

*Bibliothèque numérique*

**medic@**

**Annales médico-psychologiques**

*n° 04. - Paris: Masson, 1886.*

*Cote : Académie nationale de médecine 91113,  
1886, n° 04*

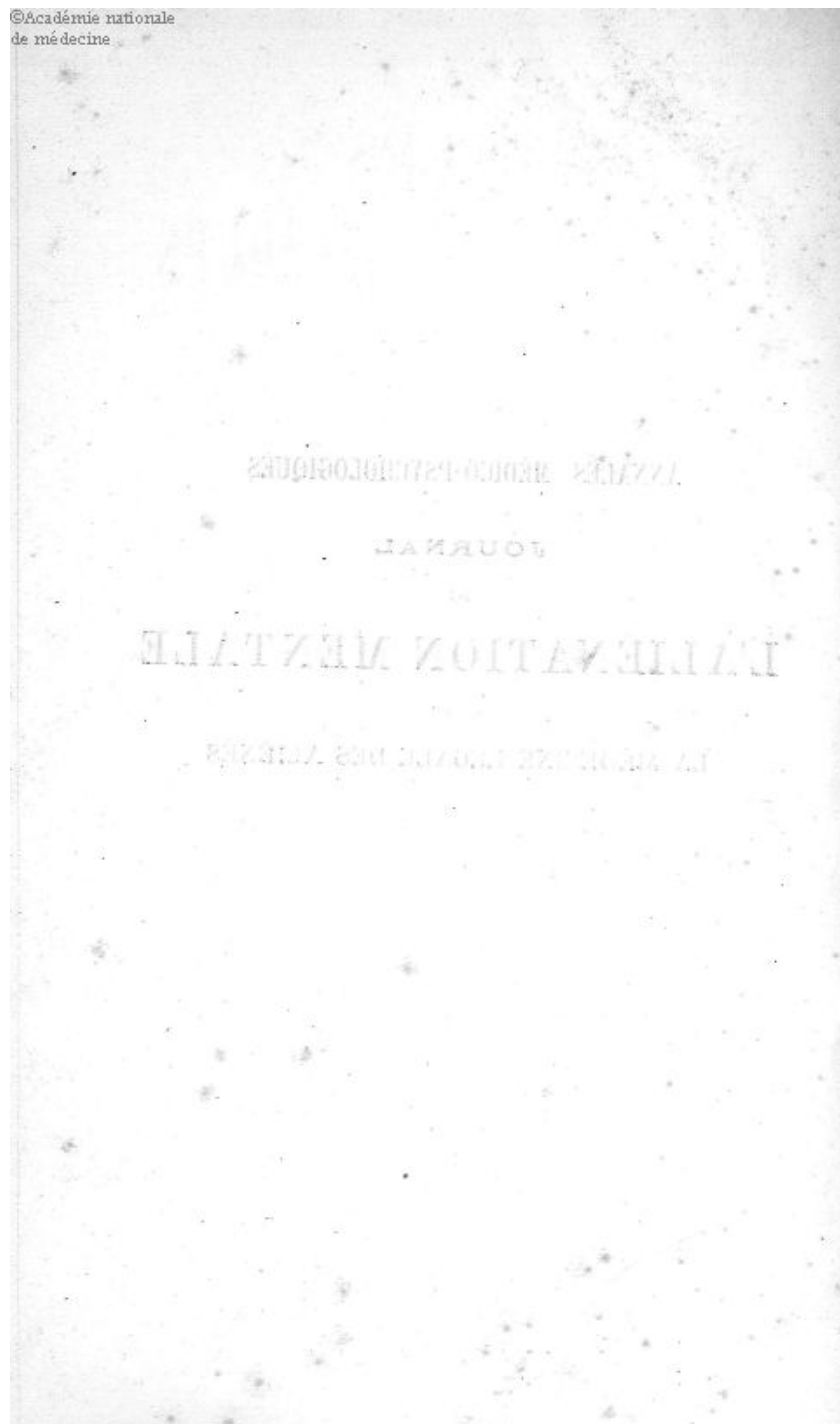


Exemplaire de l'Académie nationale de médecine  
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1886x04>

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







# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

## L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

**BAILLARGER**

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

**FOVILLE**

Inspecteur général des établissements de bienfaisance et du service des aliénés

ET

**RITTI**

Médecin de la maison nationale de Charenton.

—  
SEPTIÈME SÉRIE. — TOME QUATRIÈME

QUARANTE-QUATRIÈME ANNÉE

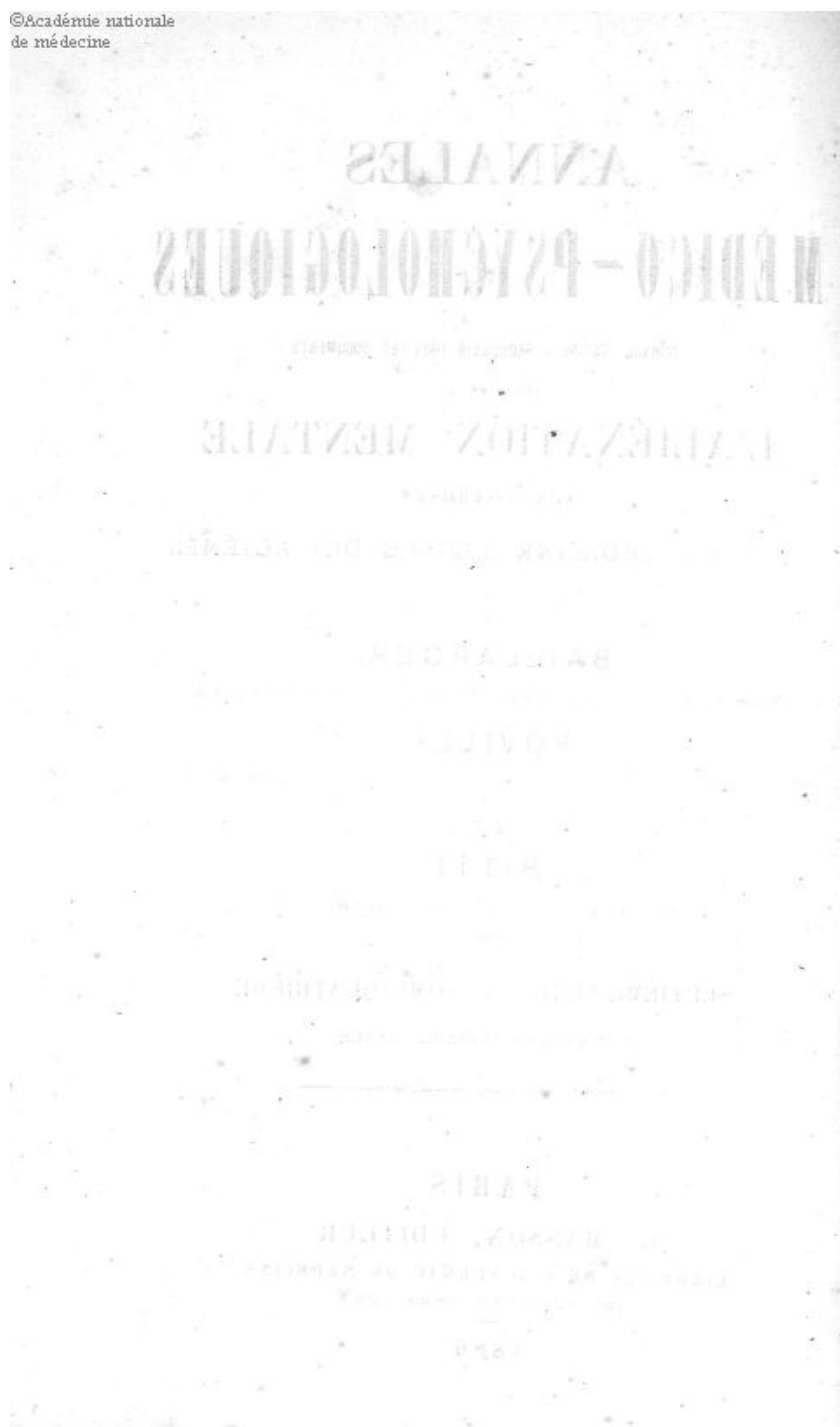
—  
PARIS

**G. MASSON, ÉDITEUR**

LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

—  
1886



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

---

CHRONIQUE

Les nouvelles propositions de loi, relatives aux aliénés, en Angleterre. — Le surmenage intellectuel et le défaut d'exercice physique des enfants dans les écoles. — Ce que deviennent les aliénés paralytiques qui paraissent guéris. — Du mouvement cadencé réflexe des oreilles des lapins.

On s'occupe en Angleterre, en même temps qu'en France, de la revision de la législation relative aux aliénés. Dans sa séance du 1<sup>er</sup> mars 1886, la Chambre des Lords a autorisé, à la suite d'une importante discussion, la seconde lecture de deux bills relatifs à cette question. L'un des deux aurait pour résultat de consolider, c'est-à-dire de codifier en un seul instrument législatif, les lois successives, votées depuis plus d'un siècle à l'occasion des aliénés, et qui, jusqu'à ce jour, sont en partie abrogées et en partie maintenues; on sait que ces lois sont au nombre de plus de quarante, en sorte que leur ensemble constitue un dédale, au milieu duquel les légistes et les médecins, même les plus compétents, ont une peine extrême à se recon-

ANN. MÉD.-PSYCH, 7<sup>e</sup> série, t. IV, Juillet 1886. 1. 1

naître et à se diriger. Depuis longtemps, on réclamait la rédaction d'une loi unique, contenant toutes les clauses en vigueur et ne contenant qu'elles. L'accomplissement de cette tâche est un progrès très considérable, et auquel on ne saurait trop applaudir ; mais il ne pourra pas être réalisé d'une manière immédiate, car, dans cet acte unique et complet, on devra intercaler, à leur place, les nouvelles mesures qui sont actuellement en discussion, et qui sont proposées dans l'autre des deux bills auxquels nous venons de faire allusion.

Longuement préparé à la suite des travaux de la Commission d'enquête parlementaire de 1877, ce bill avait été présenté au Parlement, l'année dernière, par le comte de Selbourne, Lord Chancelier du précédent ministère ; il a été repris, avec certaines modifications de détail, par le ministère actuel, et défendu devant la Chambre par le nouveau Chancelier, baron Herschell, qui est d'autant plus compétent dans ces questions qu'il a été, lui-même, membre de la Commission d'enquête de 1877.

A certains égards, la discussion a pu paraître réellement arriérée, et la manière dont on y a parlé du régime auquel sont soumis les aliénés aurait pu s'appliquer à ce qu'était ce régime, il y a un siècle ou un demi-siècle, plus exactement qu'à ce qu'il est aujourd'hui ; il est fâcheux que les progrès accomplis partout, et en Angleterre plus qu'ailleurs, n'aient pas été signalés et appréciés avec plus de justice.

Nous ne pouvons exposer en détail toutes les modifications proposées, mais nous allons indiquer les principales, celles qui portent sur les points les plus controversés.

En ce qui concerne les placements volontaires, on sait que la loi anglaise actuelle exige un double certificat médical, à l'appui d'une demande de placement signée



par un parent ou un ami du malade ; ce système qui, pendant longtemps, a été considéré comme constituant une garantie absolue contre tout placement abusif, est, aujourd'hui, vivement attaqué. On le représente comme une menace constante pour la liberté individuelle de tous les citoyens ; si le gouvernement reconnaît que les séquestrations arbitraires ont été très rares, il veut bien en attribuer le mérite à l'honorabilité du corps médical, pris dans son ensemble, sans alter jusqu'à défendre le principe de la loi. On cherche le remède à cet état de choses dans l'intervention de la magistrature pour tous les placements. La demande de placement, toujours formée par un membre de la famille, à moins d'empêchements spéciaux, suffisamment motivés, sera remise, avec les certificats médicaux, à un représentant de l'autorité judiciaire, spécialement qualifié à cet effet, et ce magistrat fera une enquête d'après le résultat de laquelle il ordonnera ou refusera l'autorisation de placement. On a reconnu, cependant, que dans un grand nombre de cas, l'accomplissement de tant de formalités entraînerait des délais incompatibles avec l'intérêt du malade, de sa famille et de la Société. Aussi admet-on, pour les cas d'urgence, des placements exécutés sans aucune formalité judiciaire, et par conséquent sans retard ; mais les placements de ce genre n'ont de valeur que pour une durée de sept jours ; si, dans ce délai, une demande régulière de placement n'est pas présentée, par la famille, au magistrat compétent, le placement ne peut pas être maintenu, et la personne placée doit être immédiatement remise en liberté.

Dans le but de s'opposer au maintien prolongé, dans un asile, d'un malade guéri ou suffisamment amélioré, le nouveau bill porte qu'aucun ordre de placement n'a de valeur au delà d'une période de trois ans ; pour être

maintenu plus longtemps, chaque malade devra être examiné de nouveau, et être l'objet d'une décision judiciaire nouvelle.

Les lettres de réclamation, adressées par les malades à des fonctionnaires publics, doivent être envoyées par les chefs des établissements, sans être ouvertes.

Le côté de la question qui a été le plus vivement discuté, et qui sera le plus difficile à régler, est celui qui se rapporte aux asiles publics et aux asiles privés.

D'une part, beaucoup de malades sans être réellement indigents, n'ont pas de ressources suffisantes pour être placés, comme pensionnaires à leurs frais, dans des maisons de santé privées ; on n'a d'autre ressource que de les faire entrer dans des asiles publics, où ils sont traités aux frais des contribuables et où ils occupent des places dont sont privés les véritables indigents ; aussi propose-t-on qu'à l'avenir, aucun malade ne soit admis dans un asile de pauvres, à moins qu'il ne soit réellement pauvre.

D'autre part, l'opinion du Parlement ne paraît pas favorable aux asiles privés ; le Lord Chancelier, tout en faisant une large part aux exceptions honorables, n'a pas dissimulé que, les propriétaires de ces maisons ayant un intérêt pécuniaire à conserver leurs malades le plus longtemps possible, les maintiens abusifs lui paraissent à craindre. Il n'a pas été, cependant, jusqu'à se rallier au projet d'une réforme radicale, consistant à supprimer immédiatement tous les asiles privés, sauf à faire indemniser leurs propriétaires aux frais des Comtés. Il propose une mesure intermédiaire qui consisterait à ne plus accorder aucune licence, ni pour la création de maisons de santé nouvelles, ni pour l'agrandissement des maisons de santé existantes.

Les licences actuelles seraient maintenues, mais non renouvelées, en sorte que, par extinction successive



les maisons de santé privées diminueraient graduellement de nombre, et finiraient par disparaître.

Mais que faire des aliénés des classes moyennes ou riches, s'il est également impossible de les placer dans les asiles de pauvres, et dans les maisons de santé privées?

Il existe déjà, en Angleterre, un certain nombre d'établissements publics, qui reçoivent ces malades, comme ils sont reçus chez nous, dans la maison de Charenton et dans les pensionnats des asiles publics. Mais les établissements de cette catégorie sont, dès aujourd'hui, insuffisants, et ils le deviendraient encore bien plus, par suite des nouvelles mesures; il serait donc indispensable d'en multiplier le nombre, et pour atteindre ce résultat, le droit serait donné au pouvoir central d'imposer, dans certaines circonstances, aux autorités administratives locales, c'est-à-dire à celles des Comtés, des Villes ou des Bourgs, l'obligation de racheter les asiles privés existants, ou de créer, de toutes pièces, des établissements publics spécialement destinés au traitement des aliénés non indigents.

En d'autres termes, les contribuables seraient tenus de faire l'avance des fonds nécessaires à l'organisation du traitement des aliénés de la bourgeoisie, sauf à être remboursés par les pensions de ces malades. C'est là un système financier qui, on le comprend, soulève de sérieuses objections; aussi a-t-il déjà été combattu, et il est probable qu'il le sera encore vigoureusement, avant le vote définitif de la nouvelle loi.

Celle-ci prescrit encore qu'à l'avenir, et à l'exception des malades interdits ou aliénés de la Chancellerie, aucun aliéné ne pourra être traité comme pensionnaire isolé, dans une maison particulière. Cette mesure, qui paraît être un corollaire de celle qui vise à l'extinction des asiles privés, aurait pour effet de supprimer la lé-



galité d'un mode de traitement considéré jusqu'ici, par les médecins étrangers qui étudiaient la législation anglaise relative aux aliénés, comme une de ses particularités les plus recommandables et les plus dignes d'imitation. Telle est aussi, croyons-nous, l'opinion des médecins spécialistes de l'Angleterre, car le *Journal of mental science* (avril 1886, p. 75) auquel nous empruntons une grande partie de ces détails, nous apprend que l'Association médico-psychologique anglaise a fait parvenir au Lord Chancelier des représentations à cet égard. Dans un grand nombre d'affections mentales, dit-elle, il est très avantageux pour les malades de les placer, comme pensionnaires isolés, chez un médecin ; d'abord on évite le stigmate, erroné sans doute, mais qui malheureusement reste encore attaché au séjour dans un asile soit privé, soit public ; ensuite, le traitement dans l'intérieur d'une famille peut, dans un premier accès qui n'aura peut-être que peu de durée, éviter au malade des impressions pénibles, des associations nuisibles, inséparables du placement dans un asile ; en troisième lieu, bien des familles se décident, sur le conseil de leur médecin, à déplacer un malade, pour qu'il ne reste pas dans son milieu habituel, sans consentir à le faire entrer d'emblée dans un asile. On ne saurait méconnaître l'importance pratique de ces observations et il serait très désirable qu'il en fût tenu compte.

Une autre disposition d'une grande portée figure dans ce bill, c'est celle qui donnerait au Lord Chancelier le droit d'amalgamer, c'est-à-dire de fondre, de réunir en une seule les différentes administrations qui, aujourd'hui, se partagent la direction du service des aliénés en Angleterre, et qui sont le Conseil des *Masters in Lunacy*, celui des Visiteurs du lord Chancelier et celui des *Commissioners in Lunacy*. La réunion de ces trois administrations en une seule, rapprocherait l'or-

ganisation du service des aliénés, en Angleterre, de celle qui existe en Ecosse, et qui lui est généralement considérée comme supérieure.

Nous nous contentons d'énumérer rapidement les principales modifications proposées, par le gouvernement Anglais, au régime des aliénés actuellement en vigueur; nous n'entreprendrons ni de faire connaître tous les détails du nouveau projet, ni de les discuter en eux-mêmes, ni d'en faire une comparaison approfondie avec les dispositions correspondantes de la loi de 1838, ou avec les différents textes proposés pour la revision de cette loi. Une étude de ce genre offrirait, sans doute un grand intérêt; mais nous n'avons ici, ni la place, ni le temps d'aborder un si vaste sujet.

Nous ferons seulement observer que, dans les propositions actuellement discutées en Angleterre, comme dans celles qui sont soumises au Parlement Français, comme dans la plupart des lois récemment votées soit dans l'Amérique du Nord, soit dans différents pays de l'Europe, se manifeste une tendance de plus en plus marquée à faire une large place à l'autorité judiciaire dans tout ce qui concerne les mesures prises à l'égard des aliénés. C'est un signe du temps que l'on ne saurait méconnaître, et que nous constatons, sans le discuter.

M. le Dr Lagneau a fait à l'Académie de médecine, dans sa séance du 27 avril 1886, une communication des plus importantes, où il a dénoncé les inconvénients de l'excès de travail intellectuel auquel beaucoup d'enfants sont soumis de nos jours, et les dangers de la vie trop sédentaire qui est le résultat inévitable du mode d'éducation mis en pratique, aujourd'hui, dans la plupart des pays placés à la tête de la civilisation. Tous ceux qui s'intéressent aux grandes questions sociales, et qui ont occasion de savoir à quel degré les enfants des deux



sexes sont surchargés de travail, dans les établissements d'éducation de toute catégorie, applaudiront, certainement, aux énergiques réclamations de M. Lagneau et joindront leurs protestations aux siennes. Ce cri d'alarme n'est, du reste, pas le premier qui est poussé à cette occasion et on se rappelle les plaintes du même genre que M. Dally a présentées à la Société de médecine publique en 1884.

Nous sommes disposé à reconnaître que cette exagération contemporaine du travail des enfants a son point de départ dans un excellent sentiment patriotique. A la suite de nos désastres de 1870, il s'est développé, en France, un désir général de contribuer au relèvement de la patrie. On nous citait l'exemple de l'Allemagne qui, après la défaite d'Iéna, s'était recueillie et s'était consacrée tout entière au développement des études, sous toutes leurs formes ; on répétait volontiers que nous avions été vaincus, non par le soldat, mais par le maître d'école allemand ; de là un essor illimité subitement donné à toutes les branches de l'éducation, une émulation sans frein de la part de tous ceux qui, à un titre quelconque, contribuent à l'enseignement. Le mobile était des plus honorables, et le zèle déployé méritait de grands éloges ; mais il est permis de se demander si le but n'a pas été dépassé, et si, au lieu de multiplier les « élites diverses » nécessaires pour élever le niveau de la Société, on ne s'expose pas, grâce à cette exagération de culture intensive, à voir le niveau moyen s'abaisser par la proportion prédominante des fruits secs et des non-valeurs.

Les chiffres apportés en foule par M. Lagneau, avec ce luxe d'érudition polyglotte, cette abondance de citations topiques qui caractérisent tous ses travaux, ne peut laisser de doutes à cet égard. Grâce à ces chiffres, la démonstration est déjà faite pour certaines déficiences physiques spéciales, telles que la myopie, résultant

d'un travail trop assidu aux classes et aux études avec un éclairage défectueux ; les déviations de la colonne vertébrale et l'inégale élévation des épaules dues à la mauvaise attitude adoptée par les élèves pour écrire, surtout parmi les filles ; la compression des organes thoraciques et abdominaux produite par la prolongation de la situation assise, le corps penché en avant. Les mêmes causes engendrent, d'une manière plus générale, l'affaiblissement de la constitution, l'anémie, la scrofule, l'insuffisance du développement. Elles favorisent donc à un haut degré la misère physiologique et, par conséquence, la tuberculose qui en est une des manifestations de prédilection.

Est-ce tout ? Malheureusement non, car il faut rattacher également au surmenage intellectuel la production d'un grand nombre d'affections du système nerveux, plus graves encore que celles qui viennent d'être citées. Ici, il faut le reconnaître, on ne peut pas arriver à une statistique aussi exacte que lorsqu'il s'agit de calculer, avec des instruments de précision, des conditions physiques telles que la portée de la vue ou la hauteur relative des deux épaules. Mais, à défaut de ces moyens de mensuration mathématique, ne doit-on pas tenir pour convaincantes les opinions exprimées par nombre de médecins du plus grand mérite, tant en France que dans d'autres pays, en Angleterre notamment, où des protestations énergiques se sont élevées à la Chambre des Lords et à la Chambre des Communes, contre les exigences scolaires du dernier acte relatif à l'éducation ?

Les maux de tête, l'épuisement nerveux, des maladies convulsives telles que la chorée et l'épilepsie, des états congestifs et inflammatoires des centres nerveux et des méninges, sont reconnus comme tenant en proportion notable, à l'exagération de la tâche journalière



imposée à de jeunes intelligences, qui ont besoin de ménagements d'autant plus grands qu'elles se développent dans des milieux laissant presque toujours beaucoup à désirer, au point de vue hygiénique.

Dans d'autres cas, à défaut de maladie nerveuse nettement déterminée, l'action prolongée des mêmes causes finit par déterminer un relâchement tel des ressorts intellectuels que l'esprit, prématurément épuisé, reste, pour longtemps, sinon pour toujours, frappé d'impuissance ou même d'hébétude.

Ce ne sont pas les élèves seuls qui sont les victimes du régime de pression outrée qui prévaut dans les écoles ; nombre de maîtres en souffrent au même degré, et la voix autorisée de lord Shaftersbury a signalé, au Parlement Anglais, la proportion considérable d'instituteurs, surtout d'institutrices, qui entrent dans les asiles d'aliénés par suite d'épuisement nerveux, résultant d'un travail intellectuel exagéré.

Une réforme serait donc bien nécessaire, et les indications posées à cet égard, par M. Lagneau, sont trop conformes aux données de l'hygiène physique et morale pour que le corps médical, tout entier, ne s'y associe pas. Mais a-t-on quelque chance d'obtenir le succès ? Pour cela il faudrait s'adresser, non pas tant à ceux qui enseignent, qu'à ceux qui rédigent et imposent les programmes. C'est pour satisfaire à l'exagération des demandes que l'on est entraîné à multiplier d'une manière excessive les leçons et les études. Ce danger des programmes exorbitants n'existe pas seulement pour les écoles supérieures, comme l'École polytechnique dénoncée à l'Académie par M. Lagneau ; on le retrouve jusque dans les examens de l'ordre élémentaire, dans les concours les plus modestes. Assistant récemment à un consultation gratuite, n'avons-nous pas vu une fillette de treize ans, à la mine intelligente, mais portant les stig-

mates d'une chlorose très accusée, expliquer, sans réplique, au médecin qui lui recommandait de prendre de l'exercice au grand air, que cela lui était matériellement impossible. Des devoirs supplémentaires venaient de lui être imposés par la directrice de l'école municipale de son quartier, en vue d'examens prochains, et, après une journée entièrement absorbée par l'étude, il lui fallait encore travailler assidument toute la soirée, pour ne pas se laisser mettre en retard ! Quand donc comprendra-t-on qu'il est encore plus essentiel, pour les enfants, de travailler bien et modérément, que de compromettre leur avenir et de ruiner leur santé par l'accumulation indigeste d'études dans lesquelles la quantité ne saurait tenir lieu de la qualité !

Les médecins aliénistes sont loin d'être bien fixés sur la possibilité des guérisons dans la paralysie générale. Les quelques cas qui, de loin en loin, paraissent se terminer de cette manière favorable, appartenaient-ils réellement à cette maladie, et le diagnostic était-il à l'abri de toute incertitude ? Les guérisons étaient-elles réelles ou seulement apparentes ? Alors même qu'elles paraissaient bien authentiques, ont-elles été durables, et n'aurait-il pas été plus juste de les considérer comme de simples rémissions ? Ce sont là autant de problèmes que les meilleurs cliniciens se posent et qu'il serait, croyons-nous, téméraire de prétendre résoudre d'une manière absolue ou légère. Aussi, toute contribution sérieuse à leur étude, doit-elle être accueillie avec grand intérêt ; il doit surtout en être ainsi, lorsqu'il s'agit d'un savant aussi compétent que le Dr W. Nasse, l'ancien directeur de l'asile de Siegburg près Cologne.

En 1870, Nasse avait publié, dans l'*Irrenfreund*, sur « le diagnostic et le pronostic de la paralysie progres-



sive des aliénés », un travail contenant sept observations où la paralysie générale paraissait s'être terminée par la guérison. Pendant les douze années suivantes, il eut à soigner plus de trois cents aliénés paralytiques, sans observer un seul cas nouveau de guérison. De là des doutes qui le poussèrent à entreprendre des recherches rétrospectives sur ce qu'étaient devenus les sept sujets qui lui avaient paru guéris. Sur un seul il fut impossible d'avoir aucun renseignement ; il avait quitté le pays. Sur les six autres, deux étaient retombés paralytiques et étaient morts dans le cours de la première année ; un mourut d'apoplexie dans la deuxième année ; un mourut de pachyméningite, avec délire, au bout de six ans ; un qui n'était pas complètement guéri, succomba à une mort subite, au bout de quatre ans ; enfin, un seul était encore en bonne santé. Nasse ajoute que ce dernier n'avait jamais manifesté de troubles paralytiques de la parole, ce qui lui fait exprimer des doutes sur l'exactitude de son diagnostic primitif, car, depuis lors, l'expérience lui a appris à ne jamais considérer l'existence de la paralysie générale comme certaine, tant que les troubles de la parole n'ont pas fait leur apparition.

Nasse a trouvé sept autres observations de guérison, publiées depuis 1879 par différents auteurs ; elles auraient été consécutives : à un typhus ; à une scarlatine hémorrhagique ; à des érysipèles de la tête ou de la face ; à des cautères posés au cou ; au traitement par l'ergotine. La durée pendant laquelle les malades sont restés soumis à l'observation, après la guérison apparente, n'est pas indiquée pour tous les cas ; pour les autres elle a varié entre six mois et quatre ans. Nasse en conclut, qu'en admettant même que tous les diagnostics eussent été exacts, la persistance de ces guérisons n'est nullement démontrée ; il lui paraît fort désirable que

chacune d'elles pût être l'objet d'une enquête rétrospective (*Irrenfreund*, n° 1 de 1886).

Nous ne pensons pas que les résultats ainsi signalés par Nasse suffisent pour établir que, jamais, aucun cas de paralysie générale, bien authentique, ne puisse se terminer par la guérison. Ils prouvent, au moins, combien il est indispensable de s'entourer des précautions les plus rigoureuses pour le diagnostic, et de soumettre les malades paraissant guéris, à une observation prolongée. Dans les questions de ce genre, il faut avoir dix fois raison, pour ne pas être exposé à avoir tort.

Le lapin est, personne ne l'ignore, le collaborateur de prédilection des physiologistes expérimentateurs. C'est grâce à lui qu'un grand nombre de découvertes de la science moderne ont pu être opérées, vérifiées, contrôlées, vulgarisées. On ne sait pas encore, cependant, tous les services que cet animal tolérant peut rendre dans les recherches relatives aux fonctions du système nerveux ! C'est ainsi qu'il n'y a que bien peu de temps, croyons-nous, que l'on connaît le lapin mélomane, dont on pourrait dire : encore si jeune et déjà métronome ! On avait bien le lapin qui bat du tambour ; mais on ne le rencontrait guère que chez les marchands de joujoux, et il n'avait pas ses entrées à l'Académie des sciences de Hongrie.

C'est à la séance tenue par cette société savante, le 15 mars 1886, que la découverte à sensation dont nous voulons parler a été révélée par le professeur Högjes dans une communication intitulée : « Sur une nouvelle manifestation réflexe acoustique. » L'auteur a observé que si l'on produit subitement un bruit éclatant, près d'un lapin, les deux oreilles de l'animal éprouvent une secousse ; si le bruit se prolonge d'une manière rythmée, chacun des sons successifs détermine un mouvement



saccadé des oreilles ; il semble que ces organes battent la mesure. L'auteur explique, avec force détails anatomo-physiologiques, que ce sont là des mouvements réflexes provoqués par le son qui, de l'appareil auditif externe, est porté jusqu'au centre de perception auditive, et là, détermine une réaction excito-motrice coordonnée. Il compare ce phénomène à celui qui se produit, chez l'homme, lorsque les personnes qui assistent à une exécution musicale, nettement rythmée, sont instinctivement entraînées à exécuter certains mouvements de la tête, des bras et même de tout le corps, en mesure, avec les airs qu'ils entendent.

Pour mettre cette similitude de phénomène plus en évidence, le professeur Hogyès a eu l'idée de répéter l'expérience, non plus sur un seul lapin, mais sur une réunion nombreuse de lapins. On voit alors toutes les oreilles se secouer à l'unisson, en suivant la cadence des sons produits. Et ce qui prouve bien que le mouvement est réflexe et involontaire, c'est qu'il se manifeste, chez les lapins de l'âge le plus tendre, chez ceux même qui vivent depuis quelques minutes seulement, avec la même précision que chez l'adulte. Du reste, le lapin n'a pas le privilège exclusif de ces aptitudes musicales innées ; l'auteur a pu constater également leur existence chez les souris blanches ! Qu'arriverait-il, si l'on observait des souris grises ? C'est ce qu'il ne dit pas ; mais nous pouvons compter sur les physiologistes de l'avenir pour nous le faire savoir !

A. F.

## Pathologie

# PHYSIOLOGIE DES HALLUCINATIONS

### LES DEUX THÉORIES

Par M. le Dr BAILLARGER

L'hallucination est la reproduction d'une sensation en l'absence de toute excitation extérieure des organes des sens ; elle n'entraîne pas toujours, comme la sensation normale, la croyance à l'existence réelle de l'objet, mais elle provoque toujours, comme elle, l'extériorité spontanée des images.

L'halluciné, en effet, voit réellement les images en dehors de lui dans un point de l'espace et il a toujours conscience qu'elles ont surgi spontanément et sans aucune intervention de sa volonté. *L'extériorité spontanée d'une image est donc le caractère essentiel de l'hallucination* (1).

On a admis que les images conservées par la mémoire, peuvent en se revivifiant se transformer en sensations sans l'intermédiaire des appareils sensoriels : *c'est la théorie psychique.*

L'hallucination étant la reproduction d'une sensation, j'ai essayé de démontrer qu'elle ne peut avoir lieu sans une excitation sensorielle interne : *c'est la théorie psycho-sensorielle.*

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1856, t. I, p. 130.

Je vais examiner successivement chacune de ces deux théories (1).

#### THÉORIE PSYCHIQUE.

D'après Esquirol, qui a créé le mot hallucination, « les prétendues sensations des hallucinés sont des images, des idées, reproduites par la mémoire, associées par l'imagination, personnifiées par l'habitude (2). »

Pour lui, l'hallucination est un phénomène qui s'accomplit indépendamment des sens.

« Les sens, dit-il, les extrémités sentantes ne sont pour rien dans ce délire (3). »

Lélut admet aussi que les hallucinations « ne peuvent être attribuées à la perversion de l'action des sens, puisque, chez les hallucinés, rien n'agit sur ces derniers, qui, d'un autre côté, ne sont pas malades (4). »

Dans un autre de ses ouvrages, le même auteur a longuement exposé la théorie de l'hallucination, et il s'est efforcé de démontrer que les idées, nées des sensations, peuvent, en se revivifiant, revenir à leur point de départ et se transformer en sensations. Il conclut de la manière suivante :

« Après tous les développements qui précèdent, dit-il, c'est à peine si l'hallucination, l'hallucination par excellence, la sensation fausse prise et acceptée pour une sensation véritable, aurait besoin d'être prouvée dans son existence et expliquée dans sa nature. Elle ne

---

(1) Pour prévenir toute confusion, il doit être bien entendu que dans ces deux théories, il ne s'agit que de l'*hallucination véritable*. Il y a, en effet, chez les hallucinés des phénomènes de nature différente, et il ne sera pas question ici des hallucinations *psychiques* qu'on a aussi désignées sous la dénomination de *fausses hallucinations*.

(2) Esquirol, t. I, p. 192.

(3) Esquirol, t. I, p. 191.

(4) Lélut, *Du démon de Socrate*, 2<sup>e</sup> édit., p. 277.



devra presque plus paraître, et n'est presque pas autre chose que le résultat un peu forcé d'un acte normal de l'intelligence, le plus haut degré de la transformation sensoriale de l'idée, le fait des préoccupations dans les arts élevé à la dernière puissance... (1) »

Dans l'ordre d'idées que je viens de rappeler, l'hallucination, comme on le voit, a presque cessé d'être une maladie, « *elle ne serait presque pas autre chose que le résultat un peu forcé d'un acte normal de l'intelligence.* » Il n'y aurait plus là une déviation complète de l'ordre physiologique, mais un retour en quelque sorte insensible de l'idée à la sensation. Les grands peintres, les grands compositeurs pourraient arriver à ce phénomène de l'hallucination par le seul développement de cette faculté, que nous possédons tous, de nous représenter mentalement les objets ou de nous rappeler les sons. On comprend donc que Brierre de Boismont ait fait un pas de plus, en admettant purement et simplement une classe d'hallucinations qu'il a appelées *physiologiques*. En 1855 une longue discussion sur les hallucinations eut lieu à la Société médico-psychologique, et la théorie de Lélut fut surtout défendue par deux des membres les plus distingués de la Société, Buchez et Peisse, bien connus par leurs travaux de psychologie.

Je me bornerai à reproduire ici les passages suivants empruntés à Peisse.

« L'hallucination, dit-il, ce phénomène en apparence si étrange, n'est que la répétition des opérations ordinaires et normales de la mémoire et de l'imagination s'exerçant spontanément et involontairement avec un degré insolite d'énergie..... Elle n'est, en essence, psychologiquement et physiologiquement, que le phénomène de la représentation mentale et du rappel des per-

---

(1) Lélut, *De l'amulette de Pascal*, p. 82.

ceptions sensorielles par la mémoire et l'imagination ou conception ; de même que cette représentation, dite interne, des objets des sens est en *essence* identique avec la perception externe elle-même, à la sensation..... Toute représentation dans la conscience (de quelque manière qu'elle soit provoquée) d'une couleur, d'un son, d'une saveur, d'une odeur est *ipso facto* un acte de vision, d'audition, de gustation, d'olfaction ; et j'ai conclu de là que les phénomènes, en apparence si disparates, de la perception sensorielle ou sensation, de la représentation mentale volontaire et normale (*mémoire, imagination, conception*) et de la représentation mentale involontaire et anormale (*illusion, hallucination*) étaient des produits d'une seule et même faculté psycho-organique, s'exerçant dans des conditions diverses et à des degrés différents d'intensité (1).

Ainsi l'hallucination ne serait pas autre chose que la répétition des opérations normales de la mémoire, s'exerçant spontanément et involontairement avec un degré insolite d'énergie. On comprend donc que l'auteur dise ailleurs que l'hallucination *n'est que l'exagération du phénomène normal du rappel des perceptions des sens par la mémoire et l'imagination* (2).

La théorie psychique, exposée par Peisse dans ces passages, est admise par plusieurs auteurs.

Je me bornerai à citer ici Griesinger qui me paraît avoir très nettement posé la question.

Après avoir rappelé que les grands artistes ont le pouvoir d'évoquer les images avec une telle netteté qu'elles équivalent presque à la vue de l'objet lui-même, il se demande s'il y a entre ces images et les hallucinations une différence *spécifique* ou simplement une différence de

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1856, t. II, p. 282.

(2) *Annales médico-psychologiques*, 1855, t. I, p. 544. (1)



degré, et il se prononce pour cette dernière hypothèse. Il ne « croit pas qu'il y ait, dans les hallucinations, intervention d'un *acte particulier* qui manquerait dans ce qu'on appelle l'excitation de l'imagination. » Il ne voit donc, comme Peisse, qu'une différence de degré entre la simple représentation mentale et l'hallucination (1).

Les partisans de cette théorie ont souvent rappelé à l'appui de leur opinion celle de Malebranche ; à propos des personnes qui « croient voir devant leurs yeux les objets qui ne sont que dans leur imagination », il dit en effet : « Cela montre bien qu'à l'égard de ce qui se passe dans le corps, les sens et l'imagination ne diffèrent que du plus au moins, ainsi que je viens de l'avancer. »

On a vu plus haut que, pour Lélut, l'hallucination n'était presque pas autre chose que le fait de la préoccupation dans les arts, élevé à sa dernière puissance et, pour ainsi dire, le couronnement de l'idée fixe. Or, il importe de rappeler, ce que je crois avoir démontré dans mon mémoire, que l'hallucination, loin d'être le résultat direct et immédiat de la concentration de l'attention, a au contraire pour condition l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination ; et qu'elle ne surgit que dans la période de détente (2).

Il y a longtemps que Garnier a dit avec raison que l'attention est mortelle aux fausses perceptions, et, loin de les provoquer directement, elle les fait disparaître quand elles existent.

Cela ne veut pas dire que la concentration de l'esprit, longtemps continuée sur une image, ne puisse agir sur le centre sensitif et y provoquer de l'excitation. La persistance des idées fixes ne produit pas seulement des troubles circulatoires dans le cerveau proprement dit, elle

---

(1) Griesinger, traduction de Doumic, page 105.

(2) *Mémoires de l'Académie de médecine*, tome II, page 409

peut aussi provoquer des troubles semblables dans les centres sensitifs : ainsi se trouve créée la condition nécessaire à la production de l'hallucination.

« Toute hallucination, dit M. Alfred Maury, est précédée d'une période d'incubation dans laquelle l'esprit fortement agité, réagit puissamment sur les nerfs sensitifs et puis plus tard ces nerfs sont affectés tout à coup sans cause externe ; ils sont pris comme d'un mouvement spasmodique et l'hallucination se produit (1). »

Ainsi l'hallucination ne survient pas comme effet *direct et immédiat* de la réaction de l'esprit ; elle n'apparaît que *plus tard* quand cette réaction a cessé et doit alors être attribuée aux troubles que celle-ci a produits.

Voici encore, quant à l'influence de la réaction de l'esprit sur la production des hallucinations, un autre passage emprunté au même auteur.

« Un homme est poursuivi par la crainte d'être damné. Cette idée le préoccupe, c'est-à-dire qu'elle vient d'elle-même à la traverse de ses occupations intellectuelles. Le retour fréquent de cette crainte, qui prend sa source dans un sentiment développé naturellement par l'éducation, réagit constamment sur l'esprit, et par contre-coup sur les nerfs sensitifs. Notre homme craint de voir, d'entendre, de sentir le diable. Ses appréhensions agissent à son insu sur la partie encéphalique des nerfs sensitifs, et tout à coup, un beau jour, notre homme voit le diable en personne et entend son ricanement : il ne méditait pourtant pas sur le diable ; bien au contraire, cette idée lui faisait peur, il la fuyait ; mais il n'en était pas moins sous l'empire de la préoccupation qui s'attachait à cette idée.

« Voilà le caractère de la véritable hallucination, de l'hallucination pathologique (2). »

---

(1) Alfred Maury, *Du sommeil et des rêves*, 3<sup>e</sup> édit. page 168.

(2) Alfred Maury, id. page 169.



Dans tout cela, comme on le voit, il ne s'agit pas d'images qui se revivifient directement jusqu'au point de s'objectiver, mais simplement de préoccupations malades qui, après avoir produit de l'excitation cérébrale et probablement des troubles circulatoires dans la couche corticale, ont fini par provoquer les mêmes troubles dans les centres sensitifs, et c'est alors « *qu'un beau jour* » apparaissent *tout à coup* les hallucinations, lesquelles se rapporteront très souvent aux préoccupations actuelles des malades, comme cela arrive dans les rêves. Or il y a loin de ces hallucinations, effets consécutifs d'une fatigue cérébrale à celles qui seraient le couronnement direct de l'idée fixe.

Le fait qu'a indiqué M. Maury dans le passage qui précède, s'observe très souvent chez les aliénés. Beaucoup d'entre eux sont pendant des mois, quelquefois même des années, en proie à des idées fixes, sans être hallucinés. Les images qui dominent leur esprit sont assurément très vives ; mais elles ne changent pas de nature et ne sortent pas de leur domaine, jusqu'au jour où l'excitation et les troubles qu'elles entraînent se sont étendus aux centres sensitifs, et c'est à l'aide de cette condition nouvelle que les hallucinations se produisent.

M. Taine a rappelé que d'après les physiologistes, l'éthérisation agit d'abord sur la sphère intellectuelle et que ses effets ne s'étendent qu'un peu plus tard aux centres sensitifs. C'est quelque chose d'analogue qui s'observe, mais dans des conditions différentes, chez les aliénés quand les hallucinations ne surviennent que longtemps après l'invasion des idées fixes.

Il y a, il est vrai, des cas où l'attention ayant été fortement et longuement appliquée à la contemplation d'une image, cette image apparaîtra tout à coup, presque aussitôt que la contention d'esprit aura cessé et que la période de détente se sera produite. C'est ce qui a



lien souvent dans l'extase ; ce sera, si l'on veut, la convulsion succédant immédiatement à une forte contraction musculaire longtemps prolongée. Mais cette objectivité presque immédiate de l'image ne change rien aux conditions indiquées plus haut. On peut, en effet, rapprocher ces cas des hallucinations des micrographes, bien que la cause de l'excitation sensorielle soit très différente.

Il y a quelques jours, je m'étais appliqué à lire, pendant *quelques minutes seulement*, les caractères très fins d'une carte de géographie. Ayant cessé, je passai dans une pièce demi-obscur et tout à coup la carte de géographie apparut devant mes yeux.

Que l'excitation des centres sensitifs ait été provoquée par des impressions du dehors ou par la réaction de l'esprit, la condition qui donnera lieu à l'hallucination reste la même. Il s'agit toujours de la persistance d'action de ces centres, quand la cause externe ou interne de stimulation a cessé d'agir.

Dans tous ces cas l'objectivité de l'image ne peut être prévue à l'avance, pas plus qu'on ne peut prédire que les impressions très vives de la veille se reproduiront pendant les rêves, bien que le fait arrive très souvent.

Les observations qu'on a invoquées pour prouver que l'hallucination peut être le résultat direct et immédiat d'une grande concentration d'esprit, soulèvent d'ailleurs beaucoup d'objections.

Chez certains artistes les images peuvent se produire avec une extrême vivacité, ce qui leur permet d'en distinguer tous les détails. Mais quelque développée que soit cette faculté, ces images ne peuvent être assimilées aux hallucinations.

Horace Vernet qui, comme on le sait, possédait cette mémoire des images au plus haut degré, interrogé par

M. Alfred Maury, s'est expliqué de manière à ne laisser aucun doute sur ce point.

Je crois devoir, à cet égard, rappeler ici que Flaubert, qui avait éprouvé lui-même le phénomène de l'hallucination, a déclaré dans une lettre citée par M. Taine qu'il y a pour lui *un abîme* entre la représentation mentale des grands artistes et des poètes et l'hallucination véritable (1).

Ce qui crée cet abîme, c'est que l'hallucination étant la reproduction d'une sensation, l'halluciné établit entre elle et la simple représentation mentale la même différence qu'entre celle-ci et la sensation. Or, si personne ne songe à contester les rapports étroits qui existent entre la simple représentation mentale et la sensation, si tout le monde est également d'accord pour reconnaître les caractères différentiels très précis qui séparent les deux phénomènes, il n'en est pas de même sur l'importance qu'il convient d'accorder à ces caractères différentiels. On peut, en se reportant à la discussion de 1856, voir combien Peisse a cherché à les atténuer. (*Annales médico-psychologiques*, 1856, p. 285.)

Pour le caractère d'extériorité, par exemple, qu'offre l'objet perçu par les sens et qui manque dans la simple représentation mentale, il ne croit pas, tout en admettant la différence, « qu'elle soit aussi absolue qu'on le suppose. » « En fait, dit-il, l'objet imaginé ou conçu est toujours, comme l'objet perçu sensoriellement, présenté comme une chose extérieure placée *quelque part* hors de moi et à distance de moi. L'objet n'est pas *dans* moi, il est *devant* moi ; il a toujours une situation idéale dans l'espace. »

Tout cela est exact, mais ce n'est pas là ce qui constitue le caractère différentiel. Pour extérioriser une

---

(1) Taine, *De l'intelligence*, tome 1, page 47.



image comme l'indique Peisse, il faut un effort personnel, et tant que dure cet effort, nous ne cessons pas, selon les expressions de M. Taine, d'avoir conscience qu'il s'agit « d'un effet du dedans et non d'une impression du dehors. »

Dans l'hallucination, au contraire, l'extériorité de l'image est spontanée et se produit en dehors de toute intervention de la volonté.

Voici d'ailleurs, sur cette question, l'opinion de Bain.

« Quoique nous ne puissions pas, dit-il, nous dispenser d'employer les mots recouvrer, raviver, reproduire, rappeler, quand nous traitons des sensations, il faut se figurer qu'il y a une différence radicale entre la sensation et la sensation rappelée, qu'on appelle proprement l'idée. Cette différence fondamentale et indestructible se rattache au sens de la réalité objective, qui est la propriété de la sensation, non la propriété de l'idée. La sensation causée par la vue du soleil est une chose, et l'idée ou sensation rappelée du soleil en est une autre ; bien qu'elles se ressemblent, elles diffèrent pourtant par cette propriété essentielle (1). »

On voit que pour Bain il y aurait entre la sensation et la sensation rappelée une différence *radicale, fondamentale et indestructible*.

Est-il besoin de rappeler que dans beaucoup de cas l'hallucination entraîne, comme la sensation normale, la croyance à l'existence réelle de l'objet et qu'elle est pour celui qui l'éprouve l'équivalent de la sensation ?

On pourrait donc dire qu'entre le souvenir et l'hallucination, il y a aussi une différence *radicale, fondamentale et indestructible*, et répéter avec Flaubert que les deux phénomènes sont séparés par un *abîme*.

---

(1) Bain, *Les sens et l'intelligence*, page 281, note.

Il y a, il est vrai, des hallucinés qui apprécient très bien la nature des phénomènes qu'ils éprouvent ; l'hallucination n'entraîne point pour eux la croyance à l'existence réelle des objets. Mais, comme je l'ai dit plus haut, ils ont toujours la conviction de l'*extériorité spontanée* des images qui apparaissent devant leurs yeux. Or, ce caractère suffit pour établir une différence radicale entre l'hallucination et la simple représentation mentale, car, selon les expressions de Bain, il est une propriété de l'hallucination et non une propriété de l'idée.

Je crois devoir rappeler que dans la discussion qui a eu lieu en 1855, à la Société médico-psychologique, les opinions de Lélut, de Peisse et de Buchez avaient d'ailleurs été combattues par plusieurs membres de la Société.

« Je pense, quant à moi, a dit M. Garnier, qu'il y a entre ces phénomènes (perception, conception et hallucination), non une différence de degré, mais une différence de nature. Je ne crois pas que l'on puisse établir entre la perception et la conception une simple différence de vivacité ; je crois que souvent la perception est très faible et la conception très vive, et que cependant nous les reconnaissons l'une et l'autre pour ce qu'elles sont. Si j'aperçois dans l'ombre passer l'apparence d'une personne, j'en vois à peine la taille et la forme, et je puis me les représenter très vivement et très exactement et savoir que ma perception est très obscure et ma conception très claire. Loin que ces deux phénomènes soient les degrés l'un de l'autre, ils se détruisent l'un l'autre ; ainsi la conception n'a toute sa vivacité et sa force qu'en l'absence de la perception. Elles contrastent l'une avec l'autre. Pour qu'elles soient reconnues telles qu'elles sont, il suffit qu'elles soient en regard l'une de l'autre (1).

