à l'âge de quarante-neuf ans ; folie à double forme durant quatorze mois (période mélancolique : quatre mois ; période maniaque : 10 mois). — Intermittence de huit mois, puis nouvel accès de folie à double forme, débutant par la période maniaque et prenant dès lors le type circulaire. — Décès à l'âge de soixante et un ans. — Autopsie.

Mlle L... (Ezilda), couturière, née à Bolbec, le 24 février 1823, est entrée à l'asile pour la première fois, le 3 mai 1844.

Les renseignements donnés à cette époque par le père de la malade ne mentionnent pas la moindre trace d'hérédité. Nous-même récemment, nous sommes livré à de soigneuses investigations à ce sujet et nous n'avons trouvé aucune tare héréditaire dans la famille de Mlle L...

Premier accès d'aliénation. — *Manie* (*deux mois*). Les certificats d'entrée et de vingt-quatre heures portent : « Monomanie furieuse, » signé Dr Bataille et « Folie maniaque, » signé Parchappe.

D'après les notes précises de Parchappe lui-même, cette excitation maniaque avec délire général et agitation violente, a duré deux mois sans discontinuer et la malade sort *guérie* le 17 juillet 1844.

©BIUM

Période de douze années d'état normal.

DEUXIÈME ACCÈS D'ALIÉNATION. — *Mélancolie, stupeur* (*trois mois environ*). Le 10 juin 1856, Mlle L... est réintégrée par la police de Rouen. Le certificat du Dr Dubois nous apprend que, depuis six semaines, cette demoiselle est devenue triste et mélancolique, a quitté tout travail, se cachait et n'ouvrait même plus sa boutique, ne parlait plus, ne dormait plus, entendait des voix qui lui faisaient des reproches ; qu'elle manifestait des idées de suicide et refusait de manger pour se laisser mourir de faim. Cet état de dépression profonde aurait eu pour cause principale l'abandon de son amant.

D'après les notes du Dr Morel, cette demi-stupeur a duré deux mois et la malade sort guérie le 22 octobre 1856.

Période de trois mois et demi d'état normal.

TROISIÈME ACCÈS D'ALIÉNATION — *Manie* (*durée huit mois*). Le 16 janvier 1857, nouvelle réintégration avec les certificats suivants : « Sous l'influence de contrariétés et de la misère, Mlle L... est devenue agitée et exaltée, d'une loquacité intarissable, pleure et manifeste des idées de persécutions de la part de ses voisins, du commissaire et de son propriétaire.» Le Dr Morel la dit furieuse par moments, agitée, ordurière, jusqu'en mai. A cette époque, une amélioration générale s'observe ; en juillet, cette amélioration est complète et la malade sort de nouveau guérie le 12 août 1857.

Période de treize années d'état normal parfait.

QUATRIÈME ACCÈS D'ALIÉNATION. — *Premier accès de folie à double forme* (*type Baillarger*) : *Période mélancolique, huit mois* ; *Période maniaque, sept mois* ; *Intermittence*. Le

©BIUM

18 juillet 1870 après treize années d'état normal excellent, certifié par les personnes avec lesquelles Mlle L..., devenue Mme D..., a demeuré, nouvelle réintégration avec les certificats suivants :

« Lypémanie, délire des persécutions, *tædium vitæ*; idées de suicide, tentative de pendaison, abus de liqueurs fortes, hallucinations de la vue : Signé Drs Nicolle et Morel. »

Cet état dépressif dure huit mois et fait place à un état mixte d'amélioration relative où, avec de l'affaiblissement intellectuel, on note de mauvais instincts et de l'irritabilité.

En juin 1871, Mme D... s'agite, devient violente et absolument délirante. Elle est d'un caractère méchant, insupportable, profère des menaces grossières et des plaintes impossibles. Cet état maniaque dure jusqu'au mois de septembre, se calme et la malade sort très améliorée le 21 novembre 1871.

Intermittence de onze mois. État normal.

Cinquième accès d'aliénation. — *Deuxième accès de folie à double forme : Période mélancolique, quatre mois ; Période maniaque dix mois ; Intermittence.* Le 2 octobre 1872, Mme D... est réintégrée. Depuis huit jours, dit le Dr Nicolle, Mme D... est dans un état de demi-stupeur, elle ne répond que par les mots « papa, maman » à toutes les questions, refuse tout aliment et manifeste des idées de suicide.

Cet état dure jusqu'en février 1873.

De février 1873 à janvier 1874, état maniaque continu avec tous les caractères déjà notés dans les accès de manie précédents.

Série d'accès de folie à double forme et dernière intermittence de huit mois. Ici se place une période d'alternatives d'agitation et de dépression, formant des accès à deux temps successifs avec intermittence de durée varia-

©BIUM

ble, mais en général d'assez courte durée, parfois de quelques jours seulement. La dépression est en général plus longue que l'excitation et va souvent et rapidement jusqu'à la stupeur complète.

Cet état dure jusqu'en décembre 1880, époque à laquelle se place une intermittence de huit mois pendant lesquels l'état normal se maintient très bien.

NOUVEL ACCÈS DE FOLIE A DOUBLE FORME prenant le type *circulaire continu*. — En *août* 1881, Mme D... devient agitée, pousse des cris, chante et injurie tout le monde, etc.

Octobre. Dépression subite.

Mars 1882. L'état maniaque succède à la dépression d'une façon subite et *sans la moindre intermittence*. Mégalomanie, toilettes excentriques, décorations, attitudes grotesques et déclamations tragiques, agitation extrême allant parfois jusqu'à la fureur.

15 *août* 1882. Dépression stupide subite, mutisme, pouls petit à 70, température basse, amaigrissement et constipation opiniâtre, physionomie misérable.

5 *mai* 1883. Réveil brusque de l'activité psychique et physique. Ce réveil qui grandit rapidement jusqu'à l'excitation maniaque s'opère dans l'espace d'une nuit. La malade, fort intelligente, nous raconte toutes ses impressions pendant son *assoupissement*. « Elle entend, voit et sent très bien, dit-elle, mais elle est dans l'impossibilité de secouer un engourdissement général qui l'opprime et l'étouffe. » Cette agitation continue dure jusqu'en septembre, c'est-à-dire quatre mois.

8 *septembre* 1883. En quelques heures, Mme D.... est plongée dans la dépression la plus profonde.

20 *janvier* 1884. Réveil. Suractivité fonctionnelle générale. Agitation extrême, intelligence vive, mémoire excellente.

10 *avril* 1884. Stupeur subite.

5 *décembre* 1884. Passage brusque à la phase d'agitation.

©BIUM

26 *février*. Agitation extrême, invectives grossières, chants et rires continuels.

1er *mars*. La malade se plaint d'un malaise mal défini, elle reste couchée; mais l'agitation existe toujours, anorexie, vomissement bilieux.

3 *mars*. L'agitation est bien moindre. Les traits de notre malade sont altérés. Elle a eu un vomissement fécaloïde qui, avec quelques douleurs qui existent dans le ventre, fait craindre une obstruction intestinale. Le ventre est souple, très peu sensible, il y a eu une petite selle hier. Le pouls est à 30, mais la température est très basse. Le traitement approprié aux circonstances n'amène aucune amélioration, et le 4 au soir, Mme D... meurt après avoir eu un nouveau vomissement fécaloïde et présentant une paralysie hémifaciale gauche.

L'autopsie complète, faite avec soin vingt-quatre heures après la mort, n'a révélé aucune lésion macroscopique des organes. Ceux-ci même nous ont paru remarquablement sains pour l'âge du sujet. La pie-mère seule présentait une injection assez vive et à peu près généralisée, ainsi que çà et là quelques plaques opalescentes particulièrement dans les régions temporales. Le cerveau entier pesait 1184 grammes, l'hémisphère gauche 514 grammes, le droit 519. Il était parfaitement sain, sans la moindre lésion apparente, même vasculaire. Le bulbe et les régions où les nerfs crâniens prennent leur origine, ne nous ont offert aucune lésion appréciable à l'œil nu. Les vomissements fécaloïdes qui ont eu lieu à deux reprises avant la mort, ne peuvent s'expliquer que par un spasme de l'intestin qui, après la mort, n'a présenté aucune lésion ni aucune trace d'obstruction.

Réflexions. — Cette observation offre trois périodes distinctes, pendant l'évolution successive desquelles notre malade s'est montrée à nous sous trois aspects différents.

La première période (de mai 1844 à juillet 1870) est

©BIUM

caractérisée par des accès alternatifs de manie et de dépression, très éloignés les uns des autres, ayant chacun une cause déterminante particulière, paraissant être des accès isolés de folie simple. Entre ces accès se placent, en effet, des intervalles de plusieurs années (douze à treize ans) d'état psychique normal, pendant lesquels Mlle L..., rendue à la société, a vécu au milieu d'elle, jouissant de toutes ses facultés et ne présentant plus aucune trace de son précédent délire.

Cette première période qui a duré vingt-six années, devrait être appelée, d'après M. J. Falret, période de *folie à double forme à longs intervalles lucides*. Mais, absolument d'accord avec notre excellent et savant maître, M. le Dr Ritti, il nous paraît peu admissible de considérer comme un élément de maladie une période de lucidité absolue qui dure douze et treize ans; tandis que nous trouvons absolument rationnel de considérer ces accès de manie et de dépression qui se sont montrés à de si longs intervalles, comme des accès isolés de folie simple, alternant de formes et sans aucun lien véritable entre eux. Nous réalisons alors parfaitement le type de cette forme très nette, décrite par M. le Dr Ritti dans son remarquable *Traité clinique de la folie à double forme* (p. 193) et si justement appelée par cet auteur *folie périodique à formes alternes*.

La deuxième période (juillet 1870 à août 1881) a duré dix années. Elle se caractérise par une série d'accès de folie à double forme telle que l'a décrite M. Baillarger, c'est-à-dire se composant de deux éléments; je dirais volontiers de deux temps successifs, excitation et dépression. Ces accès étaient séparés entre eux par des intermittences de lucidité dont la durée va en décroissant avec le temps.

A mesure que la durée de l'intermittence décroît, celle du temps de l'accès augmente. Peu à peu cette intermit-

©BIUM

tence disparaît et une troisième période commence. C'est la période de la folie circulaire continue, qui se caractérise par une succession non interrompue d'accès à deux temps. C'est la période terminale ou de chronicité.

L'évolution en trois stades de ce genre de psychose périodique auquel on a donné le nom général de *folie à délires alternes* n'est pas très rare et l'on peut classer en deux groupes cliniques les observations de folie à double forme et circulaire, publiées jusqu'à ce jour.

1° Le premier groupe contient les cas dans lesquels on voit la maladie mentale faire irruption au milieu de la vie jusque-là normale de l'individu et débuter franchement par la folie à double forme ou même d'emblée par la folie circulaire.

2° Le second contient les cas où l'affection mentale, procédant lentement, revêt successivement deux et souvent trois formes différentes. En premier lieu, *la folie périodique à formes alternes à accès semblables*, premier stade de durée souvent fort longue, constitué par une série d'accès de folie simple survenant à des intervalles indéterminés pendant lesquels l'état pyschique est normal. En second lieu, *la folie à double forme* et enfin *la folie circulaire* avec absence complète d'intermittences de lucidité.

Au premier abord on pourrait croire que cette différence d'évolution de la psychose périodique n'a que peu d'importance. Tel n'est pas notre avis et nous avons la conviction que cette différence d'évolution répond à une différence étiologique remarquable. Nous pensons, en effet, en nous fondant sur l'examen attentif de nombreuses observations, que cette différence d'évolution répond à l'existence ou à l'absence de prédisposition héréditaire véritablement établie et scientifiquement reconnue.

Si l'on étudie avec soin, en effet, les nombreuses observations de folie à double forme publiées jusqu'à ce jour, on voit que tous les cas où l'hérédité est constatée, se ran-

©BIUM

gent par leur évolution dans le premier groupe clinique que nous venons d'établir. Ce sont d'emblée des folies à double forme ou même circulaires.

Mais il est des cas très peu nombreux, il est vrai, 6 pour 31, d'après M. le Dr Ritti (*Traité clinique de la folie à double forme*, p. 271), où il n'y a pas trace d'hérédité. Or, l'examen attentif de ces cas les range tous dans notre second groupe clinique ; et, comme dans notre observation qui, dans l'espèce, peut être considérée comme un type, ils débutent par une longue période en quelque sorte prodromique, où l'on voit se produire de temps en temps des accès isolés de folie simple à formes alternes et quelquefois semblables. C'est de ce fait d'observation que nous avons tiré les conclusions suivantes :

1° Chez l'héréditaire, la folie à double forme débute d'une façon brusque et franche. Elle arrive même souvent d'emblée à la forme ultime et chronique qui est la folie circulaire.

2° Chez les individus exempts d'hérédité, la folie, avant de présenter les caractères de la folie à double forme, offre à l'observation une période initiale d'accès isolés et indépendants de folie simple à formes alternes ou même semblables.

Cette série d'accès de folie simple peut être considérée comme le choc cérébral primitif qui, remplaçant la prédisposition héréditaire, fait acquérir à l'individu, pour me servir des expressions mêmes du regretté Lasègue, « la diathèse morbide », laquelle, sollicitée un jour ou l'autre par des causes occasionnelles diverses, amènera enfin les troubles psychiques permanents de la folie à double forme et circulaire.

©BIUM

Médecine légale

DE LA
VALEUR DES RÉSULTATS D'AUTOPSIE
DANS LA
DÉTERMINAISON DE L'ÉTAT MENTAL

Par M. le Dr CHATELAIN

Ancien médecin en chef de la maison de santé de Préfargier.

Les résultats d'autopsie donnent-ils à eux seuls le droit de juger *a posteriori* de l'état mental d'un individu, ou plus spécialement, peut-on, si l'on constate des lésions cérébrales, affirmer qu'il ne jouissait pas de l'intégrité de ses facultés intellectuelles ?

Telle est la question qui a été jugée dernièrement par les tribunaux Neuchâtelois, et il ne sera peut-être pas sans intérêt de raconter brièvement le cas sur lequel ils avaient à se prononcer.

Le 20 mars 1882, la justice de paix de Neuchâtel procédait à la levée du corps des époux W... qui s'étaient suicidés en se jetant ensemble dans le lac pendant la soirée ou la nuit précédente. La situation financière de ces malheureux était absolument compromise, et le jour même où on les retira de l'eau, leur mobilier devait être saisi; mais l'époux avait contracté une assurance sur la vie, et comme

©BIUM

cette assurance n'était payable que s'il avait été prouvé qu'en mettant volontairement fin à ses jours, W... avait agi sous l'empire d'un état d'aliénation mentale excluant le libre arbitre, les créanciers estimant que tel était le cas, réclamèrent l'autopsie. Cette autopsie fut faite le 21 mars par MM. les Drs B... A... de M... et H..., le premier étant rapporteur; le Dr H... signa le procès-verbal d'autopsie, mais n'admit pas les conclusions.

Nous reproduisons de ce procès-verbal seulement ce qui intéresse le cerveau.

. . . . . .

12. La face interne de la calotte crânienne présente des sillons profonds correspondant au trajet des artères méningées moyennes. Il n'y a pas *d'impressiones digitatæ* bien marquées.

13. Dure-mère dure, épaissie, par places opalescente, par places marbrée. Le long du sinus longitudinal, on remarque de nombreux dépôts d'une substance blanchâtre et très adhérente à la membrane; les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang noirâtre liquide.

14. La face interne de cette membrane est rugueuse, particulièrement le long de la suture sagittale où elle adhère fortement à la pie-mère.

15. La pie-mère est considérablement épaissie, opaque; en l'incisant on remarque :

16. Qu'il s'en écoule une abondante quantité d'une liqueur jaunâtre légèrement floconneuse.

17. Par places la pie-mère est adhérente à la substance cérébrale. Le long du sinus longitudinal, elle présente des dépôts de granulations blanchâtres tout à fait analogues à celles observées à la dure-mère.

18. Le cerveau dans son ensemble paraît une peu petit; les circonvolutions sont légèrement aplaties, surtout celles des lobes pariétaux.

19. En sortant le cerveau de la cavité crânienne, il

©BIUM

s'écoule une abondante quantité de liquide sanguinolent du canal rachidien.

20. La dure-mère à la base présente exactement les mêmes symptômes qu'à la convexité.

21. Les veines cérébrales sont gorgées d'un sang noirâtre et liquide.

22. Les ventricules latéraux, de dimension moyenne, sont remplis de sérum roussâtre, l'épendyme est lisse, mais ses vaisseaux sont injectés.

23. La substance des grands lobes cérébraux est très résistante; il faut souvent tremper le couteau dans l'eau pour faire des sections franches.

24. La surface de section est lisse et présente un grand nombre de gouttelettes rougeâtres.

25. La substance corticale est légèrement teintée en rose et paraît considérablement plus étroite que normalement.

26. En faisant des coupes dans la substance cérébrale, les circonvolutions apparaissent encore plus aplaties qu'en examinant l'aspect général du cerveau.

27. Le quatrième ventricule a bien conservé sa forme de losange, il contient une très petite quantité de serum.

28. Ependyme lisse et pâle; stries acoustiques très bien marquées.

29. La substance du quatrième ventricule et de la moelle allongée est dure, sèche.

30. La substance du cervelet est passablement consistante; on peut dire que son aspect général correspond à celui de la substance des lobes du cerveau.

31. Corps strié, thalamus opticus durs et secs; la substance peu succulente, complètement exsangue, légèrement teintée de rose.

32. A la base, la pie-mère présente moins d'opalescence qu'à la convexité, elle est cependant trouble et légèrement infiltrée de sérum.

33. Arteria fossæ Sylvii complètement vide; elle pré-

©BIUM

sente, surtout celle de droite, à sa surface interne, des dépôts jaunâtres qui ne se laissent pas inciser et qui, par places, ont envahi toute l'épaisseur du vaisseau. Au toucher, ces dépôts ont quelque chose qui rappelle la pierre ponce.

34. Le pont de Varole présente des stries grisâtres normales bien marquées; par contre, sa substance est trop sèche et complètement exsangue.

35. On ne remarque rien de particulier à l'origine des douze paires de nerfs.

. . . . . .

Partant de ces résultats, les experts diagnostiquent, en ce qui concerne le cerveau : *pachyméningite chronique* et *atrophie commençante*, et envisagent comme suit le cas dans son ensemble :

« D'après ce qui précède, les soussignés croient pouvoir conclure avec certitude que l'état mental du défunt W... n'était pas tout à fait normal. En effet, les lésions anatomiques du cerveau : épaississement de la dure-mère, œdème de la pie-mère, congestion de la substance cérébrale, sa résistance, l'amincissement de la couche corticale et sa décoloration, sont des lésions qu'on trouve fréquemment et pour ainsi dire régulièrement dans les cas de manie chronique qui n'ont pas encore atteint le stadium de la paralysie.

« Un fait qui pour nous corrobore pleinement ce qui vient d'être dit, consiste en ce que le défunt paraissait de beaucoup plus âgé que son âge, sans que l'on puisse admettre que, de son vivant, il ait fait des excès outre mesure.

« W... était atteint, depuis tantôt deux ans, d'une stricture de l'urèthre, pour laquelle il a subi une opération, il y a quelques mois; or, il y a peu de cas pathologiques, en dehors de ceux qui atteignent directement le système cérébro-spinal, qui prédisposent autant à la mélancolie, que précisément ceux qui atteignent les voies urinaires chez l'homme. Qu'il nous suffise de citer ici comme exemple la mélancolie

©BIUM

et la propension aux idées tristes des individus atteints de catarrhe chronique de la vessie, de calculs, de stricture de l'urèthre, ou même tout simplement de blennorhagie aiguë.

« Si l'on ajoute à ces faits pathologiques les embarras financiers où le pauvre W... se trouvait depuis longtemps déjà, on admettra facilement qu'il ait pu être psychiquement en dehors de la norme. Nous conviendrons cependant que la déplétion presque nulle des veines cérébrales et du cou, la liquéfaction complète du sang que ces vaisseaux contenaient, doivent être attribuées à la mort par submersion et à l'intoxication par l'acide carbonique. Ce nonobstant, il reste prouvé que l'inflitration séreuse de la pie-mère, son opalescence, l'épaississement de la dure-mère et le développement des granulations de Pacchioni sont le fait d'un processus chronique, peut-être même d'hyperémie locale souvent répétée et qui a amené un commencement d'atrophie cérébrale.

« Nous ne connaissons absolument pas la vie et les habitudes de W..., nous ne savons pas s'il a présenté des symptômes de dérangement cérébral; son médecin, M. le Dr A..., pourra donner des renseignements à ce sujet.

« Mais, pour nous, il reste établi que ces dérangements devaient exister.

« Nous n'admettons *absolument pas* l'observation presque puérile qui nous a été faite, que si W... était irresponsable, sa femme qui s'est noyée avec lui devait l'être aussi. Il ne faut pas être un médecin bien couru et avoir une pratique d'un grand nombre d'années pour savoir, d'un côté, que beaucoup de cas d'aliénation, surtout à des degrés faibles, échappent complètement à l'entourage des malades qu'on ne considère, en général, que comme des originaux, des gens méchants, acariâtres, bizarres, et d'un autre, pour savoir que, dans ces cas légers, ce sont précisément les personnes qui auraient le plus d'intérêt à réagir qui se laissent

©BIUM

le plus facilement entraîner. Mme W... désespérée, autant qu'une honnête femme de ménage peut l'être, par son expropriation, aura très facilement abondé dans les tristes idées de son mari, sans s'apercevoir que celles-ci étaient déjà de nature pathologique; nous sommes persuadés que si c'eût été le cas, la femme n'aurait pas suivi le mari, mais encore elle l'eût empêché de mettre à exécution son funeste projet.

« Si nous avons accepté le travail, dont voici le compte rendu, cela a été par un simple sentiment de justice et d'équité, considérant que le suicide de W... n'était pas la conséquence d'une résolution tout à fait libre (1). »

(*Suivent les signatures.*)

Telles étaient les conclusions des experts, et ces conclusions, la Société d'assurances ne les admit pas, elle nantit les tribunaux de l'affaire et nous demanda une consultation, en nous posant les deux questions suivantes :

« 1° Est-il possible théoriquement de conclure du rap-
« port d'autopsie du cadavre de W... que ce dernier était
« fou et irresponsable, ou même simplement, comme le
« font les conclusions du rapport, que le suicide commis
« par lui *n'était pas la conséquence d'une résolution tout*
« *à fait libre?* »

« 2° Les maladies de la vessie et des organes génitaux,
« comme celle dont souffrait W..., ne sont-elles pas fré-
« quemment la cause de suicide chez des gens parfaite-
« ment sains d'esprit et par conséquent responsables de
« leurs actes. »

A ces questions nous répondîmes comme suit :

Première question.

La question que se sont posée nos confrères est double : 1° La pachyméningite et l'atrophie cérébrale constatées

(1) Nous croyons opportun de faire remarquer qu'aucun des médecins signataires de cette pièce n'est aliéniste.

©BIUM

chez W..., doivent-elles faire conclure à l'existence de troubles psychiques pendant la vie? 2° Si oui, quelle était la forme de ces troubles? Ils ont répondu affirmativement à la première partie de la question, et pour la seconde admettent une manie chronique avec mélancolie suicide, variété de psychose qui prive l'individu de son libre arbitre. Voyons ce que ces conclusions peuvent avoir de bien fondé.

Le cerveau est l'organe de la pensée, ses altérations doivent donc se traduire au dehors par des altérations dans les facultés de l'intelligence, et il est maintenant admis définitivement par la science que tout trouble de ces facultés provient d'un trouble organique de l'encéphale. Le principe fondamental de la psychiatrie moderne est cependant très loin d'être toujours corroboré par les faits, et s'il est *à priori* indiscutable, si un très grand nombre, l'immense majorité même des autopsies d'aliénés vrais peut en démontrer l'exactitude, on rencontre encore chaque jour des faits qui semblent ouvertement le contredire, et l'on peut dire que, si vrai qu'il soit en théorie, son application est parfois impossible dans la pratique.

Fréquemment, en effet, 1° on trouve à l'autopsie d'individus manifestement aliénés des cerveaux qui ne présentent absolument rien d'anormal, comme aussi, 2° on rencontre incidemment des lésions cérébrales graves dans le cerveau de gens qui n'ont jamais présenté le moindre dérangement dans les facultés intellectuelles.

1° Les causes organiques de troubles mentaux consistent souvent simplement en anomalies dans l'innervation des vaisseaux : anémie, hyperémie, œdème, que la mort fait disparaître. Ce sont principalement les formes primaires d'aliénation : mélancolie, manie, ou les périodes initiales de formes plus graves qui sont dans ce cas; l'autopsie ne révèle rien alors, et nous devons, pour expliquer les troubles intellectuels présentés pendant la vie, nous contenter de troubles d'innervation, de circulation, ou peut-être encore

©BIUM

d'altération dans la composition chimique des éléments constitutifs du cerveau. Dans les formes secondaires et terminales, en revanche, on trouve presque toujours des altérations résultant d'inflammation chronique, de processus dégénératifs, etc.

2° Les altérations organiques du cerveau se divisent en deux grandes classes : les altérations circonscrites, en foyer, et les altérations diffuses, généralisées. Ce sont surtout les premières qui se rencontrent accidentellement chez des individus sains d'esprit, tandis que les secondes sont surtout propres à la folie et que leur présence dans un cerveau doit d'emblée faire émettre des doutes sur l'intégrité des facultés mentales de l'individu. Ces doutes cependant, aussi longtemps qu'on n'a comme élément d'appréciation que les seuls résultats de l'autopsie, ne peuvent constituer qu'une simple présomption sans revêtir jamais le caractère de la certitude. La probabilité augmentera sans doute avec la gravité des altérations, mais pour pouvoir affirmer que l'individu était aliéné et irresponsable, il est indispensable de faire entrer en ligne de compte les résultats d'une enquête impartiale faite rétrospectivement sur son état mental.

Sauf peut-être la paralysie générale et la démence sénile dans lesquelles le cerveau est dès l'abord atteint d'une irrémédiable destruction de ses éléments, ni la folie proprement dite dans son ensemble, ni ses différentes formes ne sont liées à des altérations spécifiques et toujours égales à elles-mêmes de l'encéphale, et il est impossible de dire, au seul vu d'un cerveau sur une table d'autopsie, que son porteur était atteint de telle ou telle forme de psychose. Nous allons même plus loin et posons comme principe que, pour apprécier l'état mental d'un individu, on peut se passer de son cerveau, mais qu'en revanche, avec celui-ci sous les yeux, on ne peut se passer de l'examen psychologique.

©BIUM

Appliquons maintenant de courtes considérations théoriques au cas de W...

Les experts constatent dans son cerveau, A. une pachyméningite chronique et B. une atrophie commençante.

A. Nous admettons la pachyméningite (1); mais nous ferons remarquer que ce mode d'altération des méninges peut se rencontrer et se rencontre souvent, non seulement dans les formes les plus diverses d'aliénation, mais encore dans d'autres maladies aiguës ou chroniques, chez les buveurs, etc.; il peut être accompagné de céphalalgie ou d'autres symptômes analogues, mais ces symptômes n'ont rien de caractéristique et ne permettent pas de le diagnostiquer pendant la vie. Quoi qu'il en soit, la pachyméningite n'est pas une altération de la mélancolie; celle-ci ne provient pas d'altérations organiques du cerveau, mais de troubles d'innervation et de circulation qui ne laissent pas, nous l'avons dit plus haut, de traces appréciables à l'autopsie; ce n'est que plus tard, lorsque la maladie a duré assez longtemps pour devenir chronique et se transforme en des états secondaires de dégénérescence cérébrale, qu'il peut se rencontrer des lésions anatomiques appréciables, mais alors la mélancolie n'était plus de la mélancolie. Les troubles psychiques primaires ont disparu, les mouvements passionnels et affectifs ont fait place à l'apathie et à l'indifférence, le mécanisme psychique tout entier tend à s'affaiblir, la décadence intellectuelle a commencé.

On peut alors, en présence d'un cerveau atteint de pachyméningite, dire que l'individu était sous le coup d'une des formes terminales de la folie, mais dire en l'absence de tout commémoratif au point de vue mental qu'il était

(1) Disons toutefois qu'il n'est rien moins que certain que la polifération des corpuscules de Pacchioni soit de nature pathologique; des recherches toutes récentes tendent à démontrer qu'elle peut fort bien se rencontrer à l'état physiologique.

©BIUM

atteint de mélancolie suicide c'est dire trop... ou trop peu. Nous croyons donc que la pachyméningite constatée chez W... ne permet nullement d'affirmer qu'il était atteint de mélancolie et que c'est sous l'influence de cette mélancolie qu'il s'est suicidé.

Nous ne disons pas, qu'on veuille bien le remarquer, qu'il ne l'était pas, nous ne préjugeons au contraire en rien l'état de ses facultés intellectuelles; cette question ne peut être élucidée qu'au moyen d'une enquête sur ses faits et gestes pendant la dernière période de sa vie, et cette enquête nous ne la possédons pas. Si elle prouvait qu'il a offert des symptômes d'aliénation, les lésions cérébrales constatées à l'autopsie viendraient montrer avec la plus grande probabilité qu'il était irresponsable; mais si rien de semblable n'a été constaté, ces lésions n'ont aucune valeur qui permette de soutenir cette affirmation.

B. Si nous admettons avec les experts la présence de la pachyméningite, nous devons faire quelques réserves pour ce qui concerne l'atrophie commençante de l'encéphale.

Il ne saurait être question ici que de l'atrophie primaire, et celle-ci ne se rencontre guère que chez les vieillards chez lesquels elle constitue en quelque sorte une évolution physiologique, l'évolution de la décadence; mais on ne l'admet pas avant l'âge de soixante ans comme limite minima extrême, et W... n'était âgé que de quarante-sept ans. Nous savons bien qu'exceptionnellement on rencontre des individus atteints de sénilité prématurée—senium præcox —et d'après ce que disent les experts de W... qu'il paraissait plus âgé que son âge, on pourrait penser que c'était effectivement le cas chez lui; mais nous ferons remarquer que cet habitus sénile pouvait être tout aussi bien la conséquence des longues souffrances physiques qu'il a endurées que le résultat d'une évolution sénile de l'encéphale, bien difficile à admettre à quarante-sept ans.

©BIUM

Les principaux symptômes macroscopiques de l'atrophie sont l'aplatissement des circonvolutions, surtout *des frontales*, l'état criblé, l'amincissement de la substance grise et sa coloration jaunâtre ou brune, la dureté de la substance; et ces symptômes ne nous paraissent correspondre qu'en partie à ce qui a été constaté chez W..., dont les circonvolutions *pariétales* surtout semblaient atrophiées, en même temps que la surface de section de la couche corticale était rosée au lieu d'être jaunâtre ou brune. Enfin, l'examen microscopique qui, dans les cas légers et commençants, peut seul décider s'il y a ou non destruction des éléments nerveux nécessaires à la vie psychique normale, n'a pas été fait.

Les symptômes psychiques de l'atrophie sont ceux de l'affaiblissement intellectuel général : perte de la mémoire, oubli, répétitions non motivées des mêmes actes ou des mêmes propos, puérilité, etc. Si donc le cerveau de W... était réellement atteint d'un commencement d'atrophie, on a dû les constater chez lui dans les derniers temps de sa vie. Nous ignorons si tel est le cas, mais quoi qu'il en soit, nous ne pouvons souscrire à cette assertion des experts : « En effet, les lésions anatomiques du cerveau (épaississement de la dure-mère, etc.) sont des lésions qu'on trouve fréquemment et pour ainsi dire régulièrement dans les cas de manie chronique qui n'ont pas encore atteint le stadium de la paralysie. »

La manie chronique et la paralysie sont deux formes distinctes d'aliénation; la seconde ne peut donc terminer la première; la manie qui ne guérit pas et devient chronique finit par la démence, et la paralysie est paralysie dès le début.

Cette phrase du rapport donne à croire que les experts envisagent W... comme atteint d'un commencement de paralysie générale, affection qui présente une grande analogie de symptômes anatomiques et psychiques avec la

©BIUM

démence sénile due, nous l'avons dit, à l'atrophie du cerveau. Or ces symptômes, déjà énumérés tout à l'heure, sont des plus faciles à constater et s'ils ont existé chez W..., une enquête les mettrait promptement au jour. En attendant, nous constatons que la manie et la paralysie s'excluent et ne peuvent être ainsi placées sous le même bonnet.

Il en est de même de la mélancolie; la mélancolie et la paralysie générale s'excluent réciproquement ; W... aurait pu être atteint de l'une ou de l'autre, mais non de toutes deux à la fois.

En résumé et pour répondre à la première question, nous croyons qu'il est impossible d'affirmer, au vu des résultats de l'autopsie du cerveau de W..., qu'il était aliéné et irresponsable et nous répondons *non* à cette question.

II. *Deuxième question*. Les maladies de l'espèce de celle dont souffrait W... (affection des voies urinaires), ont été fréquemment la cause de suicides ; d'après une statistique de Prévost de Genève, les maladies physiques ont été le motif de 34 suicides sur 133 qu'embrasse son étude. Brierre de Boismont, dans son classique traité du suicide, place, si nous éliminons les suicides d'aliénés, les maladies physiques au second rang des causes déterminantes du meurtre de soi-même ; il en a compté 405 sur 4595 et, en spécialisant davantage, il trouve que, sur 214 cas dans lesquels la nature de la maladie a pu être exactement déterminée, 14 étaient des affections vénériennes et 13 des affections des voies urinaires; or, les secondes étant fréquemment produites par les premières, on peut fort bien les ranger sous une même rubrique et le total de 27 donnerait ainsi une proportion de 12 p. 100.

Brierre de Boismont résume comme suit ses conclusions : « La douleur physique a toujours été une cause de suicide. La pensée de l'incurabilité du mal conduit au même résultat.

©BIUM

« Certaines maladies portent plus spécialement à se donner la mort ; telles sont les maladies des organes digestifs et du système ganglionnaire abdominal, les maladies cancéreuses, la castration, les affections des voies urinaires, la phtisie pulmonaire, la perte de la vue, la pellagre et beaucoup d'affections chroniques.

« La douleur prolongée est sans doute la cause la plus fréquente de semblables déterminations ; la nature du mal, son intensité, son siège, l'instantanéité de son apparition peuvent aussi suggérer l'idée de mettre fin à l'existence. »

Le professeur Morselli, dans sa récente étude sur le suicide en Italie, étude qui porte sur 10347 cas, a trouvé que les maladies physiques — sans compter la pellagre, inconnue chez nous — ont été la cause du suicide dans 152 cas sur 1000, chez des individus sains d'esprit.

On peut donc affirmer que les maladies physiques et, en particulier, celles des organes génito-urinaires poussent fréquemment au suicide les malheureux qui en sont atteints ; c'est là un fait avéré, notoire, et le démontrer plus longuement serait démontrer l'évidence elle-même ; mais un autre côté de la question qui pourrait être soulevé est celui de savoir si le malheureux qui se suicide doit être, en dehors bien entendu des cas d'aliénation mentale, envisagé comme encore responsable de ses actes?

L'instinct de la conservation, le besoin, la soif de la vie, la peur de la mort sont si forts que des philosophes et des moralistes se sont, en effet, demandé si l'individu qui les brave d'une façon aussi irremédiable, n'agit pas sous l'influence d'une force irrésistible, d'une aberration qui le rend irresponsable, si en un mot le suicidé ne doit pas toujours être envisagé comme un malade?

Nous croyons quant à nous, et c'est l'opinion universellement admise, qu'il est impossible de soutenir cette thèse. En excluant les cas où l'individu agit sous l'empire

©BIUM

de la folie, le suicide est voulu, conscient; c'est le résultat d'une décision de la volonté froide et réfléchie du libre arbitre, en un mot. Les propos tenus par de nombreux suicidés dans la dernière période de leur existence, les écrits laissés par beaucoup d'entre eux, le soin avec lequel un grand nombre mettent auparavant ordre à leurs affaires, en sont la preuve irréfutable.

A la fin du siècle passé, il a même existé, en France et en Allemagne, des sociétés de suicide dont les membres s'engageaient à quitter volontairement la vie dans un temps donné; c'est en 1819 que doit s'être suicidé en Prusse le dernier survivant d'une société semblable. Dans tous les temps, en Orient surtout, il a existé des religions dans lesquelles le suicide était considéré comme l'acte le plus agréable à la divinité; dans la Rome et la Grèce antiques on rencontre à chaque pas l'apologie du suicide et Pline envisageait comme une grande prérogative de l'homme sur les animaux et même sur les dieux de pouvoir se donner la mort quand bon lui semble.

Mais nous n'avons pas à faire ici l'histoire du suicide; nous constatons seulement que l'homme, dont les facultés intellectuelles sont le plus intactes, recourt souvent dans la plénitude de son libre arbitre à ce moyen extrême de quitter l'existence, et nous répondons *oui* à la seconde question qui nous est posée.

Signé Dr Chatelain.

Tels furent notre rapport et nos conclusions; la Société d'assurances auprès de laquelle W... avait contracté la sienne et dont le siège est à Paris, voulut s'entourer de plus de lumière encore et demanda également une consultation à M. le professeur Brouardel, consultation qu'il a bien voulu nous autoriser à reproduire ici.

©BIUM

Consultation de M. le professeur Brouardel.

Je soussigné, etc., ai été prié par M. le Dr Lereboullet de donner mon avis sur les questions suivantes soulevées à l'occasion de la mort du sieur W...

1° Les lésions cérébrales ont-elles la signification que leur attribue le rapport d'autopsie?

2° En admettant qu'il y a eu pachyméningite, cette maladie a-t-elle pu, chez un homme qui n'a jamais présenté aucun symptôme de folie, provoquer une impulsion inconsciente au suicide?

3° Le fait de s'être suicidé en même temps que sa femme qui, elle, n'est point suspecte de folie, ne milite-t-il pas au contraire en faveur d'un suicide mûrement raisonné, motivé par des pertes d'argent et parfaitement conscient?

4° Par conséquent est-il possible, quelque compte que l'on tienne du rapport d'autopsie, de conclure à l'irresponsabilité de W...?

En même temps, M. le Dr Lereboullet me faisait remettre copie du rapport d'autopsie de W... pratiquée par M. le Dr B... le 21 mars 1882.

Bien que je ne puisse accepter les conclusions signées par MM. les Drs A... B... et de M..., et que je fasse sur elles avec le Dr H... les réserves les plus formelles, je dois rendre justice au rapport d'autopsie qui est très explicite et c'est sur les constatations mêmes qu'il renferme que je pourrai m'appuyer pour contester ces conclusions.

I. Quelques-unes des lésions constatées n'ont pas la signification qui leur est attribuée. Quelques-unes d'entre elles sont le fait de la submersion et d'un commencement de putréfaction, et non la conséquence d'une affection cérébrale ancienne.

La mort par submersion de W... est du 19 mars, l'autopsie est du 21. Je ne sais combien de temps a duré la

©BIUM

submersion ni combien de temps s'est écoulé entre le moment où le corps a été retiré de l'eau et le moment de l'autopsie, mais évidemment les altérations cadavériques étaient déjà commencées... (3° Les téguments presentent une couleur homogène, rouge-carmin, par places des marbrures bleuâtres très marquées en particulier au cou. 4° Les parties déclives présentent une couleur noirâtre, etc.).

Or, dans la mort par submersion, on trouve des altérations, sur quelques-unes desquelles M. Vibert et moi avons appelé l'attention dans un mémoire dont nous joignons un exemplaire au rapport.

Nous avons établi que, pendant la submersion, l'eau pénètre dans les vaisseaux, surtout par absorption pulmonaire, dans une proportion qui atteint souvent le tiers ou le quart du volume total du sang. Dans ces conditions le sang a perdu la faculté de se coaguler. La matière colorante des globules se dissout très rapidement; elle transsude dans les tissus et les colore en rouge, notamment les parois des vaisseaux et les muqueuses aériennes.

Le sang très liquide, dès que commence la putréfaction, est chassé du cœur et des gros vaisseaux, il s'accumule dans les organes où la putréfaction gazeuse est plus lente, vers la tête, l'encéphale, les membres.

Cette double circonstance : mort par submersion, commencement de putréfaction, explique la liquidité du sang, la vacuité des cavités du cœur, le reflux du sang vers les organes périphériques où ne se développent que plus tard les gaz de la putréfaction, notamment vers l'encéphale.

La congestion des sinus de la dure-mère (13), l'œdème des mailles de la pie-mère (16), l'écoulement d'une certaine quantité de liquide sanguinolent hors du canal rachidien (19), la sérosité abondante des ventricules cérébraux (22), les gouttelettes rougeâtres qui paraissent sur les surfaces de section du cerveau (24), le sérum contenu dans le

©BIUM

péricarde (40), la réplétion des veines du cou (57) constituent des lésions qui ont pour cause la submersion et le commencement de décomposition cadavérique, et il ne faudrait pas attribuer à la congestion cérébrale notée sur la cadavre une valeur pouvant faire conclure de ce que l'on a constaté lors de l'autopsie à ce qui pouvait exister pendant la vie.

II. En réalité, la pachyméningite n'est pas démontrée. Nous lisons: « 13. Dure-mére épaissie, par places opalescente, par places marbrée. Le long du sinus longitudinal on remarque de nombreux dépôts d'une substance blanchâtre et très adhérente à la membrane. 14. La face interne de cette membrane est rugueuse, particulièrement le long de la suture sagittale où elle est fortement adhérente à la pie-mère. 15. La pie-mère est considérablement épaissie, opaque. 17. Par places la pie-mère est adhérente à la substance cérébrale, le long du sinus longitudinal elle présente des dépôts de granulations blanchâtres tout à fait analogues à celles observées à la dure-mère..... »

Ne nous arrêtons pas à ces dernières lésions, ce sont des granulations de Pacchioni dont l'abondance est parfois extrême et n'a aucun caractère pathologique, ni à celles notées aux paragraphes 18 et 26; l'aplatissement de la substance grise se trouve chez toutes les personnes amaigries comme l'était W...

Mais existe-t-il de la pachyméningite? Ce ne serait pas une pachyméningite récente, aiguë. Celle-ci est caractérisée par de fausses membranes minces, vasculaires, faciles à détacher de la surface de l'arachnoïde.

Serait-ce une pachyméningite chronique? Mais en ce cas, dans les fausses membranes plus épaisses, on trouve autour des vaisseaux des amas considérables de pigment rouge-brun, au microscope on voit des cristaux d'hématoïdine. S'il y a des couches successives, on peut les détacher souvent

©BIUM

les unes des autres comme les feuillets d'un livre, par fragments au moins.

Il nous semble bien douteux que ces lésions appartiennent à la pachyméningite, mais nous ne pouvons affirmer, n'ayant pas vu nous-même et en l'absence d'un examen microscopique, que ce fait soit exact ou inexact.

Quelle est la valeur des adhérences de la pie-mère à la substance cérébrale (n° 17)? Nous ne saurions non plus ne pas nous demander s'il ne s'agit pas d'un commencement d'altération cadavérique, quand nous lisons (23) que pour faire des sections nettes il faut souvent tremper le couteau dans l'eau et (25) que la substance corticale est légèrement teintée en rose ainsi que le corps strié, le thalamus opticus (31).

Notons aussi que l'épendyme des ventricules est sain.

Toutes ces lésions ne nous permettent pas de conclure qu'il y avait une pachyméningite chronique et ne nous rappellent aucune des autopsies que nous avons faites dans ces cas.

Mais admettons que cette pachyméningite existait réellement, que pouvons-nous en conclure au point de vue de l'état mental de W... pendant sa vie? Certes si, à l'autopsie, nous trouvions des lésions en foyer occupant certains points spéciaux de l'encéphale, nous pourrions avec vraisemblance dire que, pendant la vie, cette personne a eu une paralysie avec ou sans aphasie, mais nous ne pourrions pas même l'affirmer sans réserves. Les tumeurs cérébrales volumineuses ne sont-elles pas souvent des surprises d'autopsie? Les abcès de l'encéphale ne restent-ils pas parfois entièrement latents?

Mais d'une lésion diffuse, mal caractérisée, n'occupant pas les sièges habituels de l'inflammation chronique des méninges et des épendymes ventriculaires, conclure à l'état mental d'un homme pendant la vie, me semble une extrême imprudence.

©BIUM

C'est d'ailleurs l'opinion des auteurs qui se sont occupés de cette question et je m'abrite volontiers, dans ce cas, derrière l'opinion de M. Tardieu (suivent des citations de fragments pris aux pages 82 et 114 de l'*Étude médico-légale sur la folie*).

En résumé, les lésions anatomiques, d'ailleurs plus précises que celles notées dans le procès-verbal d'autopsie de W., sont un des éléments que l'on peut invoquer pour démontrer qu'un individu était aliéné, mais ce n'est qu'un élément bien inférieur dans sa valeur à ceux que fournissent l'observation pendant la vie, les actes accomplis et les écrits ou lettres laissés par les personnes dont on veut établir l'état mental. Nous n'oserions certes pas, en admettant l'existence d'une pachyméningite — qui dans ce cas n'est pas même établie — en déduire que W... était ou n'était pas aliéné.

III. Il semble difficile d'admettre que ce soient des idées différentes, indépendantes les unes des autres, saines chez l'un des époux, résultant de délire chez l'autre, qui aient conduit M. et Mme W... à accomplir un même acte simultanément, dans des conditions identiques.

Je sais bien, et M. le Dr B... y fait allusion, que l'on a décrit à juste titre la folie à deux, l'un des époux, finissant par inculquer à l'autre, plus faible en général de caractère, ses idées délirantes; mais c'est là un fait à lente évolution, facile à suivre par conséquent par les témoins journaliers qui assistent à la déchéance progressive des deux personnes. Celles-ci ont l'une sur l'autre une action excitante qui exagère les manifestations, et rien ne serait plus facile à établir par témoignage que cette folie à longue durée. Je n'ai aucun document, à l'aide duquel je puisse fournir une opinion sur cette folie à deux, mais, je le répète, l'enquête fournirait aisément sur ce point des renseignements précis.

Si cette folie à deux n'est pas établie, il est certain que la simultanéité du suicide doit faire admettre que l'acte des

©BIUM

deux époux a été déterminé par des mobiles identiques, et on ne peut taxer les uns d'insanité, sans établir que chez l'autre ces mobiles étaient également le résultat d'idées erronées.

IV. Même en admettant pour établi que W... avait une pachyméningite, on ne pourrait en conclure, en dehors des témoignages fournis par ses actes, ses écrits et ses paroles pendant la vie, qu'il fût irresponsable.

Signé : BROUARDEL

Le Tribunal a admis que W... avait agi dans les limites de sa pleine responsabilité, et la société d'assurances a obtenu gain de cause.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 JANVIER 1885.

Présidence de MM. FOVILLE et DAGONET

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

Nomination du vice-président pour 1885.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de la lettre suivante de M. Mesnet.

MON CHER PRÉSIDENT,

Je viens d'apprendre par mes collègues, que la Société m'avait fait l'honneur, dans sa dernière séance, de me nommer vice-président pour l'année 1885.

C'est avec bonheur que j'accepterais cette dignité, si les imperfections de mon larynx ne m'empêchaient, à chaque instant, de disposer de moi.

Déjà, il y a un mois, j'avais remercié le bureau qui m'avait offert la présentation aux suffrages de mes collègues ; laissez-moi donc, mon cher président, vous remercier de nouveau, ainsi que la Société, de l'honneur que vous avez bien voulu me faire, et vous prier de reporter vos suffrages sur tel ou tel de nos collègues, plus valide, mais non pas plus dévoué que moi, aux intérêts et à la prospérité de notre Société.

Recevez, mon cher président, l'expression de mes regrets, et de mes sentiments bien affectueux.

Dr MESNET.

Il est procédé au vote pour la nomination d'un vice-président en remplacement de M. Mesnet.

Le scrutin donne les résultats suivants :

MM.	SEMELAIGNE	25 voix
	MAGNAN	1 —
	ROUSSELIN	1 —

©BIUM

En conséquence M. Semelaigne est nommé vice-président pour l'exercice 1885.

Installation du bureau.

M. Foville. — Messieurs, c'est dans une séance tenue le 26 avril 1852, que notre Société naissante a nommé son premier président, notre illustre maître Ferrus. La Société médico-psychologique de Paris compte donc trente-trois années d'existence, le tiers d'un siècle, et pendant cette période déjà longue, elle ne s'est jamais ralentie dans la poursuite du but qu'elle s'était proposé dès le début, l'étude et le perfectionnement de la pathologie mentale.

L'année 1884 tiendra, je l'espère, une place honorable dans l'histoire de notre société ; mais, malheureusement, elle aura, pour principal caractère distinctif, le nombre et l'importance des deuils par lesquels elle a été signalée. Nous avons perdu, coup sur coup, trois anciens présidents de la société, MM. Moreau (de Tours), Girard de Cailleux, et Dümesnil. Tous trois avaient rendu d'importants services à la cause des aliénés, et avaient rempli des rôles considérables dans la science et dans l'administration. En même temps, nous avons vu disparaître deux autres de nos collègues, relativement jeunes, les docteurs Sémerie et Sauze.

Les vides qui se sont ainsi produits, parmi nous, se trouvent déjà comblés, car nous avons nommé, cette année, plusieurs membres titulaires et plusieurs membres correspondants. En outre, nous avons admis de nombreux membres associés étrangers, qui, des pays les plus divers, ont sollicité l'honneur d'entrer dans nos rangs. Ces nouveaux collègues représentent, parmi nous, l'Angleterre, la Belgique, la Suisse, l'Italie, le Portugal, la Bohême, la Russie, le Danemark, la Suède, la Norvège, et, de l'autre côté des mers, la République Argentine.

Toutes ces candidatures étrangères ne sont-elles pas, Messieurs, une preuve flatteuse de la réputation que notre Société a su conquérir, du prix que l'on attache à en faire partie, et de l'importance que, partout, on reconnaît à ses travaux.

Ceux-ci ont porté cette année sur des sujets fort divers, mais plus particulièrement sur les questions de législation

©BIUM

relative aux aliénés. C'est là une conséquence naturelle des projets de réforme qui s'élaborent dans le parlement, et des discussions qui ont eu lieu au sein de l'Académie de médecine. Notre intervention collective, dans ces questions, est absolument légitime, car nulle part elles ne sont mieux connues que parmi nous, et l'œuvre de la commission que vous avez récemment chargée de résumer et de coordonner les opinions de la Société, sur notre législation spéciale, pourront avoir une grande influence sur les décisions à intervenir.

Avant de quitter le fauteuil, et d'appeler notre honorable confrère, M. le Dr Dagonet à m'y remplacer, il me reste, Messieurs, à m'acquitter d'un dernier et agréable devoir. C'est de remercier mes collègues du bureau, et tous les membres de la Société, du concours amical qu'ils ont bien voulu me donner dans le courant de cette année, concours qui m'a rendu si faciles les fonctions dont j'étais chargé. Agréez tous, je vous prie, mes chers collègues, l'expression de ma vive reconnaissance, et soyez persuadés que l'honneur d'avoir été Président de notre Société restera l'un des plus précieux souvenirs de ma carrière de médecin aliéniste.

M. Dagonet. — Messieurs et chers collègues, mon premier devoir en prenant possession des fonctions de Président, est de vous exprimer tous mes remerciements pour l'honneur que vous voulez bien me faire. Cet honneur, j'avais d'abord pensé à le décliner, songeant à la tâche qu'il m'impose, mais j'ai compté sur votre bienveillance et votre sympathie, qui ne m'ont jamais fait défaut, et dont vous m'avez donné une fois entre autres la preuve lorsque j'ai été en butte, comme plusieurs de nos honorables collègues, à des attaques violentes et passionnées ; je saisis avec empressement cette occasion d'acquitter encore envers vous ma dette de reconnaissance.

Je dois me faire, tout d'abord, Messieurs et chers collègues, votre interprète, pour remercier l'honorable Président auquel je succède, M. le Dr Foville, de l'habileté avec laquelle il a dirigé nos séances. Je n'ai pas à vous rappeler ses titres et ses importantes études sur les différentes parties de notre science ; il s'est montré, sous ce rapport, le digne continuateur de la tradition laissée par son père.

Non seulement il a publié dans le dictionnaire du Dr Jac-

©BIUM

coud, de nombreux articles sur l'aliénation mentale, mais il est un des collaborateurs actifs de la « Revue d'anthropologie » et des « Annales d'hygiène ».

Ses recherches sur la paralysie générale et sur le délire des grandeurs, ont surtout contribué à dissiper la confusion qui existait de ce côté.

Notre collègue est devenu, dans ces temps derniers, un des directeurs des « Annales médico-psychologiques » et nous pouvons admirer la clarté avec laquelle il résume, dans la chronique de chaque numéro, les faits nouveaux qui doivent plus particulièrement attirer l'attention.

Nous conservons de son passage à la présidence le meilleur souvenir; je n'ai, pour ma part, qu'une crainte, c'est qu'il me laisse un exemple si difficile à suivre.

Je suis heureux de voir le bureau qui a siégé l'année précédente continuer cette année encore ses fonctions; vous savez quel zèle et quel dévouement nos secrétaires particuliers mettent au service de notre société.

Je me félicite surtout de voir notre excellent collègue, M. Ritti, rester notre secrétaire général; il est pour nous tous et particulièrement pour votre président un collaborateur précieux. Vous n'avez pas oublié le remarquable talent avec lequel il a retracé la vie de quelques-uns de nos collègues qui ont le plus honoré notre société.

Je suis enfin heureux de voir notre distingué collègue, M. Sémelaigne, occuper les fonctions de vice-président.

Notre Société, Messieurs et chers collègues, a déjà une longue existence. Sa fondation remonte presque à l'époque où Esquirol publiait ses mémorables études sur les maladies mentales. Le mouvement scientifique déjà préparé par son illustre prédécesseur Pinel, devenait considérable; l'attention du monde médical était vivement sollicitée et par la révélation de faits jusqu'alors mal connus et par les souffrances de malheureux auxquels on ne croyait pas, auparavant, pouvoir porter secours.

Des esprits généreux, ardents, animés de l'amour du bien et de l'esprit scientifique, entrèrent hardiment dans la voie nouvelle qui leur était indiquée.

Vous connaissez cette pléiade de médecins distingués, dont quelques-uns sont encore au milieu de nous; je n'ai pas besoin de vous rappeler leurs noms; ce sont eux qui, par leurs écrits, leurs recherches, leurs leçons, ont semé à

©BIUM

travers le monde tant d'idées nouvelles qui ne devaient pas tarder à germer et à porter leurs fruits.

Ce sont eux aussi qui ont présidé aux débuts de notre société et qui lui ont donné cet éclat et cette importance que nous devons nous efforcer de lui maintenir.

L'impulsion une fois donnée, d'autres pays suivirent notre exemple; de plusieurs côtés se fondèrent des sociétés semblables à la nôtre; c'est après la création de nos «Annales médico-psychologiques» qu'on vit apparaître en Allemagne, en Angleterre et ailleurs, des publications analogues. Notre société servit ainsi de modèle et fut le trait d'union entre nous et les médecins qui devaient à l'étranger s'occuper des mêmes études.

Depuis cette époque, bien des questions ont été soulevées, bien des progrès ont été réalisés; je n'essayerai pas de les passer en revue; cette tâche serait au-dessus de mes forces. Peut-être un de nos collègues plus compétent, voudra-t-il, un jour, tenter cette œuvre et dresser le bilan des travaux et des actes accomplis par notre société depuis une longue période de temps. Ce regard rétrospectif nous permettrait de marcher d'un pas plus assuré dans une voie difficile et souvent obscure.

La Société médico-psychologique a touché, en effet, aux problèmes les plus ardus de notre science. L'étude des phénomènes psychologiques dans leurs rapports avec les lésions cérébrales devait, à l'origine comme de nos jours, attirer son attention. L'idée scientifique avait de la peine à se dégager des théories un peu mystiques qui l'entravaient; elle devait, plus tard, s'affirmer en s'appuyant sur l'observation clinique et sur les recherches expérimentales et anatomo-pathologiques.

Ce sont, en effet, les seuls guides qui doivent nous diriger; en les perdant, on retombe dans des questions fatalement insolubles et qui, cependant, ont passionné à toutes les époques les médecins et les philosophes. Le secret de la vie nous échappera longtemps encore. Par quelle mystérieuse action, une cellule, douée de la vie, vient-elle à se développer, à se mouvoir, à sentir, je dirai presque, à penser? Existe-t-il en dehors de la matière organisée un principe vital qui l'anime et la dirige, comme l'admettaient Stahl, le fondateur de l'animisme, et Barthez? Comme le fait remarquer Lélut, il y a 2000 ans qu'on discute sur

©BIUM

des questions, qui, sous différentes dénominations, reproduisent à peu près les mêmes idées. (*Ann. méd.-psych.* 1852, t. 1, p. 167.)

Ce que l'observation nous indique, c'est que la vie est une évolution dont la cause et le but nous sont inconnus ; c'est que les manifestations psychologiques de quelque nature qu'elles soient, sont liées à la matière vivante dans une telle intimité que la lésion de l'une entraîne le trouble des autres.

Notre rôle, à nous, est d'observer ces faits, de les classer méthodiquement, et lorsque cela est possible, de les rattacher aux lésions organiques dont ils dépendent ; c'est le domaine où se renferment aujourd'hui ceux qui veulent faire de la science exacte, et qui, dans ce but, cherchent à multiplier et à perfectionner nos moyens d'investigation.

La connaissance de la lésion intime de la paralysie générale a été, à ce point de vue, toute une révélation. Cette prolifération des éléments de la névroglie qui part d'habitude d'un lieu de prédilection pour s'étendre par un processus de parasitisme sur les différentes parties du cerveau, a déjà permis de rattacher certaines facultés à des régions déterminées de l'encéphale ; car ainsi qu'on l'a fait justement remarquer, s'il y a dans cette affection, unité de lésion, il n'y a certainement pas unité de siège.

Je ne veux pas, Messieurs, abuser de votre attention ni m'arrêter sur les questions qui s'agitent de nos jours à propos du système nerveux.

L'étude anatomo-clinique du cerveau, les découvertes sur les centres moteurs, les phénomènes d'hystéricisme, de suggestion provoqués par l'excitation ou la déviation des courants nerveux, sont pour les observateurs une mine féconde d'études.

Sur tout cela, comme sur bien d'autres choses, souffle un vent de réforme dont il faut tenir compte. Les classifications anciennes disparaissent, d'autres leur sont substituées, peut-être aussi arbitraires, car elles ne sauraient encore reposer sur des caractères véritablement naturels ; elles n'indiquent que le progrès réalisé à un moment donné. Ne nous plaignons pas de ce bouleversement, de cette agitation scientifique ; c'est l'esprit de recherches, ardent, impérieux, qui se manifeste ; nous devons l'encourager plutôt que le restreindre et lui indiquer les

©BIUM

nombreuses directions dans lesquelles il doit s'élancer.

A ce titre, il serait utile de voir se constituer au sein de notre Société, un comité d'informations récentes, qui viendrait, à chacune de nos séances, nous faire connaître ce qui se passe à l'étranger, les travaux qui s'y publient et les questions principales qu'on y agite.

Sans doute ces informations nous arrivent, mais tardives, le plus souvent dépourvues d'actualité ; elles ne peuvent plus être alors l'objet d'aucune discussion ; connues plus rapidement, elles auraient pour nous l'intérêt le plus grand ; elles stimuleraient le zèle des travailleurs et donneraient à nos séances un surcroît d'animation.

Messieurs, je vous prie de m'excuser si j'ai abusé de votre bienveillante attention ; mais je tenais à vous soumettre ces quelques réflexions sur des questions qui nous intéressent tous à un égal degré.