---

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1856, t. II, p. 285.



Malgré mon incompetence pour la solution des questions psychologiques, comme il s'agit ici d'impressions que chacun peut étudier sur soi-même, j'ai cru pouvoir aussi, dans la discussion de 1855, combattre l'opinion de Peisse et admettre qu'il y a entre la simple représentation mentale et la sensation une différence *essentielle et radicale*. Je comparais cette différence à celle qui existe entre *l'ombre et le corps* (1).

En résumé, pour les partisans de la théorie psychique il n'y aurait entre le souvenir et la sensation qu'une différence de degré, et sous l'influence d'une excitation plus vive, l'image intérieure pourrait s'objectiver et se transformer ainsi en sensation, « sans l'intervention d'un *acte particulier* qui manquerait dans ce qu'on appelle l'excitation de l'imagination » (Griesinger).

On a ainsi été conduit à considérer l'hallucination comme l'*exagération du phénomène normal du rappel des perceptions des sens par la mémoire et l'imagination* (Peisse), ou comme n'étant presque pas autre chose que le *résultat un peu forcé d'un acte normal de l'intelligence* (Lélut).

J'ai indiqué quelques-unes des objections que soulève cette théorie. Il en est d'autres qu'on peut déduire des faits sur lesquels s'appuie la théorie *psycho-sensorielle*, elles seront résumées plus loin.

C'est la théorie que j'ai exposée dans mon travail en 1846; elle peut être résumée par la proposition suivante : L'hallucination véritable est toujours formée de deux éléments : l'un *psychique* et l'autre *sensoriel*.

Aucune hallucination n'a donc lieu sans l'intervention des sens.

L'existence de l'élément psychique n'avait pas besoin d'être discutée; mais il n'en était pas de même de

---

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1856, t. II, p. 289. (1)

l'élément sensoriel qui, comme on l'a vu, n'était point admis par les partisans de la théorie psychique. Il a donc été nécessaire, pour démontrer l'existence de cet élément sensoriel, de réunir un assez grand nombre de faits qui ont surtout été empruntés aux hallucinations de la vue.

Je ne puis que renvoyer ici à la partie de mon travail qui a pour titre : *Phénomènes sensoriels dans les hallucinations de la vue*, et surtout à celle qui est consacrée à l'étude de *la nature des hallucinations*. Je crois cependant devoir rappeler brièvement quelques-uns des faits réunis sous le titre : « *Détails sur la manière dont les hallucinés sont impressionnés.* »

— Il est des cas dans lesquels les images couvrent les objets extérieurs. — Quand elles se dissipent, certaines parties restent visibles plus longtemps que d'autres. — Un halluciné presse le globe de l'un de ses yeux et provoque le phénomène de la diplopie. — Moi-même, pendant la durée d'hallucinations provoquées par le hachich, je vois à mes côtés la même image reproduite *six fois*. — Des hallucinés de l'ouïe n'entendent parfois les voix que d'un seul côté. — Les images fantastiques qui s'observent dans le passage de la veille au sommeil, sont souvent précédées de points brillants ou obscurs qui se changent au bout de quelques minutes en stries nuageuses, errantes.

En étudiant les phénomènes sensoriels dans les hallucinations de la vue, j'ai successivement signalé le cas où les hallucinés voient les images se mouvoir, changer de dimension ou se transformer ; la manière dont ces images apparaissent et disparaissent ; la distance à laquelle elles sont vues, leur direction, l'influence du mouvement des yeux, de la lumière, de l'abaissement des paupières, etc.

J'ai en outre invoqué le témoignage de plusieurs phy-



siologistes célèbres qui avaient pu étudier leurs propres hallucinations et, entre autres, celui de Burdach déclarant que les hallucinés de la vue ont dans l'œil la même sensation que si un objet extérieur se trouvait placé devant *cet œil vivant et ouvert*.

Depuis quelques années, on a recueilli beaucoup de faits confirmant l'existence de l'élément sensoriel dans les hallucinations, et insisté surtout sur les hallucinations unilatérales.

Quant au rôle qu'il convient d'assigner à l'élément sensoriel, il me paraît avoir été très nettement indiqué dans l'observation suivante citée par M. Taine.

Le D<sup>r</sup> Lazarus, étant au Righi, avait vainement essayé de distinguer à l'œil nu un glacier. « Pendant une durée de six à dix minutes, j'avais, dit-il, tendu mon regard vers la montagne dont la couleur, selon les diverses altitudes et profondeurs, flottait entre le violet, le brun et le vert sombre et je m'étais en vain fatigué, lorsque je cessai et m'en allai. Au même instant je vis (je ne puis me rappeler si c'est avec les yeux ouverts ou fermés) un de mes amis absents comme un cadavre devant moi. »

Après avoir cherché par suite de quelle association d'idées l'image de son ami avait pu surgir tout à coup, le D<sup>r</sup> Lazarus ajoute : « En ce moment, soit pour mieux réfléchir, soit parce que mes yeux étaient fatigués, je fermai les yeux et tout d'un coup je vis tout le champ de ma vue, sur une étendue considérable, couvert de la même couleur cadavérique, le gris jaune vert. »

Quant à l'explication du phénomène qu'il venait d'éprouver, celle que donne le D<sup>r</sup> Lazarus est des plus simples. « On voit clairement, dit-il, qu'ici un *souvenir interne*, surgissant selon les lois de l'association, s'était *uni avec une sensation consécutive de la vue*. L'excitation excessive de la périphérie du nerf optique, je veux

dire la longue sensation préalable que mes yeux avaient eue en contemplant la couleur de la montagne, avait provoqué par contre-coup une sensation subjective et durable, celle de la couleur complémentaire ; et mon souvenir, *incorporé à cette sensation subjective*, était devenu le fantôme à teinte cadavérique que j'ai décrit. »

Dans cette curieuse observation on constate qu'une image ancienne, conservée par la mémoire, a été pour ainsi dire projetée tout à coup au dehors ; d'intérieure qu'elle était elle est devenue extérieure, mais cette transformation a été précédée « *de l'excitation excessive de la périphérie du nerf optique* (1). »

Ce fait me paraît pouvoir servir de type et il résume, à mon avis, très bien toute la théorie psycho-sensorielle.

On y voit, comme le dit le D<sup>r</sup> Lazarus, un souvenir interne *associé à une sensation consécutive de la vue*, « *ce souvenir s'était incorporé à une sensation subjective* et était devenu le fantôme à teinte cadavérique. »

Le phénomène de l'hallucination résultait donc ici de la réunion de deux éléments distincts : l'un *psychique* et l'autre *sensoriel*.

Les sensations et les images ont chacune leur domaine.

Il y a des cas très nombreux dans lesquels les appareils sensoriels sont le siège d'une excitation très vive et très longtemps prolongée, et cependant aucune hallucination ne se produit.

D'autre part, combien d'aliénés sont en proie à des idées fixes et qui ne deviennent point hallucinés.

Tant que l'excitation reste bornée à la sphère sensorielle ou à la sphère intellectuelle, on ne voit point

---

(1) Taine, *De l'intelligence* t. I, p. 124.



apparaître les hallucinations. Il faut, pour qu'elles se produisent, une double condition et la réunion de deux états inconnus dans leur nature et qu'on traduit par le mot excitation.

Voilà ce que démontrent beaucoup de faits et on ne peut guère que se borner à les constater ; peut-être cependant convient-il de rappeler, comme l'a fait M. Ritti, que l'extériorité des images pourrait s'expliquer par « ce phénomène qu'on appelle en biologie *l'excentricité des sensations* » ; on sait, en effet, que les amputés localisent certaines douleurs dans les membres qu'ils ont perdus ; de même, quel que soit le point de l'appareil sensoriel qui se trouve atteint, c'est aux extrémités périphériques qu'on localise les sensations (1).

Le haschich, la belladone et d'autres agents toxiques, qui provoquent si souvent des hallucinations, agissent toujours simultanément sur l'intelligence et sur les appareils sensoriels ; la question de l'intervention des sens dans tous ces cas est facile à juger.

Quand, au lieu de survenir sous l'influence d'agents toxiques, les hallucinations sont provoquées par une émotion très vive, on peut constater le plus souvent qu'elles sont précédées ou accompagnées de troubles sensoriels. Il est inutile d'insister de nouveau ici sur cet ordre de faits ; je citerai cependant l'exemple suivant que j'ai recueilli récemment.

M. X..., âgé de quarante-huit ans, est depuis de longues années très impressionné par l'orage ; à mesure que celui-ci approche, il est en proie à une sorte d'anxiété qui bientôt ira jusqu'à un véritable tremblement des membres et de la mâchoire inférieure.

Or, dans ces conditions, s'il se trouve seul, marchant dans la campagne, mais surtout s'il suit une

---

(1) Ritti, *Théorie physiologique de l'hallucination*, page 50.

allée de bois, il lui arrive constamment de voir devant lui des personnages, des animaux qui reculent à mesure qu'il s'avance ; ce sont des ombres, mais parfaitement dessinées et ayant tout le relief de personnages ordinaires.

Ce phénomène se prolonge longtemps, mais n'empêche point M. X... d'avoir conscience de son état et de parfaitement distinguer et juger les objets qui l'entourent.

Or, chose remarquable, l'apparition de ces fantômes et de ces animaux est toujours précédée *de larges bandes de flammes qui passent devant ses yeux*, ce qui prouve ici l'excitation des appareils sensoriels (1).

On peut objecter, il est vrai, que si l'excitation des appareils sensoriels est bien démontrée dans un grand nombre de cas, il en est d'autres où cette démonstration n'est pas possible. On ne peut alors constater ni maladie, ni même de fatigue des organes des sens, et l'hallucination elle-même peut n'être ni précédée ni accompagnée de phénomènes sensoriels appréciables.

Pour répondre à cette objection je commencerai par citer un fait qui m'est personnel :

Il y a quelques années j'ai éprouvé pendant plusieurs mois un phénomène singulier. Quand le soir je passais d'une pièce éclairée dans une autre qui l'était beaucoup moins, tout à coup, j'apercevais, *à gauche seulement*, des taches lumineuses assez grosses qui se succédaient avec rapidité. L'examen des deux yeux fait à l'aide de l'ophthalmoscope n'a rien fait découvrir d'anormal et d'autre part ma vue était excellente, je n'éprouvais

---

(1) Il importe de noter que M. X... est très sujet au phénomène des images fantastiques qui précèdent le sommeil, mais ce phénomène a chez lui une intensité et une durée fort rares. Ces images sont si fortes et si persistantes qu'il a peine à s'en débarrasser ; il y parvient d'ordinaire en ouvrant les yeux et en se tournant du côté de la rue qui est éclairée. M. X... éprouve aussi assez souvent de la *diplopie*.



d'ailleurs absolument aucune sensation qui eût pu appeler mon attention en dehors des taches lumineuses elles-mêmes.

On doit cependant admettre qu'il y avait alors au moins des modifications circulatoires qui ne provoquaient pour moi aucune impression appréciable, excepté dans la condition spéciale que je viens d'indiquer. Or, dans combien de cas d'anémie ou de congestion n'est-il pas possible de supposer, chez les hallucinés, des modifications des appareils des sens, dont les malades n'auraient pas conscience (1) ?

Il y a une autre objection qu'il importe aussi de mentionner. Comme on l'a fait bien souvent remarquer, les irritations directes des appareils sensoriels ne produisent pas autre chose que des sensations simples : bluettes lumineuses, bourdonnements d'oreilles, etc., et on ne peut admettre que ces excitations spontanées des sens puissent reproduire les combinaisons si délicates et si compliquées qui ont donné lieu dans le passé à la production de telle ou telle image. J'ai insisté ailleurs sur ce sujet et je crois seulement devoir ajouter ici qu'il ne s'agit point d'assigner un tel rôle aux excitations sensorielles.

On se borne à constater que ces excitations sont simplement un des éléments de l'hallucination et une condition *nécessaire* pour sa production. C'est cette condition qui, seule, peut expliquer l'extériorité des images.

---

(1) Je crois devoir faire remarquer ici l'influence du passage de la lumière à une demi-obscurité sur la production des taches lumineuses. — Ces taches constituaient un phénomène purement sensoriel; or, n'est-il pas curieux de constater que souvent l'objectivité des images se produit dans des conditions analogues. (Abaissement des paupières — passage de la veille au sommeil); n'y a-t-il pas là un argument de plus en faveur de l'existence de l'élément sensoriel dans les hallucinations ?



Il a été dit plus haut qu'on avait, dans les travaux les plus récents, signalé beaucoup de faits confirmant la théorie psycho-sensorielle. Ces faits sont devenus autant d'objections contre la théorie psychique et ont servi à la réfuter. Voici à cet égard l'opinion formulée par deux auteurs très compétents.

M. Binet, dans un remarquable mémoire publié dans la *Revue philosophique*, après avoir rappelé que d'après la théorie psychique, l'hallucination « *consisterait simplement dans l'extériorisation d'idées vives* », combat cette théorie de la manière suivante :

« Une idée-image, dit-il, localisée au milieu des objets extérieurs à une distance déterminée de l'œil et de la main, — une idée que l'on voit en ouvrant l'œil droit, et qu'on ne voit pas de l'œil gauche, — une idée qui disparaît du champ de la conscience quand on ferme les yeux, — une idée dont la perspective se modifie avec les mouvements du corps, — une idée qui se déplace avec le point de visée, — enfin une idée, que la pression oculaire dédouble et que le prisme dédouble et dévie, — voilà assurément des faits bizarres ; pris en eux-mêmes, ils sont incompréhensibles (1). »

M. Binet s'applique d'ailleurs à démontrer l'intervention des sens dans les hallucinations, et il fait remarquer avec raison que « si l'image cérébrale qui s'extériorise crée si parfaitement pour l'halluciné l'apparence d'un objet extérieur, c'est parce que cette image est associée à des impressions des sens qui lui communiquent leurs propriétés. »

Pour lui, « l'hallucination est comme la perception normale des objets extérieurs, un acte mixte, un phénomène psycho-sensoriel. » (Page 393) (2).

---

(1) M. Binet. *Revue philosophique*, 1884, tome I<sup>er</sup>, page 411.

(2) Je crois devoir rappeler que c'est aussi l'opinion qu'ont dé-

M. Ball, dans ses leçons sur les maladies mentales, après avoir rappelé les faits qui démontrent l'existence de l'élément sensoriel dans les hallucinations, ajoute :

« Il existe donc incontestablement un élément physique dans les hallucinations, et pour tout esprit non prévenu, les faits que je viens d'indiquer, démontrent jusqu'à l'évidence que la théorie psychique, qui fait de l'hallucination une sensation retournée, est absolument insoutenable dans l'état actuel de nos connaissances (1). »

En résumé, si on compare les deux théories qui viennent d'être exposées, on reconnaîtra qu'on peut invoquer en faveur de la théorie psycho-sensorielle trois ordres de faits qui ne laissent aucun doute sur l'existence de l'élément sensoriel dans un très grand nombre d'hallucinations.

1° Dans certaines illusions des sens qui, comme il a été dit, constituent en réalité de véritables hallucinations, on voit les images s'objectiver à l'occasion d'excitations sensorielles venues du dehors.

2° Quand les hallucinations surviennent, alors qu'il y a une maladie ou une simple fatigue de l'organe sensoriel, personne ne songe à mettre en doute l'influence de l'excitation des centres sensitifs. L'observation du docteur Lazarus citée plus haut peut, sous ce rapport, servir de type.

3° Les hallucinations que provoquent certains agents toxiques ou des émotions très vives, sont souvent précédées et accompagnées de phénomènes purement sensoriels.

Beaucoup de faits tendent d'ailleurs à démontrer que

---

fendue M. Luys et M. Ritti. Pour eux, deux phénomènes essentiels, l'un *psychique* et l'autre *sensoriel*, constituent l'hallucination. M. Ritti ajoute que ces deux phénomènes sont ici *indissolublement unis*.

(1) M. Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, page 124.



les appareils sensoriels sont souvent le siège de troubles circulatoires dont on n'a nulle conscience et qui peuvent expliquer les cas d'hallucination qui ne rentrent pas dans les trois catégories indiquées plus haut.

La sensation n'a jamais lieu sans l'action des centres sensitifs, et l'hallucination étant la reproduction d'une sensation, l'action seule de ces centres sensitifs peut expliquer l'extériorisation des images ; comme l'a dit avec raison M. Binet, si ces images créent si parfaitement pour l'halluciné l'apparence d'un objet extérieur, c'est parce qu'elles sont *associées à des impressions des sens qui leur communiquent leurs propriétés*.

Quant à la théorie psychique, les rares observations qu'on invoque en sa faveur sont des plus contestables ou peuvent recevoir un mode d'interprétation différent de celui qu'on leur donne.

En dehors de ces observations, il ne reste plus que l'hypothèse des images pouvant s'extérioriser par le seul fait d'un degré plus grand dans l'excitation qui les provoque ; or, malgré le talent avec lequel cette hypothèse a été soutenue, on comprend qu'elle ait perdu beaucoup de son importance, depuis que les faits sur lesquels s'appuie la théorie psycho-sensorielle, sont devenus plus nombreux.



## SUR LA CURABILITÉ DE LA DÉMENCE

Par M. le D<sup>r</sup> P. J. KOWALEWSKI

Professeur des maladies mentales et nerveuses  
à l'Université de Kharkoff.

Mémoire lu à la Société médico-psychologique dans la séance du 31 mai 1886.

En 1882, l'Académie de médecine de Paris, ainsi que la presse médicale française, s'occupaient beaucoup de la possibilité des guérisons tardives des psychoses chroniques. Les esprits les plus illustres de la France s'intéressèrent à cette question, en ce moment d'une grande importance à cause des demandes en divorce, basées sur les cas de folie persistante de l'un des conjoints. On cita un nombre considérable d'exemples de guérisons tardives, et MM. Blanche (1), Luys (2), Marandon de Montyel (3), Rousseau (4), etc..., prirent part aux débats soulevés à ce sujet.

Tout aliéniste expérimenté connaît, probablement, de ces cas de guérisons tardives. Nous en avons rencontré pour notre part un certain nombre. Mais notre but ici n'est pas d'augmenter la casuistique de ces guérisons ; nous voudrions soumettre à l'attention de nos honorés confrères les considérations purement scientifiques qui, à

(1) Blanche, *Annal. médico-psychol.*, 1882.

(2) Luys, *l'Encéphale*, 1882.

(3) Marandon de Montyel, *Arch. de Neurologie*, n. 22.

(4) Rousseau, *l'Encéphale*, 1882, n. 3.

notre avis, plaident en faveur de la possibilité des guérisons tardives des psychoses chroniques et surtout de la démence.

En examinant les comptes rendus des différents hôpitaux d'aliénés, nous n'y voyons presque pas de chiffres indiquant la guérison de la démence, ou bien ces chiffres sont insignifiants et isolés. Et même, dans les manuels et dans les articles spéciaux, on trouve l'opinion que la démence est incurable.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, cette forme de psychose se caractérise par la désorganisation des éléments nerveux qui servent de centres de sensations et de représentations. De là les défauts, les hiatus, dans le domaine des représentations. Les voies anatomiques d'association subissent également une destruction provoquant des troubles dans l'association des représentations, l'absurdité du jugement et des conclusions. Les voies anatomiques de projection sont aussi le siège d'altérations pathologiques, — d'où, absurdité dans les procédés, la conduite et les actes.

En somme, la démence présente non seulement des troubles de nutrition des éléments nerveux, mais aussi leur dégénération, leur destruction et leur abolition. Il est évident qu'une fois détruit, l'élément nerveux est irréparablement perdu. Ce qui peut se dire de l'unité, est également vrai pour la somme des unités.

La démence étant, au point de vue de l'anatomie pathologique, un processus de destruction, d'abolition complète des éléments nerveux, il est logique de conclure qu'au point de vue clinique la démence doit être aussi un état irréparable. Tout défaut fonctionnel survenu dans la démence par suite de la destruction des éléments nerveux, centres des fonctions perdues, est un défaut à jamais irréparable pour ces mêmes centres de l'individu en question. Telle est la raison pour laquelle

la démence était considérée — et l'est encore — comme une psychose incurable.

Mais il est absolument certain que des cas de guérison de la démence, quoique très rares, existent cependant.

Naturellement le malade rétabli après une démence n'est jamais aussi vigoureux, aussi alerte qu'il l'était avant la maladie. Il est beaucoup plus indolent, moins impressionnable ; mais il est cependant capable de percevoir régulièrement les sensations nouvelles, de les assimiler d'une manière suffisante et de s'en servir correctement par rapport au monde extérieur et à lui-même.

En admettant que la démence, comme terme clinique, soit l'équivalent des termes anatomiques : destruction, dégénération des éléments nerveux, — il est naturel de se demander si la restitution *ad integrum* des éléments nerveux détruits est possible ; s'il est possible ou non de suppléer chez les déments aux défauts de connaissance et de fonctionnement des centres de perception et de la pensée du système nerveux.

Il me semble que c'est possible et je tâcherai d'expliquer le comment, en envisageant la question d'un point de vue purement aprioristique.

Avant d'entrer en matière, je me permettrai d'exposer quelques considérations générales.

Comme point de départ, j'admets, avec la plupart des neuropathologistes, que les cellules nerveuses de l'encéphale sont les centres de fonction des éléments psychiques. Elles sont les porteurs et les conservateurs des sensations et des représentations reçues du dehors et forment une sorte d'archives de la vie psychique, où l'homme puise des renseignements dans toutes les circonstances de sa vie et de la lutte pour l'existence.

La richesse de notre vie intellectuelle dépend, au



point de vue anatomique : 1° de la *quantité* de ces éléments nerveux et 2° de leur *qualité*. Plus un cerveau donné a de cellules, plus, dans ces cellules, il y a de places occupées par des sensations et des représentations diverses, plus l'individu possèdera de fonds, de matériel pour le jugement et pour la pensée, et plus aussi seront abondantes et riches ses connaissances et ses notions, plus il aura de chances d'être un homme intelligent et instruit. Au contraire, si un cerveau donné possède peu de cellules, si le développement de ces dernières est empêché par la présence d'une grande quantité de neuroglie, l'individu a peu de chances de devenir un homme intelligent et instruit et risque de rester dans la catégorie des idiots.

Ainsi, je crois que la quantité d'éléments nerveux joue certainement un rôle capital par rapport à la richesse quantitative du matériel intellectuel. Ce rôle est d'autant plus important qu'il est à supposer que l'encéphale — abstraction faite des cellules déjà *occupées* — doit contenir encore une masse de cellules *libres*, prêtes à recevoir les sensations et les représentations nouvelles qui peuvent pénétrer dans le cerveau d'un individu donné, — c'est-à-dire que l'encéphale possède une certaine quantité de cellules de réserve, destinées à servir de dépôt pour l'avenir, pour un matériel intellectuel futur.

Nous pouvons donc admettre que chez un homme ordinaire, sain et adulte, la quantité totale des cellules (*a*) de la substance du cerveau et surtout de la substance corticale, — cellules qui sont les centres des représentations sensitives et motrices, — est égale à celle des cellules déjà occupées par des représentations (*b*), plus la quantité de cellules encore libres, non occupées (*c*), c'est-à-dire :  $a = b + c$ . Il est clair que chez l'enfant la quantité  $b = a$ ; ensuite elle augmente peu à

peu. Chez l'adolescent,  $b$  est presque égal à  $c$ ; chez l'adulte  $c$  sera moins grand que  $b$ . Le nombre des cellules du cerveau peut-il suffire à toutes les sensations et représentations de l'homme durant toute sa vie? Cette question me paraît résolue d'une façon satisfaisante : d'après Meynert (1), la couche corticale du cerveau contient de 600 à 1200 millions de cellules nerveuses.

Le nombre de nos représentations est de beaucoup inférieur à ces chiffres. On suppose qu'une représentation exige, pour se former dans le cerveau humain, de 4 secondes à 7 secondes (Wundt), c'est-à-dire en moyenne 5 secondes 5 tierces. Admettant que l'homme dort huit heures par jour, qu'il vit en moyenne trente-cinq ans et commence à penser dès l'âge de deux ans, nous pourrions conclure que, pendant la durée d'une vie humaine, il doit se former au moins 1,387,584,000 représentations.

Mais c'est tout à fait inexact et voici pourquoi : in-

(1) On peut évaluer le nombre approximatif des cellules nerveuses de deux manières. Connaissant les dimensions de la cellule nerveuse (Luys, Meynert, Betz, etc...), la quantité de la substance grise et blanche (Baillarger, Wagner, etc...), l'étendue de la substance grise et blanche de la surface et la moyenne de l'épaisseur de la substance grise (Bevan-Lewis, Meynert, etc...), nous pouvons facilement déterminer le nombre des cellules nerveuses dans la couche corticale du cerveau. On arrive au même résultat par un autre procédé : nous savons que la substance grise du cerveau est composée de cellules et de fibres nerveuses. Connaissant le poids spécifique des substances blanche et grise, il est facile, à l'aide d'une équation à deux inconnues, de calculer le poids des cellules et des fibres de la substance grise. Si  $P$  est le poids total du cerveau ;  $p$  — le poids spécifique de la masse générale du cerveau ;  $a$  — le poids spécifique de la totalité de la substance blanche ;  $b$  — le poids spécifique de la substance grise ;  $x$  — le nombre des fibres nerveuses, et  $y$  — le nombre des cellules nerveuses, — nous aurons :

$$x + y = P, \quad \frac{x}{a} + \frac{y}{b} = \frac{P}{p}, \quad \text{d'où } x = \frac{Pb(b-p)}{p(b-a)}, \quad y = \frac{Pa(a-p)}{p(a-b)}$$



dépendamment de la formation des représentations, l'activité psychique consiste encore dans la vie sensitive, qui exige pour se produire au moins la même quantité de temps. Il s'ensuit que le nombre de représentations ne sera que la moitié du chiffre susmentionné. Ensuite, il faut du temps pour l'association des représentations, et la durée de cette association dans le processus du jugement est au moins trois fois plus longue que le temps nécessaire pour la formation des représentations. Il faut du temps pour la transmission des impulsions volontaires par les voies de projection, ainsi que pour la transformation de ces impulsions en mouvements volontaires, tels que la parole, l'écriture, etc... Ces phénomènes exigent un temps au moins cinq fois plus long que celui qui est nécessaire à la formation des représentations. Ainsi le nombre de celles-ci, formées durant la vie, ne sera pas 1,387,584,000, mais 46,252,800.

Et voilà ce qui nous donne le droit de penser que chaque cerveau humain contient, non seulement des éléments nerveux occupés par des représentations, mais aussi des éléments libres, prêts à en recevoir à tout moment de nouvelles.

Mais, à côté de la quantité, nous devons encore prendre en considération la qualité des éléments nerveux dans le cerveau de tel autre sujet. Il serait difficile de nier sous ce rapport l'influence de l'hérédité. On peut affirmer avec conviction que les éléments nerveux d'un Européen seront, par suite d'une culture séculaire, plus parfaits que les mêmes éléments d'un Mongole, d'un Nègre, etc... On ne saurait également nier qu'un individu qui hérite son système nerveux d'un père ou d'une mère alcooliques, épileptiques, paralytiques ou aliénés, possède des éléments nerveux moins stables que ceux d'un individu issu de parents sains. L'anatomie patho-



logique de l'idiotisme (Luys, etc...) nous montre que, dans quelques cas d'idiotisme, on trouve au microscope une grande quantité de neuroglie et une quantité médiocre de cellules nerveuses, et que, dans d'autres cas, la quantité de cellules nerveuses est suffisante, mais que ces cellules sont pigmentées, desséchées, ratatinées, crénelées, etc.

Une autre catégorie de cas nous indique que, pour une activité psychique et intellectuelle normale régulière, il ne suffit pas d'avoir une quantité requise de cellules nerveuses, mais qu'il faut encore que la structure et la nutrition de ces éléments soient régulières. Par le fait d'une nutrition anormale, les cellules nerveuses acquièrent des propriétés vicieuses et leur fonctionnement doit aussi devenir vicieux.

C'est pour cette raison que je maintiens cette première proposition : *la richesse et la régularité de la vie intellectuelle ou psychique dépendent de la quantité et de la qualité des cellules nerveuses de l'encéphale.*

Mais ce n'est pas tout, et une autre condition intervient. *Les voies d'association doivent être nombreuses et la transmission par ces voies doit être facile et rapide.* C'est là un second facteur, duquel dépend la richesse de l'activité intellectuelle. Les recherches sur le cerveau des idiots ont montré — et j'ai eu mainte fois l'occasion de l'observer moi-même — qu'une quantité suffisante de substance grise peut être accompagnée d'une quantité très petite de substance blanche. L'anatomie comparée nous apprend que chez les animaux le rapport entre la substance grise et la substance blanche est inversement proportionnel à la distance qui sépare de l'homme un animal donné. D'après Meynert, il est évident que pour une riche intelligence il ne suffit pas d'avoir un grand nombre de cellules nerveuses, comme centres de représentation, il faut encore qu'elles soient

réunies entre elles par de nombreuses voies d'association (Luys, Meynert, etc...). Plus ces voies sont nombreuses et plus grande est la rapidité avec laquelle un individu peut associer entre eux les différents groupes de représentations — d'autant plus est vaste et brillante l'intelligence de cet individu.

Telles sont les bases principales de la richesse intellectuelle de l'homme sain.

Dans la démence nous avons une destruction, non seulement des cellules nerveuses, mais aussi des fibres nerveuses, c'est-à-dire des centres de représentation et des voies d'association. Cette destruction se fait par atrophie ou par dégénérescence graisseuse. La perte des éléments dégénérés étant irréparable dans les deux cas, on est naturellement porté à admettre, de prime abord, l'incurabilité de la démence.

Cependant je ne partage pas cette manière de voir. Pour démontrer le contraire, je me permettrai de m'éloigner encore un peu de mon sujet principal.

On connaît les expériences de Munk sur l'extirpation des lobes occipitaux. Quand, chez un chien, Munk extirpait une partie du lobe occipital, l'animal ne reconnaissait plus son maître avec l'œil correspondant. Il le voyait, mais ne le comprenait pas. Munk donne à cet état le nom de cécité psychique (*Seelenblindheit*). Mais, au bout de deux ou trois semaines, le chien apprenait de nouveau à reconnaître son maître.

Il est évident que les choses se passaient ainsi : l'expérimentateur avait enlevé une partie des éléments nerveux et probablement ceux qui étaient les centres des notions de la vie commune. Ces notions étaient à jamais perdues pour le chien ; mais il lui restait des cellules de réserve, non occupées, et les voies de projection, depuis l'organe du sens jusqu'aux cellules corticales libres, — si même ces voies n'étaient pas directes,

Ann. méd.-psych., 3<sup>e</sup> série, t. IV, Juillet 1885.



— existaient encore, grâce à la conservation des autres voies d'association. C'est à ces cellules libres, non occupées, qu'étaient apportées les nouvelles notions, la notion du maître, du pain, du fouet, etc... Ces cellules devenaient centres à leur tour et le chien recommençait à vivre en continuant, pour ainsi dire, sa vie antérieure. Ce qu'il y a d'important pour nous dans ces faits, c'est qu'après la destruction de certaines cellules ou centres, il reste dans le cerveau d'autres cellules libres qui peuvent parfaitement suppléer aux cellules perdues, les remplacer.

Il en est tout autrement, si le processus morbide détruit toutes les cellules. La perte est alors complète, irréparable, et il arrive, ce qui se produisait pour le chien auquel Munk avait extirpé les deux moitiés des lobes occipitaux : l'animal perdait irrévocablement, pour toujours, la capacité de voir l'objet et de comprendre sa signification. C'est la *cécité corticale* (*Rindblindheit*).

Un second point sur lequel je voudrais attirer l'attention, est le fait de l'existence des associations directes et indirectes entre les différentes parties de l'encéphale. Ainsi, après la destruction d'une voie d'association, il y a toujours possibilité de communication par l'intermédiaire d'une autre voie, mais un peu plus longue. Toute possibilité de communication n'est donc pas perdue. Nous savons que les deux hémisphères sont réunis par le corps calleux, la commissure antérieure. Or, lorsqu'une voie est détruite, il en reste une autre qui permet la communication entre les deux hémisphères.

La partie olfactive du lobe frontal est de même doublement réunie à la partie temporale : par le fasciculus uncinatus, et par une voie plus longue — le fasciculus arcuatus. Quand la première voie de communication



est occupée, il reste toujours la deuxième; mais si cette dernière venait à manquer, il reste des voies beaucoup plus compliquées encore — par la commissure antérieure, les faisceaux qui vont aux *nucleus caudatus*, etc.

Pour nous, il est surtout important de reconnaître que la destruction des voies d'association directe provoque non pas une impossibilité complète d'association, mais seulement une association embarrassée, plus difficile et plus compliquée. Il faut, sans doute, du temps et du travail pour frayer les nouvelles voies aux associations, mais ces voies ne sont pas impossibles.

Il nous reste encore un point à élucider. Les recherches de Duret, de Heubner et autres, ont montré que la nutrition des différentes régions de l'écorce du cerveau et des ganglions sous-corticaux se fait par des vaisseaux particuliers. Par conséquent, si des troubles surviennent dans une seule région, dans la région d'un seul vaisseau, il n'y a pas encore de danger imminent pour les autres régions, et même la région directement atteinte n'est pas irrévocablement perdue, car ses vaisseaux présentent des anastomoses avec les vaisseaux des autres régions.

Abordons maintenant le point capital de notre sujet.

La démence secondaire est généralement la conséquence, la terminaison d'une lypémanie (mélancolie) ou d'une manie.

Dans le premier cas, la destruction des éléments survient par suite d'un afflux insuffisant de matières nutritives; dans le second cas, par suite d'un excès de l'afflux, d'une exsudation que cet afflux provoque et de la pression sur les éléments nerveux.

Il faut remarquer cependant que la surface corticale ne subit jamais l'influence nocive, intégralement et uniformément; tout au contraire, il y a toujours des régions plus malmenées que les autres.

Nous devons donc distinguer deux états pour les éléments nerveux : l'état général et l'état particulier des régions.

Quand dans certaines régions — par manque de nutrition ou par suite de la compression — les éléments nerveux sont irrévocablement détruits, ils ne sont dans le reste de l'écorce que dans un état de torpeur qui les rend incapables au fonctionnement.

Si l'on parvient à placer le cerveau dans des conditions de nutrition régulière, les parties atrophiées sont perdues pour toujours, mais les autres parties peuvent fonctionner comme auparavant. En résumé, il restera dans la vie psychique un défaut, un hiatus équivalent aux éléments perdus ; mais le malade conservera les connaissances, les notions qui sont cintrées dans les éléments restés intacts et il conservera aussi des éléments cellulaires libres, non encore occupés. Si maintenant le sujet entre en rapport avec les objets et les actes dont il a perdu la notion, il peut de nouveau en acquérir la connaissance, apprendre à exécuter correctement certains actes, etc. Il lui arrivera ce qui arrive au chien frappé de cécité psychique.

Ainsi, il me semble qu'il suffit de placer le cerveau dans des conditions de nutrition régulière pour que son activité puisse non seulement reprendre son cours, mais même se renouveler. C'est d'autant plus possible que les différentes régions du cerveau sont nourries par des vaisseaux particuliers et que, lors d'un trouble dans l'une d'elles, la guérison est possible pour les autres.

Il me semble que la guérison de la démence est possible dans tous les cas où les éléments de réserve, les éléments libres, restent intacts, et plus il en reste, plus la guérison est possible. La guérison est absolument impossible dans le cas où le processus morbide a dé-



truit en même temps tous les éléments de réserve.

Les chances sont moins grandes quand le processus détruit non seulement les cellules, mais aussi les fibres nerveuses, les voies d'association. Mais même dans ce cas les communications peuvent se rétablir par les voies collatérales plus compliquées, seulement avec beaucoup de difficulté, de perte de temps et d'efforts pendant la perception, comme on le pense bien.

Voilà pourquoi je crois que la démence peut guérir, et avec M. Marandon de Montyel (1) j'admets qu'il y ait des cas de guérison de la démence.

Je suis aussi d'accord avec les deux affirmations suivantes du même auteur : 1° la curabilité d'une démence qui survient sur le terrain de l'hérédité, est probablement impossible ; 2° un dément, même guéri, ne possèdera jamais l'éclat et la richesse de son intelligence d'autrefois et présentera toujours une certaine empreinte de dépression et de nébulosité dans ses fonctions psychiques.

Cette dernière affirmation est toute naturelle. C'est le cerveau de l'enfant et de l'adolescent qui a le plus d'appétitude à percevoir les nouvelles impressions. L'âge mûr est l'âge de la réflexion, du jugement, où l'on profite d'un matériel déjà acquis. Les notions déjà formées à cet âge ne se distinguent plus par la netteté et la clarté qui caractérisent les impressions de l'enfance ; si nous y ajoutons l'ébranlement que les éléments nerveux subissent sous l'influence du processus morbide, l'emploi de nouvelles voies d'association compliquées et mal adaptées, nous nous expliquerons facilement la lenteur, l'inertie et l'abattement qui s'observent après la guérison de la démence.

Je me permettrai d'ajouter quelques mots sur les

---

(1) Marandon de Montyel, *Archives de Neurologie*, n° 22.



mesures à prendre pour favoriser la guérison de la démence.

De tous les moyens médicamenteux, moraux et physiques, que j'ai employés dans un nombre très considérable de cas de démence, je considère le travail manuel fatigant, grossier et au grand air, comme le plus efficace et le plus puissant.

Il est vrai que tous les déments sont paresseux, — il est difficile de les inciter au travail ; mais si vous réussissez à les faire travailler, ils se rétablissent assez vite et travaillent alors volontiers. Mais il est alors indispensable que le travail soit fatigant. La fatigue produit un sommeil profond, et ce sommeil profond, réuni au travail, donne un bon appétit, provoque une bonne assimilation de la nourriture. La nutrition régulière de l'organisme et en même temps du cerveau amène la reviviscence des notions préexistantes qui ont pour centres les cellules intactes, et donne aux éléments nouveaux et non occupés la possibilité de réacquérir les notions perdues.

Il est vrai que ces malades exigent une surveillance continuelle, ils doivent être stimulés, talonnés, mais à la fin ils peuvent arriver à la guérison.

A l'hôpital dont je suis le médecin en chef, on a organisé depuis l'année dernière des travaux manuels sur une très large échelle : des travaux agricoles, d'horticulture, de couture, de teinturerie, de plâtrage, etc., et nous avons observé pendant ce laps de temps plusieurs cas de guérison de la démence.

Me basant sur ce qui précède, j'arrive aux conclusions suivantes :

- a) La démence, consécutive à une lypémanie (mélancolie) ou à une manie, peut être guérie ;
- b) Ces malades conservent, même après la guérison, un certain cachet d'abattement et de lenteur psychique ;

c) Les travaux des champs et, en général, tous les travaux manuels pénibles et en plein air, sont des moyens très importants pour faciliter la guérison des déments, et je suis parfaitement d'accord avec M. Lunier sur la nécessité de construire pour ce genre de malades des établissements spéciaux, dans le genre de fermes ;

d) Si la démence a pour base une hérédité psychopathique, la possibilité de guérison n'existe presque pas, comme par exemple dans l'épilepsie.

# DES GRANULATIONS DE L'ÉPENDYME

## DES VENTRICULES DE L'ENCÉPHALE

Par M. le Dr Daniel BRUNET

Médecin en chef directeur de l'asile d'Évreux.

Bayle a le premier signalé ces granulations dans son Traité des maladies du cerveau, et les a décrites avec beaucoup d'exactitude de la manière suivante :

« Les granulations de l'arachnoïde ventriculaire existent dans presque tous les cas de méningite chronique. Elles sont parsemées en nombre très considérable à la surface des quatre cavités cérébrales, où elles sont très rapprochées les unes des autres, arrondies, semblables en quelque sorte à une poudre de sable qu'on aurait répandue sur cette surface. Elles sont ordinairement plus nombreuses dans le quatrième ventricule que dans les autres. Les couches optiques et les corps striés en sont toujours hérissés. Elles sont plus rares à la voûte des ventricules latéraux.

« Ces granulations sont si ténues qu'il est quelquefois difficile ou même impossible de les sentir au toucher, mais le plus souvent en promenant les doigts sur l'arachnoïde, on trouve sa surface rude, inégale et comme chagrinée. Dans quelques cas rares, ces aspérités sont à peu près du volume d'une petite tête d'épingle. »

Il n'y a rien à retrancher et peu à ajouter à cette



description des granulations de l'épendyme ventriculaire. Je dirai seulement qu'elles sont plus fréquentes sur le corps strié que sur la couche optique, que le tœnia semi-circulaire est un des points des ventricules latéraux où elles sont le plus nombreuses, et que dans le quatrième ventricule, elles sont plus abondantes, plus volumineuses sur les parties latérales de la paroi antéro-inférieure de ce ventricule que sur les autres parties.

Tous les auteurs attachent la plus grande importance aux granulations du quatrième ventricule, à cause des fonctions physiologiques du bulbe, et leur présence dans ce ventricule est une des principales raisons qui les portent à considérer la paralysie générale comme une périencéphalite, plutôt que comme une péricérébrite.

M. Joire, ancien professeur à l'École de médecine de Lille, est allé jusqu'à rattacher la paralysie générale à ces seules granulations, et l'opinion de M. Gallopin d'après lequel cette affection est attribuée aux altérations des masses grises sous-jacentes au plancher de ce ventricule, diffère peu de celle de M. Joire.

Voici comment s'exprime à ce sujet M. Luys dans son *Traité des maladies mentales* : « Je suis loin de partager d'une façon absolue l'assertion de M. Joire qui leur attribue une signification pathognomonique comme lésion anatomique de la paralysie générale ; mais dans toutes les autopsies que j'ai faites, je ne les ai rencontrées que très exceptionnellement en dehors de la paralysie générale. »

MM. Magnan et Mierzejewski (1) qui ont étudié avec beaucoup de soin les granulations de l'épendyme des ventricules de l'encéphale, les considèrent comme une des lésions les plus importantes de la paralysie générale.

---

(1) *Archives de physiologie*, 1873. (1)

Je crois qu'on a beaucoup exagéré l'importance de ces granulations et spécialement celles du quatrième ventricule. Contrairement à M. Luys, je les ai rencontrées souvent en dehors de la paralysie générale, où elles ne sont d'ailleurs pas constantes.

Ces granulations s'observent dans presque toutes les formes d'aliénation mentale chronique, tandis qu'elles manquent ordinairement dans la paralysie générale à marche rapide, lorsque les membranes viscérales du cerveau, quoique très adhérentes à la substance corticale, sont peu épaissies, que les circonvolutions cérébrales n'ont pas eu le temps de s'atrophier d'une manière notable.

Elles sont très marquées dans l'hydrocéphalie, dans la manie chronique à longue durée, compliquée d'affaiblissement de l'intelligence, et dans la démence épileptique. D'une manière générale, on peut dire qu'elles sont en rapport avec l'épaississement et l'opalescence des membranes viscérales du cerveau, l'atrophie de cet organe, et l'hypersécrétion du liquide sous-arachnoïdien et intra-ventriculaire. Si elles sont plus nombreuses, plus volumineuses dans la paralysie générale à forme lente que dans les autres formes d'aliénation mentale, c'est que cette affection, plus qu'aucune autre, réunit ces trois altérations.

M. Plaxton (1) considère ces granulations comme étant de nature cadavérique, en se basant sur leur présence dans des cerveaux sains et sur le manque de symptômes afférents à cette affection.

Sans rejeter complètement cette opinion, je crois qu'on ne saurait admettre qu'elles se soient produites après la mort, quand elles sont très nombreuses et surtout très

---

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1885, t. II, p. 132.

volumineuses, comme dans la paralysie générale à marche lente et l'hydrocéphalie.

Les lésions scléreuses de l'isthme de l'encéphale, décrites dans la paralysie générale par quelques auteurs et sur lesquelles je ne saurais me prononcer, mes recherches microscopiques n'ayant pas porté sur ce point, peuvent s'expliquer, si elles existent réellement, par une dégénérescence nutritive des fibres nerveuses, due à la destruction inflammatoire des cellules de la couche corticale du cerveau que produit cette maladie.

Les granulations de l'épendyme du quatrième ventricule n'étant ni constantes, ni spéciales à la paralysie générale, les altérations de l'isthme de l'encéphale n'étant qu'une lésion accidentelle et ultime de cette affection, et le cervelet restant sain, comme vient de le démontrer de nouveau M. Baillarger, fait entièrement conforme à mes observations, le nom de péricébrite me paraît mieux convenir à la paralysie générale que celui de périencéphalite.



## Archives cliniques

13

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. SEMELAIGNE

### Délire hallucinatoire avec conscience.

**SOMMAIRE.** — Médecin anglais, trente-six ans. — Au début, période de tristesse avec hallucinations se produisant tous les soirs. — Accès de folie avec hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale; excitation maniaque. — Récit de l'accès fait par le malade lui-même. — La succession des hallucinations, leur courte durée et leurs transformations donnent au délire les caractères du rêve. — Guérison.

Les troubles de l'intelligence, dans l'aliénation mentale, se présentent sous des aspects multiples, et dont la physionomie est, on peut le dire, ondoyante et diverse. A ce titre, l'observation qu'on va lire nous a paru digne d'intérêt, et peut-être nous saura-t-on gré de la rapporter avec quelques détails.

Un médecin anglais, M. Robert X... fixé momentanément à Paris, âgé de trente-six ans, marié, entré en 1842, au mois de novembre, dans un établissement d'aliénés. Il était triste, morose depuis deux ou trois semaines. Des hallucinations qui se reproduisaient tous les soirs, avaient d'abord inspiré de l'inquiétude à sa famille. Lui-même, appréciant son état, ne se faisait pas d'illusion sur ce qu'il éprouvait. Enfin, un véritable accès de folie se déclarant, on dut recourir, pour plus de sécurité, à des mesures spéciales. Cet accès, tel que M. Robert X..., une fois guéri, s'est plu à le décrire, offre à s'y méprendre l'image d'un rêve ordinaire, un peu agité, il est vrai, ou encore l'image d'une de ces

crises bizarres déterminées par l'ingestion de certaines substances toxiques, telles que le haschisch ou la jusquiame, par exemple. La conscience n'avait pas disparue de l'entendement ; mais le moi qui en est l'expression la plus absolue, semblable à un pilote sur un navire désarmé, obéissait abasourdi, impuissant, au jeu automatique et irrégulier du cerveau. Aussi, tout en conservant le sentiment de son individualité, subjectif dans ses impressions, M. Robert assistera-t-il, comme à un spectacle, à toutes les scènes fantastiques qui se dérouleront, en apparence, devant lui et pour lui, pendant cinq à six jours, non pas toutefois, ainsi qu'on le verra, sans essayer de prendre part à ces scènes d'une manière plus ou moins active.

Un grave événement, en 1842, avait eu lieu le 13 juillet : la mort du duc d'Orléans. Le deuil en France fut général. Un accès de folie se développant dans ces circonstances, chez un homme prédisposé, il n'est pas étonnant que le délire se soit manifesté sous une forme particulière, et qu'au milieu des idées et des fausses sensations qui l'ont caractérisé, on rencontre comme un écho confus des préoccupations existantes. Voici cette observation ; nous laissons la parole au malade :

« Depuis que l'on m'a enlevé de mon domicile, le 16 novembre dernier, j'ai été le jouet, raconte-t-il, de phénomènes vraiment extraordinaires et dont je vais tâcher de reconstituer le tableau. J'oublierai, sans aucun doute, bien des choses ; mais quant aux faits principaux, j'espère pouvoir les retracer avec exactitude et dans l'ordre où ils se sont montrés.

« La première nuit qui s'est écoulée pour moi dans la maison de santé a été assez calme, jusqu'au moment où, vers le matin, divers objets ont frappé tout à coup mon attention. A la place de mes habits déposés sur

une table et une chaise, je vis distinctement un cercueil auprès duquel était agenouillée une femme vêtue en noir. Il me vint aussitôt à l'esprit, je ne sais comment, que cette femme était la duchesse d'Orléans et le cercueil, celui du prince son mari. Peu après un fantôme, aussi celui d'une femme, c'était encore la duchesse, se délaçait devant ma cheminée. Je sautai, sur cette vision, à bas de mon lit, et poussé comme par une force irrésistible, je réunis à la hâte tous mes effets en un paquet que j'enveloppai dans une serviette, puis dans une chemise, voulant indiquer par le contraste des couleurs, du noir et du blanc, que tout le mal qui m'avait été fait serait recouvert par mon silence. Après cela, me plaçant à mon tour devant ma cheminée, j'imitai les mouvements d'une femme qui se délace. L'heure du déjeuner arrivée, on m'apporta du bouillon et du lait auxquels je me gardai bien de toucher, dans la crainte qu'il n'y eût dedans du poison.