Permettez-moi de terminer en vous remerciant une fois encore de l'honneur que vous m'avez fait en me confiant la Présidence de notre société.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Billod informant la Société de son départ de Paris et s'excusant de ne pouvoir assister aux séances.

2° Une lettre de M. Auguste Voisin qui s'excuse de ne pas pouvoir assister à la séance.

3° Des lettres de remerciement de MM. Lindboë et Sankey, nommés membres associés étrangers.

4° Sur sa demande par lettre, M. Brochin, membre fondateur, est nommé membre honoraire de la Société médico-psychologique.

5° M. Mairet, agrégé de la faculté de médecine de Montpellier et médecin adjoint de l'asile d'aliénés de cette ville, sollicite le titre de membre correspondant.

Une commission composée de MM. Foville, Ritti et Garnier, rapporteur, est chargée d'examiner les titres et travaux de M. Mairet.

6° Une lettre de M. Camuset, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse, sollicitant le titre de membre correspondant.

Une commission composée de MM. Lunier, Bigot et

©BIUM

Christian, rapporteur, est nommée pour faire un rapport sur les titres et travaux de M. Camuset.

7° Une lettre de M. Clarck Bell, président de la Société médico-légale de New-York, qui envoie 20 francs au nom de la Société et 5 francs en son nom personnel pour la souscription à la statue de Pinel.

La correspondance imprimée comprend :

1° Un numéro de la *Revue médico-légale de New-York.*

2° Une circulaire ministérielle contenant une série de questions pour le Congrès des sociétés savantes (section des sciences économiques et sociales).

M. LE PRÉSIDENT adresse à M. Goujon, nommé sénateur de l'Ain et à M. Briand, nommé médecin en chef de l'hospice de Villejuif, les félicitations de la Société médico-psychologique.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait part à la Société l'accident douloureux arrivé à l'un de ses membres honoraires. M. Maury, de l'Institut, sortant de chez lui, a été renversé par une voiture et blessé grièvement. Je crois répondre au sentiment de la Société, en écrivant à notre éminent collègue et en lui exprimant nos bien sincères sentiments de condoléance.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

M. FOVILLE dépose sur le bureau son travail sur la législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse, rapport de missions remplies en 1880 et 1883.

M. MOREAU (de Tours) dépose sur le bureau une brochure de M. Solivetti, médecin du manicome de Rome, sur un nouveau mode de traitement des convulsions hystériques, et propose d'en faire un compte rendu dans une des séances de la Société médico-psychologique.

Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles.

M. MAGNAN. — Dans l'histoire de la folie, les fonctions sexuelles entrent fréquemment en jeu, les organes de la génération deviennent le point de départ d'illusions, d'hallucinations, de troubles de la sensibilité générale, qui font naître des préoccupations singulières et qui créent les délires parfois les plus étranges.

Les ouvrages anciens sont remplis, en effet, des prouesses des succubes et des incubes, des vilainies des diables et des sorciers, des obscénités du sabbat, mais peu à peu

©BIUM

le Démonopathe se transforme et devient le Persécuté; à tout l'attirail de la sorcellerie se substituent, avec les progrès de la science, les instruments du cabinet du physicien et les appareils, chaque jour plus nombreux, que d'ingénieuses applications introduisent même jusque dans nos demeures. Le Démonopathe et le Persécuté ne sont cliniquement qu'un seul et même malade et marquent la seconde période du délire chronique. Les troubles maladifs, en effet, sont les mêmes, l'interprétation par le seul fait des notions générales répandues dans les masses, change, et les influences diaboliques sont remplacées par les agents chimiques, les grandes forces naturelles, le magnétisme, l'électricité, le téléphone, etc., tout l'arsenal de l'industrie moderne.

Ce n'est point de ces désordres que je demande la permission d'entretenir quelques instants la Société, je désire m'arrêter sur les anomalies, les aberrations et les perversions sexuelles qui se montrent dans cette catégorie d'aliénés que l'on désigne sous le nom de *dégénérés*, groupe de malades chez lesquels l'hérédité exerce l'influence la plus puissante et qui, depuis l'idiotie profonde jusqu'aux individus mal équilibrés, présente tous les degrés de la débilité mentale.

Ces anomalies sexuelles sont si nombreuses, si variées qu'elles prêteraient à la confusion, si l'on ne faisait ressortir leurs liens réciproques par une classification basée sur l'anatomie et la physiologie.

Les *spinaux*, qui forment le premier groupe, sont réduits au réflexe simple, leur domaine se trouve limité à la moelle, au centre génito-spinal de Budge, c'est l'onanisme chez l'idiot complet.

Pour les seconds, les *spinaux cérébraux postérieurs*, le réflexe part de l'écorce cérébrale postérieure et aboutit à la moelle. La vue seule, l'image d'un sujet de sexe différent, quelles que soient ses qualités, qu'il soit beau ou laid, jeune ou vieux, provoque l'orgasme vénérien. C'est l'acte instinctif purement brutal.

Un troisième groupe comprend les *spinaux cérébraux antérieurs*. Le point de départ du réflexe est dans l'écorce cérébrale antérieure; c'est une influence psychique comme dans l'état normal qui agit sur le centre génito-spinal; mais l'idée, le sentiment ou le penchant sont ici pervertis.

©BIUM

Nous verrons, en effet, le penchant anormal d'une femme pour un garçon de deux ans. D'autre part, l'acte conjugal chez un homme, sous la dépendance exclusive du souvenir de la tête d'une vieille femme ridée couverte d'un bonnet de nuit. Par suite, frigidité complète la première nuit des noces, l'image n'étant pas évoquée.

Enfin, les *cérébraux antérieurs* ou *psychiques*, ce sont des extatiques, des érotomanes. Un jeune élève des Beaux-Arts vit dans la chasteté absolue; son amour, c'est Myrtho qui s'est réfugiée dans une étoile; il contemple tous les soirs cette étoile, lui adresse des vers, brûle de l'encens.

Tel est le tableau qui nous paraît le mieux grouper toutes les variétés des anomalies sexuelles.

1° *Des spinaux.* — Je n'ai pas à rappeler que la moelle n'étant pas seulement un organe conducteur, renferme une série de centres échelonnés où aboutissent des impressions d'un département déterminé du corps et d'où partent des réactions (réflexes) vers les parties correspondantes.

Parmi les centres localisés dans la région inférieure de la moelle, le centre génito-spinal a été nettement établi par les expériences de Budge. Chez le lapin et le chien, il est situé d'après Budge et Goltz au niveau de la quatrième vertèbre lombaire (1).

Si l'on ne peut pas sur l'homme localiser encore ce centre d'une façon précise, les faits pathologiques en démontrent l'existence. De plus, chez certains idiots complets, dénués de toute perception sexuelle, qui ne flairent pas, ne goûtent pas, qui voient sans regarder, qui entendent sans écouter et dont la vie purement végétative est réduite aux simples réflexes; chez eux, on peut voir se produire comme seule manifestation active, des manœuvres de masturbation. Or, ces êtres inconscients, isolés de toute relation extérieure par des lésions cérébrales irrémédiables, sont relégués dans la moelle.

Parmi les idiots adonnés à un onanisme incessant, je citerai le cas d'une fille de sept ans, dont le père, ivrogne

(1) Voir Küss et Duval. — *Cours de physiologie*, p. 70, Paris, 1883.

Vulpian. — *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, t. II, p. 392.

Expériences d'Obolensky sur le nerf spermatique, Paris, 1875.

Jaccoud. *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement*, p. 149. Paris, 1864.

©BIUM

est mort phtisique et dont la mère déjà névropathe avait eu à subir, pendant la grossesse, de violentes émotions.

Cette idiote, d'ailleurs très chétive, était née avec un pied bot valgus du côté droit; à dix-huit mois, à la suite de convulsions, on remarqua une déviation en dehors du pied gauche et au bout de quelques semaines le valgus s'était nettement dessiné. Des convulsions se reproduisirent et l'intelligence resta oblitérée. L'enfant, gâteuse, était indifférente, ne souriait pas à sa mère, criait par moments, déchirait ses vêtements, et dès l'âge de trois ans se livrait à la masturbation.

A six ans, quand j'ai eu l'occasion de la voir, elle était pâle, amaigrie, les organes génitaux externes très développés étaient flasques, ridés, flétris; elle ne prononçait que quelques mots; de temps à autre, elle faisait claquer la langue en relevant la tête; repoussait disant, « caca », les aliments qui lui étaient présentés avec la main, les acceptait quand on les lui offrait sur une assiette, se mettait à quatre pattes pour manger le potage et s'irritait, repoussant tout et cherchant à griffer, si on essayait de lui faire prendre une autre position.

Dès qu'elle était sur une chaise, sur un matelas ou sur un lit, elle se courbait légèrement et portait la main à ses organes génitaux qu'elle frottait incessamment. En était-elle empêchée, elle criait, pleurait, se frappait la tête. Quand on lui tenait les mains, elle remuait les jambes. Avec un petit maillot et des serviettes on parvenait à protéger la région vulvaire, elle s'irritait alors et ne pouvant toucher ses organes, elle se frottait automatiquement la partie latérale droite du cou, mais ne tardait pas à faire de nouvelles tentatives d'onanisme. Elle ne cessait que lorsqu'elle en était empêchée de force, elle ne s'arrêtait devant personne, si bien qu'un jour, placée sur une table, elle a continué à se masturber pendant qu'on la photographiait.

A côté des faits d'excitation manuelle des organes, il est bon de placer certains cas de perversions sexuelles dans lesquels l'orgasme génital se produit spontanément, sans manœuvres extérieures, sans influences morales d'aucune sorte.

Tel est le cas d'une dame âgée de trente-cinq ans, ancienne élève du Conservatoire, névropathe, gastralgique,

©BIUM

mal équilibrée, mais néanmoins musicienne distinguée. Depuis douze ans, elle est en proie par périodes de durée variable, à un éréthisme génital qui se produit habituellement le matin vers six heures et se traduit par du prurit vulvaire, des démangeaisons, parfois des sensations voluptueuses ; elle se jette hors du lit, et parvient quelquefois, mais non toujours, à ramener le calme à l'aide d'injections et d'ablutions froides.

Les causes morales, les approches conjugales n'exercent aucune influence sur cet état. Par contre, l'apparition d'une diarrhée un peu forte a suspendu à plusieurs reprises ces malaises tributaires, sans doute, du centre génito-spinal. Le bromure de camphre a donné aussi un peu de repos.

Tel est encore le cas d'un névropathe de cinquante-cinq ans, que j'ai eu l'occasion de voir avec M. Bouchard ; ce malade sourd, et fils de sourde, a un frère et une sœur tous deux durs d'oreille et aliénés mélancoliques. Depuis plusieurs années, il est torturé par un priapisme qui le force à passer hors du lit une partie de ses nuits. Il éprouve constamment une sensation de chaleur aux lombes et à la verge. Après un sommeil très court, il est réveillé par une érection douloureuse qui l'oblige à se lever et qui parfois résiste aux lotions et aux lavements d'eau froide. Il reste debout, se lamentant, parcourant de long en large la chambre, puis quand l'organe est moins turgescent, il s'installe sur un fauteuil canné, les jambes élevées à l'aide d'un coussin et parvient ainsi à goûter parfois quelques heures de repos.

Les approches sexuelles, rares ou fréquentes, n'ont aucune influence sur cet état indépendant aussi de toute action morale. L'ergot de seigle, le bromure, le chloral, les douches ascendantes froides, l'hydrothérapie, n'ont pas donné de résultats satisfaisants.

Si certains névropathes peuvent ainsi être sous le coup d'un orgasme génital involontaire, il en est d'autres chez lesquels la disposition maladive se traduit par une frigidité intempestive qui peut les jeter dans le désespoir et parfois même les pousser au suicide.

J'ai vu avec M. Charcot un jeune homme de Bilbao, appartenant à une famille de névropathes, qui, à certaines périodes, sans fatigue préalable, sans causes physiques ni

©BIUM

morales appréciables, se trouvait impuissant à toute approche sexuelle. Cette situation le préoccupait tellement que, renonçant à un mariage projeté, il s'était retiré dans une de ses terres, décidé à en finir. On le surprit assis à son bureau, écrivant ses dernières volontés, un revolver chargé à côté. Un de ses frères, marié et père de six enfants, m'a avoué que, de tout temps, il avait été obligé de subir les caprices de ses organes. Les circonstances les plus favorables, l'attrait le plus vif, les désirs les plus ardents restaient parfois lettre morte devant cette impuissance que rien ne justifiait. Mais à l'inverse de son frère, il prend, dit-il, gaiement la chose, il en rit avec sa femme, et s'entretient d'un autre sujet en attendant le bon vouloir de ses sens.

Ces deux cas, on le comprend, sont très différents de ceux que nous verrons plus tard et dans lesquels une influence morale arrête l'acte conjugal. Dans les faits de ce premier groupe tout est médullaire, c'est une perversion fonctionnelle du centre génito-spinal : ce sont les *spinaux*. Remontons maintenant l'axe cérébro-spinal et voyons l'intervention de la couche corticale de la région cérébrale postérieure.

2° *Des spinaux cérébraux postérieurs.* — Dans ce second groupe, le champ d'action s'étend et la région postérieure du cerveau intervient. Placée en arrière de la circonvolution pariétale ascendante, cette région contient les centres sensitifs ou perceptifs, ainsi que tendent à le démontrer des recherches physiologiques récentes et aussi quelques résultats anatomo-pathologiques, principalement ceux qui se rattachent à la cécité et à la surdité psychiques. Cette zone des centres corticaux n'est autre que le substratum organique des appétits et des instincts, que le siège de l'automatisme cérébral, toutes les fois que pour des causes diverses, la région antérieure vient à perdre la haute direction fonctionnelle, comme dans le rêve ou dans certains états pathologiques, l'épilepsie par exemple (1).

Chez ces malades, l'image suffit à éveiller un besoin

(1) Magnan. — *Des hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté*. Arch. de Neurol, n° 18, novembre 1883, p. 350 et suivantes. — Faits cliniques établissant les localisations.

©BIUM

purement physique. L'observation suivante nous en fournira un exemple:

M^lle H..., âgée de trente-cinq ans, est entrée à Sainte-Anne à la suite d'excitation intellectuelle, d'idées de suicide et de violences contre sa mère. Son grand-oncle maternel est mort fou, son père atteint d'alcoolisme chronique est mort à l'asile de Ville-Évrard; sa sœur est hystérique; quant à elle, elle est venue au monde avec un énorme bec-de-lièvre qui, à quatre ans, a été opéré avec un demi-succès par M. Bérard. Elle est allée à l'école et elle a appris assez facilement à lire et à écrire. Réglée à quatorze ans, ses époques se montrent régulièrement. Elle a toujours été irritable; à certains moments elle est triste, découragée, incapable de travailler. Dès sa puberté, elle éprouve une grande satisfaction à se trouver près d'un homme, elle a souvent pensé au mariage, mais sa famille l'en a dissuadée à cause de son infirmité.

Ses désirs sexuels deviennent plus impérieux à mesure qu'elle avance en âge, et à vingt-cinq ans, elle se laisse aller de temps à autre à des pratiques solitaires.

Un peu plus tard, l'excitation génésique augmente, et il lui suffit de voir un homme, jeune ou vieux, beau ou laid, élégant ou mal vêtu, peu importe, pour être prise d'un violent orgasme génital; elle court aussitôt s'enfermer dans sa chambre, tire les rideaux de la fenêtre et se tient blottie dans un coin, anxieuse, haletante, redoutant d'entendre le pas ou la voix d'un homme qui suffiraient à augmenter son malaise.

Elle ne dort pas la nuit, l'appétit est presque nul et elle devient insupportable et même dangereuse pour son entourage. Sur les conseils d'une matrone bien intentionnée elle a essayé d'une cure *ab homine*, elle s'est livrée pendant un an à un individu pour qui elle n'avait aucune affection, mais dont elle recherchait, dit-elle, les approches comme une médication utile. Ce mode de traitement n'a pas eu de meilleurs résultats que l'onanisme, l'appétit sexuel est resté insatiable; la vue de l'homme la mettait dans un état d'agitation extrême et finalement on a dû la faire entrer à Sainte-Anne.

Dans l'asile, elle se sent plus forte et peut se maîtriser en présence du personnel du service, mais dès qu'un étranger ou qu'un ouvrier quelconque passe dans le jardin,

©BIUM

elle détourne la tête et court se cacher pour ne pas le voir.

Un séjour de plus de deux ans dans l'établissement, le bromure et les bains ont amélioré son éréthisme génital, mais l'arrivée d'un homme provoque toujours une certaine excitation.

Chez une autre malade, une dame de trente-trois ans, mère de cinq enfants, fille d'un père affecté de mélancolie suicide, cette perversion a été presque aussi intense. Cette dame très nerveuse dès son enfance, a essuyé trois attaques de chorée à 13, à 14 et à 20 ans, puis elle a eu des crises d'hystérie, enfin, depuis dix ans, elle éprouve des besoins sexuels tellement impérieux par moments, qu'elle cherche à les satisfaire avec le premier venu.

Elle ose déclarer à sa mère et à ses frères qu'il lui faut des hommes et qu'elle voudrait s'emparer de ceux qui passent près d'elle; ma nature de feu, dit-elle, me pousse à tout et m'a fait commettre bien des fautes.

Elle éprouve de temps à autre des coliques utérines et elle est prise ensuite d'un désir violent de copulation. Très attristée de cet état maladif, elle a fait plusieurs tentatives de suicide, mais dans l'intervalle, elle n'en cherche pas moins, dès qu'elle voit un homme, la satisfaction de ses appétits.

Placée dans une maison de santé, elle est devenue plus calme, mais elle redoute de sortir.

Les exemples sont nombreux d'imbéciles des deux sexes qui, sans le moindre discernement, sans la moindre lutte intérieure, se livrent à la satisfaction de leurs appétits génitaux, et rentrent conséquemment dans ce groupe des dégénérés que nous appelons *spinaux cérébraux postérieurs*.

Remontons encore plus haut et, dans ces anomalies génésiques, voyons l'intervention de la région cérébrale antérieure.

3° *Des spinaux cérébraux antérieurs.* — Dans ce troisième groupe nous allons retrouver le mécanisme physiologique des fonctions sexuelles, mais avec des éléments faussés ou pervertis.

A l'état normal, en effet, une idée, un sentiment, un penchant exercent, en dernière analyse, leur action sur la moelle et amènent l'acte physiologique indispensable à la conservation de l'espèce. Telle est la loi générale qui pré-

©BIUM

side à la reproduction chez l'homme. Dans l'état maladif, cette influence supérieure, l'idée, le sentiment, le penchant sont pervertis, mais n'en mettent pas moins en jeu le centre génito-spinal qui obéit ainsi aux aberrations les plus étranges.

J'ai déjà eu l'occasion, à propos des actes et des impulsions des aliénés, de citer le penchant anormal d'une fille de vingt-neuf ans pour un garçon de deux ans. Cette malade dont la mère est hystéro-épileptique et dont le père mélancolique est mort à la suite d'accidents cérébraux aigus, a présenté successivement plusieurs des syndromes psychopathiques des héréditaires : elle a eu des impulsions au vol, la crainte des épingles, le doute anxieux sur l'accomplissement de certains actes ou l'existence de certaines choses, puis enfin l'anomalie sexuelle dont je vais parler.

Depuis huit ans, elle éprouve un besoin irrésistible de cohabitation avec un de ses jeunes neveux. Elle a cinq neveux dont l'aîné est âgé de treize ans. C'est lui qui a été l'objet de ses premiers désirs ; sa vue la mettait dans un état d'excitation extrême, elle éprouvait des sensations voluptueuses qu'elle était impuissante à réprimer, qui s'accompagnaient de soupirs, d'inclinaisons de tête, de déviation des yeux, de rougeur de la face, quelquefois de spasmes et de secrétions vaginales ; elle se sentait poussée à le saisir et à l'approcher d'elle. Plus tard, quand il a grandi et à la naissance du second frère, c'est ce dernier qui est devenu l'objet de ses convoitises maladives, puis enfin le troisième, le quatrième et actuellement c'est le dernier venu, âgé de trois ans, dont son esprit est préoccupé. Elle se sent poussée à l'attirer près d'elle.

Cette malade est très lucide, elle est désolée et honteuse de ces singuliers désirs ; elle est tranquille, elle travaille et s'occupe toute la journée : elle sort de temps à autre, et va dans sa famille pour essayer en quelque sorte ses forces; mais encore la vue de son neveu l'impressionne vivement; à table, dans sa famille, elle se place loin de lui ; mais pendant toute la durée du repas, elle éprouve des spasmes, du malaise à l'estomac, une constriction à la gorge, et la lutte lui devient des plus pénibles (1). Elle n'a jamais cédé

(1) Magnan. — *Études cliniques sur les impulsions et les actes*

©BIUM

à cette perversion instinctive; ses désirs, sans qu'elle puisse se l'expliquer, n'ont jamais eu pour objet que ses neveux, et elle peut, avec indifférence, voir d'autres petits garçons, toutefois, elle évite leur contact.

Il y a donc là un choix de l'être aimé, un penchant dont la vivacité ne trouve d'analogue que dans le paroxysme de la passion. Mais le point de départ admis, que l'enfant de deux ans soit un amant de vingt-cinq ans, le phénomène s'accomplit comme dans l'état normal, mettant en jeu l'axe cérébro-spinal dans son entier.

Nous sommes ainsi bien éloignés des deux groupes précédents : les spinaux (réflexe simple), les spinaux cérébraux postérieurs (acte instinctif).

Une autre malade de trente-deux ans, mère de deux enfants, entrée dans mon service le 10 octobre 1883, à la suite d'un rapports motivé de M. Blanche, est éperdument amoureuse d'un jeune écolier de treize ans.

Comme tous les dégénérés dont il est ici question, elle puise dans l'hérédité ses tendances maladives : le grand-père paternel, dissipateur, débauché, avait cherché à se remarier du vivant de sa femme; le père, ivrogne, brutal et paresseux, a fait le désespoir de son entourage; une de ses sœurs, fantasque, dissipée, s'est enfuie avec un amant; un frère mène une conduite déréglée et n'a jamais pu se livrer à un travail suivi.

Quant à elle, d'une intelligence au-dessous de la moyenne, elle a appris difficilement à lire et à écrire. Douce, docile, laborieuse dans sa jeunesse, elle a épousé à vingt ans un homme âgé de quarante ans, très jaloux et qu'elle a dû quitter avec ses deux filles pour se mettre à l'abri de ses mauvais traitements.

Elle vivait depuis quelques mois chez sa mère, lorsqu'elle est devenue triste, rêveuse, distraite, indifférente pour ses enfants, sortant tous les jours, faisant un très long trajet pour se rendre chez des amis de la famille aux heures où elle pouvait voir le fils de la maison revenir de l'école. Elle caressait ce garçon, l'embrassait, jouait avec lui et ses deux filles dont l'aînée n'a pas moins de onze ans, sans que, tout d'abord, elle ait attiré l'attention des parents. Elle

---

des aliénés. Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, le 23 janvier 1881. *Tribune médicale*, mars 1881.

©BIUM

disait, parfois, qu'elle était amoureuse d'Ollivier, c'est le nom du garçon, qu'elle voudrait être sa femme, mais on riait de ces réflexions extravagantes. Un jour cependant, elle prend à part la mère pour l'entretenir d'une affaire sérieuse. Elle s'aperçoit, dit-elle, qu'Ollivier pâlit, qu'il paraît malheureux et que sa santé s'altère; sur les dénégations de la mère qui trouve son fils bien portant, elle ajoute qu'elle sait ce qu'il a, et demande la permission de cohabiter avec lui pour lui rendre la santé.

Éconduite après une telle proposition, elle est prévenue qu'on ne la recevra plus à la maison. De retour chez elle, elle parle de son malheur, de son amour pour Ollivier; elle se lamente et raconte naïvement à sa mère et à sa sœur ce qui vient de se passer. Elle cesse de travailler et, malgré les remontrances de ses parents, elle stationne chaque jour devant la maison du jeune écolier ; elle cherche même à y pénétrer, mais le concierge la repousse, et, un jour, voulant franchir la porte de vive force, elle est battue par celui-ci et reçoit un soufflet d'Ollivier lui-même; elle se jette à terre, pousse des cris déchirants, en proie à un violent désespoir. Ce scandale décide la famille à la placer à Sainte-Anne.

Depuis son entrée, malgré sa mésaventure, les invectives de sa famille et de celle d'Ollivier, les brutalités de celui-ci, elle ne peut s'empêcher, dit-elle, d'aimer ce garçon; elle est toute heureuse et son visage s'épanouit dès qu'elle entend prononcer son nom. Elle demande constamment de ses nouvelles et elle soupire après le jour où elle pourra le retrouver.

A côté de ces amours étranges, il en est d'autres que l'on pourrait considérer tout d'abord comme le résultat du vice, mais qui ne sont, en réalité, que la conséquence de la maladie.

Telles sont certaines amours illégitimes, dans lesquelles les héros, dans la sérénité de leur inconscience, se découvrent eux-même à l'époux offensé.

Une jeune dame, mère de trois enfants, intelligente, instruite, mais fille d'aliéné, après un passé de moralité et de bonne conduite, déclare un jour à son mari, sans honte pour elle, sans pitié pour lui, qu'elle éprouve un *besoin de l'âme*, qu'elle aime un jeune homme de vingt-quatre ans, et qu'elle se tuera si on met obstacle à leur intimité. Elle

©BIUM

ne demande, dit-elle, que six mois, pour donner satisfaction à son ardente passion, s'engageant à revenir ensuite au foyer conjugal.

Elle raconte avec exaltation que ses trois enfants, que son mari ne sont rien à côté de cet amant. La mari bien avisé, loin de provoquer du scandale, ne formule aucun reproche, mais l'emmène loin du pays pour la faire soigner.

Une autre dame hystérique, ovarienne gauche, mariée depuis une dizaine d'années, vivant en bonne harmonie avec son mari, s'éprend d'un violent amour que rien ne justifie pour un charretier que le commerce du mari avait attiré à la maison. Elle pense à cet homme nuit et jour; dès qu'elle entend le bruit d'un charrette, elle s'empresse de courir à la fenêtre; d'autres fois, elle stationne dans la rue ; elle ne craint pas d'aller chez cet individu qui, d'abord réservé, finit par céder à ses instances. Elle reconnaît que sous tous les rapports, son mari est supérieur à son amant, mais elle ne peut expliquer ce qui se passe en elle, elle ne pense qu'à lui, elle pleure, se désole et fait deux tentatives de suicide que l'intervention subite du mari parvient à empêcher. Elle raconte à celui-ci tout ce qu'elle éprouve, elle lui déclare qu'il n'y a qu'un remède à son mal et le supplie d'envoyer chercher le charretier. Le mari très perplexe, un peu faible, cède à ce désir; mais la présence de l'homme n'amenant pas le calme, on se décide à demander conseil au médecin.

Le penchant peut, dans quelques circonstances, se rattacher à une plus profonde anomalie et avoir pour objectif le même sexe. C'est ce que M. Westphal appelle *sens sexuel contraire* et ce qu'avec M. Charcot nous avons désigné du nom d'*inversion du sens génital* (1).

L'instinct sexuel, dans ces cas, est entièrement dévié de

(1) Westphal. « Die contrâre Sexualemplindung. » (*Arch. psych.*, II, p. 73 à 108, 1870). « Zur contrâre Sexualempfindung. » (*Arch. f. psych.* B. d. VI. p. 620, 1876).

Gock. — « Beitrag zur Kenntniss der contrâre Sexualempfindung. » (*Arch. f. psych.* B. d. v. p. 564 à 574, 1875).

Charcot et Magnan. — « Inversion du sens génital. » (*Arch. de Neurol*, nos 7 et 12, 1882).

E. Gley. — « Des aberrations de l'instinct sexuel. » (*Revue philosoph.*, no 1, p. 66 janv. 1884).

©BIUM

la ligne normale, la perversion est purement psychopathique, car avant même qu'une éducation vicieuse, que des habitudes dépravées aient pu pervertir ces sujets, dès la plus tendre enfance, dès l'âge de cinq ans quelquefois, ils se surprennent avoir des sentiments qu'ils ne comprennent pas, l'homme est porté vers l'homme, la femme vers la femme.

Je rappellerai d'abord quelques passages de l'observation d'un psychopathe, intelligent, instruit, érudit, d'un professeur de Faculté qui rend compte avec la plus grande sincérité, des phénomènes étranges qu'il éprouve.

Ma sensualité, dit-il, s'est manifestée dès l'âge de six ans par un violent désir de voir des garçons de mon âge ou des hommes nus. Il raconte ensuite qu'à huit ans ayant vu un militaire se masturber, il en a contracté l'habitude... Il poursuit plus loin : « Je cessai absolument la masturbation à l'âge de vingt ans ; mais je ne suis jamais parvenu, malgré tous mes efforts, à arrêter les excitations de mon imagination ; les hommes jeunes, beaux et forts provoquent toujours chez moi une vive émotion ; une belle statue d'homme nu produit le même effet ; l'Apollon du Belvédère me fait beaucoup d'impression. Quand je rencontre un homme dont la jeunesse et la beauté provoquent ma passion, je suis tenté de lui plaire ; si je donnais libre carrière à mes sentiments, je lui ferais toutes les amabilités possibles, je l'inviterais chez moi, je lui écrirais sur du papier parfumé, je lui porterais des fleurs, je lui ferais des cadeaux, je me priverais de bien des choses pour lui être agréable. Jamais, je ne me laisse aller à tout cela, mais je sens très bien que je serais capable de le faire ; je dois vaincre le désir que j'éprouve d'agir ainsi. Je sais dominer les envies dont je viens de parler, mais je ne parviens pas à dominer l'amour lui-même ; cet amour heureusement ne me possède pas d'une manière continue ; je travaille et mes études me sont d'un grand secours contre les pensées sensuelles, mais souvent la sensualité l'emporte sur le travail et je suis arrêté, au milieu de l'examen très approfondi d'une question, par la représentation soudaine d'un homme nu dans mon imagination. La suprême satisfaction de cette sensualité n'a jamais été que la vue de l'homme nu, surtout de la verge de l'homme ; je n'ai jamais ressenti le désir de pénétrer dans l'homme ou d'être l'objet d'un

©BIUM

homme. Regarder les parties génitales d'un homme beau et fort, telle a toujours été la volupté la plus grande pour moi. Il m'est arrivé plus d'une fois d'avoir l'érection, la convulsion amoureuse et la perte de sperme à la seule vue du membre viril d'un homme. La nuit, mon imagination travaillait et amenait les mêmes résultats.

« Quant aux femmes, si belles qu'elles soient, elles n'ont jamais fait naître en moi le moindre désir. J'ai essayé d'en aimer une, espérant ainsi revenir à des idées naturelles; malgré sa beauté, ses efforts, etc., je suis resté complètement froid et l'érection, si facile chez moi à la vue de l'homme, n'a pas même commencé. Jamais une femme n'a provoquée en moi la plus petite sensualité.

« J'adore la toilette féminine; j'aime à voir une femme bien habillée, parce que je voudrais être femme pour m'habiller ainsi. A l'âge de dix-sept ans, je m'habillais en femme au carnaval et j'avais un plaisir incroyable à traîner mes jupes dans les chambres, à mettre de faux cheveux et à me décolleter. Jusqu'à l'âge de vingt-deux ans, j'ai eu le plus grand plaisir à habiller une poupée; j'y trouverais encore du plaisir aujourd'hui.

« Les dames s'étonnent de me voir si bien juger du plus ou moins de bon goût de leurs toilettes et de m'entendre parler de ces choses, comme si j'étais femme moi-même. »

Les antécédents et d'autres syndromes épisodiques, en dehors de l'inversion du sens génital, rangent ce malade dans la classe des héréditaires.

Un second *sexuel interverti* que j'ai vu récemment, offrait beaucoup d'analogie avec le précédent. C'était un ingénieur de trente-sept ans assez intelligent, mais d'un esprit moins délicat et moins cultivé que le précédent. Une disproportion d'âge existait entre le père, qui s'est marié à cinquante et un ans, et la mère qui n'avait que dix-huit ans; une tante maternelle était morte folle.

Dès l'âge de cinq ans, il avait une érection dès qu'il entendait fouetter ses camarades, et l'orgasme génital augmentait s'il apercevait les fesses des enfants exposées aux sévices du maître; c'est ainsi, à ce qu'il paraît, qu'on punissait dans son pays l'indocilité des écoliers.

Deux ans après, il s'est livré à l'onanisme et le souvenir des coups de fouet appliqués sur les fesses provoquait une suprême volupté.

©BIUM

A seize ans, ayant l'occasion fréquente de se trouver en compagnie de jeunes filles, il restait froid et indifférent; il était, au contraire, souvent ému et vivement excité auprès des garçons.

De dix-sept à vingt-six ans, malgré les manœuvres complaisantes de quelques femmes, il a été incapable de toute cohabitation. Par contre, la vue des nudités de l'homme et particulièrement de la région fessière provoquait chez lui une grande excitation. Devenu, dit-il, amoureux d'un garçon de son âge, il l'a poursuivi de ses assiduités et a fini par le posséder. Ils se livraient ensemble à des attouchements réciproques, suivis d'introduction digitale à l'anus ou bien de pédérastie.

A trente ans, vivement préoccupé de son éréthisme contre nature et de la frigidité dans les relations normales, il s'est soumis sur le conseil d'un médecin à un long traitement par l'application de courants continus à la moelle. Ce traitement local, qui négligeait la cause première, n'a modifié en rien la perversion sexuelle.

Agé actuellement de trente-sept ans, il vient de se marier. Il est resté impuissant à côté de sa jeune femme et quoiqu'il l'ait prévenue, dit-il, avant le mariage, de l'éventualité d'un pareil résultat, cette situation l'inquiète, le tourmente et le porte aux idées les plus noires.

Comme la plupart de nos malades, celui-ci, en dehors de l'anomalie dont il est question, a présenté d'autres troubles nerveux. Il est très impressionnable et il est certains bruits qui l'affectent vivement : il devient, dit-il, chair de poule et il prend la fuite en entendant frotter un crayon sur une ardoise ou contre un mur; l'approche seule du crayon près de la muraille le fait pâlir. En outre, à plusieurs reprises, depuis une quinzaine d'années, il a éprouvé des périodes de dépression avec tendances au suicide et, parfois aussi, des phases d'excitation avec idées de satisfaction, mais sans alternance régulière entre ces deux états.

La complexité des troubles cérébraux dénote une fois de plus, combien est profondément lésé le sol sur lequel se développent ces singulières anomalies.

Dans les deux sexes, les phénomènes sont les mêmes et se déroulent de la même manière. Chez les deux filles dont parlent Westphal et Gock, on voit l'inclination pour les

©BIUM

filles se développer de très bonne heure. Elles aiment également, dès les premières années, les jeux des garçons; elles désirent s'habiller en garçon, elles auraient voulu être hommes. Les regards de certaines filles les impressionnent vivement, elles leur font la cour, rougissent auprès d'elles, éprouvent une vive passion et aussi un sentiment de jalousie, si l'amie choisie prête attention à une autre personne. Les caresses provoquent chez elles une grande excitation qui s'accompagne de spasmes, de sécrétion des parties génitales. Toutes deux ont des rêves voluptueux rappelant les jeunes filles aimées.

Quand les désirs ne peuvent pas être satisfaits, quand il survient des résistances ou des obstacles, elles entrent dans de véritables accès de fureur, et toutes deux sont portées au suicide. Les hommes n'ont aucun attrait pour elles. Le niveau intellectuel était peu élevé chez les deux; elles apprenaient difficilement à l'école, et plus tard elles étaient chargées d'emplois subalternes.

Ce qui domine dans tous ces faits, c'est l'idée obsédante de l'homme pour l'homme, de la femme pour la femme; le point de départ est d'origine essentiellement cérébrale; c'est en quelque sorte le cerveau d'une femme dans le corps d'un homme et le cerveau d'un homme dans le corps d'une femme.

Mais la clinique nous ménage des anomalies encore plus étranges puisque l'instinct sexuel peut prendre pour objectif, tantôt le *tablier blanc* devenu pour le patient une amante adorée, tantôt, comme dans une observation de M. Blanche, les clous de la semelle d'un soulier de femme, tantôt le bonnet de nuit coiffant la tête ridée d'une vieille.

Qu'il nous suffise de donner un résumé de l'observation de ce dernier malade qui, désespéré, les larmes aux yeux, m'avait fait connaître les pénibles obsessions qui le subjuguent. Il appartient à une famille d'excentriques et le père, entre autres bizarreries, s'essuie habituellement le visage avec une peau de lapin.

Grâce aux antécédents héréditaires, dès l'âge de cinq ans, il a été sous le coup d'une obsession qui ne l'a pas quitté. Il couchait, à ce moment, avec un parent âgé de trente ans, et il éprouvait de l'excitation génitale et l'érection dès que son compagnon de lit mettait le bonnet de nuit. Vers la même époque, ayant vu une vieille servante

©BIUM

se déshabiller, il a ressenti la même excitation et l'érection quand celle-ci plaçait sa coiffe de nuit sur la tête. Plus tard, l'idée seule d'une tête de vieille femme ridée et laide, mais coiffée d'un bonnet de nuit, provoquait l'orgasme génital. Il n'a jamais recherché les rapports anormaux; il affirme que les nudités de l'homme ou de la femme le laissent absolument froid. Jusqu'à trente-deux ans, époque de son mariage, il n'aurait pas eu de relations sexuelles; il épouse une demoiselle de vingt-quatre ans, jolie et pour laquelle il éprouve une vive affection. La première nuit des noces, il reste impuissant à côté de sa jeune femme; le lendemain, la situation était la même lorsque, désespéré, il évoque l'image de la vieille femme ridée, couverte du bonnet de nuit; le résultat ne se fait pas attendre, il peut immédiatement remplir ses devoirs conjugaux. Depuis cinq ans qu'il est marié, il en est réduit au même expédient, il reste impuissant jusqu'au moment où le souvenir rappelle l'image favorite. Il déplore cette singulière perversion qui le force, dit-il, à la profanation de sa femme. Il éprouve de temps à autre, des périodes de dépression avec des idées de suicide, et presque toujours des appréhensions, des craintes non motivées, telles que celles de l'effondrement d'un mur ou des maisons qu'il longe.

Dans les faits qui précèdent, l'idée obsédante provoque l'éréthisme génital; il n'en est pas toujours ainsi et une obsession peut aussi exercer un véritable pouvoir d'arrêt sur l'acte sexuel.

Tel est le cas d'un élève des Beaux-Arts, âgé de vingt et un ans, dont l'observation mérite de nous arrêter quelques instants. Comme tous les dégénérés affectés de *stigmates psychiques* (syndromes épisodiques de la folie héréditaires), il puise dans l'hérédité sa disposition maladive; sa mère est très nerveuse, le père méticuleux s'alarme parfois hors de propos, redoutant pour les siens des accidents que rien ne justifie (1). Le frère aîné est atteint d'un tic de la face et le second, âgé de vingt-quatre ans, est convalescent aujourd'hui d'un accès de délire mélancolique pour lequel il a dû passer six mois dans une maison de santé. Quant à lui, de douze à quatorze ans, il se livre à l'onanisme, il devient triste, très

(1) Magnan. — *Les délirants chroniques et les dégénérés*; *Gaz. des Hôpitaux*, nos des 22 et 26 avril 1884.

©BIUM

impressionnable, recherche la solitude et éprouve une grande fatigue à coordonner ses idées et à poursuivre ses études.

Dans cet état de souffrance morale, il rêve une nuit qu'il est frappé de la foudre, il en est très préoccupé au réveil et, à partir de ce moment, il se sent très effrayé à l'approche d'un orage. Un soir, au moment de se mettre au lit, il déplace ses pantoufles; c'est, dit-il, le premier acte insensé que j'ai commis, je croyais ainsi me préserver de la foudre. Comment cette idée m'est-elle venue? Je n'en sais rien. Toutefois, quand on insiste, il raconte qu'il a été probablement poussé à l'idée de ce contact par la lecture dans les Écritures de miracles tels que la résurrection des morts, la multiplication des pains par l'apposition des mains du Christ. C'est dans ce même ordre d'idées qu'il attribuait à certains mots une influence préservatrice et, pour conjurer un malheur, il prononçait les mots *tombeau*, *linceul*, *bière*, etc.

Bientôt lui vint à l'esprit l'idée de la fatalité du nombre 13 et quelquefois avant de se coucher, il touchait treize fois sa table de nuit, ou treize objets différents épars dans sa chambre. Peu à peu il lui est arrivé de répéter plusieurs fois de suite ces treize contacts et finalement il passait des nuits entières, harassé de fatigue, à parcourir la chambre pour satisfaire ce besoin de toucher les objets. Le nombre 13, à partir de ce moment, s'impose à son esprit à l'égal d'un tic et intervient en dehors de sa volonté. Il évite de mettre treize mots dans une phrase et, s'il en a écrit douze sans compléter le sens, il se hâte d'en ajouter au moins deux, pour dépasser 13, par crainte que le treizième ne soit cause d'un malheur. Il en est de même pour le langage, il compte de manière à éviter des phrases de treize mots. Ce travail ridicule devient fatigant et le détourne de toute occupation sérieuse. Le passage suivant, extrait d'une note qu'il m'avait remise, permet de suivre le singulier raisonnement qui l'a poussé plus tard à adopter certaines formules en guise de talisman protecteur :

« Ne pouvant par le raisonnement vaincre ces obsessions, je mis à profit, dit-il, le nombre 13 comme engin de combat. Et, parlant en moi-même comme si le monde m'était soumis : « Si je fais d'ici à demain un seul acte superstitieux, me dis-je un soir en moi-même, que toutes ces

©BIUM

étoiles que je vois soient 13. » Et en même temps, je m'imaginais, au-dessus de ma tête, tous les astres changés en nombre 13, composés d'une infinité de molécules, ayant pour essence le nombre 13. Je ne comprenais pas bien ce que pouvait vouloir dire une *étoile* 13, mais j'avais une telle horreur du nombre 13 que je ne fis pas d'actes absurdes jusqu'au lendemain. Le procédé ayant réussi, j'en usais tellement qu'il ne réussit plus à la longue. J'en inventais un autre semblable et je dis en moi-même : « Que Dieu soit 13, si je fais un seul acte superstitieux d'ici demain! » Imaginer Dieu 13 n'était pas plus absurde que d'imaginer les étoiles du ciel ayant pour essence le nombre 13. Et puis, absurde ou non, je ne raisonnais plus. Cette idée de Dieu 13 m'effrayait et cela a suffi pour m'empêcher pendant quelque temps de me livrer à des actes ridicules. »

De temps à autre l'état du malade s'aggrave et il associe le nombre 13 à une foule d'autres mots auxquels il donne une signification et une valeur particulières. Erreur 13, vérité 13, etc. Si, après avoir dit mentalement erreur 13, il ne prononçait pas mentalement vérité 13, tout ce qui l'entoure, croit-il, ne serait qu'un monde imaginaire et il prendrait pour vrai ce qui est faux.

Il est aussi parfois obligé de répéter la formule Dieu 13, non plus mentalement, mais réellement au fond du gosier; il ferme la bouche, contracte les muscles du pharynx, de manière à faire passer, dit-il, de bas en haut, à travers le crâne, la formule Dieu 13, et il lui arrive de la répéter jusqu'à cent fois dans un quart d'heure. Ce qui est plus étrange, dit-il, dans cette manie, c'est que je ne crois guère à l'existence de Dieu et que je suis très sceptique en matières religieuses.

Quoi qu'il en soit, ces obsessions pèsent d'un grand poids sur toute son existence et interviennent dans la plupart des actes de sa vie.

Au point de vue spécial qui nous occupe, ce psychopathe m'a appris que cet état mental lui interdit toute approche sexuelle. Dès qu'il se prépare à entrer en conversation intime avec sa maîtresse, la formule, *Dieu* 13, surgit dans son esprit et glace sa virilité. C'est là un résultat inverse, quoique le mécanisme soit le même, à ce que produit chez l'autre héréditaire, l'idée de la tête de vieille coiffée du bonnet de nuit.

©BIUM

Chez ce jeune homme l'aggravation des phénomènes, qui se produit de temps à autre, est suivie de découragement, de désespoir et aussi d'idées de suicide.

Il n'y a pas lieu, en ce moment, de discuter la valeur sémiologique de pareilles formules, de tics psychiques de ce genre, mais on ne doit pas ignorer que leur existence est la consécration de troubles intellectuels déjà profonds, et pour le dire en passant, les psychopathes qui les présentent ont cessé, depuis longtemps, d'être des candidats à la folie, ils en ont franchi les frontières et occupent une place incontestable dans le domaine vésanique. Aussi l'étude approfondie de ces faits est-elle d'une importance capitale pour la médecine légale.

Il existe enfin un quatrième groupe.

4° *Cérébraux antérieurs* ou *psychiques*. Dans ce groupe, on ne connaît plus les instincts inférieurs, on devient même indifférent à l'instinct de la génération; la moelle, le cerveau postérieur restent silencieux, on est installé en pleine région frontale, dans le domaine de l'idéation. C'est l'amour sans désirs vénériens, en dehors de toute préoccupation charnelle. Ce sont des platoniques, des extatiques, des érotomanes, en donnant à ce mot la signification précise que lui avait assignée Esquirol.

Les observations de ce genre ne sont pas rares, mais il suffira de rappeler trois cas parmi ceux que j'ai eu l'occasion d'examiner.

M^lle C..., âgée aujourd'hui de quarante-sept ans, d'une intelligence au-dessous de la moyenne, fille d'une mère névropathe, est fiancée, à vingt-quatre ans, à un jeune homme qu'elle refuse. M^lle C... n'avait paru à cette époque nullement préoccupée de cet événement; elle avait, d'ailleurs, peu de goût pour le mariage et elle avait depuis répondu négativement à plusieurs demandes.

A trente ans, elle devient triste, silencieuse, recherche la solitude, se reproche d'avoir repoussé son fiancé et elle s'imagine que Léon, c'est le nom de celui-ci, a été tellement affecté de ne pouvoir l'épouser qu'il a fini par attenter à ses jours. Obsédée par cette pensée, elle ne tarde pas à entendre des voix qui lui parlent de Léon, qui lui reprochent sa dureté pour lui. Malgré les assurances formelles de la famille lui apprenant que Léon est consolé, qu'il ne pense pas à elle, qu'il est marié et qu'il habite un pays

©BIUM

éloigné, elle se récrie, prétend le contraire, gémit sur le sort de cet infortuné dont elle n'avait pas autrefois apprécié le grand cœur, mais qu'elle aime aujourd'hui de toute son âme et qu'elle a rendu, dit-elle, le plus malheureux des hommes. Elle n'aura de repos, ajoute-t-elle, que lorsqu'elle l'aura vu pour lui adresser des excuses et obtenir son pardon. Nuit et jour elle pense à lui, elle l'appelle, fatigue les voisins de ses interrogations : « Où est Léon? » Elle reste des heures entières à la croisée pour voir passer son fiancé, elle descend parfois dans la rue dès trois heures du matin et attend sur le trottoir son arrivée. Dès qu'elle aperçoit une voiture, elle accourt, invite le cocher à s'arrêter, ouvre la portière, examine les voyageurs et après s'être assurée de son erreur, elle s'excuse pleine de confusion et prie de continuer la route. Quelquefois encore elle s'élance à la suite d'un promeneur, le dépasse, le regarde attentivement, et ne revient sur ses pas qu'après s'être convaincue que ce n'est pas Léon. Ces démarches lui ont valu de nombreuses mystifications, mais elle n'en continue pas moins ses recherches. Quand les parents s'opposent à ces extravagances, elle s'irrite, parle de suicide et se livre parfois à des actes de violence. C'est à la suite d'une scène dans laquelle elle avait brisé les vitres de la fenêtre d'où on l'engageait à se retirer, qu'elle est entrée à Sainte-Anne.

Une fois à l'asile, le calme revient promptement; elle sait, dit-elle, que Léon ne peut pas y venir, et au bout de quelques jours, elle va travailler à la lingerie et vit tranquillement dans la contemplation de son fiancé.

Après plusieurs sorties provisoires, d'abord de quelques heures, puis de journées entières, pendant lesquelles elle parvient à maîtriser son ardeur des recherches, elle obtient son *exeat*.

Les premières semaines se passent sans incident, mais peu à peu elle recommence son manège et ses parents sont forcés de la ramener à l'asile, où elle est entrée neuf fois de 1872 à 1881.

La tenue de cette malade a toujours été très convenable; dans son désir impérieux de voir le fiancé, il n'y a jamais eu que des sentiments platoniques, elle n'a jamais eu l'idée de relations intimes avec lui ni avec d'autres. Elle ne s'est jamais livrée à l'onanisme et, pendant les phases d'excitation, on n'a jamais remarqué ni de gestes, ni de paroles

©BIUM

obscènes, ni de propension à la nymphomanie. Elle est restée constamment érotomane, dans un état d'exaltation amoureuse très chaste.

Dans la seconde observation, il s'agit de M. M..., tailleur, âgé de trente-deux ans, qui, éperdument amoureux de M^lle^ Van-Zandt de l'Opéra-Comique, s'imagine remplir lui-même le cœur de la cantatrice.

Le père de ce malade, très bizarre, a toujours cherché fortune par l'extraction, à l'aide des procédés les plus primitifs, du métal précieux contenu dans de vieux objets dorés qu'il achetait chez des marchands de bric à brac. A la suite de la perte d'un enfant hydrocéphale de seize mois, mort dans les convulsions, il a quitté sa femme, l'accusant d'avoir laissé mourir l'enfant faute de soins.

M. M..., laborieux, rangé, s'était fait remarquer lui-même par quelques singularités; il était vaniteux, avait une haute opinion de son intelligence et parlait à ses parents, à ses amis, d'un ton de supériorité que rien ne justifiait. Il s'occupait d'inventions, de direction de ballon, de vol des oiseaux, sans toutefois abandonner son travail.

Dans le courant de septembre, sa femme part pour le Midi avec sa fille qui avait été malade. Resté seul, il va pour se distraire quelquefois au théâtre. A une représentation de *Lakmé* à l'Opéra-Comique, il lui semble, placé au parterre, qu'il est l'objet de l'attention de M^lle^ Van-Zandt; la cantatrice porte sans cesse ses regards dans sa direction. Très ému, il rentre chez lui et ne dort pas; il a garde de manquer les représentations suivantes; il s'installe à la même place et se croit remarqué par la jeune actrice. Celle-ci, dit-il, le regarde, en plaçant la main sur le cœur, puis elle sourit et, le regardant toujours, elle porte la main à la bouche; de son côté, il lui envoie un baiser et elle continue à sourire.

Elle part pour Hambourg, il l'apprend par les journaux et explique ce départ par le désir de l'attirer auprès d'elle à Hambourg; mais il résiste, dit-il, et ne fait pas le voyage.

Elle revient, et son attitude au théâtre ne varie pas. Elle part pour Nice; cette fois, il n'y avait plus à douter, il se décide à la rejoindre. Dès son arrivée, il se présente chez l'actrice, il trouve la mère qui répond que sa fille ne reçoit personne; tout confus, il hésite, il se trouble et se retire balbutiant des excuses. Au bout de huit jours, il revient à

©BIUM

Paris, très attristé, craignant d'avoir compromis sa bien-aimée. Celle-ci rentre à Paris plus tôt que ne l'avaient annoncé les affiches. Ce retour prématuré ne peut avoir d'autre cause que le désir de le revoir. C'est ainsi que M. M... interprète tous les actes de la cantatrice.

Il renouvelle ses visites à l'Opéra-Comique et il est de plus en plus convaincu de l'amour de Mlle Van-Zandt. Il voit dans un étalage des boulevards une photographie dans laquelle l'actrice, dans son rôle de Mignon, est représentée en pleurs. Pourquoi pleurer, si ce n'est pour lui.

Il l'attend à la sortie du théâtre, ou bien encore, il va se poster à côté de sa demeure pour la voir quand elle rentrera chez elle, pour apercevoir aussi son ombre sur les rideaux, quand elle sera dans son appartement.

Au mois de mai, sa femme revient à Paris, il s'empresse de lui raconter ce qui se passe, son ardent amour pour Mlle Van-Zandt; je sais que j'ai tort, dit-il, mais c'est plus fort que moi; du reste, il me suffit de la voir. Ces révélations sont suivies de brouilles et de scènes de ménage; il ne se décourage pas et continue ses visites à l'Opéra-Comique.

Il manque deux représentations et à la troisième, apprenant par l'affiche que Mlle Van-Zandt indisposée ne jouera pas, il se croit la cause de cette indisposition; elle ne l'a pas vu, elle ne peut pas continuer. Le lendemain, il va au théâtre, elle joue ,plus séduisante, plus aimante que jamais, dit-il; c'est donc visible, elle a besoin de moi. La pièce finie, il court à la porte de l'actrice. Dès que la voiture arrive, il s'approche voulant remettre une lettre; un sergent de ville intervient et l'arrête. Chez le commissaire de police on trouve un revolver sur lui et il raconte, avec toutes les apparences de la sincérité, que désireux de voir Mlle Van-Zandt à la sortie du théâtre, il s'attarde dans les rues et a besoin d'une arme pour se protéger contre des attaques nocturnes; il repousse, avec indignation, le soupçon d'une tentative d'assassinat. Il raconte dans les moindres détails tout ce qui s'est passé et conclut à la vive affection de Mlle Van-Zandt pour lui. Il est conduit à Sainte-Anne dès le lendemain.

Pendant les huit mois d'absence de sa femme, sa conduite a été des plus régulières, son amour pour Mlle Van-Zandt est trop pur pour qu'il songe jamais à abuser des

©BIUM

sentiments si vifs qu'il a inspirés. Maintenant, s'il désire la voir et lui parler, c'est pour s'expliquer, pour dire à Mlle Van-Zandt qu'il l'aime toujours, mais qu'il l'engage à l'oublier, car il n'est qu'un pauvre ouvrier. Il n'a jamais eu d'idées charnelles à son endroit; il avait lu, dit-il, Paul et Virginie, et cet amour chaste et élevé avait pour lui le plus grand charme.

Le troisième érotomane est un jeune élève des Beaux-Arts, dont le casier héréditaire mérite de fixer quelques instants l'attention : la bisaïeule maternelle s'est noyée pendant un accès de mélancolie; l'aïeule maternelle est mélancolique et présente des phases irrégulières d'excitation; la mère est nerveuse et très méticuleuse. Le père toujours irritable est vaniteux et a failli compromettre sa fortune par des acquisitions inutiles et imprudentes.

Une sœur du malade présente des tics de la face.

Une deuxième sœur est parfois en proie à des scrupules, des craintes, des obsessions, qui constituent tout autant de syndromes épisodiques de la folie héréditaire. Dès son enfance, elle craignait les voleurs, et descendait plusieurs fois, même dans la journée, s'assurer que la porte était close. En chemin de fer, elle était sans cesse inquiète, redoutant un déraillement; en bateau, au contraire, elle affrontait sans nulle hésitation les plus gros temps. Au couvent, elle était constamment soucieuse, se figurait ne pas avoir mérité les places que lui valaient ses compositions. Un jour, elle se lamente et se reproche amèrement de n'avoir pas tué une mouche qui pouvait être venimeuse et infecter une de ses camarades. Une autre fois, pendant un voyage, elle détache par mégarde, dans un wagon, un bouton de coussin; elle a causé ainsi un dommage à la compagnie du chemin de fer et redoute de communier avant d'avoir envoyé une indemnité. Enfin, elle n'ose uriner dans le vase de sa chambre, par respect pour un crucifix et une statuette de la sainte Vierge placés à côté du lit; elle va chaque fois dans la pièce voisine. Elle se livre encore à des lavages fréquents, par crainte du poison ou du contact d'objets nuisibles à elle-même ou à d'autres. Elle hésite à déposer des livres de prières sur une table, qu'elle n'a pas essuyé préalablement avec du linge très propre. Dans le monde, elle se tient très convenablement, et rien ne trahit au dehors les troubles auxquels elle est en proie.

©BIUM

Telle est la famille psychopathique à laquelle appartient le malade dont nous allons nous occuper.

De très bonne heure, il se montre bizarre, superstitieux; redoute le nombre 13, n'ose entreprendre aucun voyage, aucun travail le 13, évite ce chiffre en toutes circonstances. Il se livre parfois à des actes étranges dont il n'a jamais voulu donner l'explication, mais la cause probable est une idée superstitieuse : ainsi, à table, après avoir découpé la viande et avant d'avoir commencé à la manger, il en dépose un petit fragment dans l'assiette du voisin ; il fait la même opération pour les autres aliments et s'excuse de ne pouvoir agir autrement; c'est une obsession plus forte que sa volonté. Quelquefois, il pousse subitement un cri, sans motifs apparents, et à celui qui insiste pour en demander la cause, il répond avec indifférence et comme pour dépister l'observateur importun : « J'avais une douleur de côté. »

Au commencement de 1879, il devient soucieux, passe de longues heures la nuit à sa fenêtre ; interrogé, il lui faut dit-il, un idéal, il en a besoin, son idéal c'est Myrtho qui s'est retirée dans une étoile. Il contemple tous les soirs cette étoile, vient la voir avant de se coucher, lui rend hommage, brûle pour elle des essences et de l'encens ; il lui adresse des vers. On a parfois essayé de détourner son attention, de l'accompagner dans sa chambre, de fermer les fenêtres, de l'empêcher de regarder au ciel ; mais c'est peine inutile, dès qu'il est seul, il se relève et ne s'endort qu'après avoir jeté un dernier regard vers Myrtho. Il croit, dit-il, à la métempsychose.

Il a des périodes d'affaissement et de tristesse, dans lesquelles il est découragé, ne se trouve plus capable de travailler, il a du dégoût de la vie et se sent poussé au suicide ; le vide m'attire, dit-il, je voudrais me jeter par la croisée.

Appelé sous les drapeaux pour le volontariat, la vie régulière, les exercices physiques ont favorablement modifié l'état mental, de même que la santé générale. De retour à Paris, au commencement de 1880, M. X... reprend ses études; il se montre gai, expansif et parfois, contrairement à ses habitudes, il se livre, sans mesure, aux plaisirs les plus bruyants.

Cette exaltation et les excès qu'elle provoque, sont suivis

©BIUM

d'une nouvelle phase de dépression avec des préoccupations hypochondriaques, les craintes d'une maladie de la moelle, d'une spermatorrhée.

Un peu plus tard se montrent quelques idées ambitieuses, il laisse pousser la chevelure et la barbe, c'est un vœu, dit-il, de ne couper les cheveux et la barbe qu'après avoir fait un chef-d'œuvre : « Tant que ma pensée restera voilée, reste voilé mon front! »

Parti dans sa famille pendant les vacances, il s'est décidé à faire couper les cheveux et il ne paraît pas avoir commis d'actes trop extravagants.

Cette étude d'ensemble nous a fait connaître une des formes les plus intéressantes sous lesquelles peut se manifester la folie héréditaire. Chez la plupart des sujets dont nous avons eu à nous occuper, avec les anomalies sexuelles, nous avons observé d'autres syndromes épisodiques, des obsessions, des impulsions et des délires variés à début rapide et à évolution irrégulière. Ces délires se distinguent nettement du délire chronique à marche méthodique, régulière, progressive, aboutissant à une systématisation de plus en plus étroite et à la démence.

Les troubles intellectuels de ces dégénérés exercent une action tellement obsédante qu'ils annihilent la volonté et déterminent des actes que celle-ci est impuissante à réprimer. C'est là, au point de vue médico-légal, une des conditions les plus importantes à relever. C'est d'autant plus nécessaire que, malgré leurs apparences raisonnables, ces malades, à la merci de leurs élans impulsifs, ne sauraient être considérés comme responsables. Ce ne sont donc pas de simples originaux, mais bien des psychopathes, de vrais aliénés qui, sous tous les rapports, réclament l'assistance et l'attention du médecin.