« Le jour suivant, dans la matinée, je me promenais dans le jardin, quand, y rencontrant une jeune femme, j'éprouvai comme une secousse électrique qui me força de la saluer et de lui ôter mon chapeau. Nous nous croisons; je me retourne : elle avait disparu. Mais au bout de quelques pas, je l'aperçus cachée derrière un buisson, où elle avait pris la forme d'une biche. Ses yeux brillaient comme des émeraudes et des étoiles. Je me dis : Est-ce bien la duchesse d'Orléans? Ne serait-ce pas plutôt une dame de la cour qui m'apparaît sous cette figure?

« Ce jour-là ou le lendemain, je ne saurais préciser, je me couchai dans d'excellentes dispositions. Mais au milieu de la nuit, voilà que par malheur mon gardien me réveille. En le regardant, il me sembla que je voyais le diable. Il était comme lui habillé tout en noir; et involontairement nous nous jetâmes l'un sur l'autre. Il n'y



ent pas de lutte entre nous. Pour le chasser, je me bornais à faire des signes avec la main en disant : Au nom de Dieu, éloignez-vous. Toutefois une grande frayeur me saisit ; l'homme noir me serra les poignets, mes lunettes m'échappèrent, je glissai par terre et il s'enfuit. Resté seul, j'ouvris immédiatement ma fenêtre et, sans le vouloir, je prononçai de là un discours sur la charité, le règne de mille ans, sur la réunion des protestants et des catholiques. Pour spectateurs, car il y en avait, j'avisai à ma droite, sur des arbres, deux capucins, l'un représentant Moïse et l'autre Elie ; à ma gauche, aussi sur un arbre, était Luther. L'émotion que je ressentis de leur présence fut des plus vives. Sur ces entrefaites, l'homme diable rentra avec deux de ses acolytes et on me mit la camisole avant de me recoucher. Etendu dans mon lit, je crus peu après entendre une voix qui me parlait de loin, faiblement, et qui, sans que j'ouvrisse la bouche, me répétait tout ce qui se passait dans ma pensée. J'ouïs ces mots : muguet, duchesse. D'où venait cette voix ? J'avais peur. Des deux côtés de ma cheminée rayonnaient dans l'ombre comme des émanations électriques, d'où s'élevaient par intervalles les simulacres de gens que je ne connaissais pas.

« Dans l'après-midi, aussi ce jour-là, si je ne me trompe, on me permit d'entrer au salon. Plusieurs dames s'y trouvaient, l'une d'elles, à la figure pâle et aux yeux noirs, ressemblait à ma sœur, et je m'imaginai que c'était elle. Un monsieur âgé, qui me rappela mon père, tenait à la main une plume comme pour écrire. Que ce fût mon père, je n'y songeai pas d'abord ; mais dans un autre endroit du salon, la voix que j'avais déjà entendue, plus nette cependant et comme moins distante, articula ces mots : C'est ton père, descendu exprès du ciel pour t'autoriser à épouser la duchesse d'Orléans. Je réfléchis à ce mariage. C'est un symbole,

me dis-je, celui d'un attachement intime destiné à exprimer l'union de nos communs efforts en vue du maintien du christianisme et du rapprochement dans une paix perpétuelle des catholiques et des protestants. Je demeurai sans parole là-dessus. La même voix me souffla alors ces mots à l'oreille : Dagobert, Oscar, arrivée de ta famille.

« Introduit de nouveau le soir dans le salon, j'y fis un peu de musique. Tous les visages m'y étaient inconnus. Je regardais ; m'arrêtant vis-à-vis d'une jeune femme : J'affirmerais pourtant que c'est la duchesse d'Orléans, me dis-je encore. Une espèce de suffocation me troubla aussitôt. Je ne savais que penser des personnes que je voyais ; on eût dit de fous tranquilles, silencieux : ils avaient l'air d'écouter. On me conduisit au bain. Là, mille idées de mariage me remplirent la tête. Une femme m'y apparut à qui, je me le rappelle, je me mis à faire la cour, comme pour un mariage mystérieux. L'entretien me plaisait, cependant la nuit qui suivit fut épouvantable : des fantômes se précipitèrent sur mon lit ; je tremblais, et pour les écarter, il sortait de mes narines, tout comme du crâne d'Oscar dans le tableau qui le représente, des rayons qui répandaient l'effroi à l'entour. Des ombres lumineuses s'interposaient aussi entre nous. Toute ma défense durant l'attaque consista en ceci : je comptais avec soin les battements de mon cœur et je murmurais à part moi : Confiance, confiance. Le matin, à l'aube, pendant que, les traits crispés et les yeux pleins de larmes, je sanglotais dans mon lit, un autre discours jaillit inopinément de mes lèvres. (Il n'est pas indiqué sur quoi.)

« Une autre nuit m'a laissé encore des souvenirs pénibles. Je ne rêvai, tout éveillé, que de meurtres, d'assassinats. Une aiguille, dont je sentais parfaitement les piqûres et qu'on me promenait par tout le corps, s'en-



fonçait de préférence dans la région du cœur et sur les parties sexuelles. Il en résulta, malgré moi, une abondante pollution amenée au dehors comme par un fil électrique. Une voix que j'entendis et que je reconnus me blâma de cet acte. Des craintes se reproduisirent. Enfin toutes mes terreurs se sont dissipées, il y a deux à trois jours, après une dernière nuit d'angoisses, et depuis lors, rien, absolument rien, Dieu merci, n'a reparu, à part quelques tressaillements nerveux, très fugitifs d'ailleurs. Puissent ces terreurs ne pas revenir!

« Aujourd'hui 25 novembre, je me sens on ne peut mieux, grâce au sulfate de quinine qui m'a été administré et auquel j'attribue ma guérison. »

Cette observation, si mouvementée par les accidents et les péripéties du délire, ne serait pas, suivant nous, sans analogie avec celle du curé Gauchelin que nous avons publiée, d'après le récit d'Ordéric Vital, dans le journal de M. Delasiauve, en 1863. Il s'agit effectivement, dans l'une comme dans l'autre, d'un délire perceptif où se reflètent des idées et des préoccupations contemporaines, délire perceptif des plus curieux, tant par la netteté et la succession des hallucinations, que par leur courte durée, leur enchaînement et leurs transformations. La nature et la forme hallucinatoire y sont variables. Des impressions morales auraient été la cause de l'affection dans les deux cas où fascinés, à demi conscients, les malades se sont trouvés pendant un temps plus ou moins long sous l'influence d'une perturbation cérébrale aussi étrange qu'exceptionnelle.



## Thérapeutique

# LES NOUVEAUX HYPNOTIQUES

### ET LEUR EMPLOI EN MÉDECINE MENTALE

Par M. LAILLER

Pharmacien de l'asile de Quatre-Mares

Faire connaître les conquêtes toutes récentes de la thérapeutique applicables au traitement de l'aliénation mentale, indiquer les formules pharmaceutiques qui conviennent le mieux pour l'administration des agents médicamenteux préconisés, tel est le but de ces articles. Je commencerai par parler des hypnotiques.

*Paraldéhyde.* — La paraldéhyde n'est déjà plus un médicament nouveau. Rien de bien saillant, à ma connaissance, n'a été publié sur cet hypnotique depuis la communication faite à la Société médico-psychologique par M. le Dr Kéraval (Société médico-psychologique, Séance du 26 mai 1884).

Toutefois, je crois devoir rappeler que, presque au même moment, une discussion s'était élevée à la Société de biologie (séance du 15 mars 1884) à propos d'une étude de M. le Dr Hénocque sur ce médicament.

Dans sa communication, M. le Dr Hénocque affirme qu'un des premiers effets de l'injection sous-cutanée de la paraldéhyde est un abaissement rapide et très marqué de la température, et cet abaissement s'est traduit chez

des cobayes, au bout de deux heures environ, par une chute thermométrique de 39 à 34 degrés environ et, chez des lapins, par une diminution de près de 8 degrés sans que, d'ailleurs, la mort fût la conséquence nécessaire d'un refroidissement aussi considérable.

Cette observation corrobore pleinement le fait signalé par M. le Dr Kéraval, à savoir : que, recherchant dans un cas si, chez l'une des malades de l'asile Saint-Yvon, service de M. le Dr Cortyl, auxquelles il administrait la paralaldéhyde, il y avait abaissement ou élévation de la température, il avait constaté qu'il y avait abaissement.

M. le Dr Quinquand, dans la discussion qui a eu lieu à la Société de biologie, dit également avoir constaté dans certains cas un abaissement marqué de température, et M. le Dr Bochefontaine confirme le fait.

La paralaldéhyde a une saveur très désagréable ; elle détermine souvent des éructations, et l'haleine peut rester empreinte de son odeur pendant des jours entiers ; beaucoup de formules ont été conseillées pour son administration. M. le Dr Leeh préconise la suivante :

Paralaldéhyde. . . . .	L gouttes.
Sirop d'oranges. . . . .	8 grammes.
Eau. . . . .	30 grammes.

Mon confrère, M. Yvon, a donné les formules d'une solution hydro-alcoolique, d'une solution aqueuse, d'une potion et d'un élixir de paralaldéhyde. La potion, qui est la plus usitée, est composée de :

Paralaldéhyde. . . . .	1, 2, 3, 4 grammes.
Sirop simple. . . . .	30 grammes.
Eau. . . . .	70 grammes.
Teinture de vanille. . . .	XX gouttes.

A mon tour, je conseille de remplacer la teinture de vanille par la teinture de girofle à la même dose, qui

masque pour plus longtemps l'odeur et la saveur de la paralaldéhyde ; j'en ai fait l'expérience sur moi-même.

*Hydrate de chloral.* — Les empoisonnements par l'hydrate de chloral sont rares. Il m'a été donné cependant d'en voir un qui, heureusement, ne fut pas suivi de mort. On put administrer à temps une infusion de café concentrée, qui fut continuée pendant plusieurs heures ; on fit tout pour maintenir le malade éveillé et, douze heures après les premières manifestations de l'empoisonnement, il ne restait plus que de l'hébétude et de l'abattement.

En raison du grand usage qui est fait de l'hydrate de chloral pour combattre l'insomnie chez les aliénés, il est bon de rappeler que, en cas d'accidents causés par cet hypnotique, l'antagonisme entre la strychnine et l'hydrate de chloral est un fait établi. Des injections de 1 à 2 milligrammes de sulfate de strychnine triomphent des accidents chloraliques.

La belladone constitue également un bon traitement des accidents toxiques, résultant de l'ingestion du chloral.

Le *Bulletin général de thérapeutique* (1885, t. I, p. 235) rapporte que le Dr Booth a relaté dans la *Lancet* de mars 1884 un cas d'empoisonnement chloralique chez un alcoolique qui, à la suite d'un excès, était menacé de delirium tremens ; on lui prescrivit une potion contenant 8 grammes de chloral et un peu de bromure de potassium. Le malade, ayant pris toute la bouteille presque en une seule fois, présenta à un haut degré les symptômes d'un empoisonnement grave : corps froid et livide, pouls faible, petit et irrégulier, respiration courte, superficielle et faible. Après administration d'une cuillerée à dessert de teinture de belladone, les troubles cardiaques et respiratoires s'améliorèrent rapidement et le malade guérit.



Il est important de rappeler ici que les teintures alcooliques des Pharmacopées anglaises sont plus faibles que celles de la Pharmacopée française. Notre teinture de belladone se prescrit à la dose de 5 décigrammes ; il y a loin de cette quantité à la dose d'une cuillerée à dessert. Je sais bien que, dans un cas d'empoisonnement, les doses de l'antidote ne sont plus des doses thérapeutiques ; néanmoins, il y a une certaine mesure que l'on ne peut dépasser. Mieux vaudrait, ce me semble, en présence d'une intoxication par l'hydrate de chloral, recourir aux injections de sulfate d'atropine à doses fractionnées de 1 à 3 milligrammes.

*Alcoolate de chloral.* — De même que le chloral s'unit à l'eau pour former l'hydrate de chloral si employé, de même il s'unit à l'acool pour former l'alcoolate de chloral trop peu employé.

Obtenu pour la première fois par Roussin, l'alcoolate de chloral a été étudié par Personne (1). Il est soluble dans l'eau, l'acool et l'éther. Sa solution aqueuse possède une saveur beaucoup moins désagréable que celle de l'hydrate de chloral ; je peux l'affirmer tant par mon expérience personnelle que par celle d'autrui. Son action comme hypnotique est, à ma connaissance, celle de l'hydrate de chloral et il s'emploie aux mêmes doses.

C'est un très beau produit ; sa cristallisation en magnifiques aiguilles prismatiques assure, dans une certaine mesure, sa pureté, ce qui n'existe pas avec l'hydrate de chloral. Il n'est que très peu hygrométrique et il se conserve sans altération. M. le D<sup>r</sup> Laborde l'a beaucoup étudié et lui a reconnu toutes les propriétés de l'hydrate de chloral.

Dans ses *Commentaires thérapeutiques du Codex* (1874, p. 392) Gubler s'exprime ainsi : « L'alcoolate

(1) *Bull. Soc. chimiq.*, t. XIII, p. 98.

de chlorate, plus agréable que l'hydrate à l'odorat et au goût, se prête aux mêmes applications thérapeutiques et comporte les mêmes modes d'emploi. On doit aussi l'administrer aux mêmes doses, puisque, d'après mes propres expériences sur les animaux et mes observations sur l'homme, son action pharmaco-dynamique est semblable à celle du chloral hydraté et sa puissance équivalente. L'alcoolate de chloral réussit même mieux chez certains sujets que son analogue l'hydrate, généralement employé. Notre regretté Blache, qui avait expérimenté sur lui-même les deux composés, donnait la préférence au produit obtenu par Roussin. »

Dans le même ouvrage, revu et augmenté par M. le D<sup>r</sup> Ernest Labbé (1885), on lit (p. 629) : « L'alcoolate de chloral, plus agréable que l'hydrate à l'odorat et au goût, se prête aux mêmes applications thérapeutiques et comporte les mêmes modes d'emploi. »

Si l'alcoolate de chloral n'est pas plus employé dans les asiles d'aliénés qu'il ne l'est, cela peut tenir à ce que ses propriétés ne sont pas suffisamment connues, mais cela peut tenir aussi à ce que son prix est trois fois plus élevé que celui de l'hydrate de chloral.

Tout en laissant à l'hydrate la prépondérance comme emploi courant, je trouve que l'alcoolate devrait avoir sa place dans la thérapeutique des aliénés et qu'il y aurait avantage à le substituer à l'hydrate, lorsque celui-ci est refusé par les malades.

Les potions pour l'usage quotidien peuvent être ainsi formulées :

Alcoolate de chloral . . . . .	2. 3. 4 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger . . . . .	50 grammes.
Eau . . . . .	100 grammes.

*Uréthane.* — Nouvel hypnotique qui, bien que n'ayant pas donné toutes ses preuves, mérite d'appeler l'attention.



Elle a été expérimentée d'abord par Schmiedeberg sur les animaux ; plus tard, par Jolly sur l'homme ; tous deux ont constaté ses propriétés hypnotiques ; elles ont été confirmées par M. le Dr Jackch qui a soumis l'uréthane à une étude approfondie. D'après ce praticien, elle doit être classée parmi les médicaments agissant sur le cerveau. Il l'a employée avec succès, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, dans les variétés les plus diverses d'insomnie. A petite dose l'uréthane ne serait pas un hypnotique sûr, le contraire se produit après administration de 1 gramme du médicament.

Dans la séance du 9 décembre 1885, M. le Dr Huchard a communiqué à la Société de thérapeutique les résultats de son expérience sur cet agent ; il a constaté qu'à la dose de 25 à 50 centigrammes l'effet est nul ; mais à la dose de 1 gramme, il a obtenu un sommeil calme pendant deux heures.

Le 27 février 1886, M. le Dr Huchard, complétant sa première communication, a lu à la Société de thérapeutique un travail auquel j'emprunte ce qui suit :

« L'uréthane (ou éthyl-uréthane) n'est autre chose qu'un carbamate d'éthyle (ou éther éthylique d'acide carbamique). Elle se présente sous forme de cristaux rhomboïdaux incolores fondant à 55 degrés et distillant vers 180 degrés, très solubles dans l'eau, l'éther et l'alcool. Sa saveur est assez agréable, piquante, laissant après elle une sensation de fraîcheur assez analogue à celle du nitrate de potasse.

« J'ai ordonné trente-deux fois l'uréthane à quatorze malades, souffrant tous d'insomnie à des degrés différents et atteints d'affections diverses.

« Voici, en résumé, les résultats que j'ai obtenus : tous les malades, sauf deux atteints de tuberculose avec infiltration granuleuse généralisée, avec toux incessante et dyspnée très accusée, m'ont paru éprouver les bien-



faits de cette médication qui se sont manifestés par un sommeil calme, paisible, sans rêves ni cauchemars, sans troubles digestifs ou céphaliques consécutifs. Le sommeil est survenu de dix minutes à une heure après l'administration du médicament, il a eu une durée de quatre à dix heures, et quelques-uns de mes malades ont même dû être réveillés le lendemain au moment de l'entrée de la surveillante dans les salles.

« La dose que j'ai employée chez les adultes a été de 3 à 4 grammes prise en une seule fois dans un julep gommeux. Cette dose est donc supérieure à celle de 1 à 2 grammes indiquée par la plupart des auteurs allemands.

« Cette quantité de 3 à 4 grammes d'uréthane doit toujours être prise en une fois, si l'on veut obtenir un effet hypnotique salulaire. Du reste, on ne saurait trop insister sur cette règle de thérapeutique, en vertu de laquelle les médicaments hypnotiques doivent toujours être administrés à doses massives et non à doses fractionnées. » Tous les médecins aliénistes savent cela.

Plus loin l'auteur ajoute :

« Ce nouveau médicament me paraît justement appelé à un réel avenir thérapeutique, si l'on tient compte des avantages suivants qu'il présente : faible pouvoir toxique, grande solubilité dans l'eau, saveur non désagréable, facile administration chez les enfants, absence d'accidents consécutifs à son emploi, excellents effets produits chez les cardiaques et les phthisiques. »

Est-il permis d'espérer, en présence des faits acquis, que l'uréthane trouvera son emploi pour combattre l'insomnie si fréquente chez les aliénés? Cela ne me paraît pas comporter de doute. Déjà, les Drs Mairret et Combemale ont entretenu l'Académie des sciences, séance du 5 avril dernier, de leurs recherches sur l'action de cette substance au point de vue exclusif

du traitement des aliénés. Leur travail est trop substantiel pour qu'il me soit possible d'en donner une analyse ou un extrait ; je préfère reproduire en entier la note publiée dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (1886, p. 245).

« MM. Mairét et Combemale ont étudié l'action de l'uréthane chez trente-sept malades atteints d'agitation et d'insomnie sous la dépendance d'aliénations mentales de forme et de nature différentes, l'administrant plus de trois cents fois, à des doses qui ont varié entre 0 gr. 50 et 5 grammes dans les vingt-quatre heures, en potion prise en une seule fois, le soir, un quart d'heure avant le coucher.

« Voici les résultats qu'ils ont obtenus : dans la démence par athéromasie et dans la démence paralytique, et cela malgré les doses élevées qu'ils ont employées, ils n'ont obtenu aucun effet hypnotique précis. Dans les autres formes d'aliénation mentale (manie, lypémanie, folie des persécutions, démence simple consécutive à la manie et à la lypémanie), les effets varient suivant l'intensité de l'agitation. Lorsque l'agitation est trop considérable, il ne se produit aucune action somnifère ; il semble même que le médicament augmente la surexcitation. Lorsque l'agitation est moins intense, on obtient le sommeil, sommeil qui présente les caractères suivants : il est calme, régulier, sans cauchemars, il cède facilement aux excitations extérieures, mais reprend aussitôt que cessent les excitations, il dure de cinq à sept heures, et au réveil le malade n'accuse aucune sensation anormale. L'examen attentif ne révèle aucun trouble particulier dans les différentes fonctions ni dans la nutrition générale, même lorsque l'administration du médicament est longtemps continuée, pendant quinze jours, par exemple.

« Pour arriver à produire le sommeil, l'uréthane doit



être administrée à des doses variant entre 2 et 5 grammes, suivant les cas ; au-dessous de ces doses, ils n'ont rien obtenu. Lorsqu'on emploie, dès le début, la dose maxima (5 grammes), si cette dose ne produit pas le sommeil dès la première prise, l'administration du médicament ne doit pas être continuée : il resterait sans action.

« L'effet hypnotique se fait généralement sentir très rapidement ; parfois cependant, mais rarement, il peut se faire attendre une heure ou deux heures. L'action somnifère de l'uréthane s'use assez vite. Au bout de trois jours, dans certains cas, six ou sept jours dans d'autres, cette action est épuisée, et il faut laisser le malade se reposer pendant quelques jours, si l'on veut demander les mêmes bons effets à l'uréthane. Il est à remarquer que, dans les limites indiquées ci-dessus, plus le sommeil produit est rapide et profond, plus vite s'use l'action de l'uréthane.

« De ces faits, il résulte donc : 1° que, dans les cas où le cerveau est altéré organiquement (démence par athéromasie, démence paralytique), l'uréthane n'a aucune action somnifère ; 2° que, dans le cas d'aliénation mentale fonctionnelle, peu importe la forme revêtue par cette dernière, l'uréthane peut avoir une action hypnotique, à la condition que l'insomnie ne soit pas liée à une agitation trop intense. »

M. le professeur Coze, de la Faculté de médecine de Nancy, conclut des expériences qu'il a faites sur l'uréthane, qu'elle a une action hypnotique manifeste ; qu'elle détermine la résolution musculaire et, à haute dose, l'anesthésie ; qu'elle ralentit le pouls ainsi que la respiration et qu'elle abaisse la température ; que son action locale, peu irritante, permet de l'administrer en injection sous-cutanée ; qu'elle ne paraît troubler ni les humeurs ni la nutrition.



Pour l'administration de l'uréthane, M. P. Vigier conseille les deux préparations suivantes :

Solution. — Eau distillée . . . . . 100 grammes.  
Uréthane . . . . . 10 —

Ce qui fait 0 gr. 50 par cuiller à café ou 1 gramme par cuiller à dessert.

On ajoute cette solution à un breuvage quelconque, l'uréthane ayant un goût très supportable.

Potion. — Uréthane . . . . . 4 grammes.  
Sirop de menthe ou d'éther . . . . . 30 —  
Eau . . . . . 100 —

A prendre en une ou deux fois le soir en se couchant.

M. le docteur Huchard s'est arrêté aux deux formules qui suivent :

Potion. — Eau distillée de tilleul . . . . . 40 grammes.  
Sirop de fleurs d'oranger . . . . . 20 —  
Uréthane . . . . . 4 —

Prendre cette potion en une seule fois, le soir avant de se coucher.

Solution. — Eau distillée . . . . . 100 grammes  
Uréthane . . . . . 20 —

Lorsque le médicament doit être administré pendant plusieurs jours de suite, la solution précédente est préférable, car elle entretient le malade sous une influence dormitive assez marquée ; on en prend 3 ou 4 cuillerées à café le soir dans une infusion chaude.

A l'asile de Quatre-Mares, MM. les D<sup>rs</sup> Delaporte, directeur médecin en chef, et Guyot, médecin adjoint, viennent de commencer l'usage de l'uréthane comme hypnotique. Les résultats obtenus n'ont pas encore la signification voulue pour être publiés.

*Hypnone.* — Nom donné par M. le docteur Dujardin-Beaumetz à une substance découverte par M. Friedel,

en 1857, et que l'on a appelée méthyl-phényl-acétone, méthyl-benzoyle, acétophénone, acétyl-phényle, acétyl-benzol, méthyl-phényl-acétone, phényl-méthylkétone ; d'après M. Friedel, elle devrait s'appeler phényl-méthyl-carbonyle ; elle cristallise en grandes lames et bout à 198°. Elle se présente à la température ordinaire à l'état liquide ; soumise à un froid de 4 à 5 degrés, elle cristallise. C'est un liquide incolore ou très peu coloré en jaune, il est très mobile ; sa densité est voisine de celle de l'eau ; il est soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, mais insoluble dans l'eau ; sa réaction est neutre ; il est irritant et caustique ; son odeur est très pénétrante. D'après Nincki, il se transforme dans l'organisme en acides carbonique et benzoïque et passe dans l'urine à l'état d'acide hippurique.

Ce corps est doué de propriétés médicamenteuses que je n'hésite pas à qualifier d'incontestables ; je le considère, dès ce moment, comme acquis à la thérapeutique.

C'est dans la séance du 9 novembre 1885 de l'Académie des sciences que M. le docteur Dujardin-Beaumetz fit connaître les propriétés hypnotiques du corps dont il est question. Afin de lui donner une appellation plus courante, il a proposé de lui donner le nom d'hypnone, qui rappelle à la fois ses propriétés physiologiques et le groupe chimique auquel il appartient : ce nom a été adopté par tout le corps médical.

Des expériences qui ont été faites dans le but de constater les propriétés physiologiques et toxiques de l'hypnone, M. le Dr Dujardin-Beaumetz tire cette conclusion : « L'hypnone paraît avoir une triple action ; elle agit sur les éléments nerveux et en diminue la neurilité, elle abaisse la pression sanguine, enfin elle modifie à dose toxique la composition du sang. »

Il affirme n'avoir jamais vu l'hypnone produire d'ac-

cidents, même en en prolongeant l'usage pendant des mois entiers, sans dépasser, il est vrai, la dose de 50 centigrammes par jour.

L'hypnone, disent MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet, est surtout utile lorsque l'on a affaire « à l'insomnie nerveuse ou bien à celle qui est provoquée par l'excitation cérébrale, que celle-ci résulte d'excès alcooliques ou bien d'excès de travaux intellectuels. Ici l'hypnone est égale et même supérieure aux autres hypnotiques, et les observations de Huchard, ainsi que celles de Labbé, sont absolument confirmatives de celles que nous-mêmes nous avons recueillies. Dans ces cas, l'acétophénone à la dose de 20 à 40 centigrammes produit un sommeil calme, sans cauchemars, et qui s'accompagne d'un réveil peu pénible et privé de cet état nauséux que déterminent si souvent le chloral et la paralaldéhyde. Mais il faut, pour que l'hypnone produise ses effets hypnotiques, que le malade n'ait pas été soumis d'une façon prolongée aux préparations de morphine. Chez les morphiomanes, cette acéto-phénone échoue comme la plupart des autres hypnotiques.

« L'hypnone a été administrée par la bouche et le plus souvent à l'état de capsules ; la dose administrée n'a jamais dépassé 50 centigrammes. L'accoutumance nous a paru être faible, c'est-à-dire que nous n'avons pas été obligés d'augmenter les doses pour produire les mêmes effets.

« Nous avons fait quelques tentatives d'introduction du médicament sous la peau, il s'agissait dans ces cas de névralgies sciatiques rebelles, où l'action irritante locale du médicament n'était pas à redouter, puisqu'elle aurait provoqué ces effets substitutifs que l'on obtient par la méthode de Luton. A la dose de 10 centigrammes, les effets hypnotiques et analgésiques ont été absolument nuls, mais en revanche, nous avons provoqué



une irritation locale assez vive ; ce mode d'administration doit donc être absolument abandonné.

« Les cas où l'hypnone ne produit aucun effet hypnotique sont assez nombreux. Nous n'avons pas l'explication physiologique de ce fait, si ce n'est cependant les causes si nombreuses de l'insomnie qui font sans doute que, suivant la cause, l'hypnone réussit ou échoue. »

L'usage de l'hypnone semblait donc, d'après ce qui précède, naturellement indiqué pour provoquer le sommeil chez les aliénés qui, soit par leur agitation, soit par la nature de leur délire, ne peuvent dormir.

Mais deux communications de MM. les D<sup>rs</sup> Mairet et Combemale, faites à l'Académie des sciences dans les séances du 28 décembre 1885 et du 18 janvier 1886, sont venues inspirer des réserves sur le parti que l'on espérait tirer de l'hypnone en médecine mentale.

Dans leur première communication, ils ont affirmé que l'administration de ce corps exigeait une certaine circonspection, attendu que, continué pendant plusieurs jours et à une forte dose, il déterminait une perte de poids et une diminution de l'hémoglobine.

Les conclusions de leur seconde communication sont celles-ci : L'acétophénone n'est pas un hypnotique, et l'utilité de son emploi en médecine mentale paraît douteuse. Toutefois, cette substance agit surtout sur le système nerveux. Si à certains égards elle se comporte comme les irritants, ainsi que le prouvent les lésions congestives et inflammatoires du rein, du poumon et du foie, elle produit du côté des centres nerveux des troubles particuliers, tels qu'une anémie limitée à la moelle ou s'étendant à l'encéphale et se traduisant pendant la vie par une parésie musculaire plus ou moins complète, pouvant rester localisée aux membres inférieurs, ou s'étendre à l'ensemble du système musculaire. Cette anémie est consécutive, disent les auteurs, à une action

primitive de l'acétophénone sur le système nerveux.

La rédaction des *Annales* m'a communiqué le travail complet que MM. Mairet et Combemale ont publié dans le *Montpellier médical* sur l'acétophénone. Ce travail comprend les recherches que ces savants ont faites sur l'action physiologique et thérapeutique de l'acétophénone. Leurs recherches physiologiques présentent le plus grand intérêt, mais elles ne peuvent être reproduites ni analysées dans cet article. Quant aux recherches thérapeutiques, les observations publiées, ayant trait à vingt-deux aliénés, amènent les auteurs à cette conclusion émise ci-dessus : « que l'acétophénone n'est pas un hypnotique. »

Cependant, en lisant ces observations, on constate que dans plus de la moitié des cas, on a noté chez ces malades une excitabilité moindre, une diminution dans l'agitation musculaire et dans les cris, parfois de la somnolence. Il me semble, sans parti pris, que c'est déjà un résultat qui n'est pas à dédaigner.

Déjà, à la Société de biologie, séance du 19 décembre 1885, M. le Dr Laborde, au sujet d'une discussion qui avait lieu sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'acétophénone, terminait ainsi son argumentation : « Quelle que soit la valeur de ces interprétations, le point sur lequel je veux surtout attirer l'attention, est l'extrême toxicité de l'hypnone. Il ne faut donc la prescrire qu'avec beaucoup de prudence ; elle ne détermine le sommeil ou plutôt le calme chez certains malades, chez les alcooliques en particulier, que parce qu'elle diminue l'excitabilité cérébrale ; aussi convient-il de réserver son emploi aux cas dans lesquels cette excitabilité est exagérée. »

Ces citations m'ont paru utiles pour établir le bilan de l'hypnone, médicament qui, comme je l'ai dit, appartient maintenant à la thérapeutique. M. le Dr Huchard



semble également n'avoir pas eu beaucoup à se louer de l'emploi de l'hypnone ; il a dit à la Société de thérapeutique, séance du 9 décembre 1885, l'avoir prescrite à seize malades et n'avoir obtenu que huit fois l'effet hypnotique ; ces malades souffraient d'insomnie simple, quelques-uns étaient tuberculeux. Chez les malades qui n'avaient pu obtenir le sommeil avec l'hypnone, le chloral ou la morphine avaient, au contraire, parfaitement réussi.

A mes yeux, l'insuccès constaté par M. le D<sup>r</sup> Huchard n'est que relatif et nullement négatif. Dans nos asiles d'aliénés, il y a des malades chez lesquels le chloral est sans action, bien que l'on en porte la dose à 5 et 6 grammes, prise en une seule fois. On en peut dire autant de l'opium et de la morphine, et si, une fois sur deux, on était certain de provoquer le sommeil chez les aliénés qui crient, chantent, etc., pendant une partie de la nuit, ou même pendant la nuit entière, l'agent médicamenteux employé serait déjà d'un grand secours.

A l'asile de Quatre-Mares, l'hypnone, employée par MM. les D<sup>rs</sup> Delaporte et Guyot, chez treize malades atteints de différentes formes d'aliénation mentale, n'a produit trois fois aucun résultat ; quatre fois, le calme absolu et le sommeil ont été obtenus ; cinq fois, les résultats au point de vue du calme et du sommeil ont été assez satisfaisants ; deux fois, l'agitation a cessé, mais on n'a obtenu que peu de sommeil ; aucun symptôme d'intolérance ne s'est manifesté. On ne peut donc nier que cette substance ne possède une action sédative et même plus ou moins narcotique. Un fait est évident : l'hypnone, dans la plupart des cas, calme l'agitation nocturne des aliénés et provoque le sommeil, cela suffit pour lui assigner une place dans la thérapeutique psychiatrique.



Un avantage de l'hypnone, c'est que les aliénés ne font pas de difficultés pour prendre les potions dont elle fait la base ; son goût ne leur paraît nullement désagréable.

Il importe que le produit dont il est question soit pur ou, pour mieux dire, bien fabriqué. Je m'en suis procuré dans trois maisons différentes, toutes les trois très recommandables. Les trois produits étaient semblables, à part l'odeur qui était moins vive dans un cas que dans les deux autres. Dans les prescriptions faites par MM. les Drs Delaporte et Guyot, j'ai employé tantôt l'une, tantôt l'autre des trois hypnones que j'avais reçues. On n'a pas observé de différences dans leur action.

L'hypnone, en raison de son odeur, de son insolubilité dans l'eau, présente quelques difficultés pour son administration. M. Limousin, utilisant le pouvoir dissolvant de l'huile d'amandes douces à l'égard de l'hypnone, a proposé de donner cet hypnotique sous forme de capsules : à cet effet, il a préparé des capsules renfermant chacune quatre gouttes d'hypnone dissous dans l'huile d'amandes douces, qui, affirme-t-il, atténue l'odeur du médicament. Chaque capsule contient 10 centigrammes d'hypnone.

Ce mode d'administration a certainement dans la pratique usuelle de grands avantages, aussi, à l'exemple de M. Limousin, beaucoup de pharmaciens spécialistes offrent l'hypnone sous forme de capsules. Mais, chez les aliénés, les médicaments présentés sous forme de pilules ou de capsules ne sont généralement pas d'un emploi facile et surtout certain. Il faut, pour avaler une pilule, faire un certain effort de bonne volonté qui n'est pas toujours conciliable avec les idées délirantes du malade et son antipathie pour les médicaments. Mieux vaut donc, d'une façon générale, recourir aux préparations liquides, et le mieux, pour le médecin, est

d'avoir à sa disposition les moyens de faire prendre sous diverses formes le médicament qu'il conseille.

Mon confrère M. Pierre Vigier, dont les formules sont si justement appréciées des médecins, a établi les formules suivantes :

*Sirop d'hypnone.*

Hypnone.....	1 goutte.
Alcool à 90 degrés.....	1 gramme.
Sirops de fleurs d'oranger.....	5 —
Sirop de laurier-cerise.....	1 —

Faites tomber la goutte d'hypnone dans l'alcool, ajoutez les sirops, mêlez et conservez en flacon bouché.

Cette quantité représente une forte cuillerée à café.

On multiplie par le nombre de cuillerées que l'on veut prescrire. En admettant que l'on veuille faire prendre trois gouttes d'hypnone à un enfant, il absorberait en même temps 1 gramme d'eau de laurier-cerise (le sirop étant au tiers) et 3 grammes d'alcool. Ces doses ne me paraissent pas exagérées. Un adulte en prendrait deux fois plus.

*Elixir d'hypnone.*

Hypnone.....	1 goutte.
Alcool à 60 degrés et sirop de menthe ââ.	3 grammes.

Préparez comme le sirop.

Ce mélange est aussi le contenu d'une cuillerée à café.

Ces deux préparations sont d'un goût très supportable.

M. P. Vigier ajoute qu'il n'est plus dans nos usages d'administrer en une fois une potion de 125 à 150 grammes, et certainement les formules qu'il a données sont tout à fait rationnelles pour la pratique courante, mais dans nos asiles d'aliénés les choses se passent différem-

ment ; tel malade qui prendra en une fois sans grande difficulté une potion de 125 à 150 grammes, se refuserait à la prendre en plusieurs fois. D'ailleurs, chez les aliénés, l'administration du chloral, de la paralaldéhyde et d'autres médicaments, a lieu sous forme de potion prise en une fois, au moment où on veut provoquer le sommeil. M'inspirant de cette idée, je prépare pour les besoins du service un sirop d'hypnone que j'appelle officinal. Il est d'une longue conservation.

J'ai adopté les trois formules suivantes :

*Sirops d'hypnone.*

- 1° Hypnone..... XX gouttes = 0<sup>gr</sup>.50  
Alcool..... 20 grammes.  
Eau de laurier-cerise..... 5 —  
Sirop de fleurs d'oranger..... 275 —  
60 grammes de ce sirop contiennent 4 gouttes d'hypnone.
- 2° Hypnone..... XL gouttes = 4 gr.  
Alcool..... 40 grammes.  
Eau de laurier-cerise..... 5 —  
Sirop de fleurs d'oranger..... 255 —  
60 grammes de ce sirop contiennent 8 gouttes d'hypnone.
- 3° Hypnone..... LXXX gouttes = 2 gr.  
Alcool..... 40 grammes.  
Eau de laurier-cerise..... 5 —  
Eau de fleurs d'oranger..... 255 —  
60 grammes de ce sirop contiennent 16 gouttes d'hypnone.

Lorsque l'on ne conseille que quelques gouttes d'hypnone, quatre gouttes au maximum, je me sers de la formule n° 1. Lorsque l'on en conseille de quatre à huit gouttes, je me sers de la formule n° 2, et j'ai recours à la formule n° 3, lorsque la dose du médicament dépasse huit gouttes. Si j'ai pris trois formules au lieu d'une, c'est afin que la potion ne soit ni trop, ni pas assez sucrée. Le sirop est versé à la dose pres-



crite dans une fiole de 150 grammes que l'on remplit ensuite d'eau. Ce *modus faciendi* ne présente aucune difficulté.

M. P. Vigier a donné une formule dépourvue d'alcool :

Potion : Hypnone.....	XX gouttes.
Huile d'amandes douces.....	10 grammes.
Gomme arabique pulvérisée.....	10 —
Sirop de fleurs d'oranger.....	60 —
Eau.. . . . .	120 —
F. S. A. Une émulsion.	

On administre d'un seul trait le quart, le tiers et même la moitié de ce mélange, suivant que l'on tient à faire prendre cinq, sept ou dix gouttes d'hypnone, le soir, au malade.

M. Petit a formulé de la façon suivante un sirop :

Hypnone.....	XV gouttes.
Alcool à 90 degrés.. . . .	20 grammes.
Glycérine.....	25 —
Sirop simple.....	55 —

Une cuillerée à soupe de 20 grammes représente 2 gouttes.

M. le docteur Constantin Paul indique un looch ainsi composé :

Hypnone.....	VI gouttes.
Glycérine.....	10 grammes.
Looch.....	50 —

*Hopéine.* — Tout dernièrement une substance a fait son apparition dans la thérapeutique ; retirée du houblon, on l'a appelée hopéine, du mot anglais *hops* qui sert à désigner le houblon. C'est un alcaloïde dont la découverte est due à Williamson et à Springmuhl (1).

(1) D'après ses recherches personnelles, M. Houdé, pharma-

Le Dr Roberts, de New-York, a observé qu'à la dose de 25 milligrammes, l'hopéine triomphe des insomnies rebelles. Le Dr Smith a obtenu les mêmes résultats.

Il plane sur la nature chimique de cette substance des soupçons que je n'ai pas à approfondir; qu'il me suffise de dire que la lumière, à ce sujet, n'est pas faite. A côté de cette hopéine qui est d'origine étrangère et qui se présente sous forme de poudre blanche cristallisée, on a signalé une autre hopéine, fabriquée exclusivement en France, et en particulier par Billaut, qui se présente sous forme de poudre brune amorphe; elle ne contient pas d'alcaloïde, et elle est extraite du lupulin. M. le Dr Eloy l'a expérimentée physiologiquement et M. le Dr Huchard thérapeutiquement.

En l'administrant à la dose de 2 centigrammes, M. le Dr Huchard a obtenu chez ses malades, douze fois sur quinze, un sommeil calme et paisible, ne donnant suite à aucun symptôme céphalalgique.

C'est certainement très encourageant, mais cette hopéine brune, que M. le Dr Dujardin-Beaumetz propose d'appeler hopéin, est d'une constitution chimique variable, encore mal définie; il nous serait difficile, je crois, à nous pharmaciens, d'affirmer que le produit qui nous serait livré, serait bien identique à celui qui a servi aux expériences de MM. les Drs Eloy et Huchard. Cet inconvénient disparaîtra, je l'espère, et, comme le lupulin a une action sédative spécifique incontestable, il est permis de croire que, en raison même des résultats déjà obtenus, on pourra le transformer en une substance à caractères définis ayant une réelle action hypnotique.

---

cien, est arrivé à la certitude que les houblons de notre pays, de même que le lupulin, ne contiennent pas les moindres traces d'une substance alcaloïdique.

M. Méhu a fait la même affirmation à l'Académie de médecine.

*Cocaïne.* — En raison de ses propriétés anesthésiques, on peut se demander si la cocaïne ne trouverait pas son application dans le traitement des maladies mentales. Des expériences ont été faites à ce sujet par MM. E. Morselli et G. Buccola à la clinique psychiatrique de l'Université de Turin, sur des malades atteints de mélancolie simple.

La cocaïne a été administrée en injections sous-cutanées à la dose de 2 milligrammes et demi à 10 milligrammes. Au début, on n'a constaté aucune modification dans l'état mental, mais après avoir continué pendant un ou deux mois l'administration du médicament, on observa une amélioration très notable. L'insomnie diminuait, les malades prenaient plus facilement les aliments et la nutrition se régularisa. Si ce dernier résultat est confirmé par de nouvelles expériences, il aura un réel intérêt. Dans mes études sur l'urine dans les différentes formes d'aliénation mentale, j'ai constaté bien souvent que les fonctions de la nutrition étaient en souffrance chez les malades atteints de délire triste.

A l'exemple de M. Obersteiner, de Vienne, MM. Schmidt et Rank, de Constance, préconisent également la cocaïne dans le traitement de la morphinomanie.

MM. Schmidt et Rank formulent ainsi leurs appréciations :

1° Dans le traitement de la morphinomanie, la cocaïne est un médicament très utile, allégeant le traitement et en réduisant la durée sans qu'on ait eu à observer aucun phénomène fâcheux ;

2° Dans le retrait progressif de la morphine, il faut donner des doses décroissantes de morphine et croissantes de cocaïne ;

3° Le meilleur mode d'administration est l'injection sous-cutanée en solution aqueuse à 5 0/0 ;

4° La moyenne de chaque dose est 5 centigram-



mes. On peut sans danger dépasser 10 et 15 centigrammes. Il serait dangereux de dépasser 20 centigrammes;

5° Il ne semble pas, autant que les observations actuelles permettent d'en juger, qu'il s'établisse une habitude de l'organisme pour la cocaïne.

*Chanvre indien (Cannabis indica).* — Le chanvre indien, ou pour mieux dire son extrait, est, je crois, fort peu employé maintenant en France dans le traitement de l'aliénation mentale. Je me rappelle l'avoir vu administrer, il y a une vingtaine d'années, à un certain nombre d'aliénés, dans le but de les faire dormir; les résultats furent si peu encourageants que la médication fut supprimée.

Il paraît cependant que l'extrait de chanvre indien est encore usité à l'étranger. M. le Dr Lewis Jones (*The Practitioner*, octobre 1885) dit qu'il s'est montré de grande valeur dans bon nombre de cas où il était désirable d'amener le sommeil, surtout dans ceux où l'insomnie s'accompagnait de délire ou de cauchemar.

« Mais, suivant M. Lewis Jones, il est nécessaire d'administrer une dose totale assez forte. C'est ainsi que l'on pourra prescrire toutes les quatre ou toutes les six heures une pilule de 10 à 15 centigrammes d'extrait de chanvre indien, ce qui fera une dose totale de 50 à 75 centigrammes par vingt-quatre heures. Si l'on s'en tenait à une seule dose, on la trouverait la plupart du temps parfaitement insuffisante. Il est entré dans la pratique de l'auteur, presque à titre de routine, de prescrire le chanvre indien comme hypnotique dans le traitement d'à peu près tous les cas de délirium tremens qu'il lui est donné de rencontrer, que ceux-ci soient simples ou qu'ils soient déterminés par une lésion chirurgicale ou médicale qui en favorise l'apparition à titre de complication. L'auteur n'a relevé qu'une observation dans laquelle le médicament ait donné lieu à des hallu-

cinations qui ont forcé d'en suspendre l'emploi. C'est chez une jeune femme atteinte de fièvre typhoïde, avec insomnie extrême. La malade était des plus excitable ; après l'absorption des deux ou trois premières doses, elle réclama la cessation de l'hypnotique en accusant des hallucinations, dans le mirage desquelles elle apercevait des jardins délicieux et d'autres apparitions semblables. »

*Piscidia erythrina.* — Le *Piscidia erythrina* est un arbuste de la famille des légumineuses papilionacées et croît particulièrement aux Antilles et à la Martinique où il est connu sous le nom de bois à enivrer. Les Anglais le nomment Jamaica Dogwood, bois de chien. Son écorce, dont les habitants des Antilles utilisent depuis longtemps les propriétés stimulantes pour attraper le poisson, fut conseillée, en 1844, par le D<sup>r</sup>. W. Hamilton, de Plymouth, pour provoquer le sommeil et même pour produire l'anesthésie.

M. Edv. Hart en a retiré un principe cristallisable, la piscidine, qui se présente sous forme de cristaux prismatiques incolores.

En 1881, les D<sup>rs</sup> J. Ott et A. C. Nagle entreprirent, chacun de leur côté, des études physiologiques sur le *piscidia erythrina* et ils arrivèrent à des résultats identiques. Celui qui doit nous occuper ici, c'est que l'écorce du *Piscidia erythrina* est un narcotique pour les hommes. D'après les expériences que le D<sup>r</sup> Ott a faites sur lui-même, ce narcotique ne cause aucun des inconvénients produits par les opiacés ; ses effets seraient ceux du bromure de potassium et ils se rapprocheraient de ceux de la morphine, à cause de leur propriété commune d'exciter les vaso-moteurs. Le D<sup>r</sup> Frichmuller (*New-York medical Journal*, 15 novembre 1884) l'a administré sous forme d'extrait ou de teinture, à quatre-vingt-treize malades qui en éprouvèrent de bons résultats. Comme



les auteurs précités, M. le D<sup>r</sup> Frichmuller dit que le piscidia erythrina a sur l'opium l'avantage de ne pas causer de constipation et de ne modifier ni le pouls, ni la température, ni les sécrétions. Le D<sup>r</sup> Firth l'a employé avec le plus grand succès dans plusieurs cas de delirium tremens. Les D<sup>rs</sup> James Scott et Mac Grotz, directeurs d'un asile d'aliénés, y ont eu recours et en ont obtenu de réels succès.

M. le D<sup>r</sup> A. Legoy, qui a publié sur le piscidia erythrina une monographie des plus intéressantes, dit que c'est à Rouen, en 1883, au Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences, que M. le D<sup>r</sup> Landowski fit, le premier en France, connaître les heureux résultats que l'on peut tirer de l'emploi de ce médicament (1).

M. le D<sup>r</sup> A. Legoy, se basant sur ses expériences personnelles, refuse au piscidia erythrina toute propriété hypnotique; administré chez l'homme sain, il ne fait pas dormir; lorsque chez le malade il procure le sommeil, ce n'est pas en raison de sa vertu propre, mais parce qu'il calme les souffrances; ce n'est point un hypnotique que l'on puisse rapprocher du chloral, c'est simplement un sédatif.

Ce savant expérimentateur n'a pas eu occasion de contrôler les succès obtenus par le D<sup>r</sup> Firth dans des cas de delirium tremens, mais il a vu fréquemment des malades atteints d'alcoolisme chronique se trouver bien de son emploi. Dans ce cas, il se demande si le régime sévère de l'hôpital, qui tient les malades éloignés de leurs funestes habitudes, n'entre pas pour une grande part dans l'amélioration obtenue. C'est de la loyauté médicale à laquelle, pour ma part, je rends pleine justice; mais si l'expectation, aidée du régime, réussit dans

---

(1) Voir le compte rendu de la 12<sup>me</sup> session, p. 721.



bien des cas, il est permis de se demander, lorsqu'elle échoue, si on n'eût pas mieux réussi en la secondant par une médication plus active.

Si, comme l'ont avancé les D<sup>rs</sup> James Scott et Mac Grotz, le piscidia erythrina a donné de bons résultats dans le traitement des maladies mentales, M. le D<sup>r</sup> Legoy pense que c'est surtout contre l'excitation maniaque des paralytiques généraux qu'il pourrait être prescrit avec avantage. Il se base sur ce que, chez ces malades, lorsqu'ils sont âgés et que la circulation est languissante, le chloral n'est pas exempt de danger.

Au sujet du mode d'administration et des doses du médicament, M. le D<sup>r</sup> Legoy rejette les injections hypodermiques, du moins quant à présent.

Dans le service de M. le D<sup>r</sup> Dujardin-Beaumetz, le piscidia est employé sous forme de poudre, d'extrait fluide (1) et de teinture.

La dose de la poudre est de 4 grammes, à prendre en quatre fois dans la journée.

La dose d'extrait fluide est de 3 à 4 grammes. M. le D<sup>r</sup> Dujardin-Beaumetz en a donné des doses plus élevées sans avoir d'accidents.

La dose de la teinture est de 40 à 50 gouttes par jour.

Ce mode d'emploi me paraît préférable aux deux autres. Il est souvent difficile de faire prendre, sous forme de poudre, les médicaments aux malades et les extraits fluides ne sont généralement pas d'une longue conservation.