M. Falret. — Messieurs, les faits sur lesquels notre honorable collègue M. Magnan vient d'attirer notre attention, ne sont pas seulement intéressants par eux-mêmes, mais aussi par leur application à la pathologie mentale en général. L'observation prouve, en effet, que les perversions génitales, sous diverses formes et à divers degrés, constituent un des côtés symptomatiques les plus curieux à étudier chez les aliénés héréditaires. Non seulement il existe souvent, chez ces malades, des altérations organiques des organes génitaux (cryptorchidie, monorchidie, hypospadias,

©BIUM

épispadias, vices de conformations variés, etc.), mais on observe surtout des troubles nombreux des fonctions génitales, sur lesquels on n'a pas suffisamment appelé l'attention jusqu'à ce jour.

Dans ces dernières années, les auteurs allemands et Westphal en particulier, se sont occupés de cette perversion spéciale, qui consiste dans l'attraction des sexes semblables l'un pour l'autre (*conträre Sexual-empfindung*); mais ce n'est là qu'un des aspects des perversions génitales propres aux aliénés héréditaires, sur lesquelles le Dr Morel a le premier appelé l'attention des observateurs et qui devraient être étudiées avec plus de développement.

Les confidences des malades eux-mêmes, quand ils consentent à parler de ces sujets délicats, et les aveux de leurs femmes, fournissent à cet égard au médecin praticien les documents les plus précieux et les plus intéressants, qui mériteraient de devenir l'objet d'une étude spéciale. Ces perversions très variées peuvent toutes se résumer dans ce fait général, que, chez ces aliénés héréditaires, les divers actes successifs de la fonction génitale sont troublés au point d'exagérer certains temps de cette fonction aux dépens des autres, de manière à aboutir en définitive à l'impuissance. On pourrait, en effet, trouver, dans les traités sur l'impuissance et la stérilité, des faits curieux sur ce point que nous ne faisons qu'effleurer ici.

Ce que nous voulons seulement faire remarquer aujourd'hui, c'est l'importance de ce chapitre oublié de la pathologie mentale, et de l'histoire des folies héréditaires en particulier.

Les folies héréditaires, en effet, ainsi que l'a si bien démontré le Dr Morel dans tous ses travaux, ne sont pas seulement caractérisées par des altérations du caractère, par le désordre des actes et par la bizarrerie des conceptions délirantes; elles offrent en outre toute une symptomatologie de l'ordre somatique, tout aussi importante à étudier cliniquement que la symptomatologie psychique. Les malades, prédisposés dès leur enfance à la folie, présentent toutes les déformations organiques signalées dans le *Traité des dégénérescences* du Dr Morel et dans son *Traité des maladies mentales* (déformations du crâne et des oreilles, asymétrie de la face, tics variés, strabisme, bec-de-

©BIUM

lièvre, bégaiement, etc.) ; ils éprouvent, avant l'époque de la puberté, des phénomènes nerveux choréiformes et des accidents cérébraux divers; on observe chez eux, à cette même époque, toutes les déviations génitales que nous venons d'indiquer sommairement; plus tard, dans le cours de leur existence, ils ont des crises cérébrales subites, souvent très intenses, de nature congestive ou convulsive, qui mettent fréquemment leur vie en danger et auxquelles ils échappent souvent, comme miraculeusement, malgré les pronostics les plus graves portés par les médecins, pour reprendre ensuite complètement leur état antérieur; enfin, ils meurent tous, à moins de complications incidentes, d'accidents cérébraux subits, congestifs ou convulsifs, analogues à ceux qu'ils ont éprouvés à plusieurs reprises pendant leur vie.

Cette symptomatologie générale de l'ordre somatique des aliénés héréditaires ou raisonnants, que nous ne faisons qu'ébaucher ici, dont nous avons déjà entretenu la Société il y a une dizaine d'années, et sur laquelle M. Legrand du Saulle a publié un intéressant mémoire, mérite au plus haut degré de fixer l'attention des observateurs et de devenir à nouveau l'objet d'une discussion au sein de notre Société. C'est un sujet intéressant pour la théorie comme pour la pratique, pour la clinique et pour la médecine légale. Ce serait rendre un véritable service à la pathologie mentale de démontrer que les aliénés héréditaires ou raisonnants, chez lesquels le diagnostic de la folie est souvent si difficile, ne sont pas seulement caractérisés par des phénomènes psychiques, mais aussi par des symptômes physiques très nombreux et très variés. Cela aiderait, en outre, à prouver, comme l'a si bien dit le Dr Morel, que la folie héréditaire ou raisonnante, au lieu d'être placée au sommet de l'échelle de l'aliénation mentale, comme le voulaient Pinel, Esquirol et leur école, dans le point le plus voisin de l'état de raison ou de la sanité d'esprit, doit au contraire être mise au bas de l'échelle, dans la classe des dégénérés les plus rapprochés de l'imbécillité et de l'idiotisme; à cause des lacunes considérables que ces aliénés, du reste intelligents en général, présentent dans l'ordre des fonctions intellectuelles comme dans celui des fonctions physiques.

La séance est levée à six heures. CHARPENTIER.

©BIUM

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1885.

Présidence de M. Dagonet.

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Maury, membre de l'Institut.

2° Une lettre de M. Platou, directeur de l'asile d'Eg (Norwège), qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

3° Une circulaire de M. Fallières, ministre de l'Instruction publique, annonçant que le Congrès des Sociétés savantes, se réunira le 7 avril.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le n° 1 du manicome de Fleurent.

2° Un travail adressé par M. Bitot, professeur honoraire de la faculté de Bordeaux : *Du siège et de la direction des irradiations capsulaires chargées de transmettre la parole.*

Rapport de la commission des finances.

M. Legrand du Saulle. — Rien n'est plus limpide et plus rassurant que la comptabilité de notre compagnie. On va pouvoir en juger par les chiffres suivants :

1° *Caisse de la Société.* — Au 31 décembre 1884, toutes les dépenses payées, nous avions en caisse une somme de 6002 fr. 20, représentée par rente 3 p. 100, 4095 fr. 05 et espèces disponibles 1907 fr. 15.

2° *Caisse Aubanel.* — Malgré la somme de 2400 francs que nous avons distribuée l'an dernier à nos lauréats, il nous restait en caisse, au 31 décembre 1884, une somme de 2194 fr. 45.

3° *Caisse Belhomme.* — Au 31 décembre dernier, une somme de 835 francs était disponible.

Nos recettes sont supérieures à nos dépenses, nous n'avons pas de passif, et, en réunissant les sommes déposées

©BIUM

dans nos trois caisses, nous arrivons à un total général de 9031 fr. 65.

L'année 1884 marquera dans l'histoire de notre compagnie. Au mois de juillet, en effet, a été érigé sur la place de la Salpêtrière le magnifique groupe monumental en bronze représentant *Pinel brisant les fers des aliénés* et orné de deux belles statues décoratives en pierre : *la Science* et *la Bienfaisance*. Sur le piédestal, j'ai fait graver cette inscription : « Au docteur Philippe Pinel, bienfaiteur des aliénés, 1745-1826, la Société médico-psychologique de Paris. »

Tous les passants admirent le monument si digne de l'illustre maître, dont vous avez si gracieusement fait don à la ville de Paris; et, lorsque je contemple tous les matins la grande figure de Ph. Pinel, je suis fier d'avoir pris une initiative qui perpétuera à travers les âges le nom et la libéralité de la Société médico-psychologique.

Je reviens à nos finances, dont l'état est si prospère, et je suis tout naturellement conduit à vous proposer de voter des remerciements à notre trésorier, M. A. Voisin.

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée. M. le président adresse à M. Legrand du Saulle les félicitations de la Société.

Prix Moreau (de Tours) et Belhomme.

M. LE PRÉSIDENT rappelle que la Société doit se prononcer au sujet des prix Moreau (de Tours) et Belhomme.

M. PAUL MOREAU (DE TOURS) informe que sa famille a laissé toute liberté à la Société pour le choix du sujet.

M. LEGRAND DU SAULLE propose de donner ce prix à l'auteur de la meilleure thèse soutenue pendant l'année à la faculté de médecine de Paris sur un sujet d'aliénation mentale.

M. BOUCHEREAU propose que soient admis à participer à ce concours les mémoires, manuscrits, imprimés ou dissertation inaugurales portant sur les maladies mentales ou nerveuses de l'année précédente.

M. PAUL GARNIER. — A la condition qu'il soit fait acte de candidature.

M. CHRISTIAN propose de ne comprendre que les thèses soutenues dans les Facultés de France.

©BIUM

La proposition de M. Bouchereau mise aux voix est adoptée. Ce prix sera décerné en 1886.

M. MOTET, en ce qui concerne le prix Belhomme, fait observer que la famille tiendrait à ce que les atermoiements ne soient pas trop prolongés; elle désirerait que le prix fût délivré en 1886 et que la question portât autant que possible sur l'idiotie.

M. BOUCHEREAU propose de ne pas préciser la question et d'admettre tout sujet ayant trait à l'idiotie.

M. BALLET. — Les questions sur l'anatomie pathologique de l'idiotie ont été traitées, mais sont éparses; un travail pourrait être tenté à ce sujet, par exemple : « Des lésions cérébrales dans l'idiotie. »

M. FOVILLE propose : tout travail relatif à l'idiotie et de préférence sur l'anatomie pathologique des centres nerveux de l'idiotie.

La proposition de M. Foville mise aux voix est adoptée.

Le prix Belhomme de 1,200 francs sera donné dans la séance générale de 1886; les travaux relatifs à ce prix devront être déposés avant le 31 décembre 1885.

Rapports de candidatures.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, je viens au nom d'une commission composée de MM. Foville, Bigot et moi, vous faire un rapport sur la candidature, au titre de membre correspondant, de M. le Dr Camuset. Nulle tâche ne pouvait m'être plus agréable, et quelques mots suffiront pour vous convaincre que notre confrère, que la plupart d'entre vous connaissent, et que tous estiment, est digne à tous égards de faire partie de notre Société.

D'abord interne à l'asile de Bonneval, M. Camuset est, depuis plusieurs années, attaché en qualité de médecin adjoint, à l'asile de Vaucluse. Depuis cette époque, M. Camuset est devenu un des collaborateurs les plus assidus des *Annales médico-psychologiques*; vous y pouvez lire, dans chaque numéro, de nombreuses analyses d'ouvrages et des travaux critiques sur les principales publications ayant trait aux maladies mentales. Mais de plus vous y trouverez des mémoires originaux sur les questions à l'ordre du jour. Je me bornerai à citer :

©BIUM

1° Une note *sur la prédominance actuelle des formes dépressives de la folie paralytique*;

2° Une contribution à l'*étude des pseudo-paralysies générales d'origine alcoolique*;

3° Un travail sur les *lésions de la dure-mère crânienne dans la paralysie générale*.

Je ne vous ferai pas, Messieurs, l'analyse de ces travaux: vous les avez certainement tous lus, et vous y avez trouvé, comme moi, la preuves d'habitudes laborieuses, de connaissances étendues, et d'un sens clinique très droit et très judicieux.

La Société médico-psychologique n'aura qu'à se féliciter de compter M. Camuset parmi ses membres correspondants; votre commission ne saurait présenter à vos suffrages un confrère plus sympathique et plus méritant.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M. Camuset est nommé à l'unanimité membre correspondant.

M. Paul Garnier. — Messieurs, vous avez, dans votre dernière séance, désigné une commission composée de MM. Foville, Ritti et Paul Garnier, à l'effet de vous présenter un rapport sur les travaux de M. A. Mairet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, candidat au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Nommé, au concours de juillet 1873, interne de l'hospice général des aliénés de Montpellier, M. A. Mairet de suite captivé par l'intérêt si grand qui s'attache à l'étude de la pathologie mentale, se mit au travail avec ardeur, s'engageant dès lors résolument dans une voie où nous le verrons marcher brillamment

La pathogénie des illusions et des hallucinations compte certainement parmi les questions les plus difficiles, et, en même temps, les plus controversées de la psychiatrie. Il en est peu, en effet, qui exigent des connaissances aussi approfondies sur la physiologie cérébrale et la psychologie normale et morbide; il en est peu, enfin, qui veulent être traitées avec autant d'esprit critique et un plus réel talent de savante et délicate analyse.

En dépit des difficultés de cette étude, M. A. Mairet n'hésita pas à choisir, comme sujet de sa thèse inaugurale,

©BIUM

les sensations pathologiquement faussées. « De l'illusion en général. Des sensations visuelles comme causes d'illusions, » tel est le titre de sa thèse inaugurale, soutenue en 1876, travail auquel il s'était, en quelque sorte, essayé dans divers articles insérés dans le *Montpellier médical* (1875 et 1876).

Lorsqu'on aborde une pareille étude, la confusion des termes généralement admis, n'est pas un des moindres obstacles à surmonter. *Sensation, perception simple, idée figurative,* telle est la série d'actes plus ou moins compliqués par lesquels l'homme se met en relation avec le monde extérieur.

Mais qu'est-ce, au juste, qu'une sensation? Ici déjà, que de divergences dans la manière d'interpréter ce phénomène! Et cependant, fut-il jamais plus nécessaire de s'entendre, sous peine de discussions absolument stériles?

« Quand un objet vient frapper la rétine, dit M. Mairet, il produit une impression sur cet organe. Y a-t-il alors seulement une impression? Il y a évidemment quelque chose de plus; une transformation de forces se fait à ce niveau; ce n'est plus de la lumière qui est transmise au cerveau; une modification intime, dont l'essence nous échappe, se produit alors. Cette transformation, cette modification demandent un nom, et c'est à elles que je donne celui de *sensation.* Le siège de la sensation, ainsi comprise, ne peut être que dans la membrane où vient s'épanouir le nerf chargé de conduire la sensation aux centres nerveux. »

D'autre part, comment se fait la transformation de la sensation en idée? Trois théories, on le sait, sont en présence : *nativistique, psychologique* et *empiristique.* C'est cette dernière dont M. Mairet se déclare partisan, en se fondant sur les expériences d'Helmholtz, sur l'observation des malades et plus particulièrement sur le mode de production de certaines illusions.

Ayant ainsi eu soin d'établir sur quelle base physiologique il entend s'appuyer, l'auteur passe directement à l'étude de l'illusion, envisagée d'une manière générale, et explique comment il faut, d'après lui, concevoir ce phénomène qu'il définit ainsi : « *L'illusion est une idée figurative, résultat, soit d'une sensation anormale, soit d'une sensation anormalement transformée, sensation que l'intelligence ne rectifie pas ou que, entraînée par l'imagination ou*

©BIUM

dominée par une idée, elle interprète dans le sens de cette dernière.

Sous le nom d'*illusions subjectives*, il décrit ensuite les hallucinations, dites psycho-sensorielles par M. Baillarger, et dans lesquelles le trouble est provoqué par une lésion des organes périphériques.

Dans un dernier chapitre, M. Mairet étudie les sensations visuelles comme causes d'illusions et s'efforce de montrer le rôle de la rétine dans la production de ces perversions sensorielles, qui peuvent ainsi être dues à des altérations des milieux de l'œil, et insiste sur ce fait, à savoir que les illusions de la vue ne sont pas simplement le résultat d'une sensation anormale, mais qu'elles peuvent encore se produire pendant la transformation de cette sensation en idée.

Bien que ce travail sur les illusions n'embrasse qu'une partie de cette vaste question, il n'en constitue pas moins un effort réel en vue de l'élucidation de bien des points encore obscurs, ou en litige : il porte la marque d'un esprit réfléchi, sagace et érudit, qui n'accepte qu'après un sérieux contrôle, les faits qui se présentent à son examen. Messieurs, il est complètement admis, de nos jours, que la paralysie générale comporte toutes les variétés de délire, et depuis les travaux de M. Baillarger, notamment, tous les traités classiques mentionnent une forme dépressive ou mélancolique de l'encéphalite interstitielle diffuse que l'on voulait, autrefois, caractériser uniquement par les idées expansives ou ambitieuses. L'individu radicalement atteint dans son intelligence, est tantôt torpide, demi-stupide, reste inerte et garde un mutisme plus ou moins absolu ; ou bien, en proie à des craintes vagues et enfantines, à des idées confuses de persécution, à des préoccupations hypocondriaques, il manifeste du découragement, des appréhensions ou une véritable terreur : c'est donc un d[illegible]ment du fait de la profonde altération de ses facultés intellectuelles; c'est de plus un mélancolique par son aspect général et ses dispositions morales.

Il a été donné à M. Mairet, comme à tous ceux qui ont observé un assez grand nombre de paralytiques généraux, d'en rencontrer qui rentraient dans cette variété qui est loin d'être rare, du reste.

En pratiquant l'examen nécropsique de ces malades, il

©BIUM

a bien trouvé, en effet, les lésions ordinaires de la paralysie générale. Mais voici où commence l'originalité de ses recherches, de ses constatations et des interprétations auxquelles il a été conduit : au lieu, dit-il, d'avoir affaire à des lésions diffuses, il a dû reconnaître qu'il s'agissait, en ces cas, d'un processus désorganisateur limité, dans son action, à une région nettement déterminée et localisée. Rapprochant les données fournies par l'anatomie pathologique de celles que lui a procurées la clinique, il en est arrivé à cette conviction, à savoir que ces faits, caractérisés pendant la vie par un mélange de délire mélancolique et de démence organique, à l'autopsie, par une périencéphalite localisée, constituaient un type morbide à part, une véritable entité ayant ses symptômes et ses altérations anatomiques qui lui sont propres.

Telle est la nouvelle individualité pathologique que M. Mairet a cherché à constituer sous le nom de « démence mélancolique », titre d'un important ouvrage publié en 1883.

Afin de justifier l'introduction de cette forme de maladie mentale, dans le cadre nosologique, notre distingué confrère de Montpellier a déployé dans ce travail toutes les ressources d'un clinicien expérimenté : non content des preuves que lui fournissaient l'observation des malades et les résultats de l'examen anatomo-pathologique, il ira jusqu'à se prévaloir de l'expérimentation sur les animaux pour démontrer que la nature dépressive du délire, chez ses malades, est conditionnée par le siège de l'altération cérébrale. Mais il nous faut suivre quelque peu l'auteur dans l'exposition générale de ses idées et de ses théories.

Dès les premières pages du livre sur la « démence mélancolique » sont produits de nombreux faits cliniques destinés à servir de base à la démonstration. A la lecture de ces observations, le diagnostic qui semble s'imposer à l'esprit est bien celui de paralysie générale, mais, au dire de M. Mairet, ce ne serait là qu'une apparence, et, en réalité, il s'agit bien, selon lui, d'une forme spéciale, susceptible d'être différenciée de l'encéphalite interstitielle diffuse.

Après une période prodromique plus ou moins longue, apparaît rapidement, souvent même brusquement, un délire à forme mélancolique pouvant occuper pendant un

©BIUM

certain temps toute la scène pathologique, ou être accompagné, dès le début, quelquefois même précédé, par des signes révélateurs d'un affaiblissement radical de l'intelligence et d'une lésion organique du cerveau. Ces symptômes de lésion organique, de démence, de délire, s'associent dans des proportions variables : les deux premiers s'affirment généralement de plus en plus; la maladie suit une marche progressive, soit continue, soit rémittente; parfois, au contraire, il semble qu'elle puisse rétrocéder en partie; enfin elle se termine de manières diverses.

Telle est la symptomatologie générale de la *démence mélancolique*, qui se résume donc dans l'association d'un délire à forme dépressive et d'une démence à évolution contemporaine; mais cette démence d'emblée ne peut être évidemment que sous la dépendance d'une altération organique du cerveau. L'examen anatomo-pathologique révèle, en effet, l'existence de cette lésion, de tous points, semblable, du reste, à celle qui caractérise la paralysie générale, sauf cette différence que, au lieu d'être diffuse, elle est limitée à une région déterminée. Dans les cas de démence mélancolique les altérations se rencontrent seulement à la base du cerveau, sur les lèvres de la scissure de Sylvius, principalement la lèvre inférieure, et s'étendent sur les circonvolutions temporo-sphénoïdales, et l'hippocampe.

S'emparant alors de cette notion fournie par l'anatomie pathologique, M. Mairet est amené à se demander s'il ne serait pas possible d'établir une corrélation entre la forme dépressive du délire et le siège de la lésion, en un mot, s'il ne conviendrait pas de localiser le siège des sentiments tristes dans cette région du cerveau que l'on trouve altérée chez les déments mélancoliques. A ce point de son étude, l'argumentation destinée à faire valoir le bien fondé de l'interprétation nouvelle, concernant la physiologie pathologique du délire mélancolique, devient vive et pressante, les preuves s'accumulent, l'auteur faisant tour à tour appel aux données de la clinique et de l'anatomie pathologique, invoquant notamment le fait de la limitation ou au moins de la prédominance des lésions à la partie convexe du cerveau chez les déments paralytiques généraux ambitieux et excités, et citant de nombreux exemples à l'appui.

A toutes ces considérations, M. Mairet a encore voulu

©BIUM

ajouter, ai-je déjà dit, le témoignage fourni par l'expérimentation sur les animaux. C'est ainsi qu'il relate plusieurs expériences entreprises sur des chiens, d'où il résulet que des destructions opérées sur les lobes sphénoïdaux provoquent de la tristesse, de l'abattement, de la stupeur, modifications psychiques qu'il n'a point obtenues en déterminant des altérations analogues sur la convexité du cerveau.

Par ces quelques aperçus, il est permis de suivre, dans ses grandes lignes, le plan général de l'ouvrage et de se rendre compte des moyens mis en œuvre pour arriver à constituer un nouveau type morbide, préciser l'attribution fonctionnelle d'une région spéciale du cerveau et ajouter ainsi une notion de première importance à nos connaissances sur les localisations cérébrales.

Sans doute, la lecture de ce livre ne portera pas la conviction dans tous les esprits, à l'endroit de la réelle existence de la « démence mélancolique », à titre d'entité morbide, et beaucoup resteront persuadés, malgré le talent déployé par l'auteur, que la plus grande partie, sinon la totalité des faits relatés par M. Mairet, ne sauraient être différenciés de la paralysie générale.

Peut-être aussi, sans parler des réserves à faire au sujet de la portée des résultats expérimentaux que nous avons signalés, reprochera-t-on à notre savant confrère de Montpellier, de n'avoir pas suffisamment vérifié, dans une question où tout porte sur une distinction difficile et délicate, si les lésions qui lui ont paru localisées, ne se complétaient point par l'existence d'un processus morbide généralisé, *quoique peu apparent*, et de n'avoir point, notamment, songé à parfaire l'examen anatomo-pathologique, par la recherche des proliférations conjonctives épendymaires. En insistant sur l'absence de pareilles altérations, il eût fourni un argument de plus, et non un des moindres, contre l'encéphalite interstitielle diffuse.

La tentative de M. Mairet n'en est pas moins des plus intéressantes et mérite assurément toute notre attention. Elle est à coup sûr originale, hardie et susceptible de provoquer de nouvelles recherches dans le même ordre d'idées.

Sans faire mention des nombreux travaux du savant professeur de la Faculté de Montpellier sur la pathologie ordinaire et la thérapeutique, j'aurais encore, messieurs, à

©BIUM

vous parler de diverses autres publications concernant la spécialité. Contraint de me limiter, je relève seulement, au passage, quelques titres : « *Attaques épileptiformes jouant le rôle de crise dans un cas de manie* (Montpellier-méd. 1880). — *Rapports entre les lésions de la sphère génitale et l'aliénation mentale* (*ibid.* 1880).

Enfin, parmi ses travaux les plus récents, il en est un que je ne saurais passer sous silence.

Avec un zèle scientifique dont on ne saurait trop le louer, M. Mairet s'est efforcé, à l'aide de longues et patientes recherches, de préciser le rôle biologique de l'acide phosphorique chez l'homme sain, de déterminer la valeur de l'élimination de cette substance dans les produits de l'excrétion urinaire, chez l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique, et de discerner, ainsi, l'action qu'exercent ces maladies sur les échanges qui se passent au sein du système nerveux.

Ce mémoire intitulé : *Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique*, porte la date de 1884.—Sans prétendre donner un compte rendu de cette étude qui, par sa nature même, échappe à toute analyse, il est nécessaire, au moins, d'en noter les résultats principaux.

L'acide phosphorique est intimement lié à la nutrition et au fonctionnement du système nerveux. Ce qui est du reste la confirmation de la formule connue : « *pas de phosphore, pas de pensée.* »

Le cerveau, en fonctionnant, absorbe des phosphates alcalins et rend des phosphates terreux.

Au point de vue des modifications dans l'élimination de l'acide phosphorique chez l'aliéné, M. Mairet étudie plus spécialement la manie et la lypémanie.

Dans la manie, il y a augmentation de l'azote et des phosphates alcalins, augmentation qu'on peut considérer comme intimement liée à l'élément agitation, qui suractive les échanges nutritifs.

Quant à la lypémanie, elle modifie l'élimination de l'acide phosphorique en augmentant le chiffre des phosphates terreux, et en diminuant le chiffre des phosphates alcalins, absolument comme le fait tout travail intellectuel en ralentissant la nutrition générale.

Cette similitude dans les effets produits par la lypémanie et le travail intellectuel ne peut, suivant M. Mairet,

©BIUM

s'expliquer que par une similitude d'action, de ces deux états.

Dans l'épilepsie, en dehors des attaques, l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique par les urines n'est pas modifiée, mais pendant le cours des paroxysmes, la quantité de ces substances est accrue par suractivité des échanges qui se passent au sein du système nerveux.

Votre commission, Messieurs, se plaît à reconnaître toute l'activité scientifique persévérante dont fait preuve notre confrère, activité qui tour à tour se dépense en recherches cliniques, anatomo-pathologiques, expérimentales et biologiques. Au laboratoire comme au lit du malade, nous le voyons toujours en quête de notions nouvelles, déployant à la poursuite du but qu'il veut atteindre un zèle infatigable, procédant d'après une méthode précise et sûre, s'adonnant avec une remarquable souplesse d'esprit à des travaux multiples et variés.

Vous connaissez sa haute situation à la Faculté de médecine de Montpellier. Elève de l'éminent professeur Cavalier, auprès duquel il remplit les fonctions de médecin adjoint, à l'asile public de l'Hérault, l'honorable candidat s'est acquis depuis longtemps déjà, vous le voyez, des titres fort recommandables à vos suffrages.

Aussi, Messieurs, est-ce avec un empressement véritable que votre commission vous propose de faire droit à la demande de M. Mairet, en le nommant membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Mairet est nommé, à l'unanimité, membre correspondant.

Analyse d'un rapport médico-légal du Dr Miraglia sur un cas d'homicide.

M. Motet.—Messsieurs, j'ai eu l'honneur, dans la séance précédente, de vous faire hommage, au nom de M. le Dr Miraglia, de Naples, notre collègue, d'un travail publié par lui. Je l'avais lu avec le plus vif intérêt, et j'ai pensé que vous partageriez l'impression qu'il m'avait laissée, si je vous le faisais connaître. Je vous apporte donc, non pas une traduction complète, mais une analyse aussi fidèle que possible, dans laquelle je laisserai parler l'auteur, le savant médecin que vous connaissez tous.

Il s'agit, Messieurs, d'une expertise médico-légale faite

©BIUM

par M. Miraglia. Voici, avant toute discussion, l'historique de l'affaire.

Le 13 avril 1884, dans la soirée, à la caserne de Pizzo-Falcone habitée par le 19e régiment d'infanterie, après l'appel du soir, quelques soldats de la 5e compagnie se disputaient. Le caporal Roncoroni craignant qu'ils n'en vinssent aux mains, donna l'ordre de se taire au soldat Zanoletti, et engagea le caporal Trovato à se retirer dans sa chambrée. A ce moment entrait le soldat Misdea qui, se tournant vers le caporal Roncoroni, lui dit : « Qu'est-ce que cela veut dire, aller dans la chambrée ? Peut-être parce qu'il est Calabrais? » et il le prit par sa tunique, tandis que l'autre cherchait à le calmer. Le soldat Pietro Codara voulut s'interposer, il fut repoussé par Misdea qui lui dit : « Ne m'ennuie pas, parce que ce soir il me passe des frissons par la tête, et je suis bon pour répondre à qui voudra se mesurer avec moi, l'un après l'autre. » Alors Codara lui donna un soufflet, Misdea chercha à s'armer de son sabre-baïonnette, mais il fut retenu par le soldat Vincenzi qui lui prit les deux bras. Misdea prononça alors ces paroles : « Codara, cette nuit je te couperai la tête. »

Le soldat Codara informa de cette menace le sergent Cane, déclarant que cette nuit-là il ne coucherait pas dans la chambrée, croyant Misdea capable de faire ce qu'il avait dit. Le caporal punit celui-ci de la prison. Misdea, de plus en plus irrité, s'écria : « A moi qui ai été souffleté, la prison? »

Le calme s'étant rétabli, Codara va s'asseoir sur le lit d'un de ses camarades, et se met à parler avec d'autres soldats qui se trouvaient là. Personne ne s'aperçoit que Misdea a traversé la chambrée, qu'il a pris son fusil, qu'il s'est rendu à son lit, a tiré des cartouches de sa giberne et qu'il a chargé son arme.

Quelques minutes se passent, et l'on entend un coup de fusil dont le projectile atteint le soldat Zanoletti qui tombe à terre en gémissant. Un second coup atteint à la joue gauche le caporal Pistone qui, à ce moment, entrait dans la chambrée et qui vit Misdea le fusil abaissé; il faisait sombre, la seconde lampe s'était éteinte à la première explosion, les vitres étaient tombées en éclats. Un troisième coup siffla derrière le soldat Vincenzi qui fuyait, Misdea tira encore trois autres coups.