Je conseille de préparer la teinture en employant une partie d'écorce concassée pour cinq parties d'alcool à 60°.

---

(1) M. Limousin a donné le mode de préparation employé par lui pour obtenir cet extrait. *Répert. de pharmacie*, 1884, p. 308.

La potion avec la teinture pourrait être ainsi formulée :

Teinture d'écorce de piscidia erythrina.	L gouttes.
Sirop de fleurs d'oranger . . . . .	30 grammes.
Eau . . . . .	120 grammes.

A prendre en plusieurs fois dans la journée, ou le soir en une fois, suivant les indications que l'on veut obtenir.

*Résumé.* — Les médicaments que je viens de signaler sont entrés, à part l'hopéine, dans le domaine de la thérapeutique ; tous, à des degrés différents calment le système nerveux et provoquent le sommeil. A ce double titre, ils ont une indication indéniable dans le traitement des maladies mentales. Sont-ils appelés à détrôner l'opium et ses puissants alcaloïdes ? Je ne le crois pas ; mais à côté de ce vétéran des somnifères, les nouveaux venus forment un contingent dont les praticiens savent tirer un utile parti.

A leur tête se place le chloral ; ses preuves sont faites : c'est par milliers de kilogrammes qu'il est aujourd'hui consommé. Néanmoins, son action sur le cœur, ses effets irritants sur l'estomac, doivent en circonscrire l'emploi.

La paraldéhyde possède-t-elle un pouvoir hypnotique aussi actif que le chloral ? Les avis, sur ce point, sont partagés, mais on est unanime à reconnaître qu'elle provoque le sommeil et qu'elle n'est pas susceptible d'agir toxiquement sur le cœur comme le chloral. Malheureusement sa saveur et son odeur sont défavorablement accueilliées par les malades.

L'acétophénone fait-il dormir à la façon des hypnotiques proprement dits, ou n'amène-t-il le sommeil qu'en procurant un état de calme et de sédation ? Sans vouloir trancher cette question, ce que j'ai observé me

porte à croire que la seconde hypothèse est la plus fondée.

L'uréthane vient à son tour : on peut à son égard poser la question de même. Qu'elle soit résolue dans un sens ou dans un autre, il est acquis que l'uréthane calme chez les aliénés l'agitation nocturne et les fait dormir.

Le piscidia erythrina, moins employé encore que ses congénères de la dernière heure, se recommande cependant à l'attention des médecins qui ont à traiter les maladies nerveuses.

La cocaïne, cet anesthésique si puissant, est déjà usitée à l'étranger dans le traitement de certaines formes de l'aliénation mentale.

S'il est un fait évident dans le domaine de la médication somnifère, c'est que chez les aliénés, pour ne parler que de ces malades, il n'y a pas un seul agent narcotique, y compris l'opium, qui n'échoue complètement dans certaines circonstances et chez certains individus.

Les nouveaux agents que j'ai rappelés enrichissent cette médication et permettent aux médecins de ne pas rester désarmés quand ils se trouvent en présence d'un insuccès.

Les formes pharmaceutiques ont, dans l'administration des médicaments, une importance que médecins et malades ont de tout temps hautement appréciée. J'ai donné, pour l'emploi des médicaments nouvellement préconisés, les diverses formules qui m'ont paru les plus rationnelles.



## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 MARS 1886.

Présidence de M. SEMELAIGNE.

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

### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Une lettre de M. Saury, remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire.
- 2° Une lettre de M. Dally demandant à changer son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire.

L'hononariat est, à l'unanimité, accordé à M. Dally.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° *Pazzione e la folia* ; par le docteur Torino.
- 2° Le n° 3 des *Annales médico-chirurgicales* du docteur Martineau.

M. FOVILLE présente, au nom du docteur Erlenmeyer, un travail sur le traitement de l'épilepsie et sur la recherche de ses causes.

M. MOTET présente, au nom de M. le docteur Mor-dret, un travail sur les fonctions du cervelet.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de deux de ses membres : M. le docteur E. Billod, ancien président, et M. Edouard Fournié, membre titulaire.

M. LE PRÉSIDENT félicite M. Gilbert Ballet de sa nomination au concours d'agrégation de la Faculté de médecine.

*Compte rendu de l' « Hygiène de l'orateur »* ; par M. le D<sup>r</sup> RIANT.

M. MOREAU (DE TOURS). — Devant ce mouvement vertigineux qui de nos jours entraîne tant d'hommes

vers les professions oratoires, l'hygiène ne pouvait se désintéresser. Si c'est à elle à en exposer les dangers, s'il y a lieu, à en calculer les obligations périlleuses, elle a aussi le devoir d'en affirmer les immunités, de les expliquer, si elle peut, pour exercer son action préventive.

Ce nouveau livre du docteur Riant n'est qu'une suite naturelle de ses travaux sur l'*hygiène des professions intellectuelles* (1).

Réunir en quelques chapitres substantiels, tous les éléments d'un enseignement méthodique et pratique sur ce sujet capital pour l'homme appelé à parler en public, tel est, Messieurs, le but de cet ouvrage qui s'adresse à tous les orateurs, que leur genre soit celui du barreau, de la tribune, de la chaire, — sacrée, professorale ou académique, de la conférence, etc.

L'auteur examine les conditions favorables ou défavorables des professions oratoires, les aptitudes requises chez le futur orateur, les armes dont il doit se munir, l'éducation indispensable à ses organes, l'influence du milieu où il parlera ; puis, quand l'heure de la lutte aura sonné, les moyens propres à ménager et même à doubler les forces qu'elle met à l'épreuve, la conduite à tenir avant, pendant et après le discours : indications générales, rendues plus pratiques encore par des applications spéciales aux différents genres de professions oratoires, par des exemples variés et de vivants souvenirs.

L'auteur de cet ouvrage n'a point la prétention d'avoir, dans l'analyse des procédés oratoires et dans l'étude du mécanisme de l'art, découvert le talent ou le génie, une manière de *serre chaude* ou de *couveuse artificielle* destinée à régénérer, à hâter la sève oratoire, ou à favoriser l'éclosion des orateurs.

Non ; il estime seulement que quelques conseils ne sont pas inutiles aux nombreux orateurs de l'époque présente, dont les uns, rare minorité, négligent dans l'entraînement de l'art, de compter avec leurs forces ; dont les autres, improvisés par les circonstances, abor-

(1) *Hygiène scolaire. — Hygiène et éducation dans les internats.*  
— *Hygiène du cabinet de travail.* (J.-B. Baillière et frères, édit.).



dent sans examen préalable, sans préparation matérielle suffisante, un rôle trop peu connu, au point de vue des efforts qu'il exige et de la fatigue qu'il impose !

L'auteur a eu conscience des difficultés d'un sujet neuf et où la compétence médicale est loin d'être seule en jeu. Mais nous ne partageons point les appréhensions de notre distingué confrère. Il a su vaincre ces difficultés avec tout le talent qu'on se plaît à reconnaître dans ses travaux. Le livre qu'il vient de publier et que vous m'avez fait l'honneur de me confier pour vous en rendre compte, Messieurs, est un livre dont l'utilité s'impose et que toute personne qui est appelée à porter fréquemment la parole en public consultera avec grand profit.

*Traitement des maladies mentales par la suggestion hypnotique (suite).*

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la lettre suivante, que M. LUYs adresse à la Société, en réponse à la communication faite par M. Aug. Voisin, dans la dernière séance, sur le traitement des maladies mentales par la suggestion hypnotique :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Je vois inscrite à l'ordre du jour de demain une communication de mon collègue et ami Auguste Voisin sur le traitement des maladies mentales par la suggestion hypnotique.

Je regrette vivement que mes occupations ne me permettent pas d'assister à la séance pour répondre à la communication précédente de M. Voisin. Je demande néanmoins à la Société, la permission de faire ma réponse par écrit à cette communication et de lui faire part des résultats de mes recherches sur ce point spécial.

Depuis déjà plusieurs années, je me livre à l'étude des phénomènes de l'hypnotisme au point de vue de ses applications à la thérapeutique des maladies mentales, et, depuis ce temps, j'ai le regret de dire que les résultats ont été à peu près nuls, et que je suis par conséquent complètement en désaccord avec les con-



clusions formulées devant la Société par mon collègue et ami.

Les pratiques de l'hypnotisation, pour peu qu'on y réfléchisse, et les divers états psychopathiques auxquels on s'adresse en général, sont des facteurs par trop contradictoires pour que l'on puisse les faire converger vers un but commun.

Pour pouvoir hypnotiser un sujet quelconque, ne faut-il pas, en effet, tout d'abord avoir son acquiescement, fixer son regard et son attention ?

Comment donc arriver à une pareille situation de calme chez un halluciné dont l'esprit est sans cesse en mouvement, et dont les globes oculaires, lorsqu'on cherche à les immobiliser avec les doigts, sont sans cesse en mouvement sous les paupières abaissées ? — Comment obtenir une attention contemplative par un objet brillant extérieur chez un sujet dont les facultés subjectives sont en perpétuel état d'obsession ?

Ce sont là des conditions fondamentales qui se contredisent, et j'ai jusqu'ici vainement cherché à tourner ces difficultés inhérentes au sujet.

J'ai donc lieu de témoigner devant la Société toute ma surprise devant les résultats imprévus exposés à la dernière séance par M. Voisin, et acceptés dans une certaine mesure par quelques personnes peu au courant de la difficulté du problème à résoudre ; — c'est pour cela qu'il serait bon d'apprendre de notre collègue par quels mystérieux procédés il est arrivé à pouvoir hypnotiser certains aliénés, et quelle est la méthode nouvelle suivie par lui pour obtenir les résultats annoncés au moyen des suggestions thérapeutiques.

Quant à moi, mes expériences ayant presque toujours été suivies d'insuccès, je considère l'état d'aliénation mentale comme tout à fait contradictoire à l'hypnotisation, et je crois devoir, jusqu'à nouvelle preuve, n'accueillir les faits annoncés qu'avec une extrême réserve.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de ma considération la plus distinguée.

J. LUYS.

M. AUG. VOISIN présente à la Société les malades dont il a raconté les observations dans la dernière séance.

*Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire (suite).*

M. BOUCHEREAU. — Messieurs, l'hérédité est un des facteurs les plus puissants dans la genèse des maladies mentales ; c'est un point de doctrine admis par tous ceux qui s'occupent de l'étude de la folie : la prédisposition héréditaire n'agit pas de la même façon chez tous les aliénés. Voilà encore un fait difficile à contester, quand on examine, sans aucun parti pris, tous les individus soumis à notre observation quotidienne. Certains apportent dès leur naissance des malconformations physiques et une débilité mentale plus ou moins marquée ; cette disposition congénitale persiste toute leur vie sans avoir beaucoup de tendance à se modifier d'une façon quelconque ; d'autres, très bien constitués en apparence, au point de vue physique comme au point de vue intellectuel, demeurent tels durant toute une partie de leur existence jusqu'au jour où le délire éclate chez eux ; à partir de ce moment, le délire revient par accès irrégulier ou s'installe d'une manière permanente. Il est encore d'autres individus qui ne présenteront jamais de conceptions délirantes pendant une carrière assez longue, leurs manifestations morbides se borneront à des tics, à des névralgies, avec un caractère bizarre, une volonté peu ferme, et une intelligence ordinaire. Or, ces trois catégories d'individus, si dissemblables par leurs manifestations extérieures et par leur vie, descendent tous les trois d'une, de deux, parfois de trois générations d'aliénés ; ils comptent également des oncles, des tantes, des cousins aliénés dans leurs ascendants, ou des cousins aliénés parmi leurs collatéraux ; chez tous, la qualité et la quantité du germe héréditaire est la même, le produit seul est différent.

Les statistiques ne donnent pas des renseignements bien concordants sur l'hérédité dans la folie : cela tient en partie à ce que les auteurs n'adoptent pas une classification identique ; il n'y a pas lieu de comparer les résultats obtenus.

M. Baillarger a donné les conclusions suivantes à ses recherches statistiques sur l'hérédité de la folie :



1° La folie de la mère, sous le rapport de l'hérédité, est plus grave que celle du père, non seulement parce qu'elle est plus fréquemment héréditaire, mais encore parce qu'elle se transmet à un plus grand nombre d'enfants.

2° La transmission de la folie de la mère est plus à craindre pour les filles que pour les garçons : celle du père, au contraire, plus à craindre pour les garçons que pour les filles.

3° La transmission de la folie de la mère n'est guère plus à craindre pour les garçons que celle du père; elle est au contraire, deux fois plus à redouter pour les filles.

En ce qui nous concerne, nous admettons la première conclusion de M. Baillarger ; quant aux deux autres, avant de les accepter, il y aurait lieu de poursuivre des recherches dans le même ordre d'idées.

Morel, à notre avis, a eu raison de rapprocher certains types d'aliénés des idiots, des imbéciles, et de montrer que tous provenaient d'une cause commune, la dégénérescence. M. Magnan a ajouté au tableau tracé par Morel des pages d'une vérité saisissante. Nous n'acceptons qu'en partie sa thèse : lié avec lui depuis de longues années, tenant en grande estime ses travaux sur la paralysie générale, sur l'alcoolisme, nous nous séparons avec regret de lui sur la question de la folie héréditaire, nous n'acceptons pas comme spéciaux tous les syndromes qu'il donne à la folie héréditaire ; le cadre de sa folie héréditaire est trop vaste : au nom de la clinique, nous l'engageons à élaguer quelques branches de cet arbre si touffu ; son cadre a besoin de limites plus précises.

Un des premiers, nous avons réclamé contre le nom de folie héréditaire mal choisi : le terme de folie des dégénérés conviendrait mieux. — La folie des dégénérés est une folie organique au premier chef. Avec ces concessions, il est facile de réunir beaucoup d'opinions, en apparence, très divergentes.

Les lésions que l'on rencontre chez les idiots, les imbéciles, les débiles sont très diverses : la nature de la lésion importe moins que son étendue, son siège, et l'époque de son apparition : l'élément nerveux, cellule ou tube, le vaisseau (artère, veine, lymphatiques), la névroglie, un de ces éléments où plusieurs sont intéres-



sés, et alors il résulte des altérations anatomiques complexes, un ramollissement cérébral ou une hémorrhagie; une encéphalite ou une méningite localisée, ou généralisée; telles sont les altérations trouvées dans le cerveau d'un idiot, d'un imbécile ou d'un débile.

M. Cotard était donc autorisé à dire : « Les héréditaires sont avant tout des congénitales, des infantiles, ou même, des juvéniles : leur propre caractère est d'avoir été frappés pendant la période de croissance et de présenter par conséquent des arrêts de développement et des malformations aussi bien au physique qu'au moral. » Nous partageons cette manière de voir.

Parce qu'une lésion est congénitale, on n'est pas en droit de dire qu'elle soit héréditaire : l'attention ne s'est pas portée sur les maladies du fœtus; il y a là tout un vaste champ à parcourir, et des observations intéressantes à recueillir.

Une femme alcoolique ne transmet pas seulement à son enfant des dispositions morbides, une impressionnabilité particulière du système nerveux, elle l'expose à des traumatismes résultant de chutes, de coups; il en est de même pour l'épileptique. Ces accidents peuvent provenir du fait du père, comme de la mère. Le lait d'une mère alcoolique est un moyen fréquent d'introduction de l'alcool dans l'organisme d'un enfant; l'alcool agit alors directement. Les parents alcooliques ont la mauvaise habitude de donner de l'alcool à leurs enfants dès leur plus bas âge. Comment séparer alors ce qui est transmission héréditaire ou maladie acquise? Quand on interroge avec soin les antécédents des idiots, des débilés, on constate chez les parents l'existence de l'épilepsie, de l'alcoolisme, dans une proportion très élevée. Le fœtus est exposé à des maladies spontanées, individuelles, susceptibles de développer chez lui les diverses formes d'idiotie, et cela en dehors des germes morbides que ses père et mère lui transmettent par voie héréditaire directe ou indirecte.

Parmi les anomalies du crâne, du cerveau, des différentes parties du système nerveux notées dans l'idiotie, les unes ont une importance capitale et provoquent certainement l'arrêt de développement des facultés intellectuelles; il en est d'autres, rencontrées fréquemment

et assez nombreuses, incapables d'exercer une perturbation quelconque dans l'exercice des fonctions cérébrales. Jusqu'ici ces diverses anomalies n'ont pas été distinguées entre elles. Combien d'individus accusent des malconformations du crâne, de la face, des tics, et possèdent en même temps une intelligence très normale. Il faudrait pouvoir établir la relation entre une lésion déterminée et un trouble parallèle de la raison, à l'occasion de certaines débilités mentales très limitées.

Il existe des aliénés héréditaires chez lesquels, dans tout le cours de leur existence, on n'observe aucun des syndromes attribués aux dégénérés, ni l'état mental indiqué comme type de cette forme d'aliénation : ce sont des maniaques et des mélancoliques. En effet, on voit des maniaques présenter, à des intervalles plus ou moins éloignés, un accès de manie avec désordre dans les idées, les actions ; chaque accès débute et se termine de la même façon ; ces malades ne sont pas impulsifs, ils n'ont aucune perversion morale, nulle obsession : c'est la manie sous sa forme commune.

L'accès passé, ces individus rentrent dans la vie ordinaire, reprennent leurs occupations, n'offrent aucune singularité du genre de celles que l'on constate chez d'autres êtres bizarres, placés sur la limite des dégénérés.

La mélancolie, avec tendance au suicide, est une des formes les plus héréditaires de l'aliénation mentale. Les malheureux, destinés à finir leurs jours par le suicide, sont très réguliers dans leur conduite, leur intelligence demeure intacte pendant de longues années ; ils ne sont pas tristes, ils accomplissent leur tâche quotidienne très exactement, ils se montrent dévoués à leur famille ; leur jugement est droit : tout en eux paraît pondéré jusqu'au jour où le délire éclate chez eux ; et sous l'influence d'une impulsion irrésistible, on les voit mettre fin à une existence, qui semblait devoir être heureuse et longue ; ils se suicident au même âge, et de la même manière que leur père ou leur mère, qu'un grand-père. Comme on ne trouve en eux aucune tare physique ou morale, aucune obsession malade, personne n'a le droit de les classer au rang des dégénérés. Ces faits ne sont pas rares. M. Baillarger m'a déclaré en avoir observé du



même genre ; je ne suis donc pas le seul à les signaler.

Du dégénéré à l'idiot, l'intelligence se dégrade par des nuances insensibles ; on peut méconnaître à première vue certaines débilités mentales. Chez ces êtres, tout est emprunté, factice ; la spontanéité leur fait défaut, leur langage et leur tenue sont copiés sur un modèle toujours le même ; dans leurs paroles comme dans leurs écrits il se répètent ; l'imitation est leur faculté dominante ; leur délire est mobile, multiple, le plus souvent copié. Que de fois nous avons appelé l'attention des élèves sur ce point, opposant ce caractère au délire systématisé d'une autre classe d'aliénés ! Les dégénérés acquièrent certaines notions : ils n'inventent pas, ils ne créent pas ; les aptitudes exceptionnelles que l'on trouve chez les plus favorisés sont des facultés d'imitation.

Dans sa psychologie morbide, si remplie d'aperçus ingénieux, Moreau (de Tours) père a émis une proposition singulièrement paradoxale : folie et génie sont congénères, autrement dit : les dispositions d'esprit qui font qu'un homme se distingue des autres hommes par l'originalité de ses pensées et de ses conceptions, par son excentricité ou par l'énergie de ses facultés affectives, par la transcendance de ses facultés intellectuelles, prennent leur source dans les mêmes conditions organiques que les divers troubles moraux dont la folie et l'idiotie sont le modèle le plus complet. Quant à nous, nous repoussons formellement cette doctrine.

D'une même famille peuvent sortir un homme de génie ou un idiot : après ce que nous avons dit des causes de l'idiotie, notre manière de voir ne surprendra personne. Un homme de génie est exposé à devenir aliéné comme tout autre individu ; sa vie comprendrait des périodes successives ou alternantes de raison et de folie : tel serait le cas de Pascal et Rousseau ; et encore, le jugement que l'on porte sur un homme qu'on n'a jamais connu est sujet à contestation. Le délire n'anéantit pas, ne pervertit pas également toujours toutes les facultés : où est la preuve que le cerveau d'un Michel-Ange, cet homme si richement doué, a fonctionné dans des conditions analogues à celles de nos malades ?

La moralité et le génie ne sont pas toujours associés. Que de noms l'histoire nous fournirait à cette occasion ?



Une grande perversion est souvent le résultat d'un trouble mental : les dégénérés le prouvent surabondamment. Il existe des cas d'inversion sexuelle certains ; les observations de MM. Westphal, Magnan, en sont des exemples curieux ; nous en connaissons d'autres ; mais à côté de ces faits, l'impulsion qui pousse deux êtres du même sexe à se rechercher, dépend de conditions multiples : ces conditions ne sont pas toujours spontanées, irrésistibles ; le contraire arrive assez souvent. Chez les enfants dégénérés, il faut fréquemment invoquer l'imitation ; elle commence à un âge qu'on ne soupçonnerait pas.

Chez le débile et l'idiot, dont le cercle intellectuel est si limité, les appétits de tout genre dominant et absorbent l'existence.

Ne voit-on pas des individus, hommes ou femmes, après une vie très morale, tomber en démence à la suite d'un ramollissement ou d'une hémorrhagie cérébrale et se livrer à des actes d'onanisme sur leurs propres enfants ? Ces impulsions toutes malades procèdent chez l'idiot et le dément d'une même cause, et parfois sont sous la dépendance d'une même lésion ; l'âge seul est différent.

Il se rencontre quelquefois des individus qui paraissent posséder un cerveau d'homme dans un corps de femme, et réciproquement : ceci se révèle par leur manière de penser, de vouloir, de sentir, par leurs goûts, leurs écrits ; chez eux, il n'y a pas d'inversion sexuelle ; ils satisfont conformément à leur organisation véritable aux lois de la nature, et n'éprouvent aucun sentiment contraire. Toute anomalie, si l'on peut appeler cela une anomalie, se passe dans la sphère supérieure des facultés intellectuelles. M. Baillarger a signalé ces faits dans ses cliniques, ou du moins des faits analogues dans des termes peut-être différents ; nos souvenirs sur ce point sont trop éloignés pour être bien précis.

A mon avis, on a confondu à tort la folie héréditaire et la folie des dégénérés. La première obéit aux lois et aux conditions de transmissions ordinaires des autres maladies ; elle peut s'accroître, se transformer ou disparaître suivant les circonstances. L'hérédité même accumulée ne suffit pas pour faire cet être que l'on désigne sous le

nom de dégénéré, qui n'est pas toujours un héréditaire, qui présente de plus des lésions centrales, périphériques congénitales ou acquises encore mal déterminées. Avec M. Cotard, nous pensons que les dégénérés sont avant tout des congénitaux, des infantiles, ou même des juvéniles; leur propre caractère est d'avoir été frappé pendant la période de croissance et de présenter par conséquent des arrêts de développement et des malformations aussi bien au physique qu'au moral.

M. Féré était donc autorisé à dire :

Le plus souvent l'hérédité ne transmet qu'un état d'imminence névropathique diffus, indécis. Mais qu'on suppose que, par un accident de la conception ou de la gestation, le développement de telle ou telle partie du système nerveux subisse un trouble quelconque, il y aura un point faible, *locus minoris resistentiæ*, et la prédisposition sera spécialisée. Nous le répétons, ce qui est héréditaire, ce n'est pas la maladie, mais la prédisposition; et il ne suffit pas d'un terrain propice, il faut encore une culture appropriée. Certains sujets peuvent rester en équilibre plus ou moins instable toute leur vie, si aucune secousse morale ou physique ne vient mettre en jeu leur prédisposition.

Messieurs, en rappelant ces diverses propositions qui s'éclairent les unes par les autres, nous n'avons qu'un but, chercher à faire comprendre sur quelle base clinique repose la doctrine de la folie héréditaire et de la folie des dégénérés.

M. LEGRAND DU SAULLE. — Les dégénérés sont-ils toujours ou non des héréditaires?

M. BOUCHEREAU. — Pour qu'un héréditaire devienne un dégénéré, il faut qu'il apporte un côté individuel.

M. CHRISTIAN. — Ce seraient les dégénérés et non les héréditaires qui présenteraient des tares; mais dans ce cas les dégénérés auraient puisé ces tares après la conception et avant la naissance. Les expériences de Dareste sur les productions expérimentales des monstruosités seraient en faveur de cette opinion.

M. BOUCHEREAU. — Certes, on peut créer des dégénérés, mais non des héréditaires.

M. RAFFEGEAU. — L'aliénation mentale entraîne l'infécondité ou l'affaiblissement du produit, de là on



pourrait conclure que la dégénérescence est la suite de l'hérédité.

M. RITTI. — Si j'ai bien compris M. Bouchereau, il existerait deux catégories d'aliénés : d'une part les héréditaires, et d'autre part les dégénérés. Mais parmi ces derniers, il en est qui ont des antécédents héréditaires. Ceux-ci présentent-ils, dans ces cas, des symptômes qui permettent de les rapprocher des héréditaires proprement dits ?

M. BOUCHEREAU. — Non, la dégénérescence ne se présente pas dans ce cas sous une forme spéciale.

M. CHRISTIAN s'inscrit pour une communication sur la folie héréditaire.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

#### SÉANCE DU 10 MAI 1886.

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

#### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Une lettre de M. Rouillard, sollicitant le titre de membre titulaire.
- 2° Une lettre de remerciements de M<sup>me</sup> Vve Billod.
- 3° Une lettre de M. le Dr Kowalewski, professeur à l'Université de Kharkoff (Russie), sollicitant le titre de membre associé étranger. M. Kowalewski envoie, à l'appui de sa candidature, un mémoire manuscrit : « *Sur la curabilité de la démence* », dont lecture sera donnée à la prochaine séance de la Société.

La correspondance imprimée comprend :

- 1° Une brochure de M. Martial Hublé, intitulée : *Des zones cérébrales motrices et de la pathogénie des dégénérescences secondaires de la moelle* ;
- 2° Un mémoire de M. le Dr Giacchi ;
- 3° Un rapport sur la situation des asiles d'aliénés de l'État de Pensylvanie ;



4° Le numéro 3 du Bulletin du manicomie de Fleurent.

*Mort de MM. Bourdin et Legrand du Saulle.*

M. LE PRÉSIDENT annonce, en termes émus, la mort si regrettable de MM. Legrand du Saulle, membre titulaire, et Bourdin, membre honoraire, tous deux anciens présidents de la Société.

M. DELASIAUVE qui a prononcé, à Choisy-le-Roi, un discours sur la tombe de M. Bourdin, a la parole pour en donner lecture à la Société :

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Nos pertes si regrettables se succèdent avec une rapidité vertigineuse. Naguère, c'était Lunier et Billod; aujourd'hui nous nous trouvons en face de deux nouvelles victimes, dont la mort nous a causé d'autant plus de stupéfaction qu'elle était moins prévue. Il y avait six jours à peine que je les avais vus gais et dispos, l'un et l'autre. Telles sont les éventualités auxquelles il faut s'attendre et se résigner. Presque tous, ici présents, vous avez assisté comme moi aux funérailles de notre très affectionné collègue, M. Legrand du Saulle. Vous avez pu apprécier, en vertu de son savoir éminent et multiple, des hautes fonctions qui lui étaient confiées, de sa réputation acquise, de son caractère expansif et bienveillant, mérites si délicatement mis en saillie par les discours que vous avez entendus, vous avez pu, dis-je, apprécier la place exceptionnelle qu'il occupait dans la confiance et l'opinion publique. Cette place, il l'avait justement conquise par son travail opiniâtre, par une étude de tous les instants, par ses œuvres spéciales si nombreuses, par sa modération exemplaire, par ses services rendus.

Il en jouissait certainement, et ce bonheur qui, même dans les situations élevées, n'est parfois qu'une apparence, était ici une pleine réalité. Le foyer domestique en était à la fois le mobile et l'appoint. Pour moi, je l'avoue, on ne tombe jamais d'un pareil faite sans que mon cœur se navre. Le sentiment durera autant que le souvenir.

Mais je n'ai point à renouveler une tâche si bien rem-

plie, c'est d'un autre et non moins douloureux deuil dont je dois vous entretenir. M. Bourdin, médecin à Choisy-le-Roi, était aussi, et dès sa fondation préparatoire en 1845, de notre chère Société médico-psychologique. Sa position plus modeste ne l'empêchait pas d'être, à tous égards, un homme considérable et considéré comme praticien instruit, savant éminent, cœur dévoué, citoyen jaloux de contribuer, par une application constante, à la félicité et au perfectionnement de ses semblables. Toutes nos sympathies lui étaient justement acquises. Il n'a précédé que de huit jours M. Legrand du Saulle dans la tombe. C'était le lendemain de Pâques. La famille ne connaissait qu'un petit nombre de nos adresses. Plusieurs n'étaient peut-être pas rentrés de la campagne. Moi-même je ne reçus de lettre que tardivement dans la soirée. Quoique souffrant, en prévision de ce qui arriva, je résolus d'être au dernier adieu.

En effet, nous nous trouvâmes seuls, M. le Dr Semelaigne et moi. Devions-nous, quoique non préparé, passer la Société sous silence. Nous ne le pensâmes pas. J'invitai M. Semelaigne à prendre la parole. Il insista pour me laisser cet honneur.

Voici, en substance, les termes de ma brève improvisation :

Messieurs, en présence de cette tombe entr'ouverte et prête à se refermer, mon émotion est si profonde que je m'abstiendrais peut-être, autrement que par mes larmes, de prononcer le dernier adieu. Mais, indépendamment d'une vieille amitié, un autre devoir s'impose. Bourdin appartenait, dès sa fondation, à notre Société médico-psychologique qu'il présida en 1881, et dont il fut un des membres les plus aimés. Or, en l'absence de la plupart de nos collègues, empêchés ou non avertis, et mes scrupules cédant au désir de notre Président actuel, M. le Dr Semelaigne, présent à cette cérémonie, qu'il me soit permis, en leur nom comme au mien, de joindre l'expression de notre deuil et de nos regrets à ceux d'une famille désolée et d'un pays attristé.

Le coup nous fut d'autant plus sensible qu'il était moins prévu. Nous apprîmes la mort avant la maladie. A peine dix jours auparavant, entre amis, Bourdin nous causait avec sa sérénité habituelle. Quelle perte im-



mense pour tous ! Cette foule silencieuse et recueillie qui remplissait l'église et qui, ici, nous environne, atteste assez qu'elle est sentie et comprise. Une brève esquisse de sa vie médicale, scientifique et morale, en confirmera la réalité et l'étendue.

Après un exercice de neuf années en province, je me fixai à Paris en 1839. Bourdin avait passé sa thèse le 28 décembre de l'année précédente. L'occasion de nous connaître ne tarda pas à se présenter. Mon titre doctoral date du 9 août 1830. Cayol, le futur éliminé de l'Ecole, avait été mon président. J'avais suivi sa clinique avec un intérêt spécial, et le choix de mon sujet : *Quelques propositions de pathologie générale*, découlait de ses principes. Dans une visite que, naturellement, je lui rendis, il me proposa de collaborer à son journal : LA REVUE MÉDICALE, ce que volontiers j'acceptai. Dix-huit mois ou deux ans plus tard, par quelle circonstance, je l'ignore, Bourdin devenait un nouvel auxiliaire, et dès lors nous marchâmes la main dans la main.

Cette rédaction ne l'empêchait pas, du reste, de participer accidentellement à d'autres recueils ou d'accomplir d'autres travaux. Il avait le feu sacré. Ses solides études médicales, une érudition nourrie et fécondée par son goût des recherches et ses aptitudes littéraires l'eussent conduit à parcourir la carrière brillante des concours, soit des hôpitaux, soit de la Faculté de médecine. Secrètement, je le présume, il en nourrissait le dessein, et avec un peu de persévérance il eût réussi sans conteste.

Mais la destinée en décida autrement. A Paris, la clientèle se forme lentement, surtout quand s'y associe au début la passion d'écrire. Précisément, Choisy-le-Roi avait un médecin déjà sur l'âge, en possession de la confiance et qui, devenu riche et aspirant au repos, méditait de transmettre sa succession à un confrère digne de lui. Fixant les yeux sur Bourdin qu'il estimait d'avance, il lui fit une ouverture discrète, que celui-ci ne dédaigna pas.

Tant s'en faut, voyant là, sous un patronage honorable et effectif, une belle position toute faite, il finit, non sans mûr examen, par accepter la proposition. On sait depuis ce qui est advenu.



Praticien éclairé, actif, dévoué corps et âme à ses malades, plein d'urbanité et d'égard dans toutes ses relations, sachant allier la probité au désintéressement, ces éminentes qualités l'ont rendu l'idole de la population. L'ambition que nous lui avons supposée a subi, d'ailleurs, une transformation remarquable. Au culte de soi, restreint selon les exigences, se sont substitués de plus en plus l'amour des autres, le souci de leur santé autant que de leurs maladies, celui de leur bien-être et de leur perfectionnement.

De fait, son entourage le possédait tout entier : heureux fanatisme ! On s'étonnera d'autant moins que, sans négliger les problèmes purement médicaux, il ait accordé, dans ses nombreuses publications, une large part aux questions d'hygiène, d'enseignement populaire, d'assistance publique, ou même de réforme sociale : tout se tient. De là encore un concert presque forcé avec certaines agrégations. Citons entre autres, l'Association philotechnique qui, à Choisy-le-Roi, avait établi une de ses sections, où Bourdin paya brillamment de sa personne par son impulsion, ses conférences et ses cours ; son zèle pour l'instruction primaire s'étendit jusqu'à nos jeunes soldats.

Ce n'est point, du reste, ici le lieu d'insister sur le caractère de ses écrits. La seule énumération en serait longue. L'un de nous, plus autorisé, remplira certainement cette tâche. Un loisir que nous n'avons pas, lui permettra notamment d'apprécier comme elles y ont droit les communications intéressantes qu'il a faites à la Société médico-psychologique et la part qu'il a prise à nos principales discussions. En ce lieu et en ce moment suprême, ce qui s'impose à notre affection, c'est surtout de rappeler brièvement les éminentes qualités scientifiques et morales qui nous l'ont rendu cher : ce savoir profond, cette justesse d'appréciation, ce style pur, abondant et facile dont ses œuvres sont empreintes ; cette probité absolue, cette aménité toujours égale, cette bienveillance jamais démentie qui ont fait le charme de son intérieur et de ceux qui l'ont fréquenté, enfin son amour de ses semblables et son dévouement à leurs intérêts se manifestant sans cesse par une initiative réformatrice et des bienfaits de toute sorte.

Son nom reste vénéré parmi nous. Buchez avait dit et Morel a répété : CERISE EST UN CŒUR D'OR. A pareil titre, cet éloge s'appliquerait à Bourdin. Précisément Cerise et lui se sont connus et estimés ; et, chose digne de remarque, les principes de moralité qui furent la base de leur conduite, ils les ont puisés à la même source. Tous deux étaient imbus des enseignements et des préceptes du sublime législateur qui prescrivait aux peuples cette généreuse maxime : AIMEZ-VOUS LES UNS LES AUTRES ; et faisait aux accusateurs de la femme adultère cette catégorique réponse : « Que celui qui se croit sans péché lui jette la première pierre ! »

Cet exemple, ne l'oublions pas. Que nos âmes se survivent dans un monde meilleur, nos regrettés collègues en ont conçu l'espérance. Elle est si naturellement consolante qu'on est porté à la partager. Elle a des négateurs, cependant. Pour moi, je l'avoue, je n'ai jamais envisagé, sans une sourde révolte, la perspective d'un anéantissement absolu. Notre instinct y résiste. Il nous a semblé plus humain et plus moral, suivant la pente commune, de respecter en pleine sécurité de conscience, une tradition que la coutume consacre et justifie, d'accord en cela avec le dogme... Ainsi donc, adieu ! cher Bourdin ! Vieil et fidèle ami, adieu !

M. RITTI donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société, aux obsèques de M. Legrand du Saulle. (Voir plus loin, aux Variétés.)

M. LE PRÉSIDENT, déférant au vœu de l'unanimité des membres présents, lève la séance en signe de deuil.

La séance est levée à 4 heures 1/2.

PAUL GARNIER.

## SÉANCE SOLENNELLE DU 10 MAI 1886.

Présidence de M. SEMELAINNE.

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

### *Rapport sur le prix Esquirol.*

M. MARCEL BRIAND. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Baillarger, Mitivié,



Blanche, Foville et Briand d'examiner les titres des candidats au prix Esquirol de cette année ; votre rapporteur, qui vient aujourd'hui vous soumettre les conclusions de cette commission, n'a pas cru devoir vous les formuler sans vous donner une courte analyse de chacun des travaux que vous aurez à juger.

Deux mémoires nous ont été présentés : l'un sur les aberrations de la personnalité ; l'autre sur les rémissions dans le cours de la paralysie générale.

Le premier de ce mémoire intitulé : *Transformations de la personnalité*, et qui porte comme sous-titre : *Erreurs de personnes chez les aliénés*, est divisé en deux parties dont une consacrée à l'étude de l'aberration des facultés de la personnalité physique et l'autre à l'étude de l'aberration des facultés morales.

L'auteur y débute par une phrase qui semblant indiquer des recherches bibliographiques plus incomplètes qu'elles ne le sont en réalité, nous a tout d'abord un peu étonnés : « Si la nouveauté seule d'un sujet, dit-il, en faisait le mérite, la question qui va nous occuper serait déjà très intéressante ; » mais nous ne lui tiendrons pas rigueur pour cet aveu qui, certainement, n'avait pas dans sa pensée le sens paraissant s'y attacher, car nous pensons plutôt que, faisant allusion à un livre récent sur les maladies de la personnalité, il a voulu parler non pas de nouveauté, mais d'un regain de nouveauté apporté par M. Ribot à la question des erreurs de personnes, depuis longtemps signalées et décrites même par plusieurs d'entre vous.

« Dans différentes circonstances de la vie, et chaque fois que l'attention est violemment détournée au milieu de vives impressions physiques ou morales, il peut arriver que nous perdions la conscience de notre moi, alors, dit le mémoire, le sentiment de notre propre individualité a disparu momentanément, nous nous croyons être une autre personne et, comme il advient le plus souvent chez les aliénés, si la maladie cérébrale, cause de cet état anormal de la pensée, ne disparaît pas, les idées nouvelles dispersent peu à peu les anciennes et contractent entre elles des liaisons de plus en plus fortes ; l'ancien moi commence à disparaître sous l'influence de cette introduction d'éléments nouveaux ; il est



faussé, vicié et devient tout autre. Le malade parvient quelquefois à trouver un calme relatif et à redresser momentanément son jugement, mais ses idées fausses, qu'il était parvenu à écarter, ne tardent pas à reparaitre, il a peine à leur faire face parce qu'elles ont entre elles des liaisons intimes, et parce que son cerveau a subi des désorganisations profondes. Il a perdu tout à coup le sentiment général de son corps. Alors, il se sépare tellement de sa personnalité antérieure, qu'il ne reconnaît plus sa personne comme lui appartenant, et il croit être un individu tout autre qu'il n'est en réalité. »

C'est là une affirmation un peu exclusive et nous ne saurions complètement admettre que si, dans ces circonstances, nous perdons la conscience de notre moi et que le sentiment de notre propre individualité disparaisse, nous soyons par cela condamnés à douter de nous-mêmes.

L'obtusion intellectuelle, l'état comateux un peu accusé, la démence et, sans aller chercher des influences pathologiques, le sommeil ne font-ils pas perdre la conscience du moi sans qu'il s'ensuive à proprement parler de transformation de la personnalité.

Si nous pénétrons dans le cœur du sujet et que nous suivions l'auteur dans le développement de sa thèse, nous voyons que la personnalité physique est sujette, dans le cours des affections mentales, à de nombreuses aberrations. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer dans les asiles de ces malades atteints de délire dit partiel avec des idées hypocondriaques plus ou moins accusées, de ces mélancoliques qui n'ayant plus de tête, de bras, de jambes, se croient transformés en objets insensibles. A l'appui de cette opinion viennent quelques observations fort intéressantes, qui malheureusement ne s'appliquent pas toujours à la question; mais n'en constituent pas moins un intéressant groupe. Nous lisons dans l'une d'elles que M<sup>me</sup> L..., malade depuis trois mois au moment de son entrée dans l'asile, se croyant ruinée, quemandait du pain chez ses voisins, les siens étaient sur le point de mourir de faim, il ne lui restait plus que peu d'instant à vivre; on allait signer son acte de décès. Elle cherchait partout à manger, afin

d'avoir plus de forces pour mourir, etc. Cette dame, nous dit l'observation, prenait les autres malades de sa division pour des cadavres.

Un semblable état constituerait le premier degré des altérations de la personnalité.

Votre commission, messieurs, ne peut accepter sans réserve une affirmation aussi absolue. Nous n'avons vu là qu'un délire mélancolique avec prédominance d'idées hypocondriaques; car le fait de croire que son voisin soit mort ne constitue à aucun titre une erreur de la personnalité. Tout au plus admettrions-nous semblable interprétation pour certains autres malades, dont il est fait mention et qui se figurent que leur taille augmente ou diminue, qu'ils sont transformés en objets inanimés, comme le sujet de Leuret, qui, se croyant changé en pain de beurre, refusait de se chauffer dans la crainte d'être fondu et finit un jour par se jeter dans un puits.

Votre rapporteur se félicite de n'avoir pas tenu rigueur au candidat qui semblait croire à l'entière nouveauté du sujet; quelques pages plus loin, en effet, il nous rappelle que les altérations de la personnalité remontent à la plus haute antiquité. Les auteurs classiques en citent de nombreuses observations. Qu'étaient-ce que la zoanthropie, la lycanthropie, la démonopathie, etc? Et la légende de Nabuchodonosor transformé en un animal immonde, ne repose-t-elle pas sur une grosse erreur de la personne? Hâtons-nous d'ajouter que, de nos jours, l'aventure aurait un autre résultat et conduirait simplement son héros dans un asile d'aliénés.

Tout un chapitre est consacré au rôle que peut jouer un traumatisme cérébral dans l'affection qui nous occupe. Les observations sont malheureusement trop peu concluantes, et si les malades dont l'histoire est rapportée se croient *dédoublés* ou s'imaginent voir leur image comme reflétée dans un miroir, il ne s'ensuit pas que ce nouvel état soit la conséquence directe d'une cause physique. Cependant une très curieuse observation personnelle semble venir à l'appui de sa thèse : c'est l'histoire d'un homme qui, à la suite d'une insolation, se crut, par une influence mystérieuse, dédoublé en un deuxième personnage.



La seconde partie du travail, consacrée à l'étude des aberrations de la personnalité morale, nous a beaucoup intéressés. Nous y voyons décrites une série de conceptions délirantes ayant donné lieu à de curieuses transformations de la personnalité. Ces conceptions sont ou mobiles et sans consistance comme dans la manie aiguë, ou fixes, cohérentes, immuables, quand elles prennent un caractère de chronicité. L'auteur cherche chemin faisant à différencier les diverses formes de transformations d'origine vésanique des transformations dont se croit victime le paralytique général qui, au milieu de ses idées de grandeur, s'il présente aussi parfois des altérations de la personnalité, ne persiste pas longtemps dans la même croyance. Enfin, nous assistons à un défilé de courtes observations de fous partiels, suivant la théorie acceptée par le candidat, persécutés ou mystiques, arrivant, soit par des raisonnements faux, soit à la suite d'hallucinations de l'ouïe, à s'égarer sur leur propre personnalité et à se prendre pour des autres qu'ils ne sont.

Il nous faut ici regretter que le choix des observations n'ait pas été plus rigoureux; beaucoup en effet appartiennent à des délirants chroniques arrivés à la période ambitieuse si bien décrite par M. Foville, plus tôt qu'à des aliénés, dont la personnalité aurait été dédoublée. Par contre, l'auteur aurait pu rappeler, comme point de départ de ces transformations, les résultats donnés par l'expérimentation physiologique dont il lui était facile de nous dire quelques mots sans sortir de son sujet : la curieuse observation faite sur lui-même par M. Motet qui, s'étant administré du hachisch, se crut transformé en battant de cloche, trouvait aisément sa place en ce point.

Quoi qu'il en soit, le manuscrit est attrayant et, après avoir parcouru les divers états mélancoliques donnant matière à quelques considérations nouvelles et représentées par de brèves observations, nous arrivons à l'étude de la démence, de l'idiotie, de l'imbécillité, de l'épilepsie et de l'hystérie qui se compliquent aussi parfois d'aberrations de la personnalité. Il est fréquent, dit l'auteur, de voir ces idées étranges de dédoublement chez des malades à une période déjà très avan-



cée de leur affection. Comme on doit le prévoir, leur délire revêt toujours des caractères différents suivant le degré d'étendue de la déchéance intellectuelle. Quelques-uns cependant, dans un état déjà très accusé de démence, ont encore conservé leur dignité, leurs anciens titres, ils sont toujours le même personnage qui a toujours existé dans leur imagination.

L'épilepsie et l'hystérie, qui donnent souvent lieu à de curieux phénomènes de dédoublement, sont passées en revue et font l'objet d'une étude spéciale. Il ne pouvait guère en être autrement. Dans l'hystérie surtout, la vie physique du malade est pour ainsi dire en partie double; à son réveil, il a perdu le souvenir de tout ce qui s'est passé, de tout ce qu'il a fait pendant son sommeil, mais il peut s'en souvenir dans l'accès suivant. S'il a commis pendant le sommeil quelque acte criminel ou délictueux, c'est comme un autre qui aurait accompli cet acte. L'hystérique peut dire en toute conscience qu'il en est innocent. Comme preuve nous rencontrons la curieuse observation du malade de M. Bourru, et dont M. Voisin a entretenu la Société il y a quelques mois.

Nous en avons fini, Messieurs, avec les transformations de la personnalité; il reste cependant un grand côté de la question qu'il n'était pas hors de propos d'esquisser. Ce syndrome, qui peut s'appliquer à toutes les formes mentales, est très fertile en déductions médico-légales dont l'auteur ne parle pas, dans la crainte, sans doute, de sortir du cadre qu'il s'était assigné.

Votre rapporteur quitte à regret ce mémoire, car malgré une critique peut-être un peu sévère, votre commission l'a lu avec intérêt et lui reconnaît beaucoup de mérite d'un bon présage pour l'avenir de son auteur.

L'autre manuscrit soumis à vos suffrages ne comporte pas moins de vingt-quatre observations, pour la plupart fort intéressantes, et personnelles au candidat. Ce fait a pour nous de l'importance, car vous savez, Messieurs, que dans l'esprit des fondateurs du prix Esquirol, la seule condition imposée aux concurrents est de présenter chaque année des observations personnelles recueillies à l'aide de tous les modes d'explora-

tion imaginés par la science contemporaine et suivies de quelques réflexions judicieuses.

Ce programme paraît facile à remplir et cependant, comme le faisait remarquer un des précédents rapporteurs du prix, on manque souvent le but en voulant trop embrasser.

L'auteur du mémoire n° 2 n'a pas cru devoir entreprendre l'histoire des rémissions dans la paralysie générale, sans nous rappeler les phases traversées par cette maladie ; aussi divise-t-il son étude historique en deux parties : la première, à laquelle nous n'ajoutons comme lui aucune importance, se rapporte à tout ce qui ressemble à la paralysie générale et pourrait être qualifiée de partie préhistorique ; la seconde, la partie contemporaine, commence avec Bayle et se continue jusqu'à nous.

Après avoir rapporté plusieurs cas indéniables de rémission dans le cours de la paralysie générale, il se demande quelles conséquences on doit en tirer dans le pronostic définitif du mal. Cherchant ensuite si ses observations personnelles concordent avec les faits acquis, il décrit très sobrement les principaux phénomènes, survenant dans les différentes périodes, ou accompagnant les formes diverses de l'encéphalite. Il s'étend, suivant les besoins, sur les données générales de la question qu'il envisage surtout au point de vue théorique, sans oublier que son but principal est avant tout l'étude des rémissions.

L'impossibilité de les expliquer par l'anatomie pathologique paraît l'avoir beaucoup préoccupé, et l'amène à penser avec Billod que les arguments, tirés de l'anatomie pathologique, contre la vraisemblance d'une guérison de l'encéphalite chronique, ne sont pas des arguments sans réponse. Votre candidat ne nous donne cependant pas cette réponse ; pourtant nous aurions aimé à lui voir, sinon émettre une opinion personnelle que nous aurions pu discuter, tout au moins accepter ou combattre telles ou telles des théories mises en avant pour l'explication des arrêts momentanés, si fréquents dans cette affection à manifestations si variables.

Les rémissions sont étudiées avec conscience, tant au point de vue de leur durée qu'au point de vue de leur



variété, et un fort intéressant chapitre est consacré à celles occasionnées par des affections intercurrentes accidentelles. L'auteur du mémoire fait preuve à chaque page d'une grande érudition ; il s'est très profondément pénétré de son sujet avant d'en entreprendre l'exposition. Qu'il nous soit cependant permis de lui demander pourquoi, après nous avoir dit avec M. Christian que les rémissions sont surtout caractérisées par la disparition du délire, il ne s'est pas davantage étendu sur ce caractère capital dont il fait à peine mention. Nous avons le droit de nous montrer exigeant, car il accorde ordinairement à chaque point particulier un développement en rapport avec l'intérêt qui s'y rattache ; or, ce fait méritait qu'on s'y arrêtât. Nous devons à ce propos lui savoir gré, de ne pas s'être laissé trop illusionner par l'intégrité, plus apparente que réelle, des facultés, pendant les périodes de rémission du mal, car il a le soin de nous rappeler que la paralysie générale n'en continue pas moins, malgré des allures trompeuses, la marche qui lui a valu la qualification de progressive. Peut-être pourrait-on tout au plus lui reprocher d'avoir accordé une trop grande place à la discussion de faits se rapportant à des pseudo-paralysies générales dont l'existence est encore discutée.

L'importance médico-légale des rémissions dans le cours de la paralysie générale devait aussi captiver l'attention de votre candidat. Si les paralytiques généraux ne guérissent pas, un grand nombre est susceptible d'amélioration, et cette amélioration est parfois même assez marquée pour que beaucoup d'entre eux puissent être rendus à leur famille, mais non sans quelques inconvénients ; on sait, en effet, que ces malades ne possédant qu'incomplètement leurs attributs physiques et intellectuels, sont de grands enfants réclamant toujours une surveillance attentive. Il est donc nécessaire de connaître exactement le degré de leur capacité civile et de leur responsabilité ; c'est ce que de bonnes pages nous développent avec une certaine originalité.

Parmi les actes délictueux ou criminels commis le plus volontiers par les paralytiques, nous trouvons des vols, des abus de confiance, des faux, des actes obscènes, des outrages aux mœurs, des attentats à la pudeur, et

le médecin expert a souvent l'occasion de discuter la valeur de leurs donations, testaments ou autres actes civils. Le candidat a pu sur ce point formuler sans crainte son opinion, car elle s'abrite derrière celle de M. Baillarger, qui est partagée aujourd'hui par tout le monde : « Les paralytiques généraux en rémission, dit-il « en manière de conclusion, ne sont jamais ce qu'ils « étaient autrefois ; » et il ajoute un long plaidoyer en faveur de leur irresponsabilité ; il propose même de rendre responsables les personnes chargées de les surveiller.

Votre rapporteur, messieurs, eût voulu vous donner un résumé plus complet de l'important travail que vous avez à juger, mais il s'arrête pour ne pas fatiguer votre attention, et aussi parce qu'il a la certitude que vous lirez ce mémoire. Avec quelques adjonctions, il serait facile d'en faire une petite monographie de la paralysie générale, et tel qu'il est, il sera toujours consulté avec fruit par les chercheurs qui y trouveront une foule de renseignements recueillis dans les documents épars que l'auteur a rassemblés. Les renseignements à y puiser seront d'autant plus précieux qu'ils sont toujours accompagnés d'indications bibliographiques très rigoureuses.

Vous voilà, je l'espère du moins, messieurs, assez suffisamment éclairés pour juger avec connaissance de cause les mémoires soumis à votre appréciation. L'impartial exposé des faits qui précède, vous aura sans doute fait déjà pressentir les sentiments de votre commission, c'est donc sans hésitation qu'elle vous propose d'accorder le prix Esquirol à l'auteur du mémoire n° 2. Mais si nous sommes unanimes à vous faire cette proposition, c'est aussi à l'unanimité que nous vous demandons une mention honorable pour l'auteur du mémoire n° 1, car il y est fait preuve de sérieuses qualités que nous devons encourager. De semblables efforts ne sauraient demeurer sans récompense !

M. LE PRÉSIDENT, donnant lecture des plis cachetés, proclame lauréat du prix Esquirol, M. Larroque, interne de la Maison nationale de Charenton.

La mention honorable est décernée à M. Dumas, interne du même établissement.



*Rapport sur le prix Moreau (de Tours).*

M. MARCEL BRIAND. — Vous connaissez tous, messieurs, l'œuvre de Moreau (de Tours) et d'ailleurs une voix plus autorisée que la mienne, celle de notre sympathique secrétaire général, vous rappellera un jour en des termes éloquents ce qu'était le savant auquel nous rendons aujourd'hui un hommage mérité. Vous savez quelle part active il prit à l'édification des doctrines de psychologie morbide qui firent sa gloire après avoir fait celle des Esquirol, des Georget, des Calmeil et de quelques autres ; aussi ne serez-vous pas étonnés de m'entendre exprimer le regret qu'il manifestait souvent en voyant chaque jour se perdre le goût de la psychologie, objet principal de ses chères études.

Ce n'est pas dire pour cela, messieurs, qu'il ait jamais méconnu l'importance de la direction nouvelle donnée aux recherches scientifiques, ni le pas immense que faisaient accomplir à la médecine mentale les découvertes récentes et les progrès de l'anatomie pathologique ou de l'histologie. Loin de là : il était au contraire grand admirateur de la doctrine des localisations cérébrales et jusqu'au dernier jour, il suivit avec le plus vif intérêt les travaux publiés sur ce sujet. Mais il voyait avec peine délaisser de plus en plus le culte de ses maîtres préférés, les créateurs de la médecine mentale.

Dans un sentiment de respectueux souvenir pour sa mémoire encore présente à tous, sa famille désirant répondre aux idées que Moreau (de Tours) avait si souvent émises, pria la Société médico-psychologique de vouloir bien accepter le capital nécessaire à la fondation d'un prix biennal qui serait, autant que possible, donné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, *sur un sujet de psychologie morbide*.

Vous vous rappelez, messieurs, avec quel empressement notre Société accepta l'offre qui lui était faite par M. Paul Moreau (de Tours) et je me fais ici, j'en suis certain, l'interprète de chacun de vous en remerciant solennellement notre collègue de sa généreuse initiative, car grâce à lui, nous aurons désormais à distribuer un nouveau prix, honorant à la fois son fondateur, ceux

qui le décerneront et ceux enfin qui l'auront mérité.

Votre commission a vu avec une bien vive satisfaction que les candidats n'avaient pas fait défaut à l'appel qui leur était adressé. Trois thèses, trois bonnes thèses, devrais-je dire, vont ont été présentées. C'est peu pour le prestige qui s'attachera certainement au prix Moreau (de Tours), mais c'est beaucoup, si l'on considère le petit nombre de personnes qui en connaissent l'existence, car la fondation en est de date toute récente.

Si parmi les trois livres qui vous ont été soumis, un seul d'entre eux répond exactement au vœu du fondateur, tous les trois possèdent des qualités qui les ont fait juger dignes d'être admis à concourir.

La thèse n° 1 est intitulée : *Essai sur les amnésies*, principalement au point de vue étiologique ; elle a pour auteur M. Rouillard, ancien interne à Saint-Lazare ;

La thèse n° 2 nous a été adressée par M. Bernard, ancien interne des hôpitaux ; elle traite de l'*Aphasie* et de ses diverses formes ;

C'est la psychologie qui a fourni la matière du troisième travail ; il est dû à M. le Dr J. Chevalier et porte comme titre : *De l'inversion de l'instinct sexuel au point de vue médico-légal*.

*Essai sur les amnésies*.— Il est indispensable, pour bien comprendre la marche et le mécanisme de l'amnésie, de définir d'abord la mémoire ou plutôt les mémoires, car nous en avons à la vérité plusieurs. Ces mémoires sont inégalement développées à l'état physiologique, et quelques unes d'elles peuvent, à l'état pathologique, être détruites, sans entraîner pour cela la déchéance des autres.

Littre définit la mémoire : « faculté de rappeler les idées et la notion des idées qui ont produit les sensations. » Si nous développons cette définition, nous verrons que la mémoire comprend deux choses essentielles : la conservation de certaines impressions et leur reproduction par la pensée. Or, comme tous les sens subissent des impressions, nous avons déjà autant de mémoires que de sens. C'est la réunion de ces diverses mémoires qui constitue la mémoire générale complète, la base de l'idée.

Ce fait étant bien constaté, le mécanisme, le fonc-



tionnement de cette faculté étant bien établi, M. Rouillard s'engage sur le terrain pathologique où nous allons le suivre quelques instants.

La mémoire, placée sous la dépendance des organes qui la servent, doit, comme toute autre faculté, comme tout organe, éprouver des troubles morbides de deux sortes : où elle est exaltée dans son fonctionnement, ou diminuée, détruite même en partie. De là deux groupes distincts opposés l'un à l'autre : troubles par *exaltation* et troubles par *diminution*.

L'auteur étudie d'abord l'*hypermnésie* ou exaltation du souvenir, puis l'*amnésie* dont il décrit les principales variétés et qui, affectant des formes très diverses, peut être progressive, temporaire, durable ou même rétrograde. Elle se présenterait aussi sous la forme périodique.

Il était très naturel, puisque la perte de la mémoire est toujours en rapport exact avec des causes déterminantes, d'en baser la classification sur l'étiologie, c'est ce qu'a fait le candidat.

L'amnésie des idiots, des imbéciles, des crétins est congénitale, le fait est incontestable; mais, à ce propos, M. Rouillard nous semble avoir adopté trop exclusivement une théorie que nous ne saurions accepter sans réserve, quand il rattache ces troubles congénitaux à un arrêt de développement. De récents travaux semblent en effet démontrer, au contraire, que les altérations congénitales des facultés intellectuelles sont liées à de véritables lésions cérébrales plus ou moins étendues, affectant inégalement les différentes régions de l'encéphale, mais ne pouvant pas être considérées comme un simple arrêt survenu dans le cours du développement physiologique.

Dans l'imbécillité, les troubles de la mémoire sont des plus curieux. Ils portent parfois sur certaines parties, sur certaines mémoires qui sont plus ou moins abolies, tandis que l'une d'elles se développe à un tel degré de perfection qu'un observateur superficiel pourrait s'illusionner sur la valeur intellectuelle du sujet, car cette perfection masque une foule de lacunes et en impose au premier abord. C'est dans cette catégorie de faits qu'il faut ranger ces musiciens de dix ans, ces mathémati-

ciens, ces linguistes qui ne savent pas le premier mot de la grammaire des langues qu'ils parlent, en un mot tous les petits prodiges qui, en dehors de leurs exercices habituels, deviennent des êtres presque nuls.

Les traumatismes crâniens déterminent très souvent l'amnésie; celle-ci a une tendance naturelle à la guérison quand la lésion atteint une partie primitivement saine, ou lorsque les désordres produits ne sont pas trop considérables. L'amnésie en elle-même est, ici comme partout ailleurs, tantôt partielle, tantôt générale; elle porte toujours sur l'accident qui l'a déterminée et sur les diverses circonstances de cet accident. Le malade reprend d'un bloc et au bout d'un temps variable l'intégrité de ses facultés; il y a seulement dans son existence une lacune, une coupure plus ou moins étendue, ce qui tendrait à démontrer que des deux parties de la mémoire, *conservation* et *reproduction*, l'ébranlement cérébral n'a altéré que la seconde; la conservation est restée intacte, puisqu'un jour le malade a fini par se souvenir. C'est la faculté d'évoquer l'image, de reproduire la sensation, qui seule a momentanément disparu.

Quant aux émotions très vives, la strangulation ou la submersion, elles n'occasionnent guère d'amnésie; cependant lorsque celle-ci existe, elle se comporte assez généralement, comme si elle reconnaissait pour cause un traumatisme ordinaire. M. Rouillard se hâte du reste d'ajouter que la syncope, alors si fréquente, lui semble être la cause principale de la perte du souvenir.

Un phénomène plus curieux est l'hypermnésie qui précéderait la mort dans la submersion. Presque toutes les personnes sauvées racontent qu'au moment où l'asphyxie commençait, leur passé s'est déroulé sous leurs yeux avec une rapidité et une précision incroyables.

Un important chapitre est consacré aux troubles de la mémoire dans les maladies accompagnées de lésions anatomiques de l'encéphale ou de ses enveloppes. La caractéristique de ce groupe d'amnésies est qu'elles sont toutes progressives. La cause qui leur donne naissance étant une modification organique à marche continue, la diminution de la mémoire est au début peu notable, mais elle s'accuse chaque jour de plus en plus. La mémoire des noms et principalement des noms propres



partira la première, car c'est elle qui évoque le moins d'idées sympathiques ; puis le souvenir des faits disparaîtra, l'amnésie qui ne porte d'abord que sur les faits récents gagnera des mois, des années, il ne restera enfin que les souvenirs d'enfance les plus enracinés. N'est-ce pas une destruction analogue, non pas lente, mais rapide, qui se fait dans l'agonie ? Au moment suprême de la mort, l'homme cherchant un appui dans la lutte qu'il soutient appelle : *maman, maman !* Le seul souvenir qu'il ait encore présent est celui de sa mère, le premier guide de son enfance ; cette image, étant le plus profondément gravée, s'efface la dernière.

Si nous envisageons les troubles de la mémoire dans les autres maladies mentales, nous rencontrons, suivant les circonstances, tantôt de l'amnésie, tantôt de l'hypermnésie. L'hypermnésie, sauf dans des cas rares, est temporaire et transitoire. L'amnésie, au contraire, tend plus ou moins, de partielle qu'elle est au début, à devenir générale ; mais l'auteur ne dit pas sous quelles influences étiologiques ces modifications se manifestent. Après avoir énuméré les variations que la mémoire peut subir dans d'autres conditions, telles que l'anémie cérébrale, un excès de fatigues physiques ou de travail intellectuel, la faim, le froid ou une chaleur excessive, M. Rouillard consacre quelques lignes aux amnésies tributaires des grandes névroses, et à ce propos nous l'aurions vu avec satisfaction s'étendre plus longuement sur cet important côté de la question, si fécond en déductions pratiques, et qui lui fournissait un si intéressant chapitre de médecine légale. On sait qu'un des signes caractéristiques de l'épilepsie est l'inconscience. La perte du souvenir de tout ce qui se passe pendant l'attaque est complète et l'interprétation de ce phénomène devait fournir à l'auteur matière à une discussion qui ne pouvait manquer d'être intéressante, étant donnée l'étendue des connaissances dont il a fait preuve dans son travail.

Certains états fébriles, qui occasionnent encore des amnésies plus ou moins complètes, font l'objet de quelques pages d'une lecture facile ; il en est de même de la puerpéralité et de diverses affections utérines. Enfin, M. Rouillard passe en revue le rôle des intoxications dont plusieurs sont caractérisées par une première

phase d'hypermnésie, suivie plus tard d'amnésie progressive, mais sans s'y arrêter. L'action du hachisch, de la belladone, du datura, du tabac, de l'alcool, du plomb, du sulfure de carbone, etc. sur la mémoire est trop sommairement décrite. Et cependant de nombreux travaux ont en déjà ces recherches pour objet, aussi votre candidat pouvait-il faire de plus larges emprunts aux auteurs, qui ont contribué à rendre ces faits classiques. Il pouvait puiser sans crainte dans le très remarquable travail du maître et du collègue, dont le souvenir est en ce moment même si vivant parmi nous. N'allez pas croire cependant, messieurs, que la *mémoire* des travaux de Moreau (de Tours) ait fait défaut à M. Rouillard; son amnésie n'aurait pas d'excuse s'il avait oublié le psychologue de la Salpêtrière : « Dans les pays orientaux, écrit, en effet, votre « candidat au commencement d'un de ses chapitres, « la passion du hachisch est très répandue, M. Moreau « (de Tours), il y a une quarantaine d'années, a révélé, « pour ainsi dire, aux savants européens dans un livre « remarquable, les effets curieux de ce poison. »

J'en finis, sur cet hommage à Moreau (de Tours), avec la thèse de M. Rouillard et j'ai presque oublié de vous dire qu'elle est des plus intéressantes, car le court résumé que vous venez d'entendre ne peut que vous donner une faible idée de tout l'attrait qui s'attache à l'*Essai sur les amnésies*.

*De l'Aphasie et de ses diverses formes.*— Sans s'égarer dans le vaste champ des exhumations, plus ou moins complètes, auxquelles ont l'habitude de s'abandonner les auteurs qui traitent des questions d'une certaine importance, M. Bernard passe en revue, dans l'historique de l'aphasie, des commémoratifs qui lui servent de prétexte à un spirituel réquisitoire en faveur de Broca, auquel il attribue l'honneur d'avoir le premier fixé les symptômes et la localisation anatomique de l'*aphémie* ou abolition du langage articulé. Il aborde ensuite l'étude de l'aphasie, qui, dans son sens le plus général, n'est que l'amnésie des signes.

Le mot, tout le monde le reconnaîtra, n'est pas une unité, mais un composé de quatre éléments au moins. Il doit en effet être *entendu et articulé, lu et fixé* par



l'écriture. L'aphasie pourra donc porter sur un ou plusieurs éléments, de là découleront quatre formes principales :

1° *La cécité des mots* ou amnésie des signes figurés de la parole écrite, affection dans laquelle le malade voit les signes mais n'en peut interpréter le sens ; le lobe pariétal inférieur gauche serait alors constamment intéressé ;

2° *La surdité verbale* ou impossibilité de comprendre la parole entendue ; elle dépendrait d'une lésion de la première circonvolution temporo-sphénoïdale gauche ;

3° *L'aphémie* ou perte de la mémoire des mouvements coordonnés, nécessaires à l'articulation de la parole, et qui relève d'une lésion du pied de la troisième circonvolution frontale gauche ; elle s'accompagne le plus souvent d'hémiplégie.

4° *L'agraphie* ou abolition des mouvements coordonnés de l'écriture, dont le siège anatomique est vraisemblablement le pied de la seconde circonvolution frontale gauche. Tel est, messieurs, l'exposé succinct des formes décrites avec autorité par M. Bernard, qui, s'inspirant des remarquables cliniques du professeur Charcot, a pu, sans tomber dans des redites, produire près de trois cents pages fort instructives sur un sujet, il est vrai, déjà connu, mais qu'il a trouvé le moyen d'éclairer d'un jour nouveau, grâce à quelques observations typiques et grâce aussi à un rare talent d'exposition. M. Bernard est l'ancien interne de M. Charcot, c'est vous dire que si parfois il s'est élevé par quelques hardies envolées dans le domaine des considérations psycho-philosophiques vers lesquelles son sujet l'entraînait, il l'a fait sans jamais perdre de vue le solide terrain de l'anatomie pathologique, et nous a pu démontrer ainsi comment s'acquièrent le langage chez l'être humain normal, comment l'homme entre en possession de l'aptitude à exprimer et à saisir le rapport existant entre un signe et un objet, entre un mot et une idée.

En dehors des quatre différentes formes d'aphasie que nous venons d'indiquer, il existe d'autres troubles du langage, peu connus, mal étudiés, et que M. Bernard nous expose avec compétence, en y joignant souvent un aperçu nouveau, toujours empreint d'originalité. Pour l'interpré-

tation des faits principaux il s'en tient aux doctrines reçues et admet avec William Scharpey et J. Mortimer Granville que les pertes de la mémoire peuvent survenir dans trois conditions principales : les cellules cérébrales sont détruites, ou elles ne sont qu'altérées, ou enfin elles sont simplement suspendues dans leur fonctionnement. Ces trois conditions lui servent à expliquer certains phénomènes difficiles à comprendre, dont l'auteur nous fournit à chaque page un exemple instructif. L'hystérie, dans ses modalités diverses, appartient à la dernière catégorie de faits. La seconde est constituée par les cas où un arrêt transitoire de la circulation des cellules cérébrales modifie leur fonctionnement, qui reprendra dès l'arrivée du sang : La migraine, l'artérite syphilitique sont les causes d'aphasie les plus importantes qu'on peut ranger sous ce chef ; l'aphasie qui suit les attaques d'épilepsie, celle qui dépend de la compression exercée par les tumeurs, relèvent aussi de troubles d'origine vasculaire. Enumérer enfin les causes de la troisième catégorie, serait vous donner la nomenclature de toutes les affections destructives de la substance cérébrale, sans oublier la paralysie générale.

L'indépendance et l'autonomie de chacune des formes d'aphasie ressort avec limpidité de leur étude comparée chez un même malade, car ses divers moyens d'expression sont toujours très inégalement atteints, ce dont il est facile de se rendre compte par un examen attentif. Les symptômes sous lesquels nous observons l'aphasie, sont très variables, aussi cette particularité impose-t-elle au médecin légiste une connaissance étendue de la question, aucune formule ne pouvant être donnée de la capacité morale, ni de la valeur intellectuelle des aphasiques.

Nous ne suivrons pas plus longtemps l'auteur dans ses curieux développements qui nous entraîneraient trop loin, car d'après la théorie dont il se fait l'écho, et qui est la vraie, toutes nos idées peuvent être frappées d'aphasie ; je veux cependant ajouter que sa thèse repose sur le chiffre énorme de dix-sept observations avec autopsies, sans compter le résumé de plusieurs autres ; elle contient plus de trente figures intercalées dans le texte pour en faciliter l'intelligence. La clarté du style, la méthode qui a présidé à l'exposé des doc-



trines, l'abondance des documents et aussi l'esprit dans lequel l'ouvrage a été conçu en font un précis de toutes nos connaissances sur l'aphasie. Votre rapporteur n'en saurait faire un meilleur éloge.

*De l'inversion de l'instinct sexuel au point de vue médico-légal.* — Le travail qu'il nous reste à examiner a pour lui, messieurs, le grand mérite de relever surtout du domaine psychologique, dont l'étude était si particulièrement chère au généreux fondateur de ce prix. Il touche même par de nombreux côtés à un travail que vous connaissez tous et dont l'auteur, assis au milieu de nous, n'est autre que M. Paul Moreau (de Tours).

Qu'est-ce au fond que l'inversion du sens génital? Doit-on considérer cet état comme une entité morbide distincte, ou seulement comme un symptôme émergeant au-dessus du cortège des phénomènes psychiques ou nerveux qui l'entourent? Cette inversion se montre-t-elle dès l'enfance, spontanément, sans éducation préalable? Ou bien se manifeste-t-elle sous l'influence d'une cause occasionnelle chez l'adulte, comme se manifesterait un accès de manie ou de mélancolie? — Il n'y a, répond M. Chevalier, que deux explications à donner : ou c'est une bizarrerie accidentelle de la nature, ou bien une des conséquences de l'hérédité. La seconde hypothèse est seule admissible. Tous les cas signalés sont des épisodes divers d'un même état pathologique, ayant son origine dans l'hérédité. La forme des obsessions peut changer, mais le fond demeure le même et l'on doit se garder de prendre l'accessoire pour le principal, le symptôme pour la maladie, car l'inversion n'est que la manifestation éclatante d'un état plus ou moins accusé de dégénérescence. De même que les obsessions et les impulsions, on doit considérer ce signe comme la caractéristique d'un état toujours très grave, car il faut des terrains de choix pour que de semblables floraisons se produisent.

L'auteur avait à choisir entre deux classifications, l'une proposée par M. Magnan et l'autre par M. Lacasagne. Vous les exposer brièvement serait vous donner une idée, sinon complète, du moins très exacte, de tout le mémoire que vous avez à juger.

L'ingénieuse classification de M. Magnan est basée sur l'anatomie et la physiologie. Elle permet, étant don-

nées les fonctions des différentes parties des centres nerveux, d'établir quatre groupes dans lesquels trouvent place toutes les catégories d'inversion du sens génital. Le premier groupe comprend les *spinaux*, ces individus réduits aux réflexes simples, dont toutes les actions se passent dans la moelle ; c'est le cas de l'idiot se livrant à la masturbation sans que rien ne l'arrête. Dans le second groupe, chez les *spino-cérébraux postérieurs*, le réflexe part de la région cérébrale postérieure ; en arrière de la circonvolution pariétale ascendante, cette zone contenant les centres perceptifs et sensitifs, devient le siège de l'automatisme cérébral, dès que la région antérieure perd sa haute direction fonctionnelle. Tel est le cas des individus chez lesquels la vue seule d'une personne d'un autre sexe provoque l'orgasme vénérien. Le troisième groupe comprend les *spino-cérébraux antérieurs*, chez lesquels le mécanisme physiologique des fonctions sexuelles est faussé. L'idée, le sentiment, le penchant qui émanent de l'écorce cérébrale antérieure, exercent bien, comme à l'état normal, leur action sur le centre génito-spinal, mais perversis en tant que cause, ils le mettent en jeu pathologiquement. Dans le dernier groupe prennent place les *cérébraux antérieurs* ou *psychiques* chez lesquels il s'est fait une annihilation de la puissance fonctionnelle du centre génito-spinal au profit des régions cérébrales antérieures. C'est l'amour sans désir vénérien, en dehors de toute préoccupations charnelle ; c'est la chasteté absolue, le platonisme en un mot.

La classification de M. Laccassagne se préoccupe moins du mécanisme et de la localisation cérébrale que du fait en lui-même. Le médecin légiste de Lyon part de ce principe que tout phénomène physiologique peut être intéressé à deux points de vue différents : 1° suivant sa *quantité*, c'est-à-dire suivant le degré plus ou moins élevé d'énergie avec laquelle s'accomplit la fonction ; 2° suivant sa *qualité*, c'est-à-dire suivant le sens dans lequel elle s'exécute, et le but qui lui est assigné.

La loi s'applique à l'instinct sexuel comme à toute autre fonction, à la vision par exemple. Cet instinct peut donc être soit normal, soit augmenté ou diminué, c'est-à-dire perversi.



Telles sont les données servant d'appui à l'édification du travail qui vous est soumis. L'examen des deux théories entraîne M. Chevalier dans d'intéressantes considérations qui n'apportent aucun élément nouveau à la question. Celle-ci est cependant exposée avec compétence et autorité. Les principales observations publiées sur la matière s'y trouvent rapportées et le lecteur peut, grâce à cela, se faire aisément une opinion. Toutes, sauf une, vous sont déjà connues. Permettez-moi de vous les rappeler :

La première est celle que Westphal a publiée en 1870 ; elle concerne une jeune femme.

La seconde a paru dans les *Annales médico-psychologiques* et est due à la plume de MM. Legrand du Saulle et Vidal (1876).

La troisième appartient à M. Julius Krueg, c'est la seule, croyons-nous, qui, avec celle de M. Savage, ait été publiée en langue anglaise (1881).

La quatrième est l'observation si caractéristique communiquée à notre Société par MM. Charcot et Magnan (1882).

La cinquième est celle de M. Canterana que M. Chevalier a choisie de préférence à celle de Tamassia, la première publiée en Italie, parce que sans doute elle est plus typique et concerne une femme (1883).

La sixième a paru dans le mémoire de M. Magnan sur les perversions sexuelles (1885).

La septième et dernière, la seule qui soit inédite et la cause pour ainsi dire occasionnelle de ce travail, est due à M. Laccassagne ; elle offre un intérêt médico-légal tout particulier.

Malgré tout l'attrait qui s'attache aux recherches psychologiques de M. Chevalier, malgré les qualités dont il fait preuve et malgré aussi leur objet qui cadre mieux que les autres ouvrages avec les données de la fondation Moreau (de Tours), votre commission n'a pu que lui accorder la troisième place dans ses propositions ; car nous avions à lui comparer deux livres supérieurs, bien que répondant moins à l'esprit qui devait diriger le choix des sujets.

L'une des thèses dont la supériorité s'impose, peut être considérée comme le résumé complet de nos con-

naissances sur l'aphasie ; elle est le résultat d'un travail consciencieux et son auteur l'a rempli de faits cliniques dont l'examen devait fatalement conduire vers des considérations philosophiques et des exposés de doctrines soulevant des problèmes difficiles à résoudre.

M. Bernard a su éviter des écueils où beaucoup ont sombré. Il s'est acquitté de sa tâche avec talent et il est demeuré clinicien, tout en risquant dans des théories délicates, d'heureuses interprétations, sinon toujours personnelles, du moins façonnées avec élégance. C'est un fin observateur, jugeant bien les faits et les exposant avec sagacité. Pour ces motifs, messieurs, vous lui discernerez sans discussion la récompense dont nous disposons pour la première fois, le *Prix Moreau (de Tours)*.

Vous n'oublierez pas que M. Rouillard a donné, lui aussi, des preuves d'une solide érudition dans son *Essai sur les amnésies*. Ce candidat a rencontré dans ses développements des difficultés nombreuses dont il a souvent triomphé. Son étude devait tout d'abord se limiter aux troubles de la mémoire liés à l'alcoolisme, mais entraîné par son sujet, il a embrassé une plus grande étendue de la question sans s'inquiéter du rude labeur qu'il allait s'imposer. Votre commission, dont je suis l'interprète, a formulé le vœu de lui accorder une mention honorable.

Qu'il me soit permis en terminant, de remercier encore une fois la famille Moreau (de Tours), dont la libéralité nous permet aujourd'hui, en faisant un heureux, d'honorer une mémoire chère à tous !

M. LE PRÉSIDENT proclame M. Bernard, lauréat du prix Moreau (de Tours), et conformément aux conclusions du rapport de la Commission, décerne une mention honorable à M. Rouillard.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, j'ai communiqué à la précédente séance une lettre de M. Rouillard, sollicitant de faire partie de notre Société ; après la lecture que vous venez d'entendre, un nouveau rapport de candidature me semble superflu. Je vous propose donc de nommer, sans scrutin, M. Rouillard, membre titulaire de la Société médico-psychologique.



Cette proposition est adoptée à l'unanimité des membres présents.

M. ROUILLARD, présent à la séance, remercie la Société et de la mention honorable qu'elle lui a décernée et de l'honneur qu'elle vient de lui faire en lui accordant le titre de membre titulaire.

*Rapport de la Commission du prix Belhomme.*

M. CH. FÉRÉ. — Messieurs, la Société médico-psychologique avait chargé une commission, composée de MM. Delasiauve, Legrand du Saulle, Motet, Ballet et Féré, d'examiner les mémoires déposés pour le concours du prix Belhomme. Je vais vous exposer en quelques mots le résultat de cet examen.

Pour rendre honneur à la mémoire de Belhomme qui s'était principalement préoccupé de cette question, la société avait mis au concours un travail *sur l'idiotie et de préférence sur les lésions anatomiques des centres nerveux dans l'idiotie.*

Deux mémoires ont été déposés :

De celui qui porte le n° 1, je ne dirai que peu de chose. Il ne renferme guère qu'une hypothèse, défectueuse à plus d'un titre, sur les rapports qui unissent les déformations du crâne aux déformations de la voûte palatine. Les autres parties du sujet sont traitées d'une façon fort concise, et on n'y trouve aucune observation nouvelle.

Le mémoire inscrit sous le numéro 2 présente une tout autre importance. C'est un travail considérable qui comprend trois volumes de manuscrit, avec un atlas représentant les pièces d'autopsie relatives aux observations qui servent de base à la description. Cet ouvrage comprend 40 observations originales, dont 30 avec autopsies ; et bon nombre de malades ont été suivis pendant six ou sept ans, et ont fait le sujet de notes presque journalières ; c'est vous dire qu'il s'agit d'un travail extrêmement consciencieux qui, en dehors de toute considération d'originalité, constituerait déjà un fait précieux. Mais ce n'est pas seulement un recueil de faits intéressants, c'est une étude d'ensemble fort bien menée, dans laquelle les observations ne servent qu'à

mettre mieux en lumière chacun des points nouveaux ou peu étudiés encore qui sont successivement passés en revue par l'auteur.

Permettez-moi d'ailleurs de vous faire un exposé succinct des principaux chapitres.

Dans l'introduction, l'auteur traite des classifications diverses de l'idiotie, puis il entre dans le vif de la question en soutenant que l'idiotie est toujours due à une altération des centres nerveux, altération qu'il est en général facile de découvrir à l'œil nu, encore que sa nature soit mal déterminée dans bon nombre de cas. Les chapitres suivants donnent d'ailleurs la démonstration de cette proposition.

L'auteur fait successivement l'histoire des scléroses atrophiques généralisée, diffuse, disséminée, lobaire, lobulaire, de la sclérose atrophique cérébelleuse.

Le chapitre qui traite de la sclérose hypertrophique, dans laquelle il faut distinguer deux formes : la sclérose hypertrophique généralisée et la sclérose tubéreuse des circonvolutions, constitue une véritable monographie sur cette question encore peu étudiée. Un appendice à ce chapitre est consacré à l'hétérologie cérébrale.

Les scléroses mixtes font l'objet d'un chapitre spécial, où on trouve plusieurs observations inédites et quelques autres qui sont pour la première fois traduites en français.

À la suite des idioties par sclérose, l'auteur traite des idioties par malformation :

Le chapitre sur l'idiotie symptomatique de l'absence de corps calleux ne contient aucune observation originale, mais il n'en est pas moins intéressant : tous les faits recueillis par les auteurs y sont réunis dans un tableau synoptique.

Une partie absolument neuve est celle qui traite de l'arrêt de développement ou aspect fœtal que l'on rencontre à l'autopsie d'un certain nombre d'idiots. L'auteur en donne quelques observations intéressantes, mais il serait à désirer qu'une étude histologique pût nous donner des renseignements plus précis sur le siège et sur la notion de la lésion.

L'histoire des anomalies des olives du cerveau y est



faite avec soin ; et aussi celle des déformations du crâne.

Les chapitres relatifs à la pachyméningite et aux méningo-encéphalites renferment un bon nombre d'observations intéressantes.

Celui qui a trait à la périencéphalite mérite aussi une attention spéciale : outre deux cas inédits, nous y trouvons un relevé de tous les faits qui ont été publiés depuis le travail de M. Kundrat.

L'auteur fait ensuite l'histoire du myxœdème qu'il rattache à l'absence du corps thyroïde, en se basant sur les autopsies d'idiots crétinoïdes publiées jusqu'à ce jour, auxquelles il ajoute un fait personnel important et sur les faits de myxœdèmes opératoires publiés par les différents auteurs. Ce chapitre contient l'histoire d'un certain nombre de malades en cours d'observation et, en particulier, celle des sujets observés par MM. Reverdin qui ont été suivis jusqu'au moment où le mémoire a été déposé.

A la fin de son travail l'auteur a placé un tableau des poids des diverses parties de l'encéphale, qui constitue un appendice intéressant.

On peut juger d'après ce court aperçu, dans lequel nous n'avons insisté que sur les faits anatomiques, que ce travail pourrait servir de base à un traité complet de l'idiotie. Il y aurait peu à ajouter à la symptomatologie et à l'anatomie pathologique microscopique. L'étude histologique mériterait quelques développements, l'auteur indique d'ailleurs l'intention de lui consacrer une nouvelle étude.

Mais, tel qu'il est, ce travail constitue un document extrêmement important et qui répond au programme du concours. Aussi votre commission n'a-t-elle pas hésité à vous proposer de lui attribuer le prix Belhomme.

C'est la première fois que le prix Belhomme va être donné, la valeur du mémoire que nous vous proposons de couronner est d'un heureux présage, elle nous fait espérer que les généreux donateurs n'auront pas à regretter leur bienfaisance envers la Société médico-psychologique et la science mentale. Nous aurons au moins

aujourd'hui la joie de leur annoncer que leurs encouragements s'adressent à un travailleur de mérite.

M. LE PRÉSIDENT ouvre le pli cacheté accompagnant le mémoire n° 2; et proclame lauréat du prix Belhomme, M. le Dr Paul Bricon, médecin à Paris.

*Rapport de la Commission du prix Aubanel.*

M. CHARPENTIER. — C'est avec une pénible surprise que votre commission (1) a été obligée de constater la faible valeur des travaux présentés pour le prix Aubanel, le plus important des prix de votre Société. Nous avions espéré faire appel à des travaux solides, importants, originaux. Le sujet proposé : *De la coexistence des délires multiples au triple point de vue du diagnostic, pronostic et traitement*, était loin d'être banal; peu étudié, excepté par MM. Garnier et Magnan, s'il n'exigeait pas de pénibles recherches dans la littérature, il se prêtait à une vaste récolte sur le champ clinique. Il suffisait, étant admises nos classifications, de constater à côté du délire typique, caractéristique de chaque classe, l'existence d'autres variétés de délire qui pourraient s'y associer. Un tel sujet aurait dû attirer les travailleurs, déjà en possession de la clinique mentale et qui n'avaient plus pour le traiter qu'à glaner, soit dans les observations déjà recueillies, soit dans celles qui se présentent pendant le cours d'une année de service hospitalier.

Deux mémoires seulement ont été présentés, se ressentant tous deux d'une grande inexpérience, mais pour laquelle nous avons été indulgents, en raison du travail accompli par l'un, et des vues ingénieuses et originales de l'autre. Ces deux mémoires ne sont nullement comparables entre eux et cette différence a nécessité une distribution inégale dans la récompense accordée.

Certes, si l'auteur du mémoire n° 1 reste fidèle à son épigraphe : *Fit fabricando faber*, nous pouvons espérer de lui des travaux plus importants. Ce n'est pas

---

(1) Cette commission est ainsi composée : MM. Falret, président, Legrand du Saulle, Magnan, Christian et Charpentier, rapporteur.



que la question n'a pas été comprise ; au contraire, toutes ses observations, et leur nombre qui s'élève au chiffre de cinquante mérite attention, sont autant de démonstrations bien choisies de coexistence de délires multiples. La plupart ont trait à l'adjonction du délire alcoolique aux autres délires, mais l'auteur en justifie le nombre par la remarque de la grande fréquence de l'alcoolisme. On trouve dans ce mémoire des observations de délire alcoolique chez des dégénérés héréditaires, chez des sujets affectés de débilité mentale, chez des épileptiques, des hystériques, la coexistence du même délire chez des individus atteints de délire mélancolique, de délire de persécution, l'association du délire chronique avec ses étapes chez des faibles d'esprit, l'association de la dipsomanie et de la débilité mentale, les masques que peut prendre la paralysie générale chez les alcooliques. Cependant toutes ces observations, bien prises au point de vue des délires, laissent à désirer au point de vue de la description de l'état somatique. Ainsi, quand il s'agit de sujets féminins, l'auteur n'indique même pas l'état de la menstruation. S'il décrit avec soin les désordres de la sensibilité et des mouvements, il n'en est plus de même pour les désordres des autres fonctions qui ne sont même pas indiqués. A voir ce dédain pour la description de pareils troubles, il semble que pour l'auteur ceux-ci doivent toujours rester étrangers à la production des délires. D'ailleurs, combien de défauts d'exposition ! Point de têtes de chapitres, point d'exposé sommaire des pages que l'on va lire ; des réflexions judicieuses au point de vue du diagnostic et du pronostic sont éparses sans ordre et perdues dans le cours des observations ; l'esprit du lecteur les perd de vue, au point qu'il se demande comment les conclusions se rattachent aux observations, et ce n'est qu'à une seconde lecture qu'il en voit les connexions, en regrettant que de telles considérations n'aient pas été réunies en un court chapitre précédant les conclusions.

Néanmoins votre commission tenant compte des 50 observations nouvelles apportées à une question nouvelle, et surtout répondant bien au sujet proposé, a estimé que ce travail était supérieur au mémoire n° 2, portant pour épigraphe : « Les classifications ne sont qu'e

des moyens d'étude. » Ce mémoire a le tort grave de ne pas s'être assez asservi à la question, à ce point qu'il nous est permis de nous demander ce qu'il resterait de ses vues originales et de ses aperçus ingénieux, si l'on en retranchait tout ce qui ne se rapporte pas à la coexistence des délires multiples. Ainsi, à propos de la paralysie générale, l'auteur nous donne une observation intéressante d'hématome des méninges qui avait été accompagné par les symptômes de la paralysie générale, mais où la coexistence du délire fait défaut ; plus loin, l'auteur recherche ce que devient le délire d'un paralytique général au cours d'une pneumonie et constate que le délire se calme, ce qui est intéressant au point de vue de l'évolution du délire paralytique, mais non au point de vue de la question à traiter. D'ailleurs, l'auteur s'est volontairement restreint le champ de ses observations, en ne s'occupant ni du délire alcoolique, ni de l'alcoolisme en raison, de leur fréquence habituelle dans les services hospitaliers ; l'auteur a rapporté dans son mémoire la plus belle observation au point de vue de la question ; mais elle est trop incomplète, trop écourtée. Espérons que l'auteur, qui nous paraît un travailleur et un penseur, la reprendra en entier au grand intérêt de notre science ; mais telle qu'elle a été présentée, elle ne pouvait combler la différence de valeur par rapport au mémoire n° 1.

En conséquence des considérations qui précèdent, votre commission a été d'avis de vous proposer les conclusions suivantes :

- 1° Il n'y a pas lieu de distribuer le prix Aubanel ;
- 2° Il y a lieu de distribuer une partie de ce prix sous forme de récompenses, ainsi qu'il suit :

Une première récompense de 800 francs au mémoire n° 1 : *Fit fabricando faber*.

Une deuxième récompense de 400 francs au mémoire n° 2 : Les classifications ne sont que des moyens d'étude.

M. LE PRÉSIDENT, ouvrant les plis cachetés des deux mémoires, proclame M. Dericq, interne de l'asile Sainte-Anne, auteur du mémoire n° 1, comme ayant obtenu la récompense de 800 francs, et MM. Roland et Besançon, internes des hôpitaux de Paris, auteurs du



mémoire n° 2, auxquels est décerné une récompense de 400 francs.

Sur la demande de M. FALRET, la Société décide qu'il y a lieu, dès à présent, de s'occuper du choix de la question pour le nouveau prix Aubanel à décerner en 1888, et, à cet effet, charge son ancienne commission de préparer un rapport sur les conditions du prochain concours.

La séance est levée à 6 heures.

PAUL GARNIER.

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1885.

ANALYSE PAR M. L. CAMUSET.

## Archives de Neurologie.

1. *Note sur la commotion de la moelle épinière*; par MM. les D<sup>rs</sup> L. Duménil, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine, et Pétel, chirurgien en chef de l'hospice général de Rouen (n<sup>os</sup> de janvier et de mars).

On s'est occupé beaucoup, dans ces derniers temps, des lésions de la moelle consécutives à la commotion de cet organe.

*Historique de la question.* — Pour les auteurs de ce travail, il ne faut comprendre dans l'étude des commotions de la moelle, que « les cas seuls où le traumatisme a atteint la moelle sans y produire de lésions en foyer, et où les troubles fonctionnels immédiats ne sont pas en rapport avec des altérations de structure apparente. »

Les faits sur lesquels on peut baser l'étude de la commotion de la moelle peuvent se ranger en quatre catégories : 1<sup>o</sup> Ceux dans lesquels l'examen nécropsique, fait peu de temps après l'accident, ne révèle aucune lésion appréciable de l'organe. — 2<sup>o</sup> Ceux dans lesquels on rencontre des lésions circonscrites qui n'expliquent pas la nature ni la gravité des symptômes. — 3<sup>o</sup> Ceux dans lesquels l'examen, fait tardivement, n'a fait voir que des lésions consécutives. — 4<sup>o</sup> Ceux dans lesquels les autopsies manquent, mais où l'observation clinique établit l'analogie avec les faits de la catégorie précédente.

*Première catégorie.* — Les faits de cette catégorie sont surtout des faits anciens, et l'examen histologique de la moelle y fait défaut. Cependant, il existe aussi des observations modernes ; exemple : choc sur la colonne vertébrale dans un accident de chemin de fer. Douleur dans le dos, insomnie, douleurs dans la tête et dans les membres pendant quatre mois. A ce moment, pneumonie double et mort, aucune lésion de la moelle.



Dans cette observation, la commotion de la moelle a occasionné une pneumonie. (Buzzard.)

*Deuxième catégorie.* — Les lésions ne rendent pas compte de la gravité immédiate des accidents. Exemple : chute sur la tête. Perte complète de mouvement et de sensibilité aux quatre membres et à une partie du tronc. Les mouvements réflexes étaient abolis. Mort le lendemain. A l'autopsie, rien au cerveau et à la moelle, rien qu'un petit caillot dans la substance blanche, au niveau de la quatrième vertèbre cervicale. Remarquer que ce caillot pouvait bien enrayer les fonctions conductrices de la moelle, mais qu'il ne pouvait pas abolir son action réflexe.

*Troisième catégorie.* — Les lésions sont consécutives à la commotion. Exemple : choc du rachis dans une collision de chemin de fer. Douleurs dans le dos et plus tard dans les jambes. Tout travail devient impossible. Quelques années plus tard, faiblesse et engourdissement dans les membres inférieurs, et enfin tous les signes du tabes dorsalis. L'autopsie démontra la sclérose systématisée des cordons postérieurs.

*Quatrième catégorie.* — Les faits de cette catégorie, maintenant que les lésions de l'ataxie locomotrice et de l'atrophie musculaire sont bien connues, ont la même importance que ceux de la précédente. Les observations sont aujourd'hui nombreuses. Charcot, Vulpian, Leudet, Hammond, etc., pensent que les traumatismes du rachis doivent entrer dans l'étiologie du tabes dorsalis et des amyotrophies.

Les auteurs, dans le cours de cet article, donnent une observation très détaillée, avec examen nécropsique histologique de la moelle, d'un cas qui rentre dans la troisième catégorie, puisqu'il y avait un commencement de sclérose systématisée des cordons latéraux, mais qui appartient aussi à la seconde catégorie, puisque dès le début, avant que la lésion se soit établie, les symptômes étaient déjà graves et ne répondaient pas du reste à la sclérose du faisceau pyramidal croisé.

2. *Etude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie (de χορρος, ordure, et de λαλω, je parle) ;* par M. Gilles de la Tourette (n<sup>os</sup> de janvier et de mars).

A côté de la chorée vraie, il existe de nombreux états névropathiques qui ne sont pas encore tous bien connus et qui ont avec elle une certaine analogie symptomatique. On les

désigne sous le nom collectif d'accidents choréiformes. M. Gilles de la Tourette a isolé de ce groupe une espèce nosologique particulière bien déterminée, caractérisée par l'incoordination des mouvements, par l'écholalie et par un phénomène curieux que cet auteur nomme coprolalie, c'est-à-dire une émission intermittente de certaines expressions obscènes et ordurières que la volonté du malade est impuissante à retenir.

Ce travail est basé sur neuf observations, dont huit sont personnelles à l'auteur. Voici le résumé de la description synthétique de ces observations :

L'affection débute toujours à un âge peu avancé, de six à seize ans. — Dans cinq observations sur neuf, l'hérédité nerveuse est des plus manifestes. — La scène morbide s'ouvre par l'*incoordination motrice* qui s'établit lentement sans influencer la santé générale. Ce sont des secousses musculaires qui débute par la face ou par un membre. Ainsi les doigts s'allongent et se fléchissent alternativement, les épaules se soulèvent, la face grimace. Puis les membres inférieurs se prennent à leur tour, les sujets font des sauts sur place ou par progression. Tous ces mouvements ont pour caractère spécial la soudaineté avec laquelle ils apparaissent et la rapidité avec laquelle ils s'effectuent. Toutes les émotions aggravent ces phénomènes d'incoordination en fréquence et en intensité. Le sommeil, au contraire, diminue les secousses et les supprime même complètement. Les maladies fébriles intercurrentes les améliorent, mais passagèrement. La santé physique reste bonne, les facultés mentales ne souffrent pas. La sensibilité générale reste normale.

Ces symptômes peuvent à eux seuls constituer toute la maladie, mais dans la grande majorité des cas s'ajoutent de nouveaux phénomènes. Ainsi, après un certain temps d'incoordination simple, les malades commencent à pousser un cri inarticulé dans les moments où la crise d'incoordination est à son acmé. Plus tard, ce cri deviendra articulé et il sera la répétition du dernier mot que le malade aura entendu prononcer autour de lui (*Echolalie*). Il peut même se faire qu'il y ait à la fois écholalie des mots et écholalie des gestes, le sujet reproduisant le geste qu'il voit faire devant lui, en même temps qu'il répète le mot qu'il entend prononcer.

La troisième catégorie de symptômes est plus caractéristique encore. Ils sont réellement pathognomoniques, car ils ne s'observent dans aucune autre maladie avec les caractères qu'ils



ont dans celle qui nous occupent. Ils constituent la *coprolalie*. Le cri inarticulé du paroxysme de l'incoordination des mouvements est remplacé par une expression obscène ou ordurière.

La marche de cette affection est lente et insidieuse. Elle présente des périodes d'exaspération et aussi des périodes de rémission plus ou moins longues, plus ou moins accentuées. Mais jamais, dans les observations connues jusqu'à présent, on n'a vu la maladie disparaître complètement.

L'auteur, à la fin de ce travail intéressant, s'attache à démontrer qu'il y a analogie complète entre la maladie qu'il vient de décrire et les affections bizarres étudiées par certains médecins étrangers, par Hammond entre autres, sous les noms de *jumping*, *latah*, *myriachit* (Voir dans les *Archives de neurologie*, année 1884, les articles concernant ces affections). — Les malades que Trousseau dépeint dans ses *cliniques*, sous le nom de *Sauteurs du Maine*, appartiennent également à la catégorie de ceux de M. Gilles de la Tourette.

## BIBLIOGRAPHIE

*Rapport sur la situation de l'asile des aliénés de Dordrecht (Hollande) pendant l'année 1884; par le Dr J.-M. Cowan.*  
— 1 vol. in-8°, 1885.

Ce rapport est très intéressant à tous égards. Le Dr F.-M. Cowan y fait preuve d'une vaste érudition et, qualité non moins sérieuse, d'un véritable talent d'exposition. En quelques lignes il fait un tableau aussi saisissant que possible de l'aliéné dont il relate l'histoire. Il le fait vivre en quelque sorte sous les yeux du lecteur avec toute la précision et tout le fini qui caractérisent les peintures de l'école hollandaise. Envisagé dans son ensemble, ce rapport dédié au Collège des administrateurs de l'asile peut être divisé en trois parties.

La première a pour objet la question administrative : personnel, bâtiments, etc. — La deuxième, qui est de beaucoup plus importante, est essentiellement médicale. — La troisième traite de tout ce qui peut contribuer à améliorer le sort des aliénés en traitement à l'asile.