©BIUM

Le caporal Bono, le soldat Storti, et le soldat blessé Zanoletti, marchant à quatre pattes sous les lits, cherchaient à atteindre le fond de la chambrée, ils étaient à chaque instant arrêtés par les coups de fusil qui se succédaient dans cette direction; ils purent cependant franchir le mur qui sépare la 5e de la 7e chambrée.

Dans le dortoir des sous-officiers où logeaient les sergents Cane et Ragni de la 5e compagnie (cachés ailleurs pour le moment), le sergent Danesi de la 6e, le sergent Lani de la 7e, s'étaient réfugiés le caporal Roncoroni, le caporal major Morzillo et le soldat Mellara. Pendant que ces derniers étayaient la porte sans serrure avec deux fusils et un manche de balai, Misdea criant cherchait à l'enfoncer; n'y pouvant parvenir, il tire un coup de fusil dont le projectile traverse la porte, et fait dans l'aine une blessure mortelle à Roncoroni qui tombe à terre. Danesi et Morzillo se cachent dans un coin après avoir éteint la lumière; Mellara épouvanté gagne la fenêtre, et après un instant d'hésitation saute dans la cour. Misdea pénètre dans la chambre, demande au blessé Roncoroni où sont les sergents Cane et Ragni; il tire encore plusieurs coups dans la direction de leurs lits et sort.

Courant à la recherche des sergents Cane et Danesi et du soldat Codara, Misdea tira encore plusieurs coups de fusil dans la direction des latrines et se dirigea vers une porte qu'il enfonça à coups de crosse, puis il revint vers les latrines où plusieurs soldats s'étaient réfugiés. Il donna l'ordre aux soldats siciliens et calabrais de sortir un à un. A cette injonction, un soldat se jette dans la fosse, suivi de deux autres. Misdea décharge son arme, tue Cari, un Sicilien, et Feriato, de Forli, qu'il avait promis d'épargner parce que c'était un conscrit; malgré cette promesse, il fait un pas en arrière, lui tire à bout portant un coup dont la balle traverse la poitrine de Cari et va atteindre encore le soldat Ciccarelli qui tombe mort. Les soldats Cappello, atteint à la face, et Gay grimpent à une fenêtre, se tiennent un moment suspendus en dehors, leurs forces les trahissent, ils tombent dans la cour, le premier se tue, le second se blesse grièvement.

Misdea tire encore dans toutes les directions en criant : « Sergents Cane, Danesi, Gay et Condardi (qu'il savait absents du quartier), sortez donc, je veux vous écharper; »

©BIUM

et il décharge d'autres coups de fusil dans la direction de la chambre des sous-officiers et le long du passage de la chambrée. Il s'approche du lit du caporal-major Condari qui n'était pas encore couché et le suppliait de ne pas le tuer; il lui ordonne de ne pas bouger, qu'il ne le tuerait pas, parce qu'avec les autres il s'était délivré de ses caprices, qu'il y en avait assez pour mettre dans les journaux.

Sur ces entrefaites, le sergents Subry du 6e bersagliers, et le trompette Circelli escaladant un petit mur qui de la chambrée conduit près de la chambre où était Misdea, l'aperçurent, il leur cria : « Qui est là? » et en même temps il tira dans leur direction un coup de fusil qui atteignit Subry au genou. Circelli se jeta à terre et, sans être vu, il passa sous un lit, et en rampant, il arriva auprès de Misdea et de Condari qui le suppliait; alors sortant de sous le lit, il se précipita sur le forcené qui tira encore un coup de son arme sans atteindre personne, et le frappa à la tempe avec le canon. Alors à la lutte qui s'engagea entre eux trois, accoururent des soldats qui à grand peine purent lier ce furieux qui menaçait encore.

Il fut transporté au château de l'OEuf, et on le laissa garrotté dans une cellule jusqu'au matin.

Dans une demi-heure, il avait tiré cinquante-deux coups de fusil, il restait dans sa giberne une cartouche qu'il avait dit à Condari avoir gardée pour lui-même.

Dans ce carnage, il y avait eu trois blessés; le caporal Ronconi, les soldats Cappello, Cari, Ciccarelli, Rollengo, le Russe, et Zanoletti étaient morts.

Transporté dans un cachot, Misdea fut soumis le 22 mai à un examen prolongé de la part des experts. L'accusation et la défense avaient chacun les leurs. M. Miraglia nous montre Misdea absolument indifférent à toutes les recherches faites sur lui « avec le secours des machines, des instruments en honneur dans l'école moderne ». La débilité mentale de l'accusé n'exclut pas l'astuce chez lui. Il est soupçonneux, il a la vanité du mal. C'est un grand enfant, avec le front bas, mal conformé, étroit au plus haut degré, avec la région temporale très large au-dessus et derrière les oreilles; un léger strabisme existe. Aux paroles qui pouvaient exciter ses appétits sanguinaires, on le voyait rougir et s'agiter. Cependant, à un moment, il pleura, en disant que, se souvenant d'avoir été il y a quelques années

©BIUM

frappé par son frère Michel, il l'aurait tué aussitôt son retour à Girifalco.

Lorsqu'on vint faire son portrait, il se montra très joyeux, très vain d'avoir son image. Il s'assit tranquillement, mais de temps en temps il s'agitait ; il demandait à se reposer. Puis, à peine quelques instants furent-ils passés, qu'il accorda cinq minutes pour terminer son portrait, et ne consentit à poser que si M. Miraglia se mettait devant lui, la montre à la main. Quand l'aiguille marqua la dernière des cinq minutes, il se leva tout à coup en disant : C'est fini, le portrait est terminé. On ne put le prendre que de profil, il ne voulut pas poser de face. Cela fut d'autant plus regrettable qu'on eût pu voir la malformation de la tête dont la moitié droite était plus développée que la moitié gauche, l'asymétrie était évidente. Le diamètre horizontal, passant d'un conduit auditif à l'autre, avait son extrémité droite plus élevée que l'extrémité gauche. L'inégalité des hémisphères cérébraux était révélée par un développement plus marqué en sens contraire de la face dans la région crânienne postérieure.

Au cours de l'instruction, pendant les débats, il fut démontré, comme l'avaient d'ailleurs établi les experts de la défense, que Misdea, depuis son enfance, avait toujours eu un caractère des plus difficiles. Il était irritable, fantasque, naturellement sauvage et cruel, il avait résisté à tout système d'éducation ; grossier, incorrigible, il était de plus épileptique, la difformité et l'asymétrie de la tête ont toujours existé. Il appartient à une famille d'aliénés et d'épileptiques. Quand on apprit dans son pays la nouvelle du meurtre du 13 avril, on dit que c'était là un effet de son terrible caractère, on eût pu ajouter aussi, et de ses prédispositions héréditaires. M. Miraglia nous donne dans un tableau trop significatif, la généalogie de Misdea. Sa famille, véritable type d'hérédité morbide, compte treize membres, dans deux générations, presque tous sont fous. La troisième génération commence par un individu obscène.

L'accusation fut impitoyable ; elle prit l'affaire par son côté dramatique, elle fit appel à la sévérité de la Cour au nom de la discipline, au nom de l'exemple, et rejetant dédaigneusement tous les arguments des médecins experts, elle fit comprendre que l'accusé, quelles que fussent les

©BIUM

1° AIEUL DE MISDEA

Faible d'esprit.

1° Oncle	2° Oncle	3° Oncle	4° Oncle	Misdea père
imbécile.	Bizarre, irascible, excité.	Bizarre, irascible, tendances homicides.	Imbécile, entêté, crédule, irascible.	Ivrogne, bizarre, prodigue, irascible, — marié à une femme hystérique ayant deux frères, l'un brigand, l'autre voleur.

—	—	—	—				
1° Cousin idiot.	2° Cousin Aliéné, maintenu dans un asile depuis plusieurs années.	3° Cousin idiot. 4° Cousin Imbécile, violent.	1° Frère Buveur, obscène, épileptique, condamné pour coups et blessures. Neveu Obscénité précoce.	Savator Misdea	3° Frère sain	4° Frère Buveur, violent.	5° Frère Indocile.

©BIUM

défectuosités de son intelligence, devait expier un crime épouvantable.

M. Miraglia, pour lequel l'énormité du crime ne pouvait être un argument ni pour ni contre l'accusé, cherchait ailleurs les éléments d'une appréciation scientifique. Il montrait Misdea épileptique sous la forme vertigineuse, ayant toute sa vie présenté les troubles du caractère des épileptiques ; il insistait sur les antécédents héréditaires établis de la manière la plus précise ; il faisait valoir l'importance de la malformation crânienne et cérébrale de cet homme, et protestait hautement contre la prétention singulière de l'accusation de refuser d'admettre qu'on puisse être un aliéné et s'exprimer d'une façon correcte, qu'on puisse être un aliéné et faire preuve d'une préméditation et d'un cynisme révoltants. Et reprenant alors toute la vie de Misdea, en faisant ressortir toutes les excentricités, tous les actes de violence, s'appuyant sur les dépositions même des témoins dont la plupart, qu'ils fussent à charge ou à décharge, reconnaissaient que Misdea était plus qu'une intelligence irrégulière, un impulsif dangereux, il déclarait aliéné, irresponsable, l'homme qui avait tué dans un accès de fureur pathologique.

Un seul point de l'argumentation de M. Miraglia nous a paru un peu trop laissé dans l'ombre.

Qu'on ne prenne pas l'expression de ce désidératum pour une critique, nous ne savons pas tout ce qui s'est passé devant la Cour, et peut-être a-t-il été fait une allusion, plus accentuée que nous ne l'avons trouvée dans la brochure, à l'état de Misdea, dans la journée du 13 avril.

Il est certain que cet homme avait bu du vin, du rhum à plusieurs reprises, dans la journée, qu'il était excité déjà quand il eut une discussion avec un cocher, contre lequel il dégaîna dans la rue ; qu'à son retour à la caserne, l'excitation alcoolique persistait, et que l'altercation qu'il eut avec d'autres soldats, le soufflet qu'il reçut, la punition qui lui fut infligée, exaltèrent encore ses dispositions naturelles à la violence. Certes, s'il ne se fût agi que d'un ivrogne vulgaire, arrivant au paroxysme de la colère en vertu seulement de l'excitation alcoolique amenée par les excès manifestement volontaires de la journée, nous nous sentirions peu disposés à l'indulgence, mais qui ne voit que l'alcool n'a fait dans cette douloureuse aventure qu'ap-

©BIUM

porter l'appoint d'excitation qui manquait pour faire de Misdea, toujours violent, toujours menaçant, toujours prêt à l'attaque, un impulsif incapable de se maîtriser, obéissant sans résistance possible aux pires entraînements?

L'accusation trouvait des arguments dans la longue durée de la scène de carnage, dans les propos mêmes de l'accusé ; M. Miraglia répondait que l'épileptique peut se comporter ainsi, et il en donnait des exemples ; au courant de notre littérature médicale, c'est à nous qu'il demandait des preuves et il en trouvait dans le cas de Michot, qui en moins de vingt minutes tuait six personnes à coups de croissant à élaguer les arbres, et au nom de la science, fort de l'appui que lui apportait M. Merville, avocat général à la Cour de Lyon, disant : « C'est plus encore par leurs antécédents que par leurs discours que se révèlent certains aliénés ; ce serait faire preuve d'une étrange fatuité, que de vouloir substituer sa propre appréciation aux témoignages des hommes qui ont fait de l'étude de la folie l'objet des travaux de toute leur vie. »

Misdea, malgré de courageux efforts, fut condamné et fusillé. La discipline militaire y aura-t-elle gagné beaucoup, et la mort d'un malheureux aliéné aura-t-elle servi à réprimer les rebelles à la discipline, ou les aliénés comme lui? Il est permis d'en douter. Il y a quelques jours à peine, dans des conditions qui paraissent à peu près analogues, un soldat italien a tué quatre de ses camarades. Aussi partageons-nous les sentiments de tristesse que la mort de Misdea inspire au médecin qui a vécu de si longues années au milieu des aliénés, qui les connaît si bien, et qui n'a pu réussir à arracher au piquet d'exécution un malheureux fou qu'il considérait comme irresponsable.

Nous savons bien, Messieurs, que lorsqu'il s'agit de juger à distance, il faut se garder de se laisser prendre par des sentiments de compassion qui parfois peuvent égarer ; mais dans l'espèce, nous avons devant nous un de nos collègues dont nous connaissons la vie laborieuse, il est venu, spontanément, soumettre à nos appréciations la conduite qu'il avait cru devoir tenir ; il semblait nous dire: « voilà ce que j'ai fait, voilà les données scientifiques sur lesquelles j'ai essayé d'arracher à la mort un homme que je croyais irresponsable, jugez-moi, à votre tour. »

J'ai pensé, Messieurs, que votre jugement adoucirait

©BIUM

pour M. Miraglia l'amertume d'une défaite après un combat généreux, et je vous remercie, en son nom, de m'avoir permis de mettre sous vos yeux son intéressant travail.

M. DAGONET approuve les conclusions du Dr Miraglia ; il rappelle à ce sujet qu'il a eu à Stéphansfeld un individu nommé Bousquet, halluciné aux yeux de tous, coupable d'avoir tué son capitaine. Malgré les conclusions de M. Sédillot qui soutenait qu'il était fou, il fut condamné à mort; c'est à ce moment qu'on l'envoya à Stéphansfeld pendant qu'on cherchait à obtenir de commuer sa peine; sur ces entrefaites, il succomba à une gangrène du poumon; il est regrettable qu'à l'époque du recrutement, on n'ait pas tenu compte de ses antécédents.

Rapport sur un nouveau traitement des convulsions hystériques du Dr Solivetti.

M. MOREAU (DE TOURS). — *Des convulsions hystériques* : tel est le titre d'un mémoire que le Dr Solivetti, médecin du manicome de Rome, m'avait chargé d'offrir en son nom à la Société médico-psychologique. L'importance de ce travail méritait plus qu'une simple mention et vous avez bien voulu me confier, Messieurs, le soin de vous en présenter une analyse.

Le but de l'auteur est d'attirer l'attention du corps médical sur une méthode spéciale de l'application de l'électricité dans le traitement des convulsions hystériques, sur les effets qu'il en a retirés et sur les études auxquelles elle l'a conduit. Que l'on ne croie pas, dit-il, que le champ d'exploration soit épuisé parce que, dans les temps anciens, l'application de l'électricité dans le traitement de l'hystérie et des convulsions était une pratique tout à fait empirique et quelquefois empreinte de charlatanisme. De nos jours il n'en est plus ainsi, grâce aux travaux des électriciens qui ont su mettre à profit les savantes recherches des physiologistes. A l'application locale fut substituée l'application générale et après les travaux de Erb, Benedickt, Jolly, Eulenburg, Longet, Halst, Charcot, Vigouroux, etc., il semblerait que le dernier mot ait été dit sur ce sujet ; mais, comme vous le savez, Messieurs, le but que poursuivaient tous ces habiles expérimentateurs était l'introduction dans

©BIUM

l'organisme humain de cette puissance fluide, soit afin d'en augmenter la quantité normale, soit afin de modifier les courants nerveux ou pour produire une excitation sur les nerfs périphériques ou sur les nerfs vaso-moteurs, ou enfin pour provoquer des phénomènes réflexes.

Personne, cependant, n'a jamais songé à essayer à agir en sens contraire, c'est-à-dire cherché à soustraire une partie de ce fluide. Un grand nombre de cliniciens sont d'avis que plusieurs des maladies nerveuses sont dues à une accumulation de fluide dans quelques points du système nerveux et plus spécialement dans la moelle. Si dans la paralysie il est rationnel d'appliquer l'électricité dans le but d'exciter les troncs nerveux paralysés, de même le moyen opposé semble-t-il rationnel quand il s'agit d'hyperesthésie et de tous les états qui révèlent une augmentation de fluide. Or c'est justement là ce qu'a expérimenté le Dr Solivetti, dans le traitement des convulsions hystériques :

Voici le fait qui a servi de base à ce mémoire :

Marie R..., dix-huit ans, de tempérament sanguin nerveux, de bonne constitution, fut reçue à l'asile de Rome, le 22 janvier 1880, atteinte d'hystérie. Le Dr Solivetti, alors attaché à la section des hommes, ne vit pas la malade, et ne connut son histoire que par ses confrères. La malade était agitée par des convulsions très intenses. Tous les moyens thérapeutiques conseillés par la science furent employés, mais aucun ne put calmer ses convulsions, qui cessèrent au bout de quelques mois spontanément.

Le 14 juin suivant, elle quitta l'asile, tout en restant sous l'influence de symptômes hystériques.

Le 11 mai de l'année suivante (1881), elle fut de nouveau ramenée à l'asile, ses convulsions ayant reparu comme l'année précédente. La section des femmes était alors confiée à notre confrère. Il put constater par lui-même tous les symptômes d'une hystérie convulsive grave. Parmi ces symptômes, le plus saillant était un accès de *contorsions* des plus violentes qui apparaissait chaque jour à trois heures après midi et se continuait jusqu'à quatre heures. Pour contenter la malade, on lui enleva la camisole qu'on lui mettait pour la maintenir au lit, et on lui substitua des infirmières. Quatre des plus robustes de

©BIUM

l'asile durent employer toute leur force pour l'empêcher de tomber du lit et de se blesser. Pendant la durée de l'accès, l'intelligence était anéantie.

Bien qu'informé de ce qui s'était passé l'année précédente, M. Solivetti voulut tenter de nouveau les mêmes épreuves de thérapeutique. Mais ni l'application du magnétisme, ni la métallothérapie, ni les courants induits, ni les courants continus généralisés ou localisés, ni les bains tièdes, ni la compression des ovaires, ni les injections hypodermiques de morphine et d'atropine, ni les sédatifs les plus variés ne purent arriver à produire le moindre résultat satisfaisant.

Les souffrances continuelles et des vomissements provoqués par l'ingestion de toute substance liquide ou solide, avaient épuisé la malade. Il était donc urgent de tenter quelque autre moyen de traitement : — « Ayant toujours présente à l'esprit, dit M. Solivetti, l'idée que j'énonçais à la fin de 1867 dans mon ouvrage sur l'*Epilepsie*, que le fait des convulsions considérées en elles-mêmes, et à quelque forme de maladie qu'elles se rapportent, doit dépendre d'un état spécial des courants continus comme causes déterminant l'accès, je voulus tenter l'isolement électrique; un jour donc, avant l'accès, j'isolai complètement le lit qui était en fer, en mettant sous les pieds une toile de caoutchouc. Appelé dans une autre partie de l'asile, je ne pus assister au commencement de l'accès. Au bout d'une demi-heure, une sœur accourut vers moi, me disant que les convulsions étaient incomparablement plus fortes que celles des jours précédents, si bien que, si elles se fussent prolongées, la malade aurait succombé. J'enlevai alors les isoloirs et les convulsions reprirent leur intensité ordinaire. C'était un précieux renseignement pour moi. L'isoloir avait produit une accumulation de l'électricité en s'opposant à sa dispersion : or, si l'accumulation avait augmenté le mal, pour en obtenir une diminution, on devait employer le moyen opposé, c'est-à-dire la soustraction.

« Ignorant complètement les expériences de Vigouroux sur l'électricité statique, je pensai à me servir des coussins de la machine électrique recouverts d'or mussif, supposant que leur frottement sur la malade, l'augmentation de température produite par le picotement et, peut-être aussi, l'action chimique due au contact de l'amalgame et de la

©BIUM

sécrétion cutanée de la malade, donneraient lieu à un développement d'électricité statique, qui soustrairait d'une façon quelconque l'électricité dynamique du sujet.

« Le jour suivant, à l'apparition de l'accès, je fis avec l'un des coussins des frottements le long de l'épine dorsale, de la nuque et au sacrum, toujours dans la même direction. Bien que cela fût très difficile à cause de la grande raideur de la malade, après une vingtaine de frictions, j'eus la satisfaction inattendue, non seulement de voir instantanément cesser les convulsions, mais encore de voir la malade tomber dans un état d'accablement général complet, une véritable résolution cadavérique. On maintint néanmoins cet état comateux jusqu'à quatre heures, heure à laquelle se terminait l'accès convulsif les jours précédents.

« Le retour à l'intelligence fut bien différent de ce qu'il avait été jusqu'alors. La malade se leva tranquillement, disant qu'en ce moment elle rêvait, croyant avoir dormi et certaine de n'avoir pas eu ses convulsions habituelles, parce qu'elle ne se sentait pas le malaise et les douleurs dans les membres qu'elle éprouvait autrefois, se trouvant simplement dans l'état qui suit le réveil d'un profond sommeil. Cependant en se levant elle se plaignit d'une grande faiblesse qui l'empêchait de se tenir droite et lui faisait tomber les bras. Cette prostration dura jusqu'au jour suivant. En répétant chaque jour à l'apparition de l'accès, le même traitement, j'obtins toujours le même résultat pendant quarante jours.

« Poursuivant l'usage de la faradisation générale que je n'avais jamais suspendue, les convulsions cessèrent enfin. Graduellement, tous les autres symptômes se modifièrent et la malade partit guérie de l'asile le 17 décembre de la même année 1881. Depuis cette époque, et jusqu'à ce jour, il n'y a pas eu de rechute. »

« Je ne dis pas, continue M. Solivetti, que les frictions par les coussins de la machine électrique aient procuré la guérison : je ne le crois pas, mais elles ont à coup sûr amené chaque jour la suspension des accès, ce qui est quelque chose, d'abord parce que la malade dans l'état de résolution n'éprouvait aucune souffrance, car on sait combien il est douloureux pour ces malades de se débattre convulsivement pendant des heures entières, ensuite parce que l'interruption quotidienne des convulsions à leur début peut

©BIUM

en interrompant cette habitude coopérer en quelque sorte à la guérison de la maladie.

« Plusieurs fois dans ma clientèle privée, j'ai eu à traiter des convulsions hystériques, et par les moyens précédemment énoncés, j'ai toujours obtenu les mêmes résultats : suspension des convulsions, résolution complète générale, grande prostration de la malade..... Notons encore que si, la résolution survenue, on suspendait les courants et l'on éloignait les coussinets, les convulsions revenaient au bout de quelque temps. Il est donc nécessaire de continuer les courants jusqu'au réveil de la malade. Mais le même effet s'obtient aussi en tenant seulement le coussinet appliqué sur un point de l'épine dorsale, ce qui m'autorise à déclarer que le contact de l'amalgame des coussinets et la transpiration cutanée maintiennent par action chimique le développement de l'électricité. »

Un phénomène aussi surprenant engagea M. Solivetti à faire un examen approfondi des phénomènes nerveux que présentait la malade : à cet effet, il eut recours au galvanomètre multiplicateur qui lui donna des résultats inattendus : le galvanomètre dont il se servit a été construit par Secrétan et compte dix mille tours. Voici ce que lui a révélé cet instrument : il faisait ses observations à 8 heures, 10 heures, midi, 1 heure, 2 heures, 3 heures, plusieurs fois pendant l'accès et deux fois ensuite à des heures diverses. Il pratiquait le contact au moyen d'éponges imbibées d'eau salée, à la nuque et sur la face supérieure du pied gauche.

L'aiguille restait stationnaire, de 8 heures à 2 heures. Vers 2 heures 1/4 elle commençait à dévier, cette déviation augmentait progressivement jusqu'au début de l'accès, puis peu après l'aiguille, après s'être arrêtée à un maximum d'ascension, l'accès convulsif commençait : pendant sa durée, l'aiguille restait toujours fixe au degré supérieur où elle était arrivée et plus la déviation était grande, plus l'accès était intense et vice-versa, à peine était-il terminé, que l'aiguille commençait à rétrograder, jusqu'à ce qu'elle eût atteint en peu de temps le degré marqué le matin. La soirée du 2 septembre qui fut la première où il n'y eut pas de convulsions, l'aiguille restai mmobile à 0°, quoique l'expérience fût répétée plusieurs fois.

L'importance des résultats obtenus par le galvanomètre

©BIUM

n'échappera à personne. Ils ont prouvé à l'auteur que, dans les cas de convulsions :

1° Il y a augmentation des courants périphériques;

2° Cette augmentation est progressive;

3° Elle précède l'accès convulsif;

4° Elle s'arrête parvenue à son maximum;

5° Elle reste stationnaire pendant tout le temps de l'accès;

6° Elle cesse avec les convulsions.

Tels sont, Messieurs, les traits principaux du travail de M. Solivetti. Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'examen approfondi des hypothèses que lui ont suggérées les faits qu'il a eu à étudier. Certes, ces hypothèses sont ingénieuses et séduisantes; cherchant à donner une explication de la coïncidence des convulsions avec la déviation de l'aiguille du galvanomètre, l'auteur, s'appuyant sur les lois indiquées par Pflüger et Dubois-Raymond sur l'électrotonus, émet l'hypothèse que les convulsions cloniques et toniques accompagnées de suspension de l'intelligence, dépendent de la formation d'un électrotonus dans la moelle allongée avec catelectrotonus extra-polaire descendant et anelectrotonus extra-polaire ascendant. Les coussins appliqués sur l'épine dorsale suspendent les convulsions, parce que, chargés d'électricité positive, ils diminuent l'intensité du catelectrotonus spinal descendant, d'où dépendent les convulsions toniques et cloniques du tronc et des membres.

En résumé, Messieurs, les expériences du Dr Solivetti par le galvanomètre n'ont été faites, il est vrai, que sur une seule malade, celle dont j'ai relaté l'observation; mais cette observation a duré quarante jours et a constamment fourni les mêmes résultats, d'une autre part, dans tous les cas où il a pratiqué les frictions à l'aide des coussinets enduits d'or mussif, il a toujours obtenu les mêmes effets satisfaisants. La thérapeutique des affections nerveuses déjà bien riche en elle-même, voit malheureusement bien souvent ses ressources impuissantes. On ne saurait s'arrêter dans la recherche des moyens curatifs vraiment efficaces et positifs. C'est pourquoi, me rangeant à l'avis de notre savant confrère, il me semble voir dans les faits qu'il a décrits une indication bien nette à multiplier et à répéter ces expériences.

©BIUM

Cas insolite de névrose convulsive.

M. LEGRAND DU SAULLE. — Dans les séances des 25 juin et 29 octobre 1883, j'ai eu l'honneur de vous rapporter l'observation très extraordinaire de Rosa G..., et j'ai dit que le nombre de ses attaques convulsives avait dépassé le chiffre de 30,000. Il a été effectivement arrêté, au 31 décembre 1883, à 31,329. En 1884, j'ai noté chez cette même malade 154 crises et 9 vertiges. Je viens aujourd'hui vous exposer la suite de l'observation et vous donner en quelques mots le bulletin actuel de cette névropathe exceptionnelle.

Je ne reviendrai pas sur les hésitations diagnostiques du début. J'avais d'abord cru, et M. Charcot avait cru comme moi, à de l'épilepsie partielle. Plus tard, des phénomènes franchement hystériformes et hystériques sont venus modifier nos impressions premières. La question est maintenant jugée et l'observation de Rosa G... a provoqué un excellent mémoire de notre distingué collègue, M. Gilbert Ballet, médecin des hôpitaux, et de mon ancien interne, M. G. Crespin, sous le titre suivant : *Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle* (étude d'une nouvelle variété d'état de mal épileptiforme) (1). Ces deux auteurs ont rapporté plusieurs cas qui ne manquent pas d'analogies avec celui de Rosa G...

Le 11 de ce mois, sans aucun indice préalable, Rosa G... est de nouveau tombée en état de mal, et, à partir de ce moment jusqu'à hier 21 février, à midi 35 minutes, elle a eu 10,861 crises. Ce matin, elle était pâle, défaite, courbaturée, mais allait relativement très bien. La série est donc terminée.

Cette fois, la malade a présenté des phénomènes très nettement hystériques : contorsions en arc de cercle ; crucifiement; battement des paupières; ouverture de la bouche; propulsion de la langue au dehors; convulsions prédominantes tantôt à droite et tantôt à gauche ; hémianesthésie totale à droite; phases passionnelles parfois; hallucinations pénibles de la vue; terreurs; température normale; séries presque subintrantes de 20 à 60, 80 ou 100 crises, séparées par des intervalles de plusieurs minutes

(1) *Archives de neurologie* (novembre 1884).

©BIUM

à une demi-heure; retour de l'intelligence et de la parole pendant ces intervalles.

Pendant les douze jours de cet état de mal hystérique, j'ai constamment alimenté la malade, jour et nuit, dans les armistices de sa névrose, et je l'ai fait assister par le personnel nombreux et dévoué qui, aux séries convulsives antécédentes, ne l'avait pas quittée un seul instant. Les préposées se relayaient de quatre heures en quatre heures et chacune avait ses instructions particulières et son office spécial.

La malade avait eu en 1884 neuf vertiges très manifestes, suivis de fugues inconscientes dans les salles ou les cours. Je note ce détail en passant et j'ajoute qu'elle n'est nullement influencée par la compression ovarienne.

A cette dernière période convulsive, je n'ai point administré de bromure de potassium.

En additionnant enfin cette nouvelle série de 10,861 crises aux 31,329 attaques précédentes, nous arrivons au total général de 42,190.

Et maintenant, que nous réserve l'avenir? Dès le 25 juin 1883, j'avais eu l'honneur de vous informer que je croyais « être en face d'un cas absolument exceptionnel, insolite et peut-être sans précédent. » Le cas est devenu bien exceptionnel, en effet, et je continuerai plus tard, s'il y a lieu, à vous donner des nouvelles de mon intéressante malade.

De l'état de mal épileptique. — Importance des constatations thermométriques.

M. Legrand du Saulle. — Je viens de perdre une jeune épileptique, à la Salpêtrière, dans des conditions bien dignes d'être rapportées et qui démontrent la valeur clinique exceptionnelle des constatations thermométriques dans l'état de mal épileptique.