*Première partie.* — Après avoir formulé l'espoir que l'application de la nouvelle loi du 1<sup>er</sup> octobre 1884 apportera à l'asile de Dordrecht de précieux avantages, l'auteur entre dans le détail des divers travaux qui ont été exécutés dans le courant de 1884, travaux qui n'offrent du reste rien de particulièrement important.

Le personnel de l'asile comporte, indépendamment d'un conseil d'administration composé de six membres :

- 1° Un médecin, le Dr F.-M. Cowan qui a succédé dans la présente année au Dr Van der Chys;
- 2° Un chirurgien, le Dr F. Delhez;
- 3° Un économe et sa femme, s'occupant de tout ce qui concerne la partie matérielle de l'établissement;
- 4° Un surveillant en chef;
- 5° Quinze infirmiers et douze infirmières, indépendamment d'autres serviteurs qui ne sont pas, comme eux, affectés aux



soins des malades. Le nombre des aliénés s'élève à 211 dont 114 hommes et 97 femmes.

En ce qui concerne le personnel des infirmiers, le D<sup>r</sup> Cowan déplore que le recrutement en soit si difficile et si imparfait, ce qui tient surtout à la modicité des salaires. A citer cette phrase typique, relative à certaines tensions de rapports survenant entre infirmières : « Les Chinois ont dans leur alphabet représenté certains faits d'une façon bien originale. Le mot femme est désigné par un caractère unique, mais deux caractères analogues placés l'un en face de l'autre désignent le mot guerre. »

*Deuxième partie.* — Après avoir énuméré les nouvelles acquisitions faites pour compléter les instruments nécessaires à la pratique et aux recherches médicales (*entre autres un microtome de Schanz et ses accessoires, un appareil à induction, un commutateur de Watteville, etc.*), l'auteur publie un tableau des diverses affections somatiques qu'il a observées dans le courant de l'année 1884. Parmi ces dernières, il cite un cas intéressant de fièvre typhoïde, suivi de la disparition des idées délirantes ; il mentionne quelques auteurs, Campbell et Griesinger notamment, qui ont observé des cas analogues.

Suivent des considérations générales relatives aux divers modificateurs thérapeutiques de la folie. Un rôle prépondérant est assigné à l'emploi de l'hydrothérapie et à l'électricité. L'emploi raisonné et systématique de l'électricité contre l'aliénation mentale a été surtout préconisé par Arndt ; ce médecin est arrivé à des résultats probants ; le D<sup>r</sup> Cowan mentionne ces résultats ainsi que ceux qu'il a obtenus lui-même.

Il considère aussi l'emploi de l'huile de foie de morue, à hautes doses, comme un agent des plus efficaces. « Sydenham disait ne plus vouloir être médecin, au cas où on lui interdirait l'emploi des opiacés, nous pourrions dire : sans huile de foie de morue, dit le D<sup>r</sup> Cowan, nous renoncerions à traiter un grand nombre de malades atteints d'affections cérébrales ou nerveuses. »

Ces considérations sont suivies de nombreuses observations médicales concernant les aliénés admis à l'asile dans le courant de l'année, et ceux qui en sont sortis. Ces observations sont groupées, autant que possible, suivant les différentes formes d'aliénation mentale. Sur sept cas de folie puerpérale, cinq ont été rapidement guéris, les hallucinations de l'ouïe et de la vue ont été constatées dans quatre cas, sans que toutefois ces hallu-

cinations aient présenté un caractère suffisamment dessiné pour justifier la forme d'aliénation mentale admise par Fuertsner et décrite par lui sous le nom de folie hallucinatoire des femmes en couches.

Quatre cas d'alcoolisme n'ont offert aucune particularité intéressante. Il y a lieu de noter cependant que, dans le delirium tremens, l'auteur préfère l'emploi de l'extrait d'opium à l'emploi de la morphine et de ses sels, qui lui paraissent augmenter l'intensité des hallucinations avant que de produire leurs effets désirés.

Parmi les autres observations, il y a lieu de mentionner celle d'un accès de manie, guéri rapidement et n'ayant laissé dans l'esprit du malade aucune espèce de souvenir; un cas de lypémanie compliquée d'un état cataleptiforme, qui s'est singulièrement amélioré par l'emploi méthodique de l'électricité; deux cas de *moral insanity* et une observation d'hématomes survenus, à plus d'un mois d'intervalle, sur chaque oreille d'un même aliéné.

L'auteur publie ensuite le résultat de ses recherches nécropsiques, douze autopsies sont relatées dans tous leurs détails: nous citerons parmi ces dernières un cas de pachyméningite hémorragique, un cas intéressant d'hémorrhagie intra-ventriculaire, un cas où les artères du cerveau présentaient des lésions décrites par Huebner sous le nom d'endarterite syphilitique. Enfin, un cas non moins intéressant, dans lequel la mort survint à la suite de l'obstruction de la glotte par un caillot fibrineux, provenant lui-même d'un épanchement pleurétique ancien, qui s'était fait jour à travers des bronches. La plupart de ces autopsies ont été pratiquées dans un espace de temps variant de trois à huit heures après la mort; elles sont relatées avec un soin minutieux, et ont été, presque toutes, complétées par l'examen microscopique des organes lésés.

*Troisième partie.* — Dans la troisième partie de son rapport le Dr Cowan traite de tout ce qui peut améliorer les conditions d'existence des aliénés de l'asile de Dordrecht: régime alimentaire, — literie et vêtue, — nouveau système de lits de gâteaux, inventé par l'économe de l'asile.

Le service religieux est fait une fois tous les quinze jours.

Les moyens de distraction accordés aux malades sont variés et consistent en soirées amusantes; quelques petites fêtes d'intérieur à l'occasion de la kermesse, des fêtes d'Amsterdam et de l'arbre de Noël. Des excursions pour les pensionnaires, et



des promenades aux alentours de la ville pour les indigents. La lecture de nombreuses publications, des jeux divers. Citons encore la musique du 6<sup>e</sup> régiment de ligne, en garnison à Bréda, qui a fait bénéficier plusieurs fois les malades de son généreux concours.

Si les moyens de distraction sont variés, il n'en est malheureusement pas de même des moyens de travail. Le D<sup>r</sup> Cowan regrette amèrement de ne pouvoir procurer à ses malades, autant qu'il le voudrait, le bénéfice du travail au grand air. C'est une lacune considérable à combler.

Les moyens de contrainte n'existent pour ainsi dire pas à l'asile de Dordrecht; un seul aliéné a dû être camisolé, autant à cause de ses tentatives de suicide répétées, que pour permettre la cicatrisation des plaies qu'ils s'était faites aux deux avant-bras.

En terminant son rapport, l'auteur cite cette sentence d'un poète grec : « L'homme est né pour faire le bien. » On peut aisément appliquer cette citation à l'esprit général de ce travail long et consciencieux.

D<sup>r</sup> G. CORTYL.

---

### BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— *Insanity; some of its preventable Causes* (De la folie et de quelques-unes de ses causes évitables); par le D<sup>r</sup> Gray. Broch. in-8, 47 pages. 1885. Utica, Etat de New-York, Ellis H. Robert et C<sup>o</sup>.

— *Case of cerebral tumor* (Cas de tumeur cérébrale); par les D<sup>rs</sup> Hughes Bennet et Rickman J. Godlee. Broch. in-8, 33 pages. 1885. London. J. E. Adlard.

— *The care of the Insane at Home and Abroad* (Le traitement des aliénés aux Etats-Unis et à l'étranger); par le D<sup>r</sup> Id. B. Goldsmith. Broch. in-8, 12 p. 1885. Dauvers, Massachusetts.

— *Insanity. Modern views as to its nature and treatment* (De la folie. Vues modernes sur sa nature et son traitement); par le professeur Gairdner de Glasgow. Broch. in-8, 70 pages. Glasgow, James Macle Hose et sons.

## ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 10 MAI 1886.

Présidence de M. BAILLARGER

L'assemblée s'est tenue, comme les années précédentes, au domicile du Président, rue de l'Université, 8, à trois heures.

M. Falret fait un rapport verbal sur les comptes du Trésorier, qu'il avait été chargé d'examiner conjointement avec M. Seme-laigne. Il déclare, qu'après examen, les comptes ont été trouvés exacts et les pièces à l'appui régulièrement établies. L'assemblée vote des remerciements à M. le Trésorier.

M. le Président donne la parole à M. Bouchereau, secrétaire, pour la lecture du rapport annuel.

Messieurs,

La première fois que je remplis devant vous la mission que vous m'avez confiée, un devoir douloureux m'incombe, c'est d'être l'interprète sincère et ému de vos regrets à l'occasion de la mort de trois membres du conseil de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Ces confrères distingués, dévoués également à notre œuvre, connus par leurs travaux scientifiques justement appréciés, rendaient à notre pays des services éminents, quand la mort est venue les frapper tous les trois à quelques mois d'intervalle : nous pouvions espérer les posséder encore durant de longues années pour le bien de notre association : tous les trois l'ont servie avec un zèle égal depuis



le jour de sa fondation, c'est-à-dire depuis 1865. Notre association doit son existence à M. Baillarger, notre cher Président, et le maître aimé de beaucoup d'entre nous : personne ne pourrait l'oublier ; à la vue de la situation bien douloureuse d'un certain nombre de médecins voués au traitement des aliénés, M. Baillarger a eu la pensée de créer une société destinée à venir au secours de ses confrères ou de leurs familles tombées dans l'infortune : MM. Lunier, Billod, Legrand du Saulle, dont nous déplorons la perte récente, répondaient à son appel dès le premier jour, et devenaient pour lui des collaborateurs dévoués.

M. Lunier (Ludger-Jules) est né à Sorigny, commune du canton de Montbazou, dans le département d'Indre-et-Loire : au concours de 1844, il a obtenu le titre recherché d'interne des hôpitaux de Paris, en même temps que MM. Duclos, de Tours, Henrot (Henri), de Reims, Bernard (Charles), Gubler, de Beauvais, Fano, Hervieux, Espiau de Lamaestre et Broca ; il a été placé le vingt et unième sur une liste de trente-huit titulaires : c'est là un succès dont M. Lunier a toujours eu le droit d'être fier : il y avait certainement pour lui du mérite à être nommé, quand il avait disputé la place à de tels concurrents. Sa voie était toute tracée ; les leçons de M. Baillarger, son oncle, l'ont conduit comme beaucoup d'entre nous à choisir l'aliénation mentale : c'est un des plus doux souvenirs de notre jeunesse que cet enseignement libre de la Salpêtrière, consacré par des succès légitimes et durables, que l'on ne saurait oublier sans injustice. Plusieurs jours avant la leçon, dans des entretiens familiers, M. Baillarger excitait notre curiosité et provoquait la contradiction ; puis, à l'amphithéâtre, après avoir exposé avec la plus parfaite équité les doctrines de ses prédécesseurs ou de ses contemporains, il développait son opinion personnelle d'une voix claire et ferme : ses idées apparaissaient dans un relief bien saisissant au moment de la présentation des malades, choisis avec un art parfait ; nous avions sous les yeux, nous le sentions, les types les mieux caractérisés des formes mentales faisant le sujet de la leçon. Messieurs, c'est pour nous une satisfaction bien grande de pouvoir rappeler devant le maître vivant avec quel empressement un auditoire fidèle et nombreux venait chaque dimanche entendre sa parole : son enseignement a été très suivi, parce qu'il s'inspirait des principes qui ont contribué à établir la réputation des meilleurs cliniciens français.

Grâce à la fréquentation intime de M. Baillarger, M. Lunier, esprit vif, doué d'une force d'assimilation incontestable,

est parvenu à acquérir en quelques années une instruction médicale très complète; ce qui exige pour la plupart des jeunes gens un stage plus long; aussi il n'y a pas lieu de s'étonner, s'il est arrivé jeune encore à une situation élevée.

En 1851, il est nommé médecin en chef du quartier des aliénés de Niort; en 1854, il passe à l'asile de Blois, en qualité de directeur-médecin en chef. Là, son activité s'exerce sur un terrain plus vaste: il améliore les quartiers anciens, agrandit l'asile, fonde un pensionnat, donne aux travaux des aliénés les développements nécessaires avec grand profit pour le budget de la maison et la santé des malades. Sous sa direction, cet établissement devient très important; grâce à son caractère conciliant, M. Lunier se rend maître de difficultés susceptibles d'arrêter beaucoup de médecins moins bien doués. On le voit avec peine quitter Blois, quand il est appelé à Paris en 1864 pour remplir les fonctions d'inspecteur général du service des aliénés.

Dans ce milieu absorbant, son existence paraît un sujet d'étonnement: il suffit à tout; il compose de nombreux rapports, assiste chaque semaine à des commissions, où il se fait remarquer par son exactitude et par la justesse de ses observations; il remplit avec distinction en France et à l'étranger les missions les plus diverses. Son zèle est à la hauteur de toutes les tâches. Les sociétés nombreuses dont il est membre le trouvent un des plus assidus à leurs séances: société médico-psychologique, société de médecine, société d'anthropologie, de statistique, d'hygiène publique, de médecine légale, et d'autres que j'oublie.

L'association française pour l'avancement des sciences le compte à tous ses congrès, il préside une section, ouverte sous son initiative, fait des communications, provoque des discussions, oblige les plus apathiques à prendre la parole: partout écouté, et recueillant partout des marques de sympathie. Avec ses collègues, MM. Constans et Dumesnil, il est l'auteur du Rapport général sur le service des aliénés que le gouvernement demanda à l'occasion de l'exposition de 1878: œuvre considérable, destinée à rester comme l'histoire la plus complète de nos asiles depuis le commencement du siècle.

Chaque année il va à l'étranger, où il assiste à des congrès scientifiques comme délégué du gouvernement français; il se voit très bien reçu, car dans sa personne on salue le médecin dont les travaux sont très appréciés, en même temps que le représentant d'une nation aimée; il y avait là pour lui une



double satisfaction de nature à lui plaire. De tout temps M. Lunier a pris une part active à la rédaction des *Annales médico-psychologiques* ; il fournit des articles importants au nouveau *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* ; il compose de nombreux mémoires disséminés dans divers recueils de médecine : il est le seul sur qui repose la publication du journal la *Tempérance* ; il fonde la société française de tempérance pour combattre l'abus des boissons alcooliques, société créée dans un but de moralisation et d'hygiène et inspirée par le sentiment de dévouement à la patrie à la suite des malheurs de la guerre de 1870. Une vie si bien remplie méritait d'obtenir des récompenses : M. Lunier a été promu officier de la Légion d'honneur en 1871, à l'occasion de services rendus durant le siège de Paris : l'Académie de médecine l'admettait au nombre de ses membres en mai 1883, distinction qui lui a été très sensible et qu'il a considérée comme le couronnement de sa carrière scientifique.

Mis à la retraite comme inspecteur général du service des aliénés et des prisons, M. Lunier obtint presque aussitôt une compensation en recevant le titre d'inspecteur général des enfants en bas âge : il paraissait avoir encore bien des années devant lui quand la mort l'a frappé brusquement : le 5 septembre 1885, il a été atteint d'une pneumonie contractée au retour d'une partie de chasse.

Cette fin prématurée, à l'âge de soixante-trois ans, a été vivement ressentie par ses collègues, ses amis, ses confrères. Puissent les hommages rendus à sa mémoire donner à la digne compagne de sa vie quelque adoucissement pour une séparation si cruelle ! M. Lunier a été le trésorier et le bienfaiteur de notre association.

M<sup>me</sup> Lunier, s'inspirant des sentiments de son mari, a fait des dons généreux à notre association : elle a tenu à s'inscrire comme membre honoraire : Messieurs, nous lui offrons en votre nom tous nos remerciements.

M. Billod est décédé le 26 février 1886 à Château-Gonthier (Mayenne) à l'âge de soixante-sept ans. Après avoir fait des études médicales sous la direction de Ferrus, de Falret père, deux maîtres renommés, et appréciés autant par leur caractère que par leurs écrits, M. Billod a commencé sa carrière comme médecin adjoint de l'asile d'Angers : en 1849, il est nommé directeur-médecin de l'asile de Blois ; en 1854, il passe à Sainte-Gemme (Maine-et-Loire) avec le même titre ; il occupe,

quatorze ans ces fonctions qu'il remplit avec la plus grande distinction.

En 1868, il est nommé directeur-médecin en chef de l'asile de Vacluse (Seine-et-Oise), qui venait d'être ouvert : là, nous avons pu apprécier l'urbanité et la distinction de ses manières, son dévouement à ses malades, son savoir, ses qualités d'administrateur.

Les *Annales médico-psychologiques* lui doivent de nombreux articles qui ont fait apprécier le savant et établi la réputation du clinicien ; parmi les nombreux travaux publiés par lui, nous pouvons citer :

Des maladies de la volonté ou étude des lésions de cette faculté dans l'aliénation mentale.

Considérations sur les intervalles dits lucides chez les aliénés.

Des lésions de l'association des idées.

Des aliénés avec conscience de leur état.

Un traité de la pellagre.

Sa dernière publication a pour titre, *Des aliénés en Italie*.

M. Billod a rendu de réels services au département de la Seine. En 1870, séparé de Paris, laissé à lui-même, il a continué à soigner ses malades, à les préserver des atteintes de l'armée allemande. Grâce aux relations qu'il s'était créées dans le voisinage de l'asile parmi des familles connues à l'étranger, M. Billod a obtenu du général commandant les forces allemandes un traitement dont la modération doit être louée : un certain mérite en revient à M. Billod, et à lui seul.

Tandis que Ville-Evrard, abandonné sur l'ordre de l'état-major français, eut beaucoup à souffrir, Vacluse a fonctionné comme en temps de paix.

Une conduite si honorable n'a pu préserver M. Billod de mesures de rigueur, qui ont eu sur sa santé les conséquences les plus fâcheuses : à la suite de conflits avec ses supérieurs hiérarchiques, on l'invita avant l'âge, à quitter son asile, à cesser immédiatement son service.

L'intervention bienveillante d'un membre du conseil général de la Seine très estimé de tous les partis, Paul Dubois, nature généreuse, n'a pu sauver M. Billod : cette retraite prématurée a dû lui coûter infiniment.

Nommé membre correspondant de l'Académie de médecine, M. Billod appréciait beaucoup ce témoignage d'estime rendu par de savants confrères à ses travaux, mais cet honneur



tardif ne parvint pas à cautériser une blessure trop vive pour sa nature sensible.

Il s'est éteint à l'âge de soixante-sept ans, après de cruelles souffrances, qui ont troublé ses derniers moments. M. Billod était officier de la Légion d'honneur. C'est sur son initiative personnelle que les asiles viennent, par une contribution volontaire, alimenter chaque année, pour une part importante, le budget de notre association.

Sa mémoire doit être conservée pieusement par tous ceux que notre association assiste, de même que nous, ses confrères, nous donnons à son souvenir l'hommage sincère de notre sympathie et de nos regrets.

M. Legrand du Saulle nous a été enlevé brusquement. Son deuil est tout récent : nous venons tous de le conduire à sa dernière demeure ; l'administration, les sociétés auxquelles il appartenait se sont fait un devoir de reconnaître les services qu'il a rendus.

Notre association doit à sa mémoire l'expression de ses regrets, car il a été longtemps le secrétaire du conseil et depuis sa fondation le membre dévoué de notre œuvre.

Né à Dijon en 1830, il a été successivement interne des asiles de Dijon, Rouen, Charenton, médecin de Bicêtre, de la Salpêtrière, médecin du dépôt de la préfecture de police, médecin en chef de l'infirmerie des aliénés, officier de la Légion d'honneur, membre et ancien président de la Société médico-psychologique, de la société de médecine légale.

Ses principaux travaux sont un traité de médecine légale très répandu, un livre sur le délire de persécution ; des articles publiés dans la *Gazette des hôpitaux* et les *Annales médico-psychologiques* ; son enseignement à l'école pratique, à la Salpêtrière a eu du succès. Dimanche dernier il faisait encore une leçon sans paraître malade : ceci montre sa rare énergie.

M. Legrand du Saulle a été un travailleur infatigable : la renommée a couronné ses efforts ; il a reçu des distinctions officielles nombreuses. La mort l'a prématurément et brutalement couché dans la tombe, alors qu'il semblait devoir produire longtemps encore des œuvres utiles, et bien que sa constitution fût en apparence très robuste ; quelques heures de maladie ont tout détruit.

La mort de M. Legrand du Saulle n'est pas seulement un deuil pour sa famille, elle est vivement ressentie par notre association à laquelle il a rendu des services signalés, en qualité de

secrétaire et de membre du conseil : avec lui disparaît un collaborateur très dévoué à notre œuvre.

Un de nos sociétaires, sorti du service actif, M. Chasseloup de Chatillon a donné sa démission.

M<sup>me</sup> Lunier, qui a donné tant de preuves de son intérêt à notre œuvre, a demandé le titre de membre honoraire ; nous lui offrons tous vos remerciements.

Nous avons à souhaiter la bienvenue à de jeunes confrères, membres fondateurs : leurs débuts sont pour nous une garantie certaine qu'ils feront honneur à notre spécialité.

Ce sont :

M. Jules Voisin, médecin de Bicêtre ;

M. Marcel Briand, médecin de l'asile de Villejuif ;

M. Dubuisson, médecin adjoint de Saint-Anne ;

M. Saury, directeur de la maison de santé de Suresnes.

Des sociétaires ont échangé ce titre contre celui de membres fondateurs :

M. Boudrie, devenu directeur-médecin de l'asile de Bassens, (Savoie) ;

M. Camuset, médecin de l'asile de Vacluse (Seine-et-Oise) ;

M. Hospital, médecin en chef de l'asile de Clermont (Puy-de-Dôme) ;

M. Cortyl, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure).

Nous comptons un membre sociétaire nouveau :

M. Fouriaux, médecin adjoint de l'asile de Clermont (Puy-de-Dôme).

Nous remercions ces nouveaux membres du concours généreux et utile qu'ils viennent apporter à notre association, qui comprend aujourd'hui :

Membres fondateurs . . . . .	87 membres
Membres sociétaires . . . . .	55 —
Membres honoraires . . . . .	3 —
Total. . . . .	<u>145 membres</u>

#### Compte rendu financier.

Les recettes, pour l'année 1885, s'élèvent au chiffre de 11,891 fr. 70, ainsi répartis.



*Recettes ordinaires.*

Cotisations . . . . .	3.532 »
Subvention ministérielle . . . . .	500 »
Allocation du département de la Seine . . . . .	1.000 »
Souscriptions d'asiles . . . . .	2.347 10
Intérêts des capitaux . . . . .	3 015 40
Total. . . . .	<u>10.394 50</u>

*Recettes extraordinaires.*

Ventes de 4 obligations de Lyon . . . . .	1.497.28
Recettes générales . . . . .	11.891.70
Il reste à recouvrer pour 1885 . . . . .	300. »

Messieurs, en votre nom nous adressons tous nos remerciements à M. le Ministre de l'Intérieur et aux différentes administrations départementales, aux directeurs d'asile, pour la générosité de leurs dons annuels ; leurs cotisations sont un élément important de nos recettes. Aux anciens asiles souscripteurs, nous devons en ajouter quatre nouveaux : Auch, Blois, Dijon, Rennes pour la somme de 100 fr. chacun :

Les asiles souscripteurs sont les suivants :

Asiles de Dole . . . . .	100 francs.
Mont-de-Vergue . . . . .	100
Aix . . . . .	50
Quatre-Mares . . . . .	100
Saint-Yon . . . . .	100
La Roche-Gandon . . . . .	100
Saint-Dizier . . . . .	100
Auxerre . . . . .	100
Prémontré . . . . .	100
Saint-Lizier . . . . .	50
Armentières . . . . .	100
Pau . . . . .	100
Toulouse . . . . .	100
Cadillac . . . . .	50
Châlons . . . . .	100
Fains . . . . .	100
Evreux . . . . .	100
Maréville . . . . .	100

Asiles de Bron. . . . .	100 francs
Bassens. . . . .	100
Bordeaux. . . . .	100
Dijon. . . . .	100
Blois. . . . .	100
Auch. . . . .	100
Rennes. . . . .	100
Saint-Venant. . . . .	100

La société Sainte-Marie de l'Assomption chargée du traitement des aliénés dans certains asiles . . . . . 50

Durant l'année 1885, l'association a distribué 7.850 francs répartis en fractions de 100 à 800 fr. et répondant à tous les besoins qui se sont fait connaître, et après examen approfondi par le conseil des justifications jointes aux demandes.

Cette somme porte à . . . . . 83.450 francs la totalité des secours distribués jusqu'à ce jour.

Les dépenses et achats de valeurs pour l'année 1885, se montent au chiffre de . . . . 11.617 fr. 05 ainsi décomposés :

Secours à la veuve d'un fonctionnaire du service des aliénés ne faisant pas partie de l'association. . . . .	800 fr. »
Secours à trois veuves d'anciens internes d'asile et à un médecin. . . . .	630 »
Secours à neuf veuves de membres de l'association. . . . .	4.850 »
Secours au fils d'un ancien sociétaire . . . . .	800 »
Secours à la femme d'un sociétaire malade . . . . .	800 »
Frais d'administration. . . . .	184 50
Achat de 65 fr. de rentes 4 0/0. . . . .	1.583 65
Achat de 75 fr. de rente 3 0/0 . . . . .	1.968 90
Total . . . . .	<u>11.617 fr. 05</u>

Le nouveau placement de fonds porte le capital acquis, calculé au prix d'achat au chiffre de 71.786 fr. 85 comprenant 1.565 fr. de rente 4 1/2 0/0

— 850 fr. de rente 3 0/0

et 43 obligations du chemin de fer du Midi.



*Récapitulation des secours et frais.*

Années.	Secours.	Frais d'administration.	Totaux.
1865 à 1885	75.600	1.426.75	77.026.75
1885	7.850	184.50	8.034.50
Total	83.450	1.611.25	85.061.25

Les prévisions budgétaires pour l'année 1885 sont établies de la manière suivante :

Reliquat des années antérieures à 1885 . . . . .	2.082 fr. 90
Reliquat de 1885 . . . . .	274 »
Dons déjà reçus . . . . .	300 »
Cotisations et restes à recouvrer . . . . .	3.800 »
Souscriptions d'asiles . . . . .	2.500 »
Allocation ministérielle . . . . .	500 »
Subvention du département de la Seine . . . . .	1.000 »
Intérêts des capitaux . . . . .	3.000 »
Total . . . . .	13.457 fr. 55

Sur cette somme, conformément aux statuts, nous pouvons disposer de . . . . . 10.000 fr. environ ;

Le conseil dans sa séance du 27 janvier

1886 a alloué sur l'exercice de 1886,  
et pour le premier semestre, les secours  
suivants :

A six veuves et à un fils de membres fondateurs ou sociétaires, et à un membre fondateur malade . . . . .	2.350 fr. »
A la femme d'un ancien médecin d'asile, sociétaire malade . . . . .	400 »
Total . . . . .	2.750 fr. »

Ces sommes distribuées laissent un solde  
disponible de . . . . . 7.250 fr. »

Sur lequel le conseil a décidé de vous  
proposer d'accorder :

- 1° La continuation du secours de . . . . . 600 »  
que, depuis sa fondation, l'association  
accorde à la veuve d'un médecin atta-  
ché au service des aliénés et non so-  
ciétaire ;
- 2° La faculté d'augmenter de . . . . . 200 »

ce secours, si pendant le cours de l'année le conseil le juge urgent et possible.

3° Un secours de . . . . .	600 fr. »
à répartir entre trois veuves d'anciens internes d'asiles : ces différentes sommes, versées, laisseraient un solde de . . . . .	5.850 »
pour les nécessités du deuxième semestre, qui selon les prévisions doivent se monter à la somme de . . . . .	3.550 »
Il resterait encore . . . . .	2.300 »

pour les éventualités qui peuvent se présenter. Toutes ces propositions, mises aux voix, sont votées par l'assemblée générale.

M. Baillarger fait observer que, par suite de l'état peu satisfaisant de sa santé, il craint de ne pouvoir assister très régulièrement à toutes les séances du conseil ; par conséquent, il prie l'assemblée de vouloir bien lui adjoindre un vice-président pour le suppléer en cas d'empêchement de sa part.

L'assemblée est unanime à exprimer à M. Baillarger son vif désir de voir sa santé se consolider, car sa présence au milieu de nous est très nécessaire pour le bien de l'association. Cependant, pour répondre au désir de M. Baillarger, l'assemblée décide qu'il y a lieu de nommer un vice-président ; or, comme cette mesure entraîne une modification des statuts, cette proposition, adoptée par l'assemblée générale, sera transmise à la connaissance de M. le Ministre de l'Intérieur, afin d'obtenir l'autorisation du Conseil d'Etat, dont l'approbation est indispensable.

L'assemblée autorise le trésorier à faire tous retraits de fonds et de titres qui seront déposés au compte courant qui sera ouvert à la société dans une caisse publique ; elle l'autorise, en outre, à faire au nom de l'association tout placement de fonds conformément à l'art. 11 du règlement intérieur.

M. le Président annonce que, par application de l'article 9 des statuts, on va procéder au renouvellement partiel du conseil, et au remplacement de trois membres décédés, MM. Lunier, Billod, Legrand du Saulle. A la suite du vote, qui a lieu immédiatement, M. le Président annonce que MM. Christian, Giraud, Bigot sont proclamés membres du Conseil :

Le Conseil se trouve donc composé de la manière suivante pour l'année 1886 :

1° MM. Blanche, Bigot, Bouchereau, Falret et Labitte, dont le mandat prend fin en 1887 ;



2° MM. Giraud, Goujon, Mesnet, Rousselin, Semelaigne  
en 1888;

3° MM. Baillarger, Christian, Constant, Foville, Mitivié  
en 1889.

Le bureau est ainsi formé pour l'exercice de l'année 1886 :

M. Baillarger, *Président*.

M. Mitivié, *Trésorier*.

M. Bouchereau, *Secrétaire*.

Après la proclamation de ces divers scrutins, M. le Président remercie tous les membres ayant pris part à l'assemblée générale et lève la séance à quatre heures.

#### BOUCHEREAU.

M. le Président annonce que par application de l'article 11 des statuts, il a procédé au renouvellement partiel du conseil, et au remplacement des trois membres démissionnaires MM. Laguesse, Billel, Legendre du Saulle. A la suite du vote, qui a lieu immédiatement, M. le Président annonce que MM. Giraud, Mesnet, Goujon, Foville, Constant, Christian, Rousselin, Semelaigne, Mitivié, Baillarger, ont été élus pour l'année 1886. Le conseil se trouve donc composé de la manière suivante :  
1° MM. Blanchet, Bigot, Bouchereau, Foville et Laguesse, dont le mandat prend fin en 1887 ;  
2° MM. Giraud, Mesnet, Goujon, Foville, Constant, Christian, Rousselin, Semelaigne, Mitivié, Baillarger, élus pour l'année 1886 ;  
3° MM. Giraud, Mesnet, Goujon, Foville, Constant, Christian, Rousselin, Semelaigne, Mitivié, Baillarger, élus pour l'année 1889.

## VARIÉTÉS

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— M. le D<sup>r</sup> LEGRAS, ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-inspecteur des asiles publics d'aliénés de la Seine, est nommé deuxième médecin adjoint de l'infirmerie spéciale des aliénés près le Dépôt de la Préfecture de police, en remplacement de M. Ch. FÉRÉ, démissionnaire.

— Par suite de la mort de M. LEGRAND DU SAULLE, les mutations suivantes auront lieu, au mois d'août prochain, dans le service médical des aliénés dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris. M. le D<sup>r</sup> JULES VOISIN passe de l'hospice de Bicêtre à l'hospice de la Salpêtrière; M. le D<sup>r</sup> DENY, médecin adjoint à l'hospice de Bicêtre, passe médecin titulaire dans le même établissement.

— *Arrêté du 15 février 1886.* Ont été promus pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1886 :

A la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.), M. le D<sup>r</sup> FAUCHER, directeur médecin en chef de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne);

A la 1<sup>re</sup> classe de son grade (7,000 fr.), M. le D<sup>r</sup> HOMÉRY, directeur médecin en chef de l'asile de Saint-Athanase (Finistère);

A la 3<sup>e</sup> classe de son grade (5,000 fr.), M. le D<sup>r</sup> LONGEAUD, directeur médecin en chef de l'asile de Rodez (Aveyron).

Ont été promus à la 1<sup>re</sup> classe de leur grade (3,000 fr.) pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> février 1886 : MM. les D<sup>rs</sup> GUILLEMIN, médecin adjoint de l'asile de Dôle (Jura); PARIS, médecin adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, et BELLAT, médecin adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne).

— *Arrêté du 15 mai 1886 :*

M. le D<sup>r</sup> FABRE, directeur médecin en chef de l'asile de Saint-Lizier (Ariège), est nommé directeur médecin en chef de l'asile de Saint-Alban (Lozère);

M. le D<sup>r</sup> LONGEAUD, directeur médecin en chef de l'asile de Rodez, est nommé directeur médecin en chef de l'asile de Saint-Lizier;

M. le D<sup>r</sup> CAMPAN, médecin en chef de l'asile de Cadillac



(Gironde), est nommé directeur médecin en chef de l'asile de Rodez (Aveyron).

— *Arrêté du 20 mai 1886* : M. le D<sup>r</sup> CAMUSET, directeur médecin en chef de l'asile de Saint-Alban (Lozère), est nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), et promu à la 3<sup>e</sup> classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du 22 mai 1886* : M. le D<sup>r</sup> DUBIEF, conseiller général de Saône-et-Loire, est nommé directeur de l'asile public d'aliénés de Saint-Pierre, à Marseille, en remplacement de M. CARTOUX, décédé, et placé dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du 25 mai 1886* : M. le D<sup>r</sup> TAGUET, directeur médecin en chef de l'asile de Lesvellec, près Vannes (Morbihan), est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (7,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> mai 1886.

— *Arrêté du 25 mai 1886*. Ont été promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> février 1886 : MM. les D<sup>rs</sup> SCHILS, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard ; MAUNIER, médecin adjoint de l'asile d'Aix ; GARNIER, médecin adjoint de l'asile de Bailleul ; ADAM, médecin adjoint de l'asile d'Armentières ; BRUN, médecin adjoint de l'asile de Bron ; MARTINENQ, médecin adjoint de l'asile de Saint-Yon, et FEBVRE, médecin adjoint de l'asile de Mont-de-Vergues.

— *Arrêté du 1<sup>er</sup> juin 1886*. M. le D<sup>r</sup> ADAM, médecin adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), est nommé médecin adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne), en remplacement de M. le D<sup>r</sup> CHADZINSKI.

— *Arrêté du 12 juin 1886*. M. le D<sup>r</sup> Georges LEMOINE, interne à l'asile de Bron, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, est nommé médecin adjoint à l'asile d'Armentières et placé dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (2,500 fr.).

— M. le D<sup>r</sup> DUFOUR, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert, vient d'être nommé vice-président de la Société de médecine et de pharmacie de l'Isère.

#### NÉCROLOGIE

D<sup>r</sup> HENRI LEGRAND DU SAULLE. — La médecine mentale vient de faire une perte bien sensible par la mort de M. Henri Legrand du Saulle, décédé le 5 mai dernier, à l'âge de cinquante-six ans.

H. Legrand du Saulle était né à Dijon, le 16 avril 1830.

C'est dans sa ville natale qu'il fit ses études classiques et commença sa médecine. Il entra, jeune encore, à l'asile des aliénés de la Côte-d'Or, comme interne de Dumesnil ; puis il passa quelque temps dans le service de Morel à Saint-Yon, et devint enfin en 1853 interne de M. Calmeil, à la maison de Charenton. Travailleur infatigable, il passa brillamment ses examens de médecine et soutint, en 1856, sa thèse de doctorat sur la *monomanie incendiaire*.

Légrand du Saulle possédait toutes les qualités pour réussir : ténacité au travail, volonté, persévérance, grande faculté d'assimilation, facilité de plume, etc. Son désir, ses goûts, ses aptitudes le poussaient vers la médecine mentale ; jamais il ne perdit de vue le but à atteindre. La nécessité le força à faire du journalisme médical, il le fit bien : nous n'en voulons pour preuve que les leçons de Trousseau qu'il rédigea pour la *Gazette des hôpitaux* ; c'est aussi la nécessité qui le conduisit à la pratique médicale dans une ville d'eaux, à Contrexéville ; mais s'il y passait quelques mois de l'été, éloigné de ses études habituelles, il reprenait avec une vive satisfaction, l'hiver venu, ses attachants travaux sur la pathologie mentale.

Elève assidu de M. Baillarger, Légrand du Saulle rédigea une grande partie des leçons du Maître, qui lui confia, pendant de longues années la direction des *Annales médico-psychologiques*. Par son activité incessante, ses habitudes du journalisme, notre regretté prédécesseur contribua pour une très large part au succès de notre recueil ; nous ne saurions l'oublier ici et nous nous faisons un devoir d'en rendre hommage à sa mémoire. Il y publia d'ailleurs des travaux très importants, parmi lesquels nous signalerons tout spécialement les suivants : *Folie à double forme. Guérison par l'emploi du sulfate de quinine* (*Ann. méd. psych.*, 1855, t. I, p. 53) ; *Recherches cliniques sur le mode d'administration de l'opium* (1859, t. V, p. 1) ; *Etude médico-légale sur l'hystérie et sur le degré de responsabilité des hystériques et des aliénés devant la loi* (1860, t. V, p. 95) ; *Etude médico-légale sur l'épilepsie* (1861, t. VII, p. 23), etc.

Dès cette époque, on constate la tendance d'esprit de Légrand du Saulle ; sa nature, quelques études de droit commencées dans le but de prendre des grades, ses facultés spéciales, le poussaient vers la médecine légale, et particulièrement vers cette partie de cette science qui concerne les aliénés. Cette tendance s'affirma résolument dans l'ouvrage qu'il fit paraître en 1864, *La folie devant les tribunaux*. Dans cette œuvre se trouve le plan de ce pont qu'il se proposait de jeter entre le droit et la médecine mentale. Toute sa vie fut consacrée à réaliser ce plan, et en étudiant son œuvre si vaste, il serait



difficile de dire qu'il a manqué au programme qu'il s'était tracé. *Le délire des persécutions* (Paris, 1871); 1 *Etude médico-légale sur les épileptiques* (1877); 1 *Etude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie* (1879); 1 *Etude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et le conseil judiciaire* (1881); les *Hystériques* (1883), et enfin son *Traité de médecine légale* (1<sup>re</sup> édition 1874 et 2<sup>e</sup> édition 1886), forment une succession de volumes qui, tous, ont été inspirés par une pensée maîtresse : la fusion entre la médecine et le droit.

A côté de cette partie, vraiment originale, de l'œuvre de Legrand du Saulle, il faut citer encore d'autres travaux plus exclusivement cliniques et qui ne sont pas sans mérite, tels que *La folie héréditaire* (Paris, 1873); *Pronostic et traitement de l'épilepsie* (1873); *La folie du doute avec délire du toucher* (1875); *Etude clinique sur la peur des espaces* (Agoraphobie des Allemands, *névrose émotive*) (1878); *Les signes physiques des folies raisonnantes* (1878).

Legrand du Saulle fut nommé médecin de l'hospice de Bicêtre en 1867. il passa à la Salpêtrière en 1879, en remplacement de M. Delasiauve qui venait de prendre sa retraite. Dans tous les services qui lui ont été confiés, il laisse de lui le meilleur souvenir; sa bonté, son obligeance affectueuse étaient constantes. Il aimait ces malheureux déshérités de l'intelligence, et on peut dire qu'ils le payaient de retour.

Notre regretté collègue a consacré une grande partie de son temps dans les services de la préfecture de police. Nommé le 1<sup>er</sup> avril 1868, médecin adjoint du Dépôt, il devint médecin titulaire deux mois après. Il suppléait souvent, sans titre officiel, M. le professeur Lasègue dans ses fonctions de médecin de l'infirmerie spéciale. Est-il besoin de rappeler que, durant tout le temps de la Commune, il ne quitta pas un seul instant son poste, et qu'au péril de sa vie, il sauva plus d'une des victimes de l'insurrection, et adoucît, autant que cela était en son pouvoir, celles dont il ne pouvait, comme médecin, signer la mise en liberté? — Le 1<sup>er</sup> janvier 1873, il fut nommé médecin-suppléant de Lasègue à l'infirmerie spéciale du Dépôt, et dix ans après (le 11 avril 1883), il devint médecin en chef du service, en remplacement du regretté maître, décédé quelques jours auparavant.

Que pourrions-nous dire de l'homme, de son caractère, qui n'ait été dit et répété par tous ceux qui ont pris la parole sur sa tombe? La mort de ce travailleur infatigable a douloureusement surpris tous ceux qui le connaissaient et l'aimaient. On ignorait généralement qu'il fût atteint d'une de ces maladies générales qui minent sourdement les organisations les plus vigoureuses. D'ailleurs savait-il lui-même qu'il fût diabétique?

Quoi qu'il en soit, il resta sur la brèche presque jusqu'à son dernier jour; ce n'est que lorsque, épuisé, à bout de forces, il ne put plus rester debout, qu'il fit appeler à son chevet un de ses anciens internes, resté son ami. M. le D<sup>r</sup> Le Gendre eut « la douleur de constater ce que l'œil le moins exercé pouvait voir, la marque d'une fin inexorable et prochaine imprimée sur son visage. » Malheureusement le pronostic était fatal, la thérapeutique impuissante; et bientôt, selon les paroles de M. Le Gendre, notre collègue « s'éteignait doucement, sans souffrance, quittant la vie sans en avoir conscience. »

Les obsèques de Légrand du Saulle eurent lieu le 8 mai 1886, au milieu d'un concours considérable d'amis, de médecins, de magistrats, d'avocats. Sept discours ont été prononcés sur sa tombe : par M. Gragnon, préfet de police, au nom de son administration; par M. Lebas, directeur de la Salpêtrière, au nom de l'Assistance publique; par M. le D<sup>r</sup> Jules Falret, au nom des médecins de la Salpêtrière; par M. le D<sup>r</sup> Paul Garnier, au nom de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police; par M. le D<sup>r</sup> Ant. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique; par M. Gabriel Pouchet, au nom de la Société de médecine légale et par M. le D<sup>r</sup> P. Le Gendre, au nom des anciens élèves de Légrand du Saulle.

Nous croyons devoir reproduire les quatre discours suivants qui nous font connaître le médecin aliéniste dans son œuvre et dans les diverses fonctions qu'il a remplies.

D<sup>r</sup> ANT. RITTI.

*Discours de M. GRAGNON, préfet de police.*

MESSIEURS,

Des voix plus autorisées que la mienne, celles de ses confrères, vous diront la haute science du maître que nous venons de perdre. Je n'ai pas la pensée d'y joindre mon faible témoignage; mais je ne saurais oublier que le savant que nous pleurons a mis au service de la Préfecture de police, pendant une longue partie de sa vie, son temps, son expérience, le fruit de laborieuses études, une autorité incontestée, et au nom de l'administration que je dirige, j'apporte sur cette tombe mon tribut de reconnaissance et de regrets au collaborateur infatigable, à l'homme de cœur que nous trouvions toujours prêt à répondre à notre appel quand il s'agissait d'un acte de dévouement à accomplir ou d'une misère à soulager.

Lorsque, après avoir rempli les fonctions de médecin du Dépôt pendant de longues années, M. le docteur Légrand du Saulle fut nommé, le 12 avril 1883, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale, il écrivait à mon prédécesseur : « Vous venez



de m'appeler à un poste difficile auquel je me prépare depuis quinze ans. » Il se trompait en un point, car, dès 1850, à l'âge de vingt ans, il avait dirigé ses études vers la médecine aliéniste et était entré en qualité d'interne à l'asile public d'aliénés de la Côte-d'Or, d'où il passa plus tard à l'asile de Quatre-Mares, puis à la maison nationale de Charenton. Là où il ne se trompait pas, c'est lorsqu'il parlait de la délicatesse des fonctions du médecin en chef de l'Infirmerie spéciale et des lourdes responsabilités qu'elles portent avec elles. Dans une administration où toutes les attributions sont délicates, il n'en est pas de plus délicate en effet que l'application de la loi sur les aliénés. Il est nécessaire que le médecin chargé de statuer sur l'état mental des malades qui y sont conduits quotidiennement et dont la décision, en même temps qu'elle frappe des citoyens dans leur liberté, engage si gravement notre responsabilité, soit un spécialiste éminent, d'une haute valeur scientifique et d'une compétence universellement acceptée. Plus de trois mille malheureux, recueillis dans leurs domiciles ou trouvés sur la voie publique en proie à un accès de folie, entrent chaque année à l'Infirmerie spéciale du Dépôt. Si tous ont donné des marques d'une altération des facultés mentales, ils ne sont pas tous cependant destinés à devenir les pensionnaires des asiles d'aliénés. Quelques-uns ne sont atteints que d'un délire momentané, occasionné par un de ces événements de la vie dont le temps fait disparaître le souvenir. A la suite d'une observation attentive dont la durée peut être de plusieurs jours, ceux-là sont rendus à la liberté. Et ce n'est pas un des moindres mérites de l'Infirmerie spéciale que d'éviter à ces pauvres victimes d'une erreur de conduite ou d'un accès de désespoir de franchir le seuil de ce qu'on appelle une maison de fous. Mais le médecin ne borne pas là sa tâche à l'égard des malades de cette catégorie ; il a le devoir de les signaler à la Préfecture de police, et celle-ci leur donne assistance et s'efforce par tous les moyens en son pouvoir d'effacer ou d'atténuer la cause du mal. Comprise et dirigée de la sorte, l'Infirmerie spéciale du Dépôt n'est pas seulement une clinique pour le médecin, mais aussi un champ ouvert à l'homme de bien. Il doit apporter dans ses fonctions la promptitude et la sûreté du diagnostic, en même temps qu'un respect religieux de la liberté individuelle et le souci constant de la responsabilité morale qui pèse sur celui qui a mission d'en disposer. C'étaient les qualités de M. Legrand du Saulle, et c'est pourquoi il fut appelé à succéder à son illustre maître, le professeur Lasègue.

Les médecins, auxquels incombe la mission délicate et ardue de juger les troubles de l'esprit et de rechercher dans un cerveau, comme un clavier, quelle est la note qui détonne, ont des

procédés divers et qui varient suivant leurs tempéraments. Les uns, à l'exemple de l'illustre professeur Lasègue, se rendent maîtres des résistances de l'aliéné par une sorte de brusquerie affectueuse qui le surprend, le découvre et le désarme. C'est par une douceur insinuante et par une inaltérable bonhomie que d'autres parviennent à triompher de sa défiance et de sa colère. Cette manière de procéder était celle de M. Legrand du Saulle, et il faut dire qu'il y excellait. Quelle que fût la multiplicité de ses occupations, il arrivait invariablement à la même heure à l'infirmerie. Là, pendant qu'on amenait devant lui le malade sur lequel il allait avoir à formuler une opinion mûrement pesée et réfléchie, il jetait un regard rapide sur les renseignements fournis par son dossier, puis abordait l'entretien en donnant à sa voix, à ses gestes, à toute sa personne, une allure de bienveillance toute rassurante, et c'était merveille de voir cet homme à la stature athlétique, ce savant éminent dont la notoriété était universelle, montrer auprès de ces déshérités de la raison une souplesse, une patience, une aménité que ne décourageaient ni les violences, ni les outrages, ni les menaces des plus exaltés. Rompu à toutes les difficultés de la clinique mentale, il voyait vite et bien, et ses rapports nets, précis, décisifs, étaient toujours largement motivés.

A ces qualités, il joignait un zèle infatigable, et nous nous séparons de lui sans qu'il ait pris un jour de congé en dix-huit années d'exercice. Quelques heures même avant sa mort, déjà mortellement atteint, mais voulant aller jusqu'au bout de ses forces, il était encore à son poste, et comme on lui en faisait amicalement reproche : « Je n'ai pas, dit-il, le droit de faire défaut. »

Votre souvenir ne lui fera pas défaut non plus, et je suis fier d'être appelé par mes fonctions à lui donner, au nom de mon administration tout entière, ce dernier témoignage d'estime, de reconnaissance et de regrets.

*Discours de M. le Dr FALRET, médecin de la Salpêtrière.*

MESSIEURS,

En présence de cette tombe, je n'ai pas l'intention de faire un discours ; mon émotion ne me le permettrait pas. Je veux simplement adresser quelques paroles d'adieu au collègue et à l'ami dont nous déplorons tous ici la perte prématurée.

Mêlé à son existence depuis le début de sa carrière médicale jusqu'à sa mort, j'ai suivi pas à pas toutes les étapes de sa vie scientifique, et je considère comme un devoir de rendre ici hommage à sa mémoire.



Son existence, si brusquement interrompue, a été exceptionnellement bien remplie.

Né à Dijon en 1830, il fit de brillantes études au lycée de cette ville et commença d'abord par faire son droit, avant de se destiner à la profession médicale.

Successivement interne dans les asiles d'aliénés de Dijon, de Rouen et de Charenton, il poursuivit dans ces différents établissements ses études médicales, et ses goûts naturels l'entraînèrent alors vers la spécialité des maladies mentales.

Il passa sa thèse en 1856 sur la monomanie incendiaire, et sa vocation spéciale fut dès lors fixée.

Mais, pendant plusieurs années, se trouvant aux prises avec les difficultés de l'existence, il se lança dans le journalisme médical et publia dans la *Gazette des hôpitaux* les leçons du professeur Trousseau.

Depuis lors, il a toujours mené de front l'exercice de la profession médicale et les travaux scientifiques. Il fut d'abord nommé, au dépôt de la préfecture de police, médecin adjoint de notre si regretté maître et ami, le professeur Lasègue, qu'il seconda pendant de longues années et auquel il succéda définitivement il y a trois ans.

Par un labeur incessant, une volonté persévérante et une grande énergie de caractère, il s'éleva peu à peu, de degré en degré, dans la profession médicale et finit par arriver enfin à la notoriété, à la réputation et même à la fortune. Il publia de nombreux articles dans les journaux de médecine, des mémoires variés, plusieurs ouvrages couronnés par l'Institut et prit, pendant de longues années, une part active à toutes les discussions qui eurent lieu à la Société médico-psychologique, dont il fut longtemps le trésorier, et à la Société de médecine légale, dont il fut un des fondateurs.

Nommé médecin de Bicêtre en 1867, d'abord dans le service des épileptiques, puis dans celui des aliénés, il passa plus tard, au même titre, à la Salpêtrière, et dans ces divers services il se montra toujours exact et zélé dans l'accomplissement de tous ses devoirs professionnels.

En 1870, pendant le siège de Paris, il fut chargé, à Bicêtre, d'un service spécial de varioleux, et, en compagnie de ses collègues Blachez et Berthier, il montra une activité, un courage et une énergie exceptionnels, au milieu des circonstances les plus difficiles, ce qui lui valut la décoration de la Légion d'honneur. Plus tard, en 1871, pendant la Commune, au Dépôt de la préfecture de police, il eut de nouveau à lutter contre les difficultés sans nombre, dont il a lui-même relaté toutes les péripéties dans un chapitre spécial annexé à l'un de ses ouvrages. Depuis lors, il a toujours continué à travailler, avec

une activité qui ne s'est jamais ralentie. Il a publié de nombreux mémoires et plusieurs volumes dont je n'ai pas à parler ici, sur les épileptiques, les hystériques, les maladies cérébrales, les affections mentales et sur la médecine légale des aliénés.

Le travail, telle a été la devise et l'idée dominante de sa vie, et c'est le travail qui l'a tué!

Doué de facultés éminentes, d'une mémoire extraordinaire, d'une grande facilité d'assimilation et d'un vrai talent d'exposition, il a fait des cours publics à l'Ecole pratique et à la Salpêtrière qui ont attiré de nombreux auditeurs et écrit plusieurs ouvrages, qui perpétueront son nom et laisseront une trace durable dans la science.

Nature expansive et sympathique, il attirait à lui par sa bienveillance et son affabilité. Je n'oublierai jamais, pour ma part, nos entretiens familiers, à Bicêtre et à la Salpêtrière, où nous échangeions librement et avec un complet laisser-aller, en présence des élèves, nos impressions de chaque jour.

Naturellement bienveillant, il a passé sa vie à se rendre utile à des confrères, à des élèves, à des amis, à des étrangers, à des inférieurs.

Personne ne s'adressait en vain à lui pour lui demander un service, et si tous ceux qu'il a obligés dans sa vie étaient ici présents, le nombre des assistants à cette cérémonie funèbre serait encore plus grand qu'il ne l'est aujourd'hui.

Homme de famille et d'intérieur, il aimait passionnément les siens, dont il était tendrement aimé à son tour, et c'eût été pour lui un bien cruel déchirement si, dans ses derniers jours, il avait dû s'en séparer en ayant la conscience de sa fin prochaine!

Pendant toute l'année dernière, il a travaillé plus que jamais et il a terminé heureusement la seconde édition de son *Traité de médecine légale*. Souvent alors, il était obligé de s'avouer à lui-même que ses forces commençaient à défaillir et il aspirait par moments au repos et à la retraite; mais, bientôt, son ardeur pour le travail reprenait le dessus et, dans ces derniers temps, il songeait encore à publier en volume ses leçons cliniques de la Salpêtrière. Malgré la fatigue qu'il commençait à ressentir, il n'hésita pas cependant, au commencement d'avril, à reprendre ses leçons cliniques à la Salpêtrière qui attiraient tous les ans de nombreux auditeurs. Samedi dernier, il y a huit jours, il éprouvait encore plus de fatigue qu'à l'ordinaire et se demandait s'il pourrait faire sa leçon le lendemain. Néanmoins, par un dernier effort de volonté il s'y décida et, dimanche matin, il fit sa dernière leçon sur l'aphasie au point de vue médico-légal, avec autant d'entrain et de succès que jamais. Mais, à peine cette leçon terminée, il se sentit plus faible encore que les jours



précédents, se mit au lit avec la fièvre, et trois jours après, mercredi soir, il s'éteignait dans le coma, sans avoir eu un seul instant, conscience de la gravité de son état. En présence d'une fin si rapide et si inattendue, qui ne se sentirait profondément ému et quel est celui d'entre nous qui pourrait encore compter sur le lendemain?

Adieu, cher collègue et ami, ton souvenir restera toujours profondément gravé dans nos cœurs!

*Discours de M. le docteur PAUL GARNIER, au nom de l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police.*

MESSIEURS,

Le savant éminent, le maître aimé que la mort, dans ses inexorables rigueurs, vient de frapper brutalement, a tenu des emplois multiples et il les a occupés tous avec éclat. Mais j'ose dire que, nulle part, il n'a plus brillamment marqué la trace de son passage qu'à cette Infirmerie spéciale du Dépôt où sa fin si soudaine, si prématurée, a causé une douloureuse émotion et des regrets bien vifs dont je voudrais pouvoir traduire toute l'étendue.

Il y a quelque vingt ans, son illustre prédécesseur, le professeur Lasègue, obéissant à l'un de ces mouvements empreints de la plus généreuse spontanéité, si fréquents dans sa vie, et voulant donner une preuve particulière d'estime à celui qui avait si fidèlement reproduit, dans la *Gazette des hôpitaux*, les leçons cliniques de son maître Trousseau, le fit entrer au Dépôt de la Préfecture de police et lui ouvrait ainsi la carrière qu'il a si vaillamment parcourue. Legrand du Saulle se plaisait à le proclamer, de même qu'il aimait à dire que la plus grande partie des documents cliniques qui lui ont servi pour l'édification de son œuvre si considérable, avaient été puisés dans ce service de l'Infirmerie spéciale, ce champ d'observation si vaste et si varié, où se rencontrent tant de misères pathologiques et où aboutissent tant d'aventures cérébrales. Combien ferme, courageuse et digne fut son attitude en 1871, ses biographes l'écriront; ce sera l'une des plus belles pages de son histoire.

Je n'essaierai point de dresser le catalogue de ses nombreux travaux qui vous sont tous présents à la mémoire; je veux seulement rappeler que, pendant trente années, il a mis sa prodigieuse activité au service d'une idée qui a dominé toute sa vie scientifique: familiariser le médecin avec les formules du droit et fournir au magistrat, comme à l'avocat, d'utiles données pour l'élucidation des problèmes de la médecine légale et de la clinique mentale.

Le succès de ses ouvrages a suffisamment montré combien ses visées étaient justes et combien féconde devait être cette entreprise à laquelle il était tout spécialement préparé par de fortes études juridiques. Mais quel immense labeur et quel merveilleux talent d'assimilation il lui a fallu pour la mener à bonne fin !

C'était un travailleur infatigable, se maintenant constamment en haleine. En dépit des nombreuses occupations qui le sollicitaient de toutes parts, il était toujours prêt lorsqu'on venait faire appel à son bon vouloir, à son extrême bienveillance. Il aimait, par-dessus tout, à rendre service ; il ne se déroba point par des phrases banales, mais embrassait de suite, avec ardeur, la cause de celui qui venait réclamer auprès de lui aide et protection. Parvenu au faite et à l'apogée de la renommée, il acceptait toutes les charges et toutes les responsabilités d'un service extraordinairement actif avec cette bonne grâce, cet entrain, cette belle humeur qu'il apportait en tout.

Depuis deux ans environ, sa robuste santé à laquelle il avait tant demandé, avait paru fléchir. C'était un avertissement, il ne l'écouta pas !

Malgré les prières des siens, malgré les conseils d'amis éclairés, il ne voulut point tenir compte de ce qu'il considérait comme des défaillances passagères.

Emporté par sa fièvre de travail et toujours aussi épris de sa chère science, il ne se ménagea point et se prodigua, au contraire, sans merci. Vous le savez, Messieurs, la veille de sa mort encore il payait bravement de sa personne. Secoué par le frisson et ne pouvant se soutenir qu'avec peine, il faisait dimanche dernier son cours à la Salpêtrière. Il y fut brillant, comme de coutume ; mais cet effort héroïque le terrassa et lui coûta la vie.

A celui qui lui reprochait affectueusement d'avoir tenté plus que ne permettaient les forces humaines, il répondit simplement comme le rappelait éloquentement à l'instant M. le Préfet de police : « Je ne pouvais faire défaut. »

C'est ainsi qu'il est mort : frappé debout, en pleine lutte scientifique et n'ayant pas fait un pas pour la retraite.

Et maintenant, cher maître, vous voilà immobile et glacé, vous hier encore si plein de vie, si actif, vous voilà, suivi par tous nos regrets et les témoignages de notre reconnaissance, dans le champ de l'éternel repos. Comme ce mot jure avec toute votre existence si remplie ! Il a fallu la mort pour l'allier à votre nom. Celui-ci, du moins, revivra dans vos œuvres comme il restera gravé dans nos cœurs. Puisse toute cette illustration attachée à votre mémoire, puisse cet immense concours de sympathies apporter quelque apaisement à la douleur de la com-



pagne si dévouée de votre vie et de vos chers enfants que vous avez tant aimés !

*Discours de M. RITTI, au nom de la Société médico-psychologique.*

MESSIEURS,

La Société médico-psychologique, au nom de laquelle je prends ici la parole, est bien cruellement éprouvée depuis quelques mois. Après Amédée Dechambre, un de ses fondateurs, elle a vu disparaître successivement et à quelques semaines d'intervalle, Billod, Edouard Fournié, Bourdin. Aujourd'hui, nouveau jour de deuil. L'implacable mort, par un coup aussi brutal qu'imprévu, enlève à sa famille, à ses élèves, à ses amis, à ses travaux, un de nos collègues, encore tout débordant d'activité, qu'une vie de constant labeur et d'efforts soutenus avait placé parmi les membres les plus éminents de notre spécialité.

Pour étudier la médecine mentale, M. Legrand du Saulle avait été à bonne école. Interne de Duménil à Dijon, de Morel à Rouen et de M. Calmeil à Charenton, il sut mettre à profit l'enseignement de ces maîtres et acquérir cette habitude de l'observation minutieuse qui fait les bons cliniciens et qu'il devait encore perfectionner dans la fréquentation assidue des leçons de notre vénéré maître, M. Baillarger.

Mais l'étude de la médecine, quelque absorbante qu'elle soit, ne suffisait pas à l'activité du jeune étudiant ; il entreprit aussi celle du droit. Dès cette époque, rapprochant des connaissances en apparence étrangères l'une à l'autre, il se traça en quelque sorte la programme de sa vie scientifique. Pendant plus de trente ans, il mit toutes les forces de son esprit au service de cette idée : ouvrir une voie de communication entre la médecine et le droit. C'est la pensée maîtresse du premier volume qu'il publia et qui commença sa réputation. Cette œuvre, *la Folie devant les tribunaux*, date de 1864 ; elle contient en germe toutes les publications ultérieures du savant médecin légiste. Chacun de ses chapitres devait devenir un livre, et c'est ainsi que nous avons vu paraître successivement et à de très courts intervalles, *l'Etude médico-légale sur les épileptiques*, celle sur les *Hystériques*, le *Traité des testaments contestés pour cause de folie*, celui sur *l'Interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire*. Ce n'est ni le lieu ni le moment d'analyser ces nombreux volumes si riches de documents cliniques, de faire ressortir l'esprit pratique qui les a inspirés et, par suite, les services qu'ils ont rendus. Ils sont dans les mains de tous les médecins légistes et dans les bibliothèques de tous les

jurisconsultes : n'est-ce pas le plus bel éloge qu'on en puisse faire ? On en peut dire autant de ce vaste *Traité de médecine légale*, dont notre regretté collègue publiait, il y a peu de mois, une nouvelle édition. Science profonde, érudition étendue, clarté du style, tout concourt à faire de ce livre le meilleur que la médecine française ait produit en ce genre ; et combien se trouve justifié le jugement qu'en portait, dès 1875, l'illustre professeur Bouillaud : « C'est le digne couronnement d'une vie tout entière consacrée à l'étude. »

Parmi les nombreux travaux de M. Legrand du Saulle, il faut accorder une mention spéciale à son excellente étude sur la folie héréditaire et à sa monographie sur le délire de persécution. Reprenant dans cette dernière la belle création du regretté professeur Lasègue, il la développe, en démontre la profonde réalité par de nombreuses observations cliniques et indique les considérations médico-légales qui découlent nécessairement de l'étude de cette forme de folie si curieuse et si fréquente. On ne lit pas sans émotion l'appendice qu'il a joint à ce volume et qui est consacré à l'analyse de l'état mental des habitants de Paris pendant les événements de 1870-1871. Durant cette période douloureuse de notre histoire, M. Legrand du Saulle ne quitta pas un instant ses fonctions — souvent périlleuses, — de médecin du Dépôt de la Préfecture de police. Il raconte ce qu'il a vu en psychologue, en médecin, mais aussi en homme dont le cœur saigne au spectacle des malheurs de la patrie.

Ces nombreuses publications sur des sujets si variés ne suffisaient pas à l'étonnante activité de notre regretté collègue. Pour développer les idées qui lui étaient chères, il joignait à l'enseignement par les écrits, celui non moins fécond, par la parole. Il aimait à professer. Avec quelle joie il voyait revenir, chaque année, l'époque de son cours dans l'amphithéâtre de la Salpêtrière ! Avec quel soin il préparait ses leçons ! Avec quelle satisfaction il voyait accourir un nombreux auditoire avide de la parole du maître ! Trois jours avant sa mort, on a pu l'entendre encore exposer, du haut de sa chaire, un des problèmes les plus délicats que puisse se poser le médecin moraliste, le mariage des épileptiques.

Le nom de M. Legrand du Saulle restera comme celui d'un travailleur infatigable, d'un écrivain distingué, d'un médecin légiste consciencieux, d'un praticien dévoué à ses malades ; mais ceux qui l'ont approché intimement se souviendront aussi de son inaltérable bonté, de sa bienveillance sans bornes, de son active et discrète bienfaisance. Il aimait à faire le bien, et lorsqu'il s'agissait d'une bonne action, il donnait, sans compter son temps le plus précieux. Que de malheureux il a secourus !



Lorsqu'il s'agissait d'un confrère, surtout d'un jeune médecin entrant dans la carrière, il ne ménageait pas ses conseils, ni ne marchandait ses démarches, heureux lorsqu'il arrivait à son but, lorsqu'il lui facilitait les débuts toujours si difficiles.

Cher maître, ils sont nombreux ceux que vous avez ainsi appuyés de vos conseils et de votre influence; vos bienfaits ont pu tomber parfois sur des ingrats, mais la plupart de ceux que vous avez obligés garderont gravé au fond de leur cœur le souvenir de votre bienveillance, et se répéteront avec douceur cette belle maxime de l'orateur latin, que vous rappeliez naguère en une occasion solennelle : « *Nihil est quod malim quam me gratum esse videri.* »

Au nom de la Société médico-psychologique que vous avez tant aimée, que vous avez honorée par vos travaux et par votre vie si bien remplie, je vous adresse, cher collègue, nos suprêmes adieux. Puissent ces témoignages de notre profonde affection porter quelque adoucissement à la douleur déchirante de la femme et des enfants qui vous pleurent, et qui perdent en vous le cœur le plus tendre, le plus généreux et le plus dévoué.

Adieu, cher maître et ami, adieu !

D<sup>r</sup> ETIENNE BOURDIN. — Le D<sup>r</sup> Bourdin, décédé le 28 avril 1886, à Choisy-le-Roi (Seine), était âgé de plus de soixante et onze ans. Il ne nous appartient pas de raconter ici cette vie, toute de travail et d'abnégation; nous ne pourrions que répéter ce que notre vénéré doyen, M. Delasiauve, a si bien dit dans le discours qu'il a prononcé sur la tombe de notre regretté confrère; nous renvoyons le lecteur à ces pages éloquentes et si bien senties (V. plus haut, p. 103). Nous voulons seulement rappeler les principaux travaux du savant collègue, qui, par son affabilité et sa bienveillance, avait acquis l'estime et l'affection de tous ceux qui l'ont connu.

Le D<sup>r</sup> Bourdin a beaucoup écrit sur la psychologie morbide; il envisageait les questions qu'il traitait en philosophe et en moraliste. Il possédait une grande érudition et en tous genres. On sent, en le lisant, l'écrivain aux fortes convictions, qui ne transige pas avec ce qu'il croit être l'erreur. Et cependant, il aimait la controverse et la recherchait même.

Parmi ses travaux, nous citerons tout particulièrement les suivants : *Traité de la catalepsie* (1 vol. in-8, Paris 1841); *De l'abus des liqueurs alcooliques, considéré comme cause de perturbation morale et intellectuelle, principalement dans les classes ouvrières* (1842); *Du suicide considéré comme maladie* (1845); *Essai sur la phrénologie* (1851); *De la nature du suicide* (1854); *Cerise, sa vie et ses œuvres* (1872); *De l'influence*

*des événements politiques sur la production de la folie (1872); etc.* Dans ces dernières années, il collaborait activement à l'*Encyclopédie des sciences, des lettres et des arts du dix-neuvième siècle*; il avait fourni à ce recueil les articles : *Antonomasie et aphasie; Hallucinations; Illusions; le Tabac, ses inconvénients et ses dangers; Horreur du vide, etc.*

Le Dr Bourdin était un des membres fondateurs de la Société médico-psychologique. Quoiqu'ayant obtenu l'honorariat, il assistait régulièrement à ses séances, et prenait une part active à ses discussions. Nous rappellerons ses intéressantes communications sur l'*esprit de persécution chez les anormaux*, sur l'*extatique de Fontet* (Gironde), etc. Par une clause de son testament, il lègue une somme de 1,000 francs à la Société; celle-ci conservera pieusement la mémoire de celui qui fut un de ses membres les plus distingués, et qui a voulu être inscrit au nombre de ses bienfaiteurs.

A. R.

Dr B. C. INGELS. — Nous apprenons avec une douloureuse surprise la mort prématurée du docteur B. C. Ingels, médecin en chef de l'hospice Guislain, à Gand. Ingels s'était formé aux leçons de Guislain, il lui avait succédé (1860), et à son tour il avait eu de nombreux élèves, qui, le 22 avril 1885, se réunissaient pour fêter le 25<sup>e</sup> anniversaire de sa nomination à l'hospice Guislain. A cette occasion Ingels reçut les témoignages les plus touchants et les plus flatteurs de l'estime et de l'affection de ses confrères et de ses anciens élèves; tous tinrent à honneur de lui témoigner leur profonde sympathie. Ingels a été l'un des fondateurs de la Société de médecine mentale de Belgique, et, depuis sa fondation (1869) il en était resté le secrétaire-trésorier. C'est en cette qualité qu'il eut la plus grande part à l'organisation du Congrès de phrénologie qui se tint à Anvers au mois de septembre 1885. Tous ceux qui, à cette réunion, ont fait la connaissance de notre honorable confrère, ont emporté le meilleur souvenir de son accueil simple et cordial. — Ingels occupait une haute situation dans le corps médical belge; il était commissaire-adjoint à l'inspecteur général des maisons d'aliénés du royaume, commissaire et directeur de la Société de médecine de Gand, président de l'Association médicale de prévoyance de Flandres, membre correspondant de l'Académie de médecine de Belgique, etc. Toutes ces fonctions lui laissaient cependant le temps de publier dans le Bulletin de la Société de médecine mentale un grand nombre de mémoires et de rapports, remarquables par leur esprit pratique.

C'est lui qui, en 1880, publia une nouvelle édition des œuvres de Guislain, qu'il put compléter au moyen de nom-



breuses notes préparées par Guislain lui-même en vue d'une publication nouvelle de son ouvrage. Il était également à la tête du comité chargé de mener à bonne fin l'érection d'une statue à son maître : cette statue sera élevée sur l'une des places publiques de Gand.

Depuis 1878, Ingels appartenait à la Société médico-psychologique en qualité de membre associé étranger. Il est mort le 22 mai 1886, âgé seulement de cinquante-cinq ans, laissant le souvenir d'un savant laborieux et modeste, et d'un véritable homme de bien. J. C.

D<sup>r</sup> DE GUDDEN. — Tout le monde connaît le drame terrible qui a eu le château de Berg pour théâtre. Le monde médical, en particulier, a été douloureusement impressionné par la mort tragique du D<sup>r</sup> de Gudden. Nous ne saurions laisser passer cette nouvelle victime du devoir professionnel sans lui rendre un dernier hommage.

Le D<sup>r</sup> Bernard de Gudden, conseiller médical supérieur, directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de Munich, avait fêté le 7 juin dernier, quelques jours avant sa mort, au milieu de sa famille, le soixante-deuxième anniversaire de sa naissance : il était né à Clèves en 1824. Il fit ses études médicales à Berne, à Berlin et à Halle; reçu docteur en 1848, il devint l'aide de Jacobi, le célèbre aliéniste de Siegburg, et plus tard celui de Roller, à Illenau, dans le grand-duché de Bade. En 1855, il fut appelé à la direction de l'asile d'aliénés de Werneck, où il resta jusqu'en 1869, époque à laquelle il fut nommé professeur de psychiatrie à l'Université de Zurich. En 1872, après la mort de Solbrig, directeur de l'asile d'aliénés de Munich, il fut nommé à la direction de cet important établissement, où il introduisit de nombreuses améliorations.

Le D<sup>r</sup> de Gudden a publié de nombreux travaux; nous signalerons en particulier d'intéressantes recherches sur l'anatomie du système nerveux (*Experimentelle — anatomische Untersuchungen über das periphere und centrale Nervensystem* in *Archiv. für Psychiatrie*). On connaît ses recherches expérimentales sur le développement du crâne, traduites en français par le D<sup>r</sup> Forel.

Les obsèques du D<sup>r</sup> de Gudden ont eu lieu, à Munich, le 16 juin, en présence d'une immense influence. Les ministres, beaucoup de hauts fonctionnaires, d'officiers et de médecins militaires, les Sociétés médicales de Munich, les corps d'étudiants, tous les professeurs de l'Université assistaient à cette cérémonie funèbre. Le professeur Rothmund a prononcé sur sa tombe un discours qui se terminait ainsi : « Il mourut sur le champ de bataille comme un véritable médecin, pour le roi et pour la patrie. »

CONCOURS PUBLIC POUR LA NOMINATION D'UN MÉDECIN ADJOINT DU SERVICE DES ALIÉNÉS DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Un concours public pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés sera ouvert le lundi 28 juin 1886, à midi, à l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 1<sup>er</sup> juin 1886, et sera clos le mercredi 16 juin, à trois heures.

— Les candidats qui se sont fait inscrire, sont au nombre de trois : MM. les docteurs Gilson, Ph. Pinel et Séglas. — Quant au jury, il est composé ainsi qu'il suit : MM. Bouchereau, Dagonet, Vallon, Jules Voisin, Empis, Lancereaux et Straus.

CONCOURS POUR LE CLINICAT DES MALADIES MENTALES

Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique des maladies mentales s'ouvrira à la faculté de médecine de Paris, le lundi 5 juillet 1886, à 9 heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de service titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

*Conditions du concours.* — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1<sup>er</sup> juillet 1886. — Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégés en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements s'adresser au secrétariat de la Faculté.

CONCOURS POUR L'INTERNAT DE LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON

M. le Ministre de l'intérieur vient de prendre l'arrêté suivant, fixant les conditions du concours pour l'admission aux emplois d'interne en médecine de la maison nationale de Charenton :

*Article premier.* — Il est établi un concours pour la nomination aux emplois d'interne en médecine de la maison nationale de Charenton.



*Art. 2.* — Sont autorisés à concourir, les étudiants en médecine de nationalité française, âgés de moins de trente ans révolus le jour de l'ouverture du concours et pourvus de douze inscriptions, qui auront été agréés par le directeur et par le corps médical de la Maison nationale. Les docteurs en médecine ne pourront pas prendre part au concours.

*Art. 3.* — Les candidats qui voudront concourir devront se présenter au secrétariat de la Maison nationale pour obtenir leur inscription, en y déposant :

1° Leur acte de naissance ;

2° Les certificats constatant qu'ils remplissent les conditions prescrites par l'article 2 et qu'ils sont de bonnes vie et mœurs.

La liste des candidats sera close huit jours avant la date de l'ouverture du concours.

*Art. 4.* — Le jury est composé de MM. les médecins et chirurgien de la Maison nationale auxquels seront adjoints deux membres nommés par nous parmi les médecins inspecteurs généraux des services administratifs, les médecins de l'administration centrale ou des établissements généraux de bienfaisance.

*Art. 5.* — Sur la proposition du directeur de la Maison nationale de Charenton, le jury sera composé par nous et réuni au Ministère de l'intérieur toutes les fois qu'il sera nécessaire.

Il dressera la liste des candidats admis, qui seront nommés au fur et à mesure des vacances, dans l'ordre de leur classement.

Cette liste, certifiée conforme, sera adressée, aussitôt après le concours, au directeur de l'établissement par le président du jury.

*Art. 6.* — La durée de l'internat est fixée à trois ans (1). Tout interne titulaire est autorisé à se faire recevoir docteur en médecine dans cet intervalle, sans être forcé de quitter ses fonctions ; mais le candidat inscrit sur la liste des admis qui aura passé sa thèse avant d'être titularisé aura ainsi renoncé implicitement à sa nomination.

*Art. 7.* — Les épreuves du concours seront les suivantes :

1° Une composition écrite de trois heures sur un sujet d'ana-

---

(1) L'allocation accordée aux internes de la mission nationale de Charenton est :

Pour la 1<sup>re</sup> année de 1,500 fr.

Pour la 2<sup>e</sup> — de 1,600 fr.

Pour la 3<sup>e</sup> — de 1,700 fr.

En dehors de l'interne de garde, qui est nourri et logé, les internes ont droit au déjeuner.

tomie et de physiologie du système nerveux. Il sera accordé trente points pour cette épreuve.

2° Une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe, après quinze minutes de préparation. Il sera attribué vingt points à cette épreuve.

*Art. 8.* — Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury, avant l'ouverture de la séance.

Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelés dans la même séance. Elle est tirée au sort, comme il est dit ci-dessus.

L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours, si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance; dans ce cas, les questions sont rédigées par le jury chaque jour d'épreuves, au nombre de trois, avant d'entrer en séance.

Les noms des candidats qui doivent subir l'épreuve orale sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance.

*Art. 9.* — Les candidats sont surveillés pendant la composition écrite par des membres du jury.

Tout candidat qui s'est servi pour sa composition de livres ou de notes apportés à la séance, ou qui, en lisant sa composition, en a sensiblement changé le texte primitif, est exclu du concours.

Les compositions sont recueillies et mises sous cachet par le président; elles sont lues publiquement par leurs auteurs sous la surveillance de l'un des membres du jury.

*Art. 10.* — A la fin de chaque séance, il peut être donné connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués.

*Art. 11.* — Le jugement définitif portera sur l'ensemble des deux épreuves (écrite et orale).

— Conformément à cet arrêté, il sera ouvert le lundi 26 juillet prochain, au ministère de l'intérieur, un concours pour l'internat de la Maison nationale de Charenton.

Le jury est composé de MM. Christian et Ritti, médecins, et Damalix, chirurgien de la Maison nationale de Charenton, Ladreit de Lacharrière, médecin de l'Institut des sourds-muets et Du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes.

#### SUR LA STATISTIQUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES EN RUSSIE

Sous ce titre nous trouvons dans le *Progrès médical* (n° du 22 mai 1886) les renseignements suivants qu'il emprunte au *Wratch*, de Saint-Petersbourg (n° 5, 1886) :



« Dans sa communication à la Société des aliénistes de Saint-Petersbourg (séance du 25 décembre 1885), le Dr Hertenstein a présenté le résultat de ses recherches sur la statistique des maladies nerveuses et mentales en Russie. L'absence absolue de documents immédiats à cet égard l'a fait recourir à une méthode indirecte, notamment à l'énumération des malades de ce genre parmi les conscrits. C'est ainsi que se fondant sur les comptes rendus du département médical relativement à l'état de santé psychique des conscrits convoqués pendant quatre ans (1879-1882), il a trouvé que sur 1,617,413 jeunes gens âgés de vingt et un ans, 15,727 ont été reconnus comme atteints de maladies mentales ou nerveuses, c'est-à-dire 9,72 0/0. Prenant ensuite le rapport pour chaque année séparément, M. Hertenstein trouve qu'il est, à peu de chose près, le même; il oscille entre 10,04 0/0 et 9,58 0/0. Ces considérations permettent à M. Hertenstein de conclure que vu la constance (approximative) du rapport indiqué, le peuple russe est exposé à une série de causes constantes qui déterminent chez lui un nombre presque invariable de maladies de dégénérescence (?). »

J. ROUBINOVITSCH.

PRIX DES ACADEMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — L'Académie de médecine de Belgique a mis au concours les questions suivantes :

« Etudier l'influence du système nerveux sur la sécrétion urinaire en se basant spécialement sur des recherches personnelles. »

*Prix 800 francs. — Clôture du concours : 31 décembre 1887.*

*Prix fondé par un anonyme. — « Elucider par des faits cliniques et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie. »*

*Prix : 8,000 francs. — Clôture du concours : décembre 1888.*

Des encouragements, de 300 à 1,000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS (Concours de l'année 1888).

— Le sujet du concours a été arrêté dans l'une des dernières

réunions de Société. Il est intitulé : *De la paralysie diphthérique.*

FAITS DIVERS

*Arrêté défendant les séances publiques d'hypnotisme à Milan.*

— Le correspondant de *Figaro* écrit de Milan, le 6 juin :

« Un arrêté du questeur de Milan défend à Donato de continuer ses représentations dans un lieu public. La mesure était attendue depuis les protestations énergiques du corps médical de Turin et de Milan, et surtout de l'illustre professeur aliéniste Lombroso.

« Le rapport du conseil sanitaire confirme ce que soutenaient la presse et les médecins : que la plupart des personnes hypnotisées à Turin et à Milan avaient été profondément troublées par les expériences. A Turin, un lieutenant d'artillerie est tombé depuis dans une sorte d'extase ; lorsqu'il voit une lumière ou un objet brillant, il court sus comme fasciné. Un soir, sans le capitaine de sa batterie qui le retint, il se faisait écraser par les chevaux d'un landau dont les lanternes étaient éclairées. Une attaque de convulsion s'ensuivit, et l'officier est au lit, affaibli. Encore à Turin, un hypnotisé a été enfermé à l'hospice des fous ; un autre a été frappé d'épilepsie. On ne compte plus les hypnotisés atteints de convulsions ou de moments d'absence. Voilà ce que disent les médecins de Turin.

« Les hypnotisés de Milan ont commencé à leur tour à se sentir mal. M. Luigi Cellazi, un excellent sujet, a dû rester au lit avec une fièvre intense et délire. Sa famille et ses amis ne le reconnaissent plus ; ils disent que *ce n'est plus lui*.

« Un professeur de l'Institut technique a déclaré dans un journal qu'un changement profond s'était produit chez tous ses élèves hypnotisés.

« Bornons là nos citations. Le questeur, à la suite de tous ces faits, a demandé au préfet, avant de prononcer, que le conseil sanitaire fit un rapport. En voici la conclusion :

« Le conseil, laissant non jugée la question de la valeur expérimentale des phénomènes hypnotiques provoqués dans un spectacle public par le sieur Donato ;

« Mais tenant compte des perturbations observées dans les conditions névropsychiques, non seulement des personnes sur lesquelles le sieur Donato a exercé ce qu'il appelle sa *fascination*, mais encore sur plusieurs personnes simples spectatrices ;

« Demande que les expériences du sieur Donato, des magnétiseurs, ou des soi-disant fascinateurs soient interdites sur les théâtres ou dans un lieu public. »

« A la suite de cette déclaration, le questeur a fait fermer



hier soir le théâtre Philharmonique. On a rendu l'argent de la location qui était énorme.

« Un souvenir. — Les expériences publiques de Donato, autorisées à Paris, avaient été depuis interdites à Vienne, précisément à la suite de troubles nerveux chez les sujets hypnotisés. »

(*Le Figaro*, n° du 8 juin 1886.)

*Singulier suicide.* — On lit dans la *Gazette universelle* de Berlin, du 4 juin :

« Il y a quelques jours, un sous-officier nommé Viereck chargea d'un obus à mitrailles un canon remisé dans un hangar dans la cour de la caserne de Landau, et, se plaçant devant l'embouchure, il y mit le feu. La détonation fut effrayante. Les balles sifflant dans l'air passèrent à peu de distance de promeneurs et s'enfoncèrent dans le sol, heureusement sans faire de mal. Lorsque la fumée ce fut dissipée dans la cour de la caserne, on vit la tête et les membres du malheureux soldat éparpillés sur le pavé. On dit que la crainte d'être puni de plusieurs jours de prison avait poussé Viereck au suicide.

(*Le Temps*, n° du lundi 7 juin 1886.)

— On annonce la mort de M. Jean Mistral, qui depuis vingt ans était interné à l'asile de Saint-Côme, et qui possédait une immense fortune. On sait qu'à diverses reprises on affirma que M. Jean Mistral n'était point aliéné. Le 25 mai dernier, il comparut pour la troisième fois devant la justice ; il fut conduit au tribunal de Tarascon, accompagné d'un interne et du Dr Picherat, inspecteur des bureaux de bienfaisance. Le tribunal reconnut l'inconscience de M. Jean Mistral, qui fut, le jour même, réintégré à l'asile où il vient de mourir.

(*Le Temps*, n° du 19 juin 1886.)

Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

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

---

Pathologie

---

MANIE RÉMITTENTE, DOUBLE FORME,  
ÉPILEPSIE LARVÉE

Par M. le Dr DOUTREBENTE

Directeur-médecin de l'asile de Blois.

---

Le diagnostic en médecine mentale présente parfois des difficultés si grandes, que nous arrivons, en vieillissant, à faire largement usage de la réserve dont nos maîtres nous donnaient autrefois l'exemple, à notre grand étonnement ! Quand on change de milieu et d'asile, il faut soigner des aliénés chroniques et inconnus, internés depuis longues années ; si on vient à les étudier, on est alors surpris de trouver une contradiction évidente entre l'état actuel et l'état ancien signalé sur les registres de la loi : tel malade, regardé comme paralytique il y a trente ans, a été, au bout de dix ans, pris pour un maniaque chronique, aujourd'hui il a de la dé-



mence apoplectique ; tel autre, considéré comme atteint de délire aigu en 1865, a été successivement décoré des épithètes de maniaque rémittent, fou à double forme, aujourd'hui c'est un grand épileptique des mieux caractérisés et d'un diagnostic simple ; il a passé par ces différents états symptomatiques, sans que le diagnostic véritable ait été fait.

Pouvait-on y arriver dans ce dernier cas, nous n'osons l'affirmer ! Mon vénéré maître Morel avoue qu'il s'est laissé surprendre, et que ce n'est qu'après coup qu'il a compris que certains maniaques rémittents étaient de véritables épileptiques. « Ce n'est, dit-il (1), « qu'après de nombreuses et pénibles déceptions que « j'ai dû forcément porter une attention plus grande « à la marche et au développement de l'affection mentale chez ces sortes de malades. »

On remarque bien, à la façon brusque dont débute les accès d'agitation, dans la soudaineté des impulsions, dans la répétition successive des mêmes particularités, qui frappent l'attention du plus négligent des observateurs, des signes qui obligent à comparer ces malades, ou à les rapprocher des épileptiques, dont ils ont d'ailleurs, le plus souvent, le caractère, les allures, moins les attaques convulsives ; ce sont des épileptiques larvés, on y pense, on en parle, on y croit peut-être, mais on reste cependant indécis : « Le doute n'était plus « possible lorsqu'il me fut donné après plusieurs rechutes et après une série de phénomènes d'alternance de périodicité et d'intermittence semblables à ceux que j'ai décrits, d'assister à des accès formidables d'épilepsie (2). »

Morel ajoute qu'il a recueilli de nombreux exemples

---

(1) Morel. *Traité des maladies mentales*. Paris, Victor Masson, 1860, p. 480.

(2) Morel. *Loco citato*.

de cas semblables avec des caractères si nettement tranchés, qu'après avoir voulu en faire une classe à part, il s'est décidé à les ranger dans la variété dite : Folie épileptique, avant même la confirmation du diagnostic par les attaques de haut mal. Nous connaissions depuis longtemps (dix-huit ans) cette manière de voir de Morel, il ne nous a été permis d'en vérifier l'exactitude que dans ces dernières années, d'une façon irrécusable.

Nous observons depuis cinq ans à l'asile de Blois un malade de ce genre, dont nous avons recueilli l'observation avec le plus grand soin pour la rendre digne d'être présentée aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques*.

**SOMMAIRE.** — *Epilepsie larvée, puis confirmée, ayant été prise, pendant près de vingt ans, pour une folie à double forme rémittente. — Pas d'antécédents héréditaires. — Début à l'âge de dix-neuf ans, sans cause bien appréciable.*

D. J. A..., né dans le centre de la France, en 1846, élevé par ses parents, doué d'une instruction primaire assez étendue, fut envoyé à Paris vers l'âge de dix-neuf ans pour y exercer la profession de commis en nouveautés. Nous avons connu ses père et mère, morts tous deux récemment, il a deux frères vivants et paraissant être d'une santé parfaite ; on suppose que la famille est indemne de tout vice ou tare héréditaire, la grand'mère de notre malade est morte en enfance, mais à quatre-vingt-quatre ans ! D... a toujours joui d'une santé physique excellente, il n'a jamais été malade d'une façon sérieuse avant son départ pour Paris ; il paraissait intelligent, mais il prenait difficilement une détermination, aimait la solitude et manifestait des idées religieuses exagérées (celles de son entourage) ; il



aurait, paraît-il, négligé ses devoirs religieux à Paris (crime abominable) et même il aurait lu des romans ! On craint qu'il n'ait eu un chagrin d'amour et qu'il se soit trop préoccupé des conséquences de son renvoi de deux maisons de nouveautés, pour des motifs insignifiants ; une fois il a découché, une autre fois il a vendu trop bon marché ; enfin il aurait eu des impulsions au mal contre lesquels luttait sa conscience et le souvenir des pieux enseignements reçus dans le sein de la famille ! Il est fort, vigoureux, beau garçon, doué d'un physique agréable et ne présente ni malformation crânienne, ni asymétrie faciale.

Quoi qu'il en soit, en août 1864, il revient dans sa famille en proie à une profonde tristesse, il recherche l'isolement, se plonge dans la lecture de livres religieux ; puis brusquement, il paraît excitable, s'irrite facilement, montre un grand besoin de mouvement, ses idées deviennent incohérentes, il ne peut fixer son attention et devient violent ; on remarque alors qu'il n'aime plus ses parents, il les prend en grippe, leur parle mal, les injurie, et leur tient un langage grossier et ordurier, il s'oublie jusqu'à les frapper. Alors il pleure ou rit aux éclats. Ses parents ont encore raconté qu'il avait des idées de persécution avec des hallucinations de l'ouïe et de la vue.

En janvier 1864, il entre à l'asile avec un certificat du D<sup>r</sup> A... constatant qu'il est atteint de délire aigu, diagnostic adopté dans le certificat de vingt-quatre heures ; au bout de quinze jours, D... est atteint de manie aiguë avec hallucinations.

En 1866, notre malade présente tous les caractères de la manie rémittente.

En 1867, manie rémittente, onanisme ; puis, vers la fin de la même année, la manie rémittente devient chronique.

En 1868, manie rémittente.

En 1869, manie rémittente avec hallucinations et alternatives de calme et excitation.

En 1870, même état, affaiblissement très marqué de l'intelligence.

En 1871, manie rémittente, hallucinations, onanisme, alternatives de calme et d'excitation.

En 1872, même état; mauvaises habitudes, parfois violent, difficile à vivre, querelleur.

En 1875, manie intermittente, affaiblissement intellectuel.

En 1877, alternatives d'agitation et de calme.

En février 1880, folie circulaire, refuse parfois les aliments.

Nous avons commencé à suivre ce malade vers la fin de l'année 1880, il n'a pas tardé à attirer notre attention et, au bout d'un an, nous eûmes l'intention de recueillir son observation pour la faire paraître dans une *note sur la folie à double forme* (1). D... à ce moment, présentait des signes non douteux de double forme à accès courts et fréquents (six par an environ).

Dans une première période succédant à un état de calme, à une rémission, on le trouvait tout à coup hardi et hautain, gesticulant, parlant fort, chantant, et en proie à un besoin incroyable de mouvement, il marchait rapidement dans le jardin, tournant toujours dans le même sens, de droite à gauche, hurlant toujours le même air composé de quatre mesures.

Au bout de huit jours l'agitation cesse brusquement, le malade tombe dans la stupeur, la deuxième période s'établit. C'est un changement à vue: mutisme absolu, immobilité en station debout, refus complet des ali-

---

(1) Dautrebente. *Note sur la folie à double forme*, in *Annales médico-psychologiques*, 1882.



ments pendant huit ou dix jours ; D... se décide généralement à manger quand on veut lui passer la sonde, il fait alors, et progressivement, quelques mouvements, cause quand on l'interroge, mange enfin seul et très abondamment. Pendant trois semaines il montre une intelligence troublée, celle d'un maniaque chronique non agité, il ne se rend pas compte de sa situation, mais il est capable de s'occuper à des travaux d'intérieur ; il est d'ailleurs doux, calme, serviable, poli et facile à diriger.

Ces trois états différents se succèdent régulièrement, l'agitation éclate toujours brusquement pour faire place à la stupeur sans période accusée de transition. L'intervalle entre chaque accès à deux périodes, a une durée variable, ce n'est pas une véritable intermission avec retour à la raison, c'est une simple amélioration passagère des troubles de l'entendement. Le besoin impérieux subit de marche et de mouvements instinctifs de rotation, l'émission de sons musicaux toujours identiques à eux-mêmes avaient frappé notre attention, et plusieurs fois l'idée nous était venue, que D... pourrait bien être un épileptique larvé ; malgré cela, je n'osais croire le surveillant en chef lorsqu'il vint me prévenir le 6 juillet 1881, que D... venait d'avoir un violent accès d'épilepsie, il en fut de même le 7 et le 8 et enfin le 13 du même mois.

*Nombre d'accès d'épilepsie du 1<sup>er</sup> juillet 1881  
au 8 mars 1886.*

ANNÉES	MOIS	TOTAUX	ANNÉES	MOIS	TOTAUX
1881	Juillet . . . . .	4	1884	Septembre . . . . .	1
1882	Janvier . . . . .	1	»	Décembre . . . . .	1
»	Février . . . . .	1	1885	Janvier . . . . .	3
»	Avril . . . . .	7	»	Mai . . . . .	4
1883	Novembre . . . . .	1	»	Juillet . . . . .	2
1884	Janvier . . . . .	2	»	Octobre . . . . .	7
»	Avril . . . . .	1	»	Décembre . . . . .	11
»	Juin . . . . .	7	1886	Février . . . . .	2
			Total général . . . . .		55

Nous ne pourrions affirmer que le tableau ci-dessus est rigoureusement exact, car les accès nocturnes, s'il y en a eu, auraient pu passer inaperçus ; en thèse générale cependant, les accès sont violents, ils ont lieu dans la journée, le soir ou dès le matin, c'est-à-dire dans de bonnes conditions pour les remarquer.

Nous constatons avec regret que les accès de mal comitial vont toujours en augmentant et que, de plus en plus, ils ont de la tendance à se produire par série. Le traitement par le bromure de potassium a pour résultat d'espacer les accès, mais alors on voit se reproduire les périodes d'agitation et de stupeur d'une façon moins accusée et moins régulière, il est vrai, que par le passé. Lorsque le traitement par le bromure de potassium est supprimé depuis longtemps, on observe encore soit avant, soit après les attaques d'épilepsie un peu d'agitation, mais cela ne ressemble plus à l'ancienne période d'excitation. Le besoin de mouvement avec rotation dans le même sens avec émission de sons musicaux a disparu ; c'est avec peine aujourd'hui, qu'on trouve dans la maison des gardiens ou employés ayant conservé le souvenir des quatre mesures citées plus haut ; Dieu sait pourtant si les oreilles en ont été fatiguées.

Nous venons encore tout récemment de constater, chez une femme aliénée, des particularités morbides avec modification nécessaire du diagnostic primitif.

M<sup>me</sup> C..., femme G..., est entrée pour la première fois à l'asile de Blois, en novembre 1879, elle présentait alors les signes d'une aliénation mentale aiguë avec excitation violente ; pendant son séjour, qui a duré jusqu'au 5 février 1880, elle a continué à présenter de l'excitation maniaque avec idées de persécution ; il paraît qu'elle est sortie par suite de guérison.

Peu de temps après, elle se fait arrêter à Tours ; conduite au quartier des aliénés de l'hospice général, elle a



été considérée par le docteur D..., comme atteinte de manie aiguë avec hallucinations et fréquents paroxysmes d'agitation. Transférée à l'asile de Blois en janvier 1881, je l'ai alors observée directement ; elle présentait tous les symptômes d'une manie aiguë avec agitation désordonnée, incohérence dans les idées et violence dans les actes. Depuis, pendant près de quatre ans, on ne lui trouva plus qu'un faux air de ressemblance avec les maniaques vulgaires, c'était, au moins en apparence, une excitée maniaque pour quelques heures avec des alternatives de calme et de travail. Le matin principalement elle se distinguait régulièrement à la visite par une excitation singulière, voix masculine, verbe haut, gestes brusques, violents, langage ordurier ; quelques minutes après, elle prenait son ouvrage et travaillait régulièrement. Pendant un certain temps même, il fut possible de l'occuper à la pharmacie pour faire le nettoyage du sol et des gros ustensiles, mais toujours dans la soirée.

Cette malade a conservé jusqu'à ce jour une intelligence remarquable, à laquelle l'excitation maniaque d'ailleurs donne un certain brillant. En décembre dernier, après un redoublement d'agitation, M<sup>me</sup> G... tomba subitement dans la stupeur avec mutisme absolu, refus d'aliments, immobilité dans la station assise ou dans toutes les positions stables, qu'on lui faisait prendre d'ailleurs assez facilement.

Le 13 février, « elle fait une chute et reste étendue « sur le sol, sans connaissance, les membres agités de « mouvements convulsifs », suivant les expressions de l'infirmière du service ; à notre arrivée, elle était au lit, la face un peu pâle, ne parlant pas, la langue fraîchement coupée sur son bord externe gauche ; le lendemain notre malade était debout, se plaignant un peu de fatigue et nous disant : « J'ai eu une faiblesse hier, je « suis encore un peu saoule aujourd'hui. »

La période de stupeur avait disparu comme par enchantement, pour faire place à un état de calme parfois troublé de quelques moments d'agitation sans violence.

Le 17 mars, enfin, elle a eu trois grandes attaques d'épilepsie, dont deux ont été observées par l'interne et une par moi ; cette fois, il n'y avait plus de doute possible, il s'agissait bien encore d'une épileptique, qui a vécu nombre d'années à l'état larvé, sous les traits d'une maniaque rémittente. Est-il besoin d'ajouter que nous n'avons fait le diagnostic qu'après coup ! On peut le dire sans crainte, au souvenir des aveux de Morel cités plus haut.

Nous ne pensons pas, en présence de faits semblables, qu'il soit utile de donner des explications bien longues ; il faut attendre la publication de faits nouveaux que les collaborateurs des *Annales* ne tarderont certainement pas à fournir ; il se dégagera peut-être de l'ensemble un certain nombre de signes pathognomoniques qui permettront, il faut bien l'espérer, à nos successeurs, de faire le diagnostic différentiel entre certains cas de manie rémittente et l'épilepsie larvée avant l'arrivée des grandes attaques classiques de l'épilepsie.

Si le diagnostic différentiel entre les folies périodiques, intermittentes, circulaires ou rémittentes et l'épilepsie larvée est chose impossible, il conviendrait peut-être alors de se demander si ces folies d'un ordre tout particulier, n'ont pas toutes une origine commune, donnant l'explication de la périodicité, si, en un mot, elles ne relèveraient pas toutes de l'épilepsie !

Si cette hypothèse se réalisait ou venait à être démontrée, comme j'ai essayé de le faire, en traitant des folies périodiques par les bromures alcalins, on ne perdrait plus de temps à faire du diagnostic différentiel, on arriverait de suite au traitement. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour ne sont ni assez nombreux, ni



assez anciens pour mériter la moindre publicité; nous y reviendrons plus tard.

Pour nous résumer, nous formulerons les propositions suivantes :

1° La forme élémentaire, primitive, la plus simple de l'épilepsie larvée (en dehors des variations du caractère) serait la folie périodique ou à double forme à intervalles lucides, longs et sérieux que nous avons désignés sous le nom d'intermissions (1).