Et d'abord, laissez-moi poser en principe ce premier fait, c'est qu'il n'est pas possible, lorsqu'un épileptique est très amélioré par la médication bromurée, de suspendre l'usage du sel bromique pendant un certain temps, sans que le malade ne soit exposé à une rechute convulsive grave. Toutes les immunités provisoires si lentement acquises peuvent disparaître tout d'un coup et le malade

©BIUM

en quelques heures, ou deux en trois jours, ou en neuf jours au maximum, peut solder tout son arriéré comitial et perdre la vie. Plusieurs années d'une grande sécurité relative, due à la persévérance quotidienne d'une dose immobilisée de brome, peuvent faire place à une catastrophe soudaine. Une suspension un peu trop prolongée d'un médicament devenu indispensable pour maintenir le silence de la névrose, la santé apparente et l'intégrité des facultés de l'intelligence, et tout pourra être dit!

Lorsqu'un épileptique est bromuré de longue date, il continue, après la cessation de l'agent thérapeutique, à éliminer encore, mais de moins en moins, du bromure de potassium par les urines. A partir du quinzième, du seizième et même du dix-septième jour, on n'en retrouve plus ou presque plus de traces. Si le malade n'avait plus d'attaques, il a déjà pu en avoir une ou quelques-unes dans le court espace de temps qui s'est écoulé depuis son affranchissement de la servitude bromique; mais si les bénéfices du traitement persistent, ce qui n'est pas bien rare, pendant un mois, six semaines, deux mois et même trois mois, il y a lieu de ne point partager une quiétude trompeuse. L'ennemi est là, tout prêt à frapper.

Depuis un certain nombres d'années, j'ai toujours insisté sur ces particularités si spéciales, sur ces minuties, et j'apporte d'ordinaire la plus grande vigilance dans le contrôle de mes propres prescriptions, mais, par suite d'une maladie intercurrente chez une bromurée et de la suspension nécessaire de son médicament, j'ai assisté deux fois chez la même malade à l'état de mal le plus grave. La première fois, la malade s'est rétablie, mais la seconde fois elle a succombé.

M... (Angèle), dont il s'agit, est entrée à la Salpêtrière, à l'âge de dix-sept ans, le 26 novembre 1881. Elle est d'une taille extrêmement peu élevée : à vingt ans, elle ne mesure que 1 mètre 32 de hauteur, mais elle ne présente ni déformations des os, ni déviations rachitiques. Son père, sa mère et ses quatre frères sont bien portants.

A quatre ans, Angèle aurait ressenti une très grande frayeur. Une heure après, on l'aurait trouvée en proie à des convulsions épileptiques, qui ne se seraient pas renouvelées pendant six ans. A dix ans, elle a été reprise de nouveau de ses crises et on en a compté en moyenne de

©BIUM

dix à douze par mois, d'après ce que rapporte sa famille, mais je ne me porte pas garant de ces chiffres. Elle a été menstruée à douze ans.

A la Salpêtrière, à la fin de l'année 1881, je relève 38 attaques convulsives et 13 vertiges, et, dans le cours de l'année 1882, 132 attaques et 81 vertiges.

Le 17 janvier 1883, Angèle s'alite et a une fièvre typhoïde. Je traite cette affection et je suspends le bromure de potassium, qui avait été jusque-là administré à la dose de quatre à cinq grammes par jour. Vingt-cinq ou trente jours après, elle est complètement rétablie, mange et est très gaie, quand elle tombe soudain en état de mal épileptique et a 1,646 attaques en trois jours. Elle se remet et reprend son sel bromique.

En 1884, elle a 259 attaques et 9 vertiges.

Le 15 janvier 1885, Angèle s'alite encore : elle est très dyspeptique, a un embarras saburral des plus prononcés et de l'ictère. J'attribue ces phénomènes à des calculs biliaires, je suspends le bromure de potassium, je prescris deux purgations, puis de l'eau de Vichy et enfin du sirop d'écorces d'oranges amères.

Le 7 février, Angèle va très bien ; elle a quitté le lit et repris ses petites occupations habituelles dans le service, lorsque, à dix heures du matin, elle tombe, inaugure une immense série de crises et entre dans l'état de mal épileptique.

Le 16 février, elle meurt après avoir eu 2,074 attaques, des urines albumineuses, une large eschare au siège et une température vaginale de 41,8.

A l'autopsie, en dehors de six calculs bilaires de la grosseur d'une petite noisette trouvés dans la vésicule et dans le canal cholédoque, M. Huet, interne du service, note un épaississement très notable de la voûte du crâne et une hémiatrophie du cervelet, le côté gauche étant beaucoup moins volumineux que le côté droit. C'est dire par là que les lésions anatomiques de l'état de mal épileptique restent encore à découvrir.

Angèle a traversé un état de mal épileptique tout à fait typique, et, en présence de l'élévation graduelle de la température, beaucoup plus que de la multiplicité des crises, nous avons porté le pronostic le plus grave. Les indications thermométriques acquièrent, dans l'espèce, une valeur

©BIUM

tellement prophétique que l'on ne saurait trop insister sur l'importance des révélations que fournit l'examen de la température. Le thermomètre, en effet, annonce si l'épileptique en état de mal doit se rétablir ou succomber. Entrons, à ce sujet, dans quelques développements.

Un épileptique, qui a habituellement 37,5, peut très bien avoir 38 pendant et un peu après une attaque isolée. Que sa crise soit forte et l'on peut constater 38,2 et même 38,5. Son pouls s'élèvera en même temps à 80, 86 et sa respiration à 23, 27. Que des séries d'attaques apparaissent et cela sera bien autre chose. Quant à l'état de mal épileptique, nous allons en esquisser sommairement le tableau clinique.

On désigne sous le nom d'*état de mal épileptique* une situation pathologique principalement caractérisée par la répétition très multipliée, presque incessante des attaques, et par leur caractère subintrant; par un collapsus variable, demi-comateux et même comateux, sans retours intellectuels valables; par des signes d'hémiplégie passagère, plus ou moins complète; par la fréquence du pouls et de la respiration, mais surtout par une élévation considérable de la température, élévation qui persiste dans les intervalles, rares d'ailleurs, des accès convulsifs.

Rien n'annonce le plus souvent cette explosion de phénomènes graves. Le malade entre d'emblée en scène. La première période est convulsive; la seconde est méningitique.

Période convulsive. — Les accès se succèdent rapidement, sont presque subintrants ou subintrants; le pouls est régulier, petit, précipité; la respiration est fréquente, laborieuse, sans bruit anormal encore; la peau est chaude, la face couverte d'une sueur abondante et visqueuse; les globes oculaires, déviés soit à droite, soit à gauche, sont atteints de nystagmus; les pupilles, parfois inégales, perdent en partie leur contractilité; les narines sont pulvérulentes et les lèvres cyanosées; la langue se recouvre d'un enduit sec et brunâtre; la déglutition est difficile, la constipation opiniâtre, l'excrétion urinaire involontaire; l'un des deux côtés est souvent hémiplégié; l'intelligence est abolie, la sensibilité générale émoussée, et un état voisin de la stupeur et parfois le coma s'établissent.

Evidemment de tous les symptômes qui constituent

©BIUM

l'état de mal épileptique, le plus important consiste dans la multiplicité parfois si extraordinaire des attaques, mais c'est l'élévation de la température qui doit ensuite éveiller toute l'attention du médecin. M. Bourneville, qui a tant contribué à faire connaître l'importance de la thermométrie appliquée à la clinique des maladies nerveuses, a vu, par exemple, une petite malade qui, en cinq jours, est passée de 38,3 à 42,1, puis une autre de 37,6 à 41. Or, ce chiffre de 41 est tout à fait hyperpyrétique.

— Dans l'état de mal épileptique, la température s'accroît en général dès les premiers accès. Au fur et à mesure que les attaques se multiplient, la température monte, surtout lorsque les facultés s'affaiblissent ou s'abolissent. Il peut se faire que la température, à la fin de cette première période, s'élève à 40 et 41, — et alors la mort survient ; — mais dans un certain nombre de cas, le chiffre de 39,5 n'est pas dépassé, la stupeur se dissipe, la connaissance reparaît et la température retombe promptement à 39, à 38 et même à 37,8.

— *Période méningitique.* — Les accès s'éloignent, deviennent rares, puis cessent. L'intelligence est sérieusement atteinte et l'hébétude est profonde; toutefois, une agitation maniaque très violente peut faire tout à coup explosion et s'accompagner d'hallucinations. La nutrition se trouble, la peau se sèche, les joues se creusent, les yeux se cernent et paraissent enfoncés dans les orbites, le corps s'amaigrit et l'on voit apparaître des lésions du décubitus, depuis la simple tache érythémateuse jusqu'à une mortification plus ou moins étendue du derme. Chez la malade Angèle, une eschare violacée s'est montrée au sacrum dès le quatrième jour, et chez la jeune malade M..., actuellement dans nos salles, et qui se rétablit d'un état de mal épileptique des plus graves, nous observons une eschare aussi vaste que profonde.

La température, comme l'a fait remarquer M. Bourneville, a pu baisser après la disparition des attaques, mais elle subit une ascension nouvelle et la situation devient très périlleuse, surtout si tous les autres symptômes s'exaspèrent simultanément. La dépression fait alors de rapides progrès, le coma ne tarde pas à être absolu et la mort ne se fait point attendre.

Même dans cette période méningitique, si la température

©BIUM

n'a point été hyperpyrétique (40,5, 41, 41,3), si le collapsus diminue, si la langue s'humecte, si les fonctions digestives renaissent un peu, et si surtout la température décroît sensiblement, tout peut rentrer encore dans l'ordre.

L'état de mal épileptique oscille entre trois et neuf jours. M. Bourneville ne l'a jamais vu dépasser neuf jours, et, de fait, la malade Angèle a succombé le neuvième jour. Enfin, la terminaison fatale s'observe dans les trois cinquièmes des cas.

Les constatations thermométriques dans l'état de mal épileptique ont donc une valeur pronostique indéniable, et ce fait n'est pas encore suffisamment connu. Appelé un jour en province auprès d'un jeune homme en proie à des crises incessantes d'épilepsie, je crus pouvoir annoncer la mort très prochaine du malade, me basant surtout sur l'élévation de la température, et la mort survint dix-huit heures après. Et ici, dans notre service de convulsives, toutes nos appréciations diagnostiques et pronostiques se fondent en partie, dans le *status epilepticus*, sur les indications de la thermométrie.

Epilepsie causée par la vue d'un cadavre. — Huit cas.

M. Legrand du Saulle. — L'étiologie de l'épilepsie a exercé de tout temps la sagacité des observateurs. Que n'a-t-on pas dit, dans l'antiquité, pour démontrer l'intervention possible de telle ou telle influence! De nos jours, deux opinions se sont principalement produites, au milieu de beaucoup d'autres : celles de Gowers et de Lasègue. Je crois, quant à moi, que la vérité scientifique ne penche ni vers l'une ni vers l'autre de ces deux opinions.

Gowers, médecin de l'hôpital national pour les paralysés et les épileptiques, à Londres, estime que, de toutes les causes immédiates de l'épilepsie, les causes psychiques sont les plus puissantes. L'excitation intellectuelle, l'anxiété, la peur, la frayeur, sont mentionnées dans un grand nombre de ses observations, surtout chez les jeunes filles. Il admet, en effet, que la fille de douze à quinze ans est infiniment plus prompte à s'émouvoir que le garçon, au même âge; que la frayeur affecte réellement les centres nerveux, produit du tressaillement, un tremblement plus

©BIUM

ou moins continu, uneaccélération des mouvements du cœur, parfois un relâchement des sphincters, etc. La statistique de Gowers révèle une prépondérance très marquée des impressions morales.

Lasègue, qui a fait des remarques si ingénieuses sur l'asymétrie du crâne et de la face chez les jeunes épileptiques, affirme, au contraire, que l'épilepsie est la maladie la plus rebelle aux influences extérieures, quelles qu'elles soient; que le mal comitial n'est point le fait d'une sensibilité morale surexcitée; que la frayeur n'est qu'un agent subalterne et qu'il n'a jamais rencontré un cas d'épilepsie franche engendrée par la peur. Comment le plus humble des ictus, comment un instant de frayeur pourrait-il suffire pour créer une affection cérébrale aussi sérieuse, destinée à suivre toute une évolution, et capable d'aboutir aux plus graves perversions encéphaliques, aux catastrophes criminelles les plus horribles?

Ces contradictions m'ont rendu perplexe. En rédigeant chacune des observations des malades de mon service et en prenant d'amples informations auprès des familles mandées *ad hoc*, j'ai été frappé, en ce qui me concerne, de la très grande fréquence de l'alcoolisme chez le père, du nombre relativement élevé des traumatimes crâniens antécédents chez les malades elles-mêmes et de la rareté de l'hérédité morbide similaire. Enfin, parmi les impressions morales si souvent alléguées, il en est une que je viens de rencontrer chez huit de mes malades actuellement en traitement : la vue d'un cadavre. Ainsi que vous allez pouvoir en juger par le résumé sommaire de chacune de ces observations, la vue d'un cadavre n'a été presque toujours qu'un appoint, qu'une circonstance étiologique occasionnelle, mais cette seule remarque m'a paru digne de vous être soumise :

1° C... (Lucie-Hortense), dix-sept ans. A l'âge de sept ans, peur supposée : l'enfant a été mise en présence du cadavre de sa mère. Une première crise s'est alors manifestée. Les attaques sont devenues depuis extrêmement fréquentes, presque quotidiennes. Mère hystérique. Sœurs bien portantes. Aïeul maternel alcoolique.

2° V... (Julia), dix ans. A six ans, grande frayeur à la vue du cadavre de son père. Très bonne santé jusque-là. A partir du lendemain, incontinence nocturne d'urine

©BIUM

puis très fréquentes attaques convulsives. Père alcoolique.

3° C... (Marie), douze ans. Attaques d'épilepsie depuis dix-huit mois, avec aura épigastrique préalable. Cause supposée : frayeur à la vue d'un cadavre. Père ayant commis des excès alcooliques. Mère peu intelligente et probablement hystérique. Sœur bien portante. Frère mort à la suite de convulsions.

4° R... (Henriette), quinze ans. Convulsions dans sa première enfance. Frayeur à la vue du cadavre de son père Crises épileptiques. Impulsions au vol. Violences envers les enfants. Fugues inconscientes très lointaines. Père. ivrogne, mort aliéné à l'asile de Ville-Evrard. Oncle aliéné à l'asile de Privas. Mère affectée de pied-bot (hérédité du pied-bot dans sa famille).

5° G... (Henriette), seize ans. A l'âge de sept ans, frayeur à la vue du cadavre de son père. Les crises ont débuté alors et se sont reproduites environ toutes les semaines. Scrofule. Asymétrie faciale. Sœur jumelle très bien portante.

6° P... (Marie), vingt et un ans. Frayeur très vive à l'âge de quatorze ans. Elle gardait son père mourant, quand ce dernier est tombé de son lit et est resté quelque temps à terre. Presque aussitôt alors, première crise convulsive ; depuis, quatre ou cinq attaques par mois, suivies de quelques troubles intellectuels. Parents peu intelligents. Frères et sœurs bien portants.

7° H... (Clarisse), vingt-trois ans. Frayeur à l'âge de dix ans à la vue du cadavre de sa grand'mère. Vertiges. Attaques nocturnes. Trouble mental consécutif : emportements, aberrations étranges. Actes de violence. Embarras de la parole. Pas d'hérédité morbide appréciable.

8° L... (Marie), vingt-neuf ans. A vu et embrassé le cadavre de son père à l'amphithéâtre de l'hôpital Beaujon. Accès épileptiques à la suite. Retour des attaques tous les mois. Vertiges très fréquents et amnésie consécutive. Père mort phthisique, mère, frères et sœurs bien portants.

Si l'on se met à parcourir ce qui a été dit par les auteurs, et notamment par Tissot, Maisonneuve, Portal, Frank, Bouchet et Cazauvieille, Georget, Beau, Leuret, Herpin, Lélut, Cerise et Delasiauve, on voit que les impressions morales, considérées comme causes de l'épilepsie, ont été extrêmement diverses. Tantôt on a noté la vue d'un

©BIUM

assassinat, d'un suicide, d'un incendie, d'une exécution capitale, d'une mort subite, d'une attaque d'épilepsie, d'un spectre, d'un homme masqué, d'un fou dangereux, d'une personne tombant dans l'eau ou d'une autre se précipitant par la fenêtre; tantôt, on a parlé d'une menace d'un coup de pistolet, d'un naufrage, d'un épisode révolutionnaire, d'une émeute, de la prise d'une barricade, des morsures d'un dogue, d'une bande de loups pénétrant dans un village ou d'un sinistre épouvantable; tantôt enfin, on a dû tenir compte de chagrins excessifs, d'anxiétés insolites, de guet-apens, d'agressions subites à main armée, de tentatives de viols dans une cave et dans des greniers, de punitions déplorables dans une chambre obscure, de séquestrations criminelles, de plaisanteries lugubres et même de joies foudroyantes.

D'après les détails contenus dans les observations, l'épilepsie aurait débuté soit immédiatement après la frayeur ou dans la nuit qui a suivi, soit le lendemain, quelques jours ou quelques semaines après, soit enfin, dans un très petit nombre de cas, au bout de deux, de quatre ou de six mois.

Pour que l'opinion de Lasègue soit vraie, il faut que tous les auteurs que j'ai cités et qui ont rapporté tant de faits, se soient grossièrement trompés. Or, n'est-ce pas bien difficile à admettre? Non, l'influence des impressions morales ne peut pas être biffée, du jour au lendemain, par un simple trait de plume. J'admets la possibilité de certaines exagérations et même la probabilité de nombreuses erreurs dans toutes les statistiques étiologiques publiées; j'admets que l'on recherchait peut-être autrefois, beaucoup moins qu'aujourd'hui, l'alcoolisme chez le père, les tares héréditaires, les traumatismes cérébraux ou la syphilis, car telles sont en somme, pour ne parler que de celles-là, les vraies causes déterminantes de l'épilepsie, mais je crois qu'une part doit rester aux impressions morales.

Même en admettant que les huit cas observés en ce moment par moi ne puissent et ne doivent désormais figurer qu'au paragraphe des causes occasionnelles, je n'en ai pas moins pensé qu'il y avait un véritable intérêt scientifique à relever ce fait émouvant de la vue d'un cadavre.

Dans presque tous les pays et dans un nombre immense

©BIUM

de familles, on admet qu'il importe au premier chef de faire voir aux enfants les cadavres de leurs plus proches parents; on les fait approcher de la couche funèbre, et, au milieu de leur saisissement douloureux et mêlé d'effroi, on leur fait déposer un dernier baiser sur le front glacé du père ou de la mère qu'ils pleurent. On désire qu'ils se souviennent pendant toute leur vie de l'époque de la séparation, de l'heure du déchirement, et qu'ils n'oublient jamais leurs suprêmes adieux à la personne aimée. Il y a là une tradition essentiellement morale, une coutume dont les origines sont dignes du respect de tous, mais l'impression est souvent bien forte, surtout pour des filles de sept à quatorze ans!

En présence des faits que j'ai cités, le médecin ordinaire de la famille ne doit-il pas désormais prendre les devants et faire entendre de sages conseils, sous le réel prétexte que les impressions morales vives doivent être épargnées aux enfants nerveux? Je le crois et je le demande.

Il y a quelques années, un enfant de trois mois succombe chez ses parents. Au moment de la mise en bière, un frère âgé de six ans et une sœur de quatre ans viennent s'agenouiller et sangloter auprès du petit cadavre, qui allait être conduit en province. La désolation de toute la famille était poignante, les domestiques affligés encadraient le tableau et la scène se prolongea un peu. L'heure du départ sonna et l'on gagna le chemin de fer. Au retour, je fus appelé et consulté pour des hallucinations visuelles, des frayeurs et des cris nocturnes chez le petit garçon de six ans. Je n'obtins sa guérison qu'au bout de six semaines.

Les parents qui nous quittent ont droit à nos regrets les plus affligés. Notre douleur ne les mesure pas. Les jeunes orphelins qui restent ne doivent pas être initiés trop tôt aux plus dures émotions de la vie. Qu'on se le dise : l'hygiène cérébrale doit avoir le pas sur le sentiment.

Proposition relative à l'ordre du jour.

M. Falret propose de mettre à l'ordre du jour des prochaines séances la question si importante soulevée, il y a un mois, par la communication de M. Magnan, sur les anomalies, les aberrations et les perversions sexuelles chez les

©BIUM

aliénés. Seulement il désirerait voir le débat s'élargir et une discussion s'étendre sur « les signes physiques, intellectuels et moraux des folies héréditaires. »

Cette proposition est adoptée et MM. Falret et Legrand du Saulle se font inscrire pour prendre la parole à la prochaine séance.

La séance est levée à six heures.

Dr CHARPENTIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE

Année 1883 (Suite et fin).

9. *De l'influence de la grossesse sur la marche de l'aliénation mentale.* — Dr Bartens, à Bonn.

Pour le vulgaire, la grossesse qui survient chez une personne aliénée peut agir favorablement et curativement sur l'aliénation mentale préexistante. Quelques médecins pensent de même lorsqu'il s'agit d'aliénées érotiques, sans s'apercevoir qu'ils prennent un symptôme pour la cause déterminante de la maladie, symptôme qui ne voit le jour qu'à la faveur de la perversion morbide des sentiments de convenance. Sur 22 jeunes filles, mariées après la guérison de la folie, diriez-vous avec Dick, une seule a rechuté, soit 4,5 p. 100; tandis que, sur 51 jeunes filles également guéries, mais restées célibataires, 22, soit 43 p. 100 ont récidivé. Donc... Un instant, je vous prie. Ne voyez-vous pas que cette satisfaction donnée à ce que vous appelez la vocation de la femme pour la propagation de l'espèce n'a rien à voir ici; que, dans ces cas, l'homme s'adresse aux jeunes personnes les moins compromises; que le célibat atteint les moins favorisées sous tous les rapports, les moins appétentes, les plus sujettes à récidive?

Marcé est bien affirmatif sur ce point, et ne concède à l'intervention de la grossesse sur la marche de la folie qu'une influence désastreuse, en faisant toutefois une exception pour les cas où domine l'érotisme. Autant en pensent Franque et Rysping, et M. Bartens se range à l'opinion de ces observateurs. La grossesse, avec les troubles qu'elle détermine dans l'organisme et qui démontent si facilement nos femmes les mieux trempées, n'est assurément point faite pour adoucir la souffrance d'un cerveau déjà malade. Sur 12 cas que publie

©BIUM

M. Bartens, 1 seule femme a guéri après le mariage, une maniaque érotique; 2 se sont améliorées; 1 est morte; l'état mental des 8 autres ne s'est point modifié; 5 de ces femmes présentaient une prédisposition héréditaire.

10. *De l'influence de l'alcoolisme sur la production de l'idiotie.* — Dr Kind, à Langenhagen.

Les opinions sont partagées sur le degré d'influence de l'alcoolisme dans la genèse de l'idiotie. *Ludwig Dahl* pense que le grand nombre d'idiots que l'on rencontre en Norwège provient de l'usage abusif de l'eau-de-vie, en particulier chez le père, mais aussi chez la mère pendant la grossesse. *Toussenel* prétend que la plupart des idiots sont des enfants procréés pendant l'ivresse. — La commission du Connecticut a enregistré l'alcoolisme chez les parents 76 fois sur 235 cas d'idiotie = 32,34 p. 100; *Wilbur*, dans l'Illinois, 8 fois seulement sur 365 cas = 22 p. 100; le même, plus tard, 5 fois sur 675 cas = 0,70 p. 100; *Grabham*, 6 fois sur 800 cas = 0,75 p. 100; *Shuttleworth*, à Lancaster, 6 fois sur 160 cas = 3,7 p. 100; *Knapp*, en Allemagne, 6 fois sur 98 cas = 6 p. 100; *Rosch*, en Wurtemberg, a noté 2 cas de crétinisme par suite de l'alcoolisme du père.

Le travail de M. Kind fait bien ressortir la difficulté de ce genre de recherches et le peu de certitude des résultats fournis par la statistique. Il a relevé l'alcoolisme chez les ascendants 56 fois chez 538 idiots = 10,4 p. 100; 49 fois chez 385 idiotes = 12,7 p. 100; au total, 105 fois dans 923 cas = 11,38 p. 100, mais il fait aussitôt remarquer que l'alcoolisme seul n'a été relevé que pour 20 idiots et 16 idiotes; que, pour les autres cas, il existait, outre l'alcoolisme, d'autres causes de dégénérescence. En réalité, la proportion des cas d'idiotie, où l'alcoolisme des parents peut être sûrement invoqué, se réduit à 3,68 p. 100. Il résulte des recherches de M. Kind que rien dans la conformation extérieure de ces idiots ne révèle l'origine alcoolique de leur dégénérescence; que, dans la genèse de l'idiotie, l'influence alcoolique, dans le mariage, se fait sentir plus tard que les autres causes de dégénérescence, c'est-à-dire que la proportion des idiots premiers-nés en général est plus élevée que celle des idiots premiers-nés alcooliques; que, après la parturition d'un enfant idiot par alcoolisme, la faculté procréatrice décroît chez les parents en quantité et en qualité.

©BIUM

11. *La population aliénée du grand duché d'Oldenbourg, d'après le recensement du 1er décembre 1880, en comparaison avec les données statistiques précédentes.* — Dr Kollmann.

12. *Le recensement des épileptiques en Mecklembourg-Schwérin, en l'année 1882.* — Dr Tigges, à Sachsenberg.

Comme dans le numéro précédent, ce sont ici des relations statistiques, sans doute du plus haut intérêt, surtout pour le pays qu'elles concernent, mais que l'on ne saurait avoir la prétention de fixer sous la forme d'un résumé, et qui, en raison de la multiplicité des détails et des chiffres, échappent forcément à l'analyse.

13. *Du rôle du médecin-expert dans les procédures d'interdiction.* — Dr Neumann, à Breslau.

La comtesse de... née princesse de... est interdite par jugement du tribunal. Le défenseur de l'interdite en appelle de ce jugement. M. Neumann intervient comme médecin expert; il conclut à l'intégrité des facultés de la comtesse et est assez heureux de voir ses conclusions adoptées. Le premier jugement est cassé et la comtesse rendue à ses droits. — M. Neumann prend à partie les premiers médecins-experts et réduit à leur juste valeur les conclusions de leur rapport. Il pose ensuite quelques principes destinés à servir de guide au médecin en pareille matière : l'intervention de témoins est admissible, mais elle n'est pas légalement nécessaire; — en raison de la possibilité du parjure, le serment qu'ils prêtent ne donne pas à leur affirmation la valeur d'un fait avéré; — le médecin ne doit baser un jugement que sur son observation personnelle, les affirmations des témoins ne pouvant devenir pour lui que de simples indications; — les dépositions des témoins se rapportent à des faits passés, le médecin ne peut juger que de faits présents, de l'état mental actuel de l'intéressé.

14. *De la transmission de la dégénérescence physique chez les criminels, et des rapports entre les lignes de dégénérescence et les névropathies.* — Dr Knecht, à Colditz.

L'école physiologique moderne a mis à nu ce qu'avaient de vain les prétentions de la phrénologie et de la physiognomonie. Elle a montré que les particularités relevées par Gall et Lavater chez les criminels répondent aux anomalies que, depuis Morel et Griesinger, on considère comme l'expression d'une prédisposition névropathique; que le crime et la folie se pré-

©BIUM

sentent fréquemment comme éléments conjugués de la dégénérescence progressive héréditaire. Toutefois, ces affirmations de la science moderne s'appuient de faits encore trop peu nombreux. Lombroso seul a publié des considérations de quelque importance sur la fréquence des signes de dégénérescence chez les criminels. Ce que Lombroso a fait pour l'Italie, M. Knecht veut le faire pour l'Allemagne.

Ses observations portent sur 1214 hommes, chez lesquels il relève tout ce qu'il rencontre d'anormal du côté de la taille, de la conformation extérieure du corps, du crâne et de la face, des organes des sens, des organes génitaux, des doigts, des orteils, etc. 579 individus, soit 48 p. 100 de l'ensemble des criminels, présentaient des déviations du type normal, et l'induction, à défaut d'autopsies, permet d'admettre des déviations aussi nombreuses du côté des organes internes, à en juger, du moins, par ce qu'en ont écrit Benedikt et Flesch.

Parmi les troubles intellectuels constatés par M. Knecht chez ses criminels, les états de débilité mentale dominent. Chez 41, il a noté l'imbécillité, l'idiotie, l'habitus crétinoïde, les vices de la prononciation : la moitié de ces individus étaient réellement idiots, et 8 de ces derniers épileptiques. On croit rêver lorsqu'on entend M. Knecht raconter que deux idiots, dont l'un épileptique, ont été condamnés pour incendie, un imbécile pour parjure, un idiot épileptique pour attentat aux mœurs sur des enfants, deux déments pour inceste. Il a trouvé encore 11 déments séniles, 2 paralysés généraux, 5 autres aliénés, 59 épileptiques simples.

Les maladies mentales et les affections nerveuses sont deux éléments d'une même prédisposition névropathique. Cette prédisposition peut être latente, sans indices extérieurs ; elle peut se révéler par des anomalies du caractère ou de l'intelligence ; elle peut enfin se manifester sous forme de vices de conformation, de signes de dégénérescence. De récents travaux (Doutrebente, Richter) tendent à prouver que les signes de dégénérescence sont l'expression de la prédisposition névropathique, et que leur fréquence chez les névro et phrénopathiques est incomparablement plus grande que chez les personnes indemnes de troubles psychiques et nerveux. Mettant à contribution le matériel assez important dont il dispose (1214 prisonniers), M. Knecht arrive, en ce qui concerne ces questions, aux conclusions suivantes : les signes de dégénérescence sont, en réalité, l'expression la plus fréquente de la

©BIUM

prédisposition névropathique ; les individus chez qui existent des signes de dégénérescence présentent une prédisposition trois ou quatre fois plus grande aux psychoses ou aux névroses que ceux qui sont bien conformés ; — l'absence de signes de dégénérescence ne constitue pas, pour les individus frappés d'hérédité, une garantie appréciable contre ces affections ; — par rapport à la gravité de la prédisposition héréditaire, les descendants d'épileptiques et d'alcooliques sont le plus exposés.

Quel est le rapport de la fréquence de l'hérédité névropathique chez les criminels en particulier ? Pour l'Italie, Lombroso avance que la fréquence des signes de dégénérescence est plus élevée chez les criminels que dans la population libre ; que, par contre, elle est moins élevée que chez les aliénés. Pour l'Allemagne, M. Knecht arrive à la même conclusion.

15. *Souvenirs d'un voyage en France, en Angleterre, en Ecosse et en Belgique*. — Dr Wildermuth, à Stetten en Wurtemberg.

Simples notes d'un voyage entrepris en 1881, à travers les asiles de France, de Belgique et de la Grande-Bretagne, impressions sans portée scientifique et qui échappent à l'analyse. Du moins, n'y aurait-il pas quelque intérêt à connaître ce que pense un médecin étranger de nos asiles de France, de la Salpêtrière, de Bicêtre, de Charenton, des asiles de la Seine ? Non, l'intérêt est ici pour les étrangers seuls. Hors quelques boutades inoffensives, quelques critiques bienveillantes, nous ne pourrions rien reproduire de la relation de M. Wildermuth, que nous ne sachions déjà sur la valeur de nos établissements. Sachons-lui gré d'avoir fait connaître à la jalouse Allemagne de quel éclat brille en ce moment la psychiatrie française, et d'avoir rendu hommage aux noms qui la représentent à Paris avec le plus d'autorité.

16. *Rapport médical sur le quartier d'aliénés de l'hôpital Julius à Wurtzbourg pour l'année 1882 à 1883*. — Dr Karl Link, médecin adjoint.

Dr HILDENBRAND.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique; par le Dr A. Mairet, professeur agrégé à la faculté de médecine de Montpellier. — Paris, Masson éditeur, 1884.

Malgré les nombreuses théories érigées en vue d'expliquer le mécanisme pathologique des névroses et des psychoses, on n'a que peu de connaissances véritablement scientifiques sur la pathogénie de ces affections, et cela s'explique, car « l'anatomie pathologique reste lettre morte dans ces cas ». Ce n'est donc pas dans les altérations tangibles et visibles des éléments qu'il faut rechercher les modifications anatomiques qui constituent les lésions des psychoses et des névroses. Il faut aller plus profondément et étudier le fonctionnement intime et la nutrition des éléments nerveux. Alors, connaissant d'une part les rapports des échanges nutritifs à l'état de santé et d'autre part les rapports des échanges à l'état de maladie, on établira par comparaison les modifications biologiques, fonctionnelles qui répondent aux différents types cliniques. On aura ainsi le véritable substratum anatomique des déviations pathologiques du fonctionnement de l'appareil nerveux et, comme conséquence, on pourra établir une thérapeutique rationnelle. — Envisager ainsi la question, c'est faire entrer l'étude des maladies nerveuses : psychoses et névroses, dans la voie toute moderne que M. Bouchard a tracée en France pour l'étude des maladies ordinaires. (*Maladies par ralentissement de la nutrition.*) C'est à ce point de vue élevé qu'il faut envisager le nouveau travail de M. Mairet.

Le phosphore ayant une grande importance dans la constitution du système nerveux, ce sont les variations des proportions de ce corps dans les échanges nutritifs que l'auteur s'est proposé d'étudier. Voici sa méthode et un aperçu des résultats auxquels il est arrivé :

On sait qu'il existe un rapport étroit entre l'alimentation et

©BIUM

l'acide phosphorique éliminé par les urines, on sait aussi que l'activité fonctionnelle influe sur le rendement du phosphore dans les urines, mais existe-t-il un rapport entre le repos du système nerveux, son activité normale, son activité pathologique et l'élimination du phosphore dans ces diverses circonstances? — Tel est le problème à résoudre, problème très complexe, car il faut tenir compte de plusieurs facteurs. D'abord le système nerveux n'est pas le seul qui renferme du phosphore et la nutrition générale doit avoir pour effet d'en rendre libre une certaine quantité ; quelle est la part qui reviendra à la nutrition du système nerveux considérée isolément? — Ensuite, sous l'influence des névroses convulsives, par exemple, le travail musculaire exagéré deviendra un facteur du phosphore? — Quelle est enfin la part du travail psychique seul? — Zueltzer a avancé que le rapport entre les quantités éliminées de phosphore et d'azote était constant en tant qu'expression de la nutrition générale et que, quand ce rapport variait, les variations étaient toujours dues à des modifications dans les échanges nutritifs qui se passent dans la profondeur du tissu nerveux. Mais M. Mairet démontre que cette loi de Zueltzer n'est pas très exacte et qu'en plus les phosphates alcalins et les phosphates terreux n'ont pas la même origine, les derniers proviennent du fonctionnement du système nerveux.

Dans des recherches de ce genre il faut avoir pour point de comparaison ce qui se passe à l'état normal. Or, à l'état normal, la *quantité journalière* des phosphates éliminés est très variable. Mais, quand on dose le phosphore éliminé pendant une période de quatre jours ou mieux encore de huit jours, et quand on prend la moyenne par jour, on arrive à un chiffre à peu près constant, pourvu que le régime soit non pas identique mais seulement régulier et que les occupations ne soient pas modifiées. Ce sont des conditions qu'on réalise facilement dans nos asiles. On a ainsi ce que M. Mairet appelle des *périodes alimentaires* pendant lesquelles, les conditions ne changeant pas, la moyenne journalière de phosphore éliminé reste constante. Cette donnée est d'une grande importance, car on comprend qu'on puisse, en faisant varier une quelconque des conditions (alimentation, travail musculaire, travail intellectuel, etc...), les autres restant les mêmes, se rendre compte des modifications dans l'élimination du phosphore qui résultent bien alors de la condition qu'on fait ainsi varier.

C'est par ce procédé et en établissant de nombreuses séries

©BIUM

d'analyses comparatives, en tenant compte des quantités absolues de phosphore éliminé, des quantités relatives des phosphates par rapport à l'urée, des quantités relatives des phosphates alcalins et des phosphates terreux soit entre eux soit par rapport à l'urée, que l'auteur est arrivé aux résultats suivants :

A l'état physiologique : 1° plus l'alimentation est riche en phosphore, plus les urines contiennent de phosphore; 2° les travaux musculaires augmentent le chiffre des phosphates alcalins; 3° le cerveau, en fonctionnant, absorbe de l'acide phosphorique uni aux alcalis et il rend de l'acide phosphorique uni aux terres, en plus, le fonctionnement cérébral ralentit la nutrition générale; 4° pendant le sommeil, la quantité d'azote et d'acide phosphorique rendue par les urines diminue.

A l'état pathologique : 1° dans la *manie*, dans la période d'agitation, il y a augmentation des échanges nutritifs, dans la période de dépression, au contraire, il y a ralentissement de ces échanges, mais l'augmentation des phosphates terreux dans les urines pendant les deux périodes prouve que dans ces deux périodes, il y a accélération des échanges dans le tissu nerveux, aussi bien pendant l'agitation que pendant la dépression; 2° dans la *lypémanie*, il y a augmentation des échanges en phosphore dans le sein de la substance cérébrale et ralentissement de la nutrition générale; 3° la *démence* diminue l'élimination de l'urée et des phosphates alcalins et terreux. L'*idiotie* agit de la même façon; 4° l'*épilepsie* ne produit aucune modification en dehors des attaques, mais ces dernières suractivent les échanges dans le sein du système nerveux; 5° pour l'*hystérie*, l'auteur n'a pas fait un nombre suffisant de recherches pour pouvoir conclure. Mais s'il poursuit ses études sur cette névrose, il arrivera sans doute à des résultats surprenants et inattendus, la nutrition chez les hystériques étant souvent modifiée d'une façon bizarre.

Dans ce court résumé, je n'ai parlé ni de la somme de travail que représentent les recherches de M. Mairet, ni de la patience et de la persévérance qu'il a fallu à l'auteur pour achever sa tâche; je me suis seulement efforcé de faire ressortir les données physiologiques encore inédites qui ont servi de guide et d'indiquer les résultats intéressants et utiles qui sont la conclusion des recherches de M. Mairet.

L. Camuset.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté ministériel du* 26 *février* 1885. M. le Dr Dubuisson est nommé médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, en remplacement de M. le Dr Briand (2e classe, 2.500 fr.).

— *Arrêté du* 21 *mars* 1885. M. le Dr Brusque est nommé médecin adjoint de l'asile de Vaucluse (Seine), en remplacement de M. le Dr Boudrie (1re classe, 3.000 fr.).

— *Par décret en date du* 30 *mars* 1885, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur, pour services exceptionnels rendus pendant la dernière épidémie cholérique :

M. le Dr Benoit, médecin de l'asile d'aliénés de Privas (Ardèche) ;

M. le Dr Campagne, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse).

— Les récompenses suivantes ont été en outre accordées par décret en date du 30 mars, sur la proposition des ministres de l'intérieur et du commerce :

Médailles d'or de 1re *classe* : M. Cartoux, directeur de l'asile Saint-Pierre à Marseille ; le Dr Dauby, directeur-médecin de l'asile d'Aix ; le Dr Bouteille, directeur-médecin de l'asile de Toulouse ; le Dr Goujon, sénateur, maire du 12e arrondissement de Paris.

Médailles d'or de 2e *classe* : M. le Dr Rougé, médecin de l'asile d'aliénés de Limoux ; le Dr Abram, médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Marseille ; le Dr Maunier, médecin adjoint à l'asile d'aliénés d'Aix ; le Dr Motet, vice-président de la Commission d'hygiène du 14e arrondissement de Paris.

Médailles d'or : M. le Dr Febvré, médecin adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse) ; Mme Raynaud (en religion sœur Sainte-Opportune), supérieure des sœurs de l'asile de Montdevergues.

Médailles d'argent de 1re *classe* : M. le Dr Caillau, médecin adjoint de l'asile de Toulouse ; Mmes Salé (en religion sœur Marie-Rédemption), attachée à l'asile de Toulouse, et Cassenas (en religion sœur Irenée), attachée à l'asile d'aliénés de Limoux.

Médailles d'argent de 2e *classe* : MM. Bonnet (Marius), infirmier à l'asile de Marseille ; Meilhan et Manon, internes à l'asile de Toulouse ; Soula (Raymond), surveillant en chef à l'asile de Toulouse ; Mlle Rouan (Marie), infirmière à l'asile de Toulouse.

Médailles d'argent : MM. Augan et Fouriel, internes à l'asile de Montdevergues (Vaucluse).

Médailles de bronze : MM. Cluchier (André), Garrigues (François), Germain (Philippe), surveillants et Volle (Antoine), conducteur des travaux à l'asile de Montdevergues (Vaucluse).

Lettres de félicitations : MM. Beltrude, interne à l'asile de Marseille ; Jean (Adrien), Jeauneau (Auguste) et Barger (Antoine), infirmiers ; Mmes Amalbert (en religion sœur Saint-Vincent),

©BIUM

FAUCONIT (Félicie), GIRAULT (Eugénie) et BLADON (Marie), infirmières au même établissement. *Mentions honorables* : GRATADOUR et ROQUES, internes suppléants à l'asile de Toulouse.

NÉCROLOGIE.

Dr PROSPER LUCAS. — Le Dr Prosper Lucas vient de mourir à l'âge de soixante-dix-sept ans, à Mennecy (Seine-et-Oise), où il s'était retiré depuis sa mise à la retraite. Plusieurs journaux, parmi lesquels le *Temps*, la *Justice*, publient sur notre regretté collègue la note suivante :

« Successivement médecin des aliénés de Bicêtre et de l'asile Sainte-Anne, le Dr Prosper Lucas est surtout connu par son *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux* (2 vol. in-8°. Paris, 1847-1850). Cet ouvrage, qui dénote une érudition et des connaissances scientifiques peu communes, est la marque d'un esprit profond et original, il a été, on peut le dire, l'inspirateur de tous les travaux qui ont été publiés depuis sur l'importante question de l'hérédité physiologique ou morbide, tels que ceux de Moreau (de Tours), de Morel, de M. Th. Ribot, etc., pour ne citer que des écrivains français. Darwin a beaucoup contribué à faire connaître à l'étranger le livre de notre savant compatriote. Le Dr Lucas avait recueilli dans ses services d'aliénés de nombreux documents qu'il se proposait d'utiliser pour un volume complémentaire à son grand traité et dans lequel il devait étudier les lois qui président à l'hérédité des maladies mentales.

« Le Dr Prosper Lucas était le frère de M. Charles Lucas, membre de l'Académie des sciences morales et politiques, bien connu par ses travaux sur les questions pénitentiaires et l'abolition de la peine de mort. »

Né en 1808 à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), le Dr Prosper Lucas avait pris une part active aux événements de 1848 et s'était présenté à deux reprises aux élections. Dans sa profession de foi républicaine du 19 avril 1849, nous citerons les passages suivants : « Deux partis du passé dans leur aveugle et brutal égoïsme, n'oublient que la patrie, la patrie épuisée de tant de convulsions qui demande à ses enfants de la stabilité, de l'ordre et du repos! Tous deux sourds à sa voix, ou prenant celle du fanatisme et de la passion pour elle, sans mémoire du passé, sans conscience du présent, sans pressentiment d'un avenir qui nous touche, tendent avec une pensée différente, par des voies opposées à un seul et même dénouement, à une série sans fin de nouvelles catastrophes, dût leur triomphe s'acheter de toute la fortune et de tout le sang de la France; dussent-ils se disputer et s'arracher ensuite, sur les ruines du pays, un règne sans lendemain. »

Contre les maux dont ces deux partis menacent la France, dans notre foi profonde, il n'y a qu'un refuge : il est dans ce qu'ils attaquent; il est dans le maintien et l'organisation paisible et régulière de la République, etc...; toute révolution nouvelle, qu'elle soit amenée par une insurrection ou par un coup d'Etat, c'est le triple fléau, cette fois inévitable, de la ban

©BIUM

queroute, de la misère publique et d'un malheur cent fois pire que la guerre civile, d'une jacquerie sociale qui suivra la misère.»

Outre son important *Traité sur l'hérédité*, qui obtint de l'Institut (Académie des sciences) un prix de 2,000 fr., M. le Dr Prosper Lucas a publié avant son doctorat, 1831, un volume in-8°, couronné par les sociétés des méthodes de l'enseignement élémentaire, sur la liberté d'enseignement, une dissertation in-4°, intitulée : *de l'imitation contagieuse*, ou *de la propagation sympathique des névroses et des monomanies*, et plusieurs mémoires scientifiques.

La médecine aliéniste perd en M. le Dr Prosper Lucas, un de ses membres les plus éminents, un esprit distingué et érudit.

H. D.

Dr Hurel. — Le 13 mars dernier, est décédé le Dr Hurel (Pierre-Alexandre), médecin à Gaillon et de la maison centrale de cette ville. Ce confrère distingué n'avait pas quarante-quatre ans. Depuis quinze ans qu'il habitait Gaillon, il avait su s'attirer les sympathies générales par son dévouement et sa charité. Aussi, à ses obsèques, l'assistance était si nombreuse que l'église n'a pu contenir tous ceux qui avaient tenu à donner à sa mémoire un dernier témoignage de reconnaissance. Parmi les personnes présentes on remarquait un certain nombre de notabilités administratives de l'Eure : un détachement de gardiens et des soldats de la garnison formaient la haie de chaque côté du char. Après le service funèbre, le corps a été dirigé sur Evreux, où l'inhumation a eu lieu le même jour, au milieu d'un concours aussi grand qu'à Gaillon. M. Develle, député de l'Eure, a prononcé sur la tombe quelques paroles d'adieu.

Le Dr Hurel était officier d'académie, membre correspondant de la société de médecine légale de France et de la Société médico-psychologique de Paris. Nommé en 1869, médecin de la maison centrale de Gaillon, et frappé du nombre de criminels devenant aliénés, il n'eut pas de cesse qu'il n'obtînt de l'administration l'annexion à la prison d'un quartier pour ces malades. Il fut assez heureux, aidé en cela par MM. les Inspecteurs généraux, de voir ses vœux réalisés en 1876.

Parmi les travaux publiés par notre regretté confrère, nous citerons spécialement les suivants :

Quelques observations pour servir à l'histoire de la folie pénitentiaire, in *Ann. méd.-psych.* nos de mars et mai 1875.

Le quartier des condamnés aliénés annexé à la maison centrale de Gaillon, in *Ann. médico-psych.*, n° de mars 1877.

Etude statistique du quartier des condamnés aliénés annexé à la maison centrale de Gaillon; in Compte rendu du Congrès international de médecine mentale. Paris 1880.

Congrès psychiatrique d'Anvers.

Gand, le 5 février 1885.

Monsieur et honoré confrère,

Dans sa dernière réunion (31 janvier 1885), la Société de Médecine mentale a décidé, conformément aux usages anciens, de tenir une séance au lieu de domicile de son Président, c'est-à-dire à Anvers, pendant l'année 1885.

©BIUM

Cette séance aura lieu dans le courant de l'été à une époque qui sera déterminée d'une manière plus précise ultérieurement; elle coïncidera avec l'Exposition universelle qui s'ouvrira dans la même ville au mois de mai prochain. La Société, désirant rendre cette réunion plus solennelle, a résolu d'y convier nos confrères de l'étranger. Elle a manifesté la volonté d'organiser à cette occasion une sorte de Congrès psychiatrique, qui durera de deux à quatre jours. Elle a désigné dans son sein une commission chargée de régler toutes les particularités de cette réunion scientifique et confraternelle. La commission se compose du bureau de la Société, MM. Desguin, Lentz et Ingels, auxquels on a adjoint MM. Oudart, inspecteur général des établissements d'aliénés; Lefebvre, professeur à l'Université de Louvain; Heger, professeur à l'Université de Bruxelles; R. Boddaert, professeur à l'Université de Gand; Semal, médecin-directeur de l'asile de Mons. Elle se réunira une première fois le samedi 14 février 1885.

Je viens vous prier, monsieur et honoré confrère, de vouloir nous adresser votre avis sur la marche à suivre dans l'organisation du Congrès et nous indiquer les questions d'ordre scientifique ou administratif que vous désireriez entendre discuter à cette occasion. Vous voudrez bien aussi nous informer si vous vous proposez de faire une communication orale ou écrite lors de la réunion du Congrès. Vous rendriez la besogne de la commission plus facile en nous honorant à ce sujet d'un mot de réponse dans le plus bref délai, avant la fin de la semaine prochaine si c'est possible. Vous nous obligerez en adressant toutes vos communications au secrétaire, le Dr B.-C. Ingels, médecin de l'hospice Guislain, à Gand.

Nous vous prions, monsieur et très honoré confrère, d'agréer l'assurance de notre parfaite considération.

Le Secrétaire, B.-C. INGELS. *Le Président,* VICTOR DESGUIN.

RECTIFICATION.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien insérer dans le prochain numéro des *Annales*, la rectification suivante à propos de la relation que j'ai faite de l'asile de Dobran et qui m'est demandée par M. le Dr Pick, médecin-directeur de cet établissement.

« Le passage de votre article, me dit cet honorable collègue, « que les moyens de contrainte sont limités aux cas de la plus « stricte nécessité est peut-être pris du vieux règlement de « l'asile à Prague, mais il n'est pas en vigueur chez nous.

« Je suis partisan décidé du *no-restraint* et depuis que je « suis à Dobran, pas une fois je n'ai fait usage de camisole. « Je vous serais obligé si vous vouliez bien faire paraître cette « observation dans un des prochains numéros des *Annales* « *méd. psych.* »

Veuillez agréer, M. le Rédacteur, l'expression de mes sentiments bien distingués. H. DAGONET.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. Chronique.

La médecine mentale et la névrologie dans les Congrès de 1884.
Le Congrès de Copenhague : Les institutions psychiatriques dans les pays Scandinaves — Le morphinisme et son traitement. — Lésions et curabilité de l'ataxie locomotrice. — Du rôle des écoles dans la production des maladies mentales. — Valeur des exercices corporels et des colonies agricoles dans le traitement des maladies mentales. — Du rôle de la syphilis dans la paralysie générale. 5
Le Congrès de Copenhague (Suite et fin) : La sclérose latérale amyotrophique. — L'irritation, le traumatisme et la compression du cerveau. — Des exaltations religieuses en Orient. — De l'hérédité dans la paralysie générale des aliénés. — Des meilleurs moyens de combattre l'abus de l'alcool. . . . . .
Le Congrès international d'hygiène de La Haye. — Le surmenage cérébral. — La restriction volontaire dans la procréation comme cause de folie. — L'alcoolisme et les cabarets. . . . .
Congrès de Blois (Association française pour l'avancement des sciences). — Idiotie congénitale. — Assistance des enfants arriérés. — La suggestion hypnotique dans le traitement de la chorée et de la folie. — Hérédité de la paralysie générale. . . 177
Congrès psychiatrique d'Anvers en 1865. — Création d'une nouvelle colonie d'aliénés, à l'instar de celle de Gheel, à Lierneux, près Liège. — Projet de construction d'un asile spécial à Buenos-Ayres. — Nouveau *blue book* et nouveau projet de loi anglaise sur les aliénés. — Le Myriachis. — Exemple de perversion de l'instinct sexuel. — La paraldéhyde comme hypnotique. 353

II. Pathologie.

Nature cadavérique de quelques lésions des centres nerveux; par M. le Dr Baillarger. 17
Contribution à l'étude du sommeil pathologique chez les aliénés; par M. le Dr Semelaigne. 20
Contribution à l'étude de la morphiomanie; par M. le Dr Marandon de Montyel. 45
Contribution à l'étude des complications viscérales de la paralysie générale; par M. le Dr Albert Carrier. 193
Observation d'accès d'hystéro-somnambulisme hallucinatoire consécutifs à l'absorption d'une dose toxique de camphre; par M. le Dr Planat. 224
Les vaisseaux sanguins du cerveau à l'état normal et à l'état pathologique; par M. H. Obersteiner (traduit de l'allemand par M. le Dr de Musgrave Clay). 365
Contribution à l'étude de l'agoraphobie (peur des espaces) et d'autres formes de névroses émotives ; par M. le Dr Gros. . . . 394

©BIUM

III. Archives cliniques.

1. — Corps étrangers dans le larynx et l'estomac d'un dément; par M. J. Christian. 65
2. — Paralysie d'origine alcoolique, suivie de guérison; par Ph. Rey. 68
3. — Pachyméningite avec symptômes de paralysie générale; par M. J. Christian. 233
4. — Lypémanie avec albuminurie; par M. Mabille. 236
5. — Paralysie générale d'origine traumatique; par M. Mabille. . 408
6. — Folie à double forme intermittente précédée d'accès isolés de manie et de mélancolie et finissant par prendre le type circulaire; par M. L. Martinenq. 412

IV. Médecine légale.

Revue de médecine légale : Les attentats aux mœurs commis par les aliénés; par M. le Dr Giraud. 73
De la valeur des résultats d'autopsie dans la détermination de l'état mental; par M. le Dr Châtelain. 420

V. Établissements d'aliénés.

Une visite à l'asile d'aliénés de Dobran (Bohême); par M. le Dr Dagonet. 222

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. Société médico-psychologique.

Séance du 28 juillet 1884. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Bajénoff, Cuylits. — Rapport de M. Ch. Féré sur la candidature de M. Séglas : élection. — Rapport de M. Charpentier sur la candidature de M. Chambard : élection. — Rapport de M. Ballet sur la candidature de M. Ladame : élection. — Rapport de M. Motet sur la candidature de M. Focchi : élection. — Considérations sur le projet de loi concernant les aliénés en Italie : M. Motet. 96
Séance du 27 octobre 1884. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Séglas, Chambard, Ladame, Focchi, Pérez, Raffegeau, Sankey, Pick, Bourdin, Dally, Foville. — Rapport de M. Lunier sur la candidature de MM. Steenberg et Bjornstrom : élection. — Note sur les établissements d'aliénés en Norwège : M. Moreau (de Tours). — Proposition de nomination d'une commission chargée de résumer les opinions de la Société sur les divers projets de revision de la loi de 1838 : M. Falret. 104
Séance du 24 novembre 1884. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Armangué y Tusé. Moreau (de Tours), Bjornström, Collineau, Régis. — Rapport de M. Christian sur la candidature de M. Raffegeau : élection. — Rapport de M. Bouchereau sur la candidature de M. Arnold Pick : élection. — Actes de violence commis par les persécutés en liberté : MM. Motet, Legrand du Saulle. — Nomination d'une commission chargée d'étudier les questions débattues dans la Société à l'occasion du nouveau

©BIUM

projet de loi sur les aliénés. 256
Séance du 29 décembre 1884. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Raffegeau, Arnold Pick, Steenberg, Rousseau, Legrand du Saulle, Foville, Motet. — Rapport de M. Paul Garnier sur la candidature de M. Sankey : élection. — Rapport de M. Moreau (de Tours) sur la candidature de MM. Platou et Lindboë. — Elections du bureau pour 1885. — Des troubles mentaux dans la sénilité précoce et rapide : MM. Charpentier, Lunier, Legrand du Saulle, Foville, Motet, Bouchereau. 272
Séance du 26 janvier 1885. — Nomination d'un vice-président pour 1885. — Installation du bureau : MM. Foville, Dagonet. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Billod, Aug. Voisin, Lindboë, Sankey, Mairet, Camuset, Clarck Bell, Dagonet, Ritti, Foville, Moreau (de Tours). — Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles : MM. Magnan, Falret. 440
Séance du 23 février 1885. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Maury, Platou, Fallières, Bitot. — Rapport de la commission des finances : M. Legrand du Saulle. — Prix Moreau (de Tours) et Belhomme : MM. Dagonet, Moreau (de Tours), Legrand du Saulle, Bouchereau, Paul Garnier, Christian, Motet, Ballet, Foville. — Rapport de M. Christian sur la candidature de M. Camuset : élection. — Rapport de M. Paul Garnier sur la candidature de M. Mairet : élection. — Analyse d'un rapport médico-légal du Dr Miraglia sur un cas d'homicide : MM. Motet, Dagonet. — Rapport sur un nouveau traitement des convulsions hystériques du Dr Solivetti : M. Moreau (de Tours). — Cas insolite de névrose convulsive : M. Legrand du Saulle. — De l'état de mal épileptique ; importance des constatattons thermométriques : M. Legrand du Saulle. — Epilepsie causée par la vue d'un cadavre ; huit cas : M. Legrand du Saulle. — Proposition d'ordre du jour : M. Falret. 475

II. Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1884).

(Anal. par M. le Dr CAMUSET.)

Locomobilité du cerveau. 297
Recherches expérimentales sur l'alcoolisme chronique. 302
Anesthésie locale de l'œil par la cocaïne. 304
Commotion de la moelle épinière. 304
Rapports entre le développement des circonvolutions de Rolando et les mouvements des membres inférieurs. 304
Myopathie atrophique progressive. 305
Réaction électrique des nerfs de la peau chez les ataxiques. . . . 305
Influence du cerveau sur la température générale 305
Différence entre les phénomènes hypnotiques chez les sujets sains et les hystéro-épileptiques. 305
Les antivivisectionnistes. 306
Variations de la température rectale déterminées par l'activité physique. 306
Régions excitables de l'écorce cérébrale. 307
Des systèmes nerveux irido-dilatateur et accélérateur cardiaque. . 307
Suggestion hypnotique par influence sur la rétine. 308
Influences dynamogéniques réflexes dans les cas de suture nerveuse. 308
Somnambulisme partiel. 308
Fibres arciformes superficielles du bulbe rachidien. 309

©BIUM

Action négative de la cocaïne sur les centres nerveux. 309

JOURNAUX FRANÇAIS (1883).

(Anal. par M. le Dr CAMUSET.)

Des affections associées de la moelle et du cerveau. 119
Rapport des ganglions sympathiques avec les nerfs vaso-moteurs. 120
Cas d'ataxie à début et symptômes anormaux. 120
Paralysie atrophique. 121
Les alcoolisés. 121
Congestions cérébrales et folie congestive. 122
Paralysie générale des aliénés. 123
Cas remarquable de délire de persécution. 124
Ataxie locomotrice d'origine syphilitique. 125
Hallucinations bilatérales à caractère différent suivant le côté affecté. 126
Quelques particularités relatives à l'épilepsie. 127
Le délire de persécutions. 127
Accidents nerveux du diabète sucré. 128
Aphasie et hémiplégie. 130
Tic de Salaam. 130
Du rôle de l'inhibition. 131
Intolérance des névropathes pour les médicaments. 132
Anesthésie par le protoxyde d'azote. 133
Hémorrhagies des centres nerveux dans le purpura hæmorrhagica. 133
Traitement de curabilité des angines de poitrine 134
Fausse phthisie des hystériques. 135
Pseudo-paralysie générale syphilitique. 136
Moulage du cerveau. 136
Traitement des convulsions de l'enfance. 136
Empoisonnement par le haschich. 137
Morphinomanie. 137
Affaire Monastério et loi de 1838. 137
Délires instantanés consécutifs à des crises épileptoïdes. 137
Législation sur les aliénés dits criminels. 138
Atrophie du cerveau consécutive à l'amputation d'un membre. . . 138
Un cerveau d'aliéné. 138
Considérations sur l'hystérie. 138
Hystérie simulant des tumeurs abdominales ou des affections cérébrales. 139
Étude symptomatique de somnambulisme. 140
Mort subite pendant la crise hystérique. 141
Temps de réaction des sensations olfactives. 141
Suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille. 142

JOURNAUX BELGES (1883).

(Anal. par M. le Dr CAMUSET.)

Traitement symptomatique de l'hystérie par l'hypnotisme. 143

JOURNAUX ANGLAIS (1882-1883).

(Anal. par MM. DUMESNIL, PONS et de MUSGRAVE-CLAY).

Paralysie labio-glosso-pharyngée d'origine cérébrale. 144
Traitement de l'épilepsie par la ligature des artères vertébrales. 145
Symptômes nerveux du myxœdème. 147