2° Dans un état plus prononcé et plus grave, les périodes de lucidité deviennent peu à peu et progressivement moins nettes, moins parfaites, la forme intermittente disparaît pour faire place à la manie rémittente.

3° Les grandes attaques d'épilepsie arrivent enfin, et, avec leur répétition successive, survient, plus ou moins rapidement, la déchéance intellectuelle.

4° Le traitement curatif, notre objectif, a plus de chances de succès s'il est institué au début de la maladie; ce qui revient à dire qu'il devient peut-être inutile quand l'épilepsie n'est plus larvée.

---

(1) Douthbente. *Etude médico-légale sur les intervalles lucides*, Mémoires de la Société des sciences et lettres de Loir-et-Cher, 1884, p. 233.

NOTE SUR LA RARETÉ  
DE LA  
**PARALYSIE GÉNÉRALE**  
A L'ASILE DE SAINT-ALBAN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉTIOLOGIE DE LA PARALYSIE  
GÉNÉRALE

Par M. le Dr L. CAMUSET

Directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban.

Nous voulons faire voir, dans cette note, combien sont rares, dans une population presque exclusivement agricole, les cas de paralysie générale et combien, en même temps, sont fréquents les cas de manie aiguë avec prédominance d'idées orgueilleuses, qui se terminent par la guérison ou par la démence simple.

L'asile de Saint-Alban reçoit les aliénés de la Lozère, il reçoit aussi des aliénés provenant d'autres départements. Nous ne nous occuperons que des aliénés lozériens, les seuls qui doivent être étudiés à notre point de vue. Les autres malades de l'asile sont recrutés dans des milieux différents ; les uns, avant leur entrée, travaillaient dans les mines de houille du Gard, les autres habitaient des villes peuplées et industrielles. La recherche de la proportion des paralytiques généraux sur les aliénés de l'asile pris en bloc ne pourrait donc donner lieu à aucune déduction rationnelle : il faut s'en tenir aux aliénés originaires du département.

La Lozère, en effet, est un pays purement agricole



qui ne possède que quelques petites villes peu peuplées et peu commerçantes.

La culture et l'élevage du bétail sont les seules industries de la contrée. On n'y voit pas d'usines, et sauf quelques tisserands qui travaillent en chambre, tout le monde travaille en plein air.

L'alcoolisme y sévit très peu. Il est de notoriété que les citadins, pas plus que les campagnards, s'ils s'enivrent parfois, ne s'alcoolisent que très rarement. Les registres de l'asile corroborent cette donnée. Les entrées pour cause de folie alcoolique sont excessivement rares pour les malades de la Lozère. On trouve bien quelques aliénés, signalés comme ayant fait des excès de boissons, mais on n'en trouve pour ainsi dire pas qui soient signalés comme ayant eu du délire et des hallucinations spécifiques. Du reste, les ivrognes, même les ivrognes invétérés, ne boivent guère que du vin. La consommation de l'eau-de-vie est minime, surtout dans les campagnes.

La syphilis est rare dans les villes et à peu près inconnue dans les campagnes.

Par contre, l'endémie goitreuse est très répandue dans le pays. Quand on voit le nombre considérable des goitreux des deux sexes qui existent à l'asile, on se demande si les tableaux statistiques des goitreux ont été dressés avec tous les soins désirables dans le département de la Lozère, qui ne vient qu'en vingt-cinquième ligne sur le tableau synoptique des cas de goître dans quatre-vingt-neuf départements. (Ce tableau est reproduit dans l'article *Crétinisme* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par Baillarger et Krishaber.)

Cette population agricole qui ne renferme que très peu d'alcooliques et de syphilitiques et sur laquelle ne sévit qu'une endémie, grave à la vérité, puisqu'elle est le point de départ de la dégénérescence crétineuse, ne

fournit, il était logique de le prévoir, qu'un nombre restreint de paralytiques généraux, mais ce nombre est encore plus petit qu'on ne pouvait le supposer.

Actuellement, il y a à l'asile 190 aliénés originaires de la Lozère, sur lesquels on ne compte que 2 paralytiques généraux. — Voici les observations succinctes de ces deux malades :

*1<sup>re</sup> observation.* — A..., âgé de cinquante-sept ans, cultivateur, enfant naturel, entré à l'asile en avril 1883, atteint de manie aiguë. L'agitation n'a jamais cessé complètement jusqu'à l'époque actuelle.

Les signes de la paralysie générale se sont manifestés progressivement. Aujourd'hui, le malade est en pleine démence paralytique. Il a les pupilles inégales, du tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres, sa parole est lente, entrecoupée et saccadée. Il est toujours surexcité. Il a un délire incohérent, dans lequel on retrouve quelques idées orgueilleuses absurdes.

Sauf qu'il est enfant naturel, nous n'avons rien pu savoir des antécédents de ce malade.

*2<sup>e</sup> observation.* — B..., âgé de cinquante-sept ans, cultivateur. Pas d'hérédité, bonne santé antérieure. Il y a quelques années, il fit des pertes d'argent, et à partir de ce moment, son caractère s'aigrit, il devint triste et sombre. Ses sentiments affectifs se modifièrent au point qu'il en arriva à prendre en aversion sa femme et son fils qu'il accusait de lui avoir volé sa fortune. En même temps on s'aperçut qu'il perdait la mémoire et qu'il bégayait par moments. Enfin, il devint méchant et agressif et on le fit entrer à l'asile le 25 février 1886.

En ce moment il est en démence ; il ne se rend pas compte du cours du temps, il se croit à l'asile depuis vingt ans. Il se plaint qu'on le vole, il se félicite de sa santé et parfois il raconte qu'il possède des millions. —



Ses pupilles sont inégales, sa langue tremble et sa parole est saccadée. Il a eu, ces jours-ci, une légère congestion cérébrale.

Dans ce cas, la cause de la paralysie générale a été le chagrin causé par des pertes d'argent. On ne trouve aucun autre élément étiologique; B... n'est ni alcoolique ni syphilitique.

Dans les dix années qui viennent de s'écouler, il n'est passé à l'asile que huit paralytiques généraux, nés dans le département et y ayant vécu. La population lozérienne est, pendant ce même espace de temps, demeurée sensiblement constante. C'est-à-dire qu'elle a oscillé entre 190 et 200 malades.

Il n'y a donc eu, en dix ans, et pour être tout à fait exact, en dix ans et trois mois, que dix paralytiques généraux. — Ce nombre doit être inférieur au nombre réel des habitants de la contrée devenus paralytiques pendant ce laps de dix ans, car certains malades ont dû être soignés chez eux et quelques autres, parmi ceux qui appartenaient à la classe riche, ont peut-être été envoyés dans des asiles particuliers. Mais toutes les statistiques médicales faites dans les établissements hospitaliers sont entachées d'erreurs du même genre, et les chiffres obtenus n'indiquent pas des quantités exactes, mais plutôt de rapports. De ce qui précède donc, nous ne concluons pas qu'une région spéciale, montagneuse et agricole, n'a fourni que dix paralytiques généraux en dix ans, mais seulement qu'elle en a fourni un nombre très restreint, en comparaison de ceux fournis par les autres régions de la France.

Quoique les observations comparées de dix paralytiques ne permettent pas de tirer des conclusions quant à la forme ou à la durée de l'affection, quant au sexe ou à l'âge des sujets atteints, nous croyons devoir

quand même donner en quelques lignes le résumé de l'histoire de ces malades d'après les notes individuelles inscrites sur les registres.

1° B..., cultivateur, cinquante ans, arrivé à l'asile en démence prononcée avec agitation continuelle, en décembre 1873. — Malgré le degré déjà avancé de la paralysie générale, B... ne meurt que près de trois ans après dans le marasme paralytique, en juin 1876.

2° P..., quarante-et-un ans, cultivateur, entré en août 1877. — Paralysie générale avec excitation maniaque et délire orgueilleux. — Mort en mars 1878, après une série d'attaques épileptiformes.

3° L..., quarante-quatre ans, journalier, entré en août 1872. — Paralysie générale : délire mélancolique au début, puis alternatives d'agitation et de dépression, démence et mort dans le marasme paralytique, en juillet 1878.

4° V..., trente-cinq ans, cafetier, entré en février 1880. — Paralysie générale à forme expansive avec délire orgueilleux. — Mort un an après, en février 1881, à la suite d'attaques épileptiformes.

5° Femme M..., cinquante ans, sans profession, entrée en mars 1879. — Paralysie générale : démence, signes physiques ordinaires, mélancolie. Quelques jours après l'arrivée, manie aiguë avec idées orgueilleuses, progrès rapides de l'affection et mort dans le marasme, en mai 1879.

6° Femme R..., quarante-quatre ans, sans profession, entrée en novembre 1878. — Paralysie générale, forme expansive. — Morte dans le marasme en mai 1881.

7° Fille B..., trente-deux ans, domestique de ferme, entrée en janvier 1881, enceinte de six mois. — Dès l'arrivée, état maniaque jusqu'à l'époque de l'accouchement. Après l'accouchement, mélancolie stupide. Quand, au bout de quelque temps, la malade se réveille, elle



présente les signes manifestes de la paralysie générale, forme démentielle. — Mort en juin 1885.

8° D..., cinquante-quatre ans, huissier, entré en juillet 1885. — Paralysie générale avancée avec agitation continuelle. — Mort en octobre 1885, dans le marasme.

Nous avons donné plus haut les observations des neuvième et dixième malades que nous avons actuellement à l'asile.

L'examen comparatif de ces dix cas de paralysie générale ne suscite aucune réflexion particulière. — Sur dix paralytiques, il y a trois femmes, proportion à peu près normale. Aucune forme ne prédomine, et presque toutes se trouvent représentées. Il y a même un cas de paralysie démentielle, marqué au début par une période de stupeur ; les cas de ce genre, sans être bien rares, ne sont, on le sait, pas très fréquents et s'observent ordinairement chez la femme.

On résume d'une façon générale l'étiologie de la paralysie générale de la façon suivante : surmenage cérébral, excès de toutes sortes, peines morales, ces causes agissant d'une façon particulièrement puissante sur certains sujets prédisposés par une hérédité *sui generis* ou par une constitution cérébrale spéciale. Mais depuis quelque temps, plutôt à l'étranger qu'en France, on fait jouer un rôle prépondérant à un facteur étiologique dont on ne tenait pas compte autrefois : la syphilis acquise ou héréditaire. On peut même dire que la question de l'origine syphilitique de la paralysie générale est à l'ordre du jour.

Dans un pays comme la Lozère où, nous l'avons vu, les causes généralement admises de la paralysie générale sont très rares et où, en effet, cette affection est elle-même très rare, il serait curieux, et relativement facile, de rechercher cliniquement si la syphilis a réellement l'influence que certains prétendent sur le développement de la paralysie générale.

Dans les régions où les paralytiques sont nombreux, les grands centres industriels, les grandes villes, par exemple, les syphilitiques le sont également, et la coexistence de la syphilis et de la paralysie générale chez les mêmes sujets, ne prouve nullement en faveur de la réalité de la causalité de la première de ces affections par rapport à la seconde. Dans une contrée où, au contraire, la syphilis est exceptionnelle, si les paralytiques sont souvent entachés de syphilis, on a le droit d'admettre une relation entre cette dernière et la paralysie générale, surtout quand on ne retrouve dans les antécédents des malades, et c'est le cas ici, aucune des causes généralement admises de la paralysie : alcoolisme, excès, surmenage cérébral.

Nous pensons que si, pendant un certains laps de temps, on s'enquerrait avec soin des antécédents morbides de chaque paralytique amené à l'asile, que si on recherchait minutieusement les traces de syphilis qu'il pourrait présenter, que si enfin on arrivait ainsi à établir une série d'observations précises au point de vue de la coexistence de la syphilis et de la paralysie, on aurait par cela même constitué un élément sérieux pour la solution du problème en question.

Mais un pareil travail demanderait beaucoup de temps, car il n'aurait de valeur qu'autant que le nombre des observations serait assez grand, et, on l'a vu, il a fallu dix ans pour observer dix paralytiques généraux dans les conditions voulues. Nous ne parlons pas de la difficulté bien connue d'obtenir des renseignements véridiques sur les antécédents personnels et héréditaires des aliénés; cependant, dans les conditions locales, la recherche de la syphilis antérieure chez les malades serait peut-être moins difficile qu'ailleurs.

Quant à ce qui concerne les deux paralytiques que nous observons actuellement, nous n'avons aucun ren-



seignement sur les antécédents de l'un d'eux, que nous n'avons du reste pas vu à l'époque de son arrivée. Nous savons seulement qu'il est enfant naturel, ce qui laisse le champ libre à toutes les suppositions sur une hérédité morbide quelconque. Pour ce qui est de l'autre, il n'a certainement jamais eu la syphilis, et il est très probable que ses ascendants en ont aussi été indemnes. La paralysie semble manifestement avoir été produite chez lui par une cause assez commune, le chagrin causé par des pertes d'argent et les conditions pénibles dans lesquelles il s'est trouvé par suite de ces pertes.

Nous arrivons maintenant à la seconde partie de cette note.

Dans une contrée où la paralysie générale est très rare, la manie avec prédominance d'idées orgueilleuses absurdes et non systématisées est au contraire très fréquente. Des accès maniaques s'y montrent plus ou moins brusquement, sous la forme ordinaire de ces accès qui inaugurent si souvent le processus morbide dont le dernier terme est la démence paralytique. En voici un cas type :

M..., âgé de cinquante-deux ans, est un berger qui n'a jamais quitté son pays et qui a passé toute sa vie dans les montagnes au milieu de ses troupeaux. Il est certain que, dans ces conditions, son niveau intellectuel ne devait pas être bien élevé, mais enfin, il n'avait jamais présenté de signes d'aliénation mentale. A un moment donné, cet homme, qui a plus de cinquante ans, se surexcite et devient loquace, il abandonne ses occupations ordinaires, il exagère ses pratiques religieuses, il menace et injurie les gens qui l'approchent ; un jour, il enlève les flambeaux de l'église de son village et va les porter au cimetière, puis il se met en devoir de déterrer un cadavre récemment inhumé. Peu après, on l'amène à l'asile comme étant atteint de *folie furieuse*.

En effet, M... est très agité, il déclame sans cesse, il est agressif, il est le plus fort des hommes, il porte deux hommes à bras tendu. Dieu l'a fait prince. Il mange des moutons entiers, et on le laisse mourir de faim. On le retient prisonnier, mais il se vengera. Il est maître de la terre et possède des millions. — Cette agitation se calme un peu, sans disparaître complètement, et aujourd'hui ce malade semble être en voie de démence maniaque. Il manifeste encore des idées orgueilleuses et mystiques, et en plus des idées de persécution qui paraissent vouloir devenir prédominantes. — Au moment de ses violentes colères, sa voix tremblait un peu quand il criait, et dans les mêmes circonstances il bégayait parfois. Pour le moment, il ne présente aucun des symptômes physiques de la paralysie générale. D'ici peu, on le classera parmi les vésaniques chroniques et déments.

En consultant les registres, on trouve assez de cas analogues. Les malades, surtout quand ils étaient jeunes, sont souvent sortis guéris. Ceux qui avaient dépassé quarante ans ont, au contraire, ordinairement fini par la démence.

Il existe actuellement dans les salles un certain nombre de ces malades devenus chroniques. Voici les observations succinctes de quelques-uns d'entre eux :

M..., maçon, trente-quatre ans, entré en 1856. — Manie aiguë avec prédominance d'idées orgueilleuses et mystiques. Il est immensément riche et puissant, les esprits supérieurs le mènent, etc. — Actuellement, ce malade est en démence : Dissociation des idées, encore quelques idées délirantes vagues dans le sens des grandeurs. Travail soutenu.

A..., trente et un ans, cultivateur, entré en février 1883. — Ce malade, domestique de ferme, bon sujet,



devient d'abord sombre et taciturne, et après quelques jours de cet état, il s'excite, il s'irrite, il met son maître à la porte, parce que la maison est à lui, et il arrive à l'asile en manie aiguë. Là, il veut régénérer le monde, tout lui appartient, etc. — Aujourd'hui, il est maniaque chronique et absolument incohérent.

A..., quarante-quatre ans, cultivateur, entré en septembre 1877. — Manie avec prédominance d'idées mystiques et orgueilleuses. Il commande à l'univers, la Vierge l'inspire. Maintenant, il est en démence avec incohérence et agitation par intervalles.

M..., quarante-six ans, cultivateur, entré en mars 1877. — Manie avec idées de grandeur et de persécution. Il a tiré un coup de fusil sur son frère. Il a voulu épouser la fille d'un haut fonctionnaire du département (et de fait, il est allé faire la demande, ce qui a provoqué sa séquestration). Petit à petit, l'excitation est tombée et aujourd'hui ce malade est en démence simple.

P... Marguerite, quarante-huit ans, sans profession, entrée, en mars 1877, en manie aiguë avec idées de grandeur. Elle était supérieure à tous. En plus, impulsions agressives. — Actuellement, démence maniaque.

V..., quarante-six ans, entré en 1866. — Manie aiguë avec prédominance d'idées de richesse. Il possède des milliards, la maison est à lui. — Actuellement il est en voie de démence progressive avec conservation de son délire orgueilleux non systématisé.

Il est inutile de multiplier les cas, ils se ressemblent tous.

Ces accès de manie ont la même physionomie que ceux qu'on observe souvent au début de la paralysie générale et que beaucoup d'observateurs considèrent comme faisant partie intégrante de cette dernière maladie. En effet, dans les grands centres et surtout à Pa-

ris, quand des hommes de trente-cinq à cinquante ans sont atteints de cette forme de manie, il est grandement à supposer qu'ils vont devenir paralytiques. Et c'est justement pourquoi il nous a paru intéressant de signaler la fréquence de pareils accès dans une région où la paralysie générale est très rare.



## UN CAS DE SYPHILIPHOBIE

Par M. le Dr Ernest CHAMBARD

Ancien interne des hôpitaux de Paris  
médecin adjoint des asiles de la Seine.

Parmi les causes occasionnelles de cette forme de lymanie anxieuse à laquelle l'on donne le nom absurde, mais consacré d'hypochondrie, les affections des appareils de la digestion et de la génération occupent le premier rang ; il est, en effet, dans l'ordre des choses établies par la nature, que l'homme attache le plus de prix à celles de ses fonctions qui, pour être les moins nobles et les moins différenciées, n'en sont pas moins les plus essentielles à la conservation de son individu et à la perpétuation de son espèce.

C'est dans la pratique civile et dans les hôpitaux consacrés au traitement des maladies vénériennes, bien plus que dans les asiles d'aliénés, que l'on peut étudier l'hypochondrie d'origine génitale. Les sujets qui en sont atteints, n'y sont pas rares et sont représentés par trois types principaux : les *spermatorrhéiques*, que des pertes séminales imaginaires ou réelles frappent de frigidity et d'impuissance ; les *blennorrhéiques*, qu'un écoulement perpétuel épuise et que menace le rétrécissement avec ses terribles conséquences ; enfin, les *syphiliphobes* (1). Mais tandis que les deux premiers types se confondent souvent en un seul dans lequel la blennorrhée,

(1) Le terme *Syphiliphobie* nous paraît plus correct que celui de *syphilophobie* généralement employé, depuis Ricord.

la spermatorrhée et l'hypochondrie forment une triade symptomatique dont les éléments se subordonnent et s'associent, le syphiliphobe reste généralement isolé et ne pense pas plus à la blennorrhée ou à la spermatorrhée que le blenno-spermatorrhéique ne s'inquiète de la syphilis.

Décrite sous le nom *manie vérolique* par Bru (1), qui en a relaté une observation assez analogue à celle que nous publions ici, remise à l'ordre du jour et dénommée par Ricord (2), mentionnée en peu de mots par Martin, Belhomme, Rollet (3), Gros et Lancereaux (4) et tout récemment par Pirecchi (5), la syphiliphobie comporte un certain nombre de degrés qui témoignent d'une atteinte plus ou moins profonde des facultés intellectuelles. Tandis qu'elle peut n'être, chez un syphilitique, que l'exagération des craintes bien légitimes que doit lui inspirer la maladie compromettante et, parfois, si grave dont il est atteint, elle constitue un véritable délire hypochondriaque lorsqu'elle se rencontre chez un individu exempt de tout accident spécifique actuel et surtout indemne de toute infection antérieure.

Bien qu'assez commune, ainsi que les autres formes d'hypochondrie vénérienne, la syphiliphobie n'est que citée par les aliénistes, qui ont peut-être peu d'occasions de l'observer, et brièvement décrite par les syphiligraphes dont elle attire moins l'attention que les manifestations directes de la vérole. La discussion de certains cas

(1) Bru. *Méthode nouvelle pour traiter les maladies vénériennes*, etc. Paris, 2 vol. in-8°, 1789.

(2) Ricord. *Leçons sur la syphilis*, 1886.

(3) Rollet. *Traité des maladies vénériennes*, 1866.

(4) Gros et Lancereaux. *Des affections nerveuses syphilitiques*, 1881.

(5) Pirecchi. *Sifilide e pazzia* (*Giornale ital. delle malattie veneree et della Pelle*, 1878).



peut offrir quelques difficultés inhérentes aux incertitudes qui accompagnent souvent le diagnostic rétrospectif de la syphilis. Aussi croyons-nous devoir, malgré ses lacunes et peut-être même à cause de ses obscurités, publier l'observation que l'on va lire et que nous avons recueillie, l'année dernière, à la *Clinique dermo-syphiligraphique de la Faculté de médecine de Lyon* où nous avons l'honneur de remplir, auprès de M. le professeur Gailleton, les fonctions de chef de clinique.

*Antécédents héréditaires. — Antécédents personnels : Chagrins ; syphilis probable. — Etat présent : Pas de manifestations syphilitiques actuelles ; délire psycho-sensoriel hypochondriaque ; accidents syphilitiques imaginaires ; hallucinations de la sensibilité générale, de l'ouïe et de l'odorat.*

La nommée B..., âgée de soixante et un ans, entre le 14 août 1883 à la clinique dermo-syphiligraphique de la Faculté de médecine de Lyon (hospice de l'Antiquaille) pour s'y faire traiter d'accidents qu'elle rapporte à la syphilis. Elle vient de l'hospice du Perron qu'elle habite depuis plusieurs années (1).

*Antécédents héréditaires. —* Le père de la malade, mort de « vieillesse » à quatre-vingts ans, après être resté neuf ans hémiplégique, paraît avoir été un original. Très instruit et même bachelier, très intelligent, il était « l'homme le plus savant de la terre : on le consultait pour le temps, les procès, pour tout et on l'aurait cru sorcier ». C'était le meilleur homme du monde, il était très charitable, quittait tout pour rendre service, mais n'a jamais su faire ses affaires, était négligent, « ne pensait pas plus à lui qu'à ses enfants » et a fini par se ruiner. —

(1) Hospice d'incurables créé, en 1843, au château du Perron, à Oullins, aux portes de Lyon.

Il buvait un peu et se grisait quelquefois, surtout lorsqu'on l'entraînait.

*Grands-parents paternels.* — Pas de renseignements.

*Oncle paternel.* — C'était un avare et un ours. Bien que riche propriétaire, il n'a jamais voulu venir au secours de son frère et ne lui a rien laissé. « C'est un scélérat de n'avoir rien laissé à un pauvre vieux avec une maison pleine d'enfants. L'on dit qu'il faut pardonner à tout le monde, mais je n'ai jamais dit seulement un *de profundis* pour lui. »

*Mère.* — Morte à quarante ans, d'un catarrhe. C'était une femme sérieuse, mais sévère ; aussi les enfants aimaient-ils mieux le père qui était « la bonté même ». Elle querellait constamment son mari, qui gaspillait tout l'argent et « passait des trois ou quatre jours à rouler dans les cafés ».

*Grands-parents maternels.* — Pas de renseignements.

*Tante maternelle.* — Morte à quatre-vingts ans, son fils tombait « du haut mal ».

*Sœur.* — Morte à trente ans, d'une « hydropisie », à la Trappe de Vaise où l'aurait fait entrer une vocation religieuse décidée. Elle était très bonne, très polie, très gaie et tout le monde l'aimait.

*Deux autres sœurs.* — Mortes « de la poitrine » à dix-huit et vingt-quatre ans. — *Deux frères*, morts l'un, à soixante-six ans de la fièvre jaune, l'autre en bas âge.

*Antécédents personnels.* — B..., est née à Saint-André (Ardèche) ; jusqu'à quatorze ans, elle a fréquenté l'école où elle a acquis une instruction primaire assez bonne, pour le temps. Elle s'est ensuite placée comme domestique, d'abord dans son pays, puis à Paris et à Lyon. Entre temps, elle a exercé le métier de lingère.

L'existence de la malade n'a jamais été très heureuse. A dix-sept ans, elle a beaucoup souffert de la mort de son



père qu'elle « aimait comme ses yeux ». Bien que d'un caractère aimant et sensible, elle dut rester fille, « ce qui n'était cependant pas son idée. » A vingt ans, elle eut un premier amour qui ne paraît pas avoir été très heureux. A vingt-cinq ans, elle connut un jeune homme qui la rendit mère et mourut au moment où il allait l'épouser : l'enfant né de cette union mourut, lui-même, chez sa nourrice à cinq ans. B... en conçut un profond chagrin qui ne se dissipa qu'au bout de plusieurs années.

Les antécédents pathologiques de la malade sont peu intéressants. A neuf ans, elle fut atteinte de la variole. Elle n'eut jamais de maladie nerveuse et demeura toujours bien portante jusqu'à quarante ans; il se produisit alors dans sa vie un événement étrange, qu'elle raconte avec la plus grande répugnance et dans un langage plein de réticences et de contradictions.

Elle habitait Paris et se trouvait sans travail. Un jour, elle prit une voiture pour se rendre à Neuilly où on lui avait indiqué une place de gouvernante. Après un long trajet, le cocher s'arrête pour permettre à un ami de monter à côté de lui, sur le siège. L'endroit était désert. Inquiète, B... fait des observations au cocher qui arrête de nouveau la voiture : l'inconnu dont elle n'a pu voir les traits, mais qui paraissait jeune, était vêtu en bourgeois et « causait bien », y pénètre, lui adresse de douces paroles et cherche à la violer. Elle se défend et crie, mais le cocher vient au secours de l'agresseur qui la fait tenir, pratique sur elle un coït incomplet et disparaît. — « Lâche, misérable, lui crie la victime, vous n'avez pas pu y réussir ! — Si, si, répond-il, j'y ai été. »

B... aurait été beaucoup moins affectée de l'insulte qu'elle venait de subir qu'effrayée de ses conséquences possibles. Le lendemain, en se réveillant, elle avait « mal au cœur » et se trouva le corps plein de petits boutons,

qu'elle montra au pharmacien et qui disparurent en quelques jours.

Huit jours après l'accident, il lui survint une *ulcération* à la grande lèvre droite *sans adénopathie inguinale* et un *écoulement jaunâtre*. La *miction* était *précédée* et *accompagnée de douleurs brûlantes*. Elle se fit recevoir à Lourcine où l'on diagnostiqua une vaginite légère et une ulcération de la grande lèvre : on la traita par des bains, le tampon vaginal et lorsque *deux mois* après, elle partit, non guérie et « perdant encore », on lui conseilla de faire des injections. Pendant son séjour à l'hôpital, on ne lui administra aucun médicament à l'intérieur.

Peu de jours après, la malade retourne à Lourcine, dans le service de M. Desprès. Cette fois, les médecins trouvèrent « *que les plaques muqueuses se déclaraient enfin* ». Elle en avait à la vulve et sur la langue. Bientôt survint une éruption de *croûtes* sur le cuir chevelu et les cheveux tombèrent pour ne plus repousser.

Dès lors commença une longue odyssée dans les hôpitaux de Paris ; mais les renseignements donnés par la malade sont si vagues et si contradictoires qu'il nous est bien difficile de l'y suivre. Elle aurait successivement fréquenté la Charité, où elle était entrée pour une éruption de « clous » à la région fessière ; Lariboisière, où M. Moissenet la traita, pendant trois mois, pour une tumeur dans la fosse iliaque droite ; Necker, où elle monchait une humeur jaune qu'elle sait bien maintenant être due « à sa maladie » ; et bien d'autres encore.

Lorsqu'elle eut parcouru tous les hôpitaux, ou lorsque ses moyens le lui permirent, B... se mit à consulter les médecins de Paris, à domicile : les uns la traitaient comme syphilitique, d'autres ne lui trouvèrent aucune trace de cette maladie infectieuse. S'étant enfin figurée que sa maladie « se portait aux yeux et au nez »,



elle s'adressa, dans ces dernières années, à des spécialistes, tels que MM. Desmarres, Galezowski, Moura, etc. De retour à Lyon, elle passa également en revue tous les médecins et tous les syphiligraphes de cette ville, jusqu'au moment où elle fut admise à l'hospice du Perron d'où, en désespoir de cause, elle se fit envoyer à l'Antiquaille.

*État actuel.* — B... est d'une taille au-dessus de la moyenne et normalement conformée; le crâne et la face sont réguliers et symétriques; le front large et élevé est plus développé qu'il ne l'est communément chez les femmes; la physionomie, assez intelligente, présente une expression particulière de préoccupation anxieuse qui permet de reconnaître, à première vue, une hypochondriaque.

Le cuir chevelu est le siège d'une *alopécie* presque complète, surtout au centre, et masquée bien incomplètement par quelques mèches de cheveux gris: son aspect est d'ailleurs normal. Il existe sur l'aile droite du nez deux petites cicatrices légèrement déprimées, dont l'une a entamé quelque peu le bord de la narine: la malade les rapporte à une éruption de boutons qui se serait faite, il y a un an, à la face; elles ne présentent, cependant, aucun caractère spécifique.

Les fonctions organiques sont parfaitement normales et la malade ne se plaint que d'un catarrhe qui remonterait à l'âge de dix-huit ans. Elle a contracté, dans sa jeunesse, des habitudes de masturbation auxquelles elle avoue n'avoir pas encore complètement renoncé.

L'intelligence de B... paraît avoir été assez développée; mais il est impossible, aujourd'hui, de la distraire de ses préoccupations hypochondriaques et d'obtenir d'elle des renseignements précis et circonstanciés sur sa propre histoire. Elle attribue, elle-même, les hésitations et les contradictions de ses discours à la perte de sa

mémoire : « Je ne me rappelle rien, dit-elle, je finirai par perdre la mémoire et par devenir imbécile. » Nous croyons, cependant, reconnaître beaucoup de réticences dans le récit de la malade dont le caractère est, comme celui de beaucoup de ses pareilles, défiant, soupçonneux et irascible.

La syphilis que B... croit avoir reçue de son agresseur de Nenilly, est le constant et unique sujet de ses préoccupations : elle y pense tout le jour et pendant ses longues nuits agitées et sans sommeil. Toujours, elle se croit « empoisonnée » ; mais c'est surtout depuis quinze mois que la maladie la tourmente et fait des ravages. Ce n'est pas faute de s'être soignée ; car elle a « roulé » tous les hôpitaux, consulté tous les médecins et absorbé des quantités énormes de mercure, de sirop de Gibert et d'iodure de potassium : elle en achète encore, en cachette, depuis qu'elle est à l'hospice du Perron. Elle attribue même au mercure ses longues insomnies.

Chaque matin, la malade vient avec son air inquiet, nous exposer ses souffrances, nous supplier de l'examiner encore et le défilé des malades est à peine terminé que, trompant la surveillance des religieuses, elle revient nous poursuivre de ses doléances. Pour le moment, la syphilis s'est localisée à l'œil gauche, aux oreilles et surtout au nez. « Je sais bien, nous dit-elle, que le nez est malade, je ne peux vous dire toute l'humour qui en est sortie. Il en sort même maintenant ; mais cela me chatouille profondément, tout en haut. Ce doit être l'os qui pourrit : l'on m'a dit que cela pourrait arriver. Si cela continue à creuser, je sais ce qui arrivera : le nez sera écrasé. » Des hallucinations de l'ouïe et de l'odorat s'ajoutent aux sensations vraies ou fausses qui pourraient être le point de départ de ses conceptions hypochondriaques. M... sent une « odeur épouvantable » qui s'exhale de son nez et ses compagnes



qui la sentent comme elle, la fuient en disant qu'elle « a la vérole, qu'elle sent mauvais et qu'elle est pourrie. » Cette odeur la poursuit jusque dans la nuit et l'oblige à se lever, à chaque instant, pour se rincer la bouche.

Nous n'avons jamais senti l'odeur nauséabonde que la malade se plaint d'exhaler. Un examen attentif et complet ne nous a pas permis de constater, en dehors de l'alopécie permanente chez elle, aucun stigmate syphilitique (cicatrice de chancre, exostose ou cicatrices de syphilides ulcéreuses). — Nous avons également examiné à l'œil nu et à l'aide de divers moyens d'exploration (rhinoscopie antérieure et postérieure, otoscopie, etc.) les fosses nasales et les oreilles de la malade, sans y découvrir la moindre altération.

La malade dont nous venons de rapporter l'histoire se croit, sans aucune raison, atteinte de lésions syphilitiques de l'œil, de l'oreille et surtout du nez, assez graves pour compromettre, à bref délai, l'intégrité de ces organes importants ; des hallucinations de l'odorat et de la sensibilité générale prêtent constamment leur appui à cette conception inébranlable et invétérée.

B... est donc atteinte d'un délire hypochondriaque circonscrit avec hallucinations ; mais il nous serait difficiles de décider si celles-ci sont primitives ou secondaires, si elles sont la cause ou l'effet du délire. Il ne paraît pas, cependant, autant que nous puissions nous en rapporter à nos investigations, que l'on doive les rattacher à des altérations des organes qui en sont le siège.

Des hallucinations de l'ouïe se joignent très probablement à celles dont nous venons de parler et semblent indiquer, de la part du délire hypochondriaque, une certaine tendance à se transformer en délire de persé-

cution. M... entend ses compagnes se plaindre de l'épouvantable odeur qu'elle répand et l'accuser d'avoir la vérole, d'être pourrie, etc. Or, elle est placée dans la salle des vénériennes qui ne lui accordent que peu d'attention et auraient, d'ailleurs, mauvaise grâce à lui adresser de tels reproches.

Les causes de l'affection dont notre malade est atteinte sont multiples. Son père paraît avoir été un demi-aliéné et l'un de ses neveux du côté maternel était épileptique. Elle-même a souffert de la misère et a eu quelques chagrins, parmi lesquels la mort de son second amant et le célibat forcé occupent une large place. La contamination syphilitique a dû féconder les germes contenus dans ce terrain si bien préparé et ne semble pas douteuse, quelque opinion que l'on ait des circonstances qui l'ont amenée. Nous voyons, en effet, la malade présenter, huit jours après le coït accepté ou subi, une ulcération de la grande lèvre, unique et d'aspect assez bénin pour ne nécessiter aucun traitement; deux mois plus tard, se déclarent des accidents que l'on dit, à Lourcine, être des plaques muqueuses de la vulve et de la langue; peu de temps après, surviennent, enfin, des croûtes dans les cheveux et une alopecie qui, fait assez rare, persiste encore aujourd'hui et constitue le seul signe rétrospectif de syphilis qu'il soit permis de découvrir chez elle.



## Archives cliniques.

14

ASILE DE MARSEILLE. — M. MARANDON DE MONTYEL.

### Lypémanie ambitieuse dissimulée.

Parmi les faits les plus curieux et les plus inattendus révélés par l'étude des maladies mentales, il faut compter la dissimulation de la folie. Je me suis trouvé tout dernièrement aux prises avec un cas de ce genre et dans des circonstances particulièrement délicates. Voici cette observation qui ne me paraît pas dépourvue de tout intérêt.

SOMMAIRE. — Lypémanie avec idées de persécutions et de grands. — Dissimulation des conceptions délirantes. — Evasion de l'asile. — Plainte en séquestration arbitraire. — Réintégration dans un asile.

Une dame, âgée d'une quarantaine d'années, s'évade d'un asile des Bouches-du-Rhône, où elle était isolée depuis trois mois sur la demande de son mari. Elle se rend à la préfecture et dépose une plainte en séquestration arbitraire. Rien dans son langage et dans sa tenue ne trahit la folie. L'autorité s'émeut et je reçois mission de me prononcer sur l'état mental de la plaignante. Je rédigeai le rapport suivant :

« Mme P..., épouse B..., dans le but de recouvrer la liberté, dissimule avec une certaine habileté ses hallucinations et ses conceptions délirantes. Elle pourra surprendre facilement la bonne foi de tout individu non habitué aux ruses des aliénés et peut-être même celle

d'un spécialiste non prévenu ; j'avoue, pour ma part, être resté, pendant près d'une heure de conversation avec cette dame, dans le doute le plus absolu sur son véritable état mental. Il importait tout d'abord de mettre en garde l'autorité administrative contre cette détermination prise par la malade de dissimuler sa folie pour obtenir sa liberté. C'est là d'ailleurs un phénomène relativement fréquent dans les asiles et qui peut se retrouver dans tous les délires partiels.

« Mme P..., dès qu'on l'interroge sur les causes de sa séquestration, n'hésite pas à accuser son mari et articule contre lui des griefs d'une extrême gravité ; mais tous ceux qu'elle m'a énumérés étaient possibles, rien dans ses accusations ne dénotait un trouble psychique. A l'entendre, M. B... aurait des habitudes d'ivrognerie ; sous l'influence d'accès alcooliques, son caractère se serait aigri, ses sentiments pervertis, et depuis six ans son ménage serait devenu un enfer. Injures, coups et blessures, adultère sous le toit conjugal, il se serait rendu coupable de tous les méfaits conjugaux ; mais, je le répète, malgré ce portrait des plus noirs, toutes ses plaintes étaient raisonnablement articulées et elles ne justifiaient nullement le diagnostic d'aliénation mentale.

Je ne me laissais pourtant pas décourager ; un de mes collègues considérait Mme P... comme une aliénée, puisqu'il la gardait dans son service, et son opinion avait trop d'autorité à mes yeux pour ne pas me méfier de la malade. J'insistais longtemps encore, et après plus d'une heure, je crus remarquer que mon interlocutrice semblait touchée du temps que je lui consacrais. Je redoublais d'égards et de prévenances, et mes efforts furent couronnés d'un plein succès. Cette malade se décida alors à me confier ce que, disait-elle, elle n'avait raconté à personne depuis son arrivée en France, de



crainte d'être considérée comme folle et maintenue dans une maison de santé, c'est-à-dire des conceptions délirantes de persécutions et de grandeurs parfaitement systématisées. Un complot est ourdi contre elle par son mari, ses maîtresses, plusieurs officiers supérieurs et son confesseur, qui, entre autres scélératesses, a raconté toutes ses confessions. Mais Dieu lui a fait une grâce particulière pour triompher des méchants, la grâce de la pénétration de la pensée. C'est une voix qui part de la région du cœur et qui lui murmure à l'esprit tout ce que pensent les autres ; de même le Seigneur, pour faire éclater partout la grandeur et la pureté de ses sentiments, permet à tous de lire ce qui se passe dans son âme. Dieu lui a en outre confié des secrets importants qu'elle ne peut me dévoiler, car, dit-elle, si ma confiance en vous va jusqu'à vous confier mes affaires, je ne puis trahir pour vous les serments que j'ai faits de garder le silence sur certaines communications. Mme P... affirme que le Tout-Puissant, pour la confirmer dans sa foi et vaincre l'incrédulité de son entourage, a fait voir à elle et à tout son quartier, les choses les plus extraordinaires et les plus terribles.

« Cette malade prétend que depuis son départ de l'Algérie, elle n'entend plus rien, ce qui d'abord lui avait été prédit plusieurs semaines auparavant. Je doute qu'elle ne soit plus hallucinée. Elle est tellement portée à dissimuler qu'on ne peut accorder aucun crédit à ses négations. D'ailleurs, en admettant même que ses perversions sensorielles subissent en ce moment un temps d'arrêt, Mme P... est toujours dominée par les mêmes idées morbides, bien plus, je crois que son intelligence commence à s'affaiblir. Il y a chez elle une grande tendance à se perdre dans les digressions, la mémoire ne paraît pas toujours très fidèle et le raisonnement manque de solidité. La dissimulation de la malade ne prouve

pas la vigueur de son esprit, car la ruse est tout à fait indépendante du degré de développement intellectuel.

« De tout ce qui précède je me crois en droit de conclure :

« 1<sup>o</sup> Que Mme P..., épouse B..., est atteinte de lypémanie ambitieuse avec commencement d'affaiblissement intellectuel;

« 2<sup>o</sup> Que la malade, dans le but de reconquérir la liberté, dissimule avec soin son délire;

« 3<sup>o</sup> Que la forme de folie dont elle est atteinte, d'ordinaire incurable et très dangereuse, nécessite l'isolement dans un asile d'aliénés. »

Conformément à mes conclusions, Mme P... fut reconduite à l'asile d'où elle s'était évadée. Quelques semaines après, j'eus l'occasion de voir le médecin de l'établissement et il m'apprit que la dissimulation de la malade datait de son entrée. Jamais, ni dans ses paroles ni dans ses écrits, mon collègue n'avait pu saisir le secret de son délire. Les idées de grandeurs, les hallucinations de l'ouïe et de la vue, la systématisation des conceptions délirantes lui furent révélées par mon rapport. Les accusations contre son mari étaient la seule chose dont cette dame fit étalage. Muni de renseignements qui m'avaient fait complètement défaut, sachant que la conduite de M. B... n'avait jamais pu donner lieu à aucune plainte, que Mme B..., au contraire, par suite d'idées de persécutions, s'était livrée à plusieurs reprises à des actes de violence et même à des attentats contre diverses personnes, mon confrère, avec raison, avait pris surtout pour base de son diagnostic les antécédents de la malade et avait conclu à l'existence de la folie malgré la dissimulation.

Si je n'avais pas été assez heureux pour obtenir, après maints efforts, de Mme B... les confidences qui m'ont permis de mettre à nu son état mental, je n'aurais cer-



tainement pas conclu à l'absence de la folie chez elle. J'aurais demandé, avant de me prononcer, le temps d'observer la plaignante et surtout communication de son dossier; mais ces retards n'auraient-ils pas jeté du doute dans l'esprit de l'autorité et n'auraient-ils pas ébranlé la valeur de mes conclusions?

13

OBSERVATION REPRODUITE. — D<sup>r</sup> BRIDGER.

**Folie sympathique**

SOMMAIRE. — Hallucinations du goût et de l'odorat. — Idées de persécution. — Evacuation d'une énorme quantité de matières stercorales accumulées. — Guérison.

La question des folies sympathiques est de celles qui ne sont pas définitivement jugées; aussi nous paraît-il intéressant de faire connaître le cas suivant qui a été publié dans le *British medical Journal*, avril 1886, p. 688. Nous en traduisons littéralement le résumé donné par le *London medical Record* du 15 mai 1886.

Le D<sup>r</sup> A. E. Bridger fait connaître un cas de désordre mental, dépendant d'une accumulation de matières stercorales dans l'intestin. La malade était une dame âgée de cinquante ans; sa santé n'avait cessé d'être bonne que un an, environ, avant qu'elle ne vînt consulter l'auteur. Elle se plaignait d'avoir perdu l'appétit et elle avait beaucoup maigri. La peau était rude, sèche et de couleur jaune. Elle avait eu des vomissements à plusieurs reprises, et récemment elle avait été tourmentée par une toux sèche. Quelque temps après, elle commença à présenter une conception délirante, associée à des hallucinations des sens du goût et de l'odorat. Elle

avait l'habitude de se plaindre que quelqu'un vint, la nuit, dans sa chambre, brûler du soufre et du phosphore. Plus tard, elle se figura que ces odeurs étaient produites par son mari et par ses enfants, avec l'intention de se débarrasser d'elle.

Le Dr Bridger, lorsqu'il vit la malade pour la première fois, fut amené à examiner l'état de l'abdomen qui présentait une apparence très bizarre. La place du côlon transverse et du côlon descendant était occupée par une saillie large et élevée ; dans le reste de la surface abdominale, les parois étaient très amincies, ce qui permettait de voir nettement les mouvements de l'intestin grêle. Ces particularités tenaient à une immense accumulation de matières stercorales durcies. Pour en venir à bout, il fallut, pendant plusieurs jours, avoir recours à l'emploi de curettes, d'injections de glycérine, d'huile de ricin, d'irrigations d'eau chaude, et de laxatifs variés. Au bout de six semaines, la malade avait notablement engraisé ; elle avait bon appétit et dormait bien ; il ne restait plus la moindre trace de ses conceptions délirantes.



## Médecine légale.

# REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

par M. le Docteur A. GIRAUD

Directeur-Médecin de l'Asile de Fains.

SOMMAIRE. — Crimes et délits dans la folie, par le Dr Max Simon, médecin en chef de l'asile de Bron. — L'atténuation de responsabilité. — La responsabilité chez les épileptiques. — Affaire Bougault : responsabilité ; Affaire L. R..., responsabilité atténuée ; affaire B..., irresponsabilité, par le Dr Biaute. — Affaire Jules M..., responsabilité limitée. — Affaire R..., irresponsabilité, par le Dr Parant.

Comme nous l'avons annoncé en terminant notre précédente revue, l'examen du dernier ouvrage de notre collègue Max Simon doit trouver place en tête de notre étude d'aujourd'hui. L'auteur du traité intitulé « *Crimes et délits dans la folie* » expose ainsi le but de son travail : « Vivant depuis longtemps déjà au milieu des « aliénés, ayant passé avec eux de longues heures, les « interrogeant et les écoutant avec patience et sympathie, il m'a été bien souvent permis de pénétrer leur « pensée intime, d'analyser leurs impressions, de discerner les mobiles qui les font agir. Cette connaissance des motifs qui dirigent à l'ordinaire les aliénés, « je me suis efforcé de la mettre à profit dans le livre « que je publie aujourd'hui et que j'offre aux magistrats « et aux médecins. » En d'autres termes, rechercher le mobile des crimes ou délits commis par les aliénés, tel

est le programme du Dr Max Simon. Notre collègue a suivi son programme en s'appuyant sur un grand nombre d'observations personnelles et en complétant son étude par des exemples empruntés aux auteurs, sans jamais s'écarter du domaine de la médecine légale. Nous pouvons le suivre sans sortir du cadre de notre revue.

Le Dr Max Simon a examiné successivement dans son ouvrage les différentes sortes de crimes ou délits commis par les aliénés, le meurtre, l'incendie, le vol, les attentats aux mœurs, les autres crimes ou délits.

Les aliénés meurtriers sont fréquemment des hallucinés, et le meurtre offre un caractère différent, suivant qu'il reconnaît pour cause immédiate l'hallucination ou la préoccupation délirante. Lorsque cette cause immédiate est une hallucination de la vue, l'aliéné agit sous l'influence de la frayeur, et frappe la personne qui a pris à ses yeux l'aspect d'un spectre. L'action est rapide, presque instantanée ; l'hallucination a un caractère particulier : on peut l'appeler hallucination-illusion. D'autres hallucinés, les hallucinés de l'ouïe, peuvent entendre une voix leur commandant de tuer. Ceux-là résistent généralement pendant plus ou moins longtemps à l'injonction qui les obsède.

Les aliénés à délire de persécutions sont d'ordinaire, eux aussi, des hallucinés pouvant arriver au meurtre, mais ils y sont poussés par un mécanisme différent. Souvent ils n'ont qu'une idée vague de leurs persécuteurs : ils deviennent dangereux lorsqu'ils croient trouver dans une personne de leur entourage la cause de leurs tourments. D'après Max Simon, chez certains persécutés, l'hallucination peut manquer et être remplacée par l'illusion des sens.

On peut encore rencontrer deux autres variétés d'aliénés meurtriers ; ce sont ceux qui, tourmentés par des



idées de suicide et n'osant les mettre à exécution, tuent pour être tués à leur tour, et ceux qui, sous l'influence d'un délire religieux, tuent pour assurer le bonheur de leur victime.

A côté des hallucinations et illusions des sens, se trouve chez l'aliéné un autre facteur du crime, l'impulsion irrésistible. C'est surtout chez les épileptiques que cette impulsion se rencontre. On la constate aussi dans la manie et la lypémanie. Peut-elle exister sans autres phénomènes délirants concomitants ? Max Simon l'admet, tout en considérant ces faits comme beaucoup plus rares qu'on ne l'avait cru, quand on admettait sans contestation la monomanie homicide. Pour notre collègue, l'impulsion homicide ne saurait être niée, « bien  
« qu'elle paraisse aujourd'hui systématiquement rejetée  
« par un certain nombre de médecins légistes qui,  
« tournant le dos, pour ainsi dire, à leurs prédéces-  
« seurs, et se laissant entraîner à une sorte de réaction  
« très habituelle dans l'évolution des doctrines scienti-  
« fiques, semblent regarder comme chimérique la ma-  
« nifestation isolée de ce redoutable accident. Mais il  
« y a certainement un excès dans cette négation que  
« contredit la rigoureuse observation des faits, et il me  
« paraît que, dans certaines affaires judiciaires récentes,  
« des condamnations ont été, en quelque sorte, obtenues  
« par des médecins qui me semblent avoir méconnu  
« l'existence d'impulsions isolées, qui faisaient du  
« meurtre dont ils avaient à apprécier le caractère, un  
« acte absolument maladif. » Nous ne croyons pas pou-  
voir accepter, sans réserves, cette opinion, telle qu'elle  
est formulée, et nous reviendrons sur ce point.

Les impulsions irrésistibles s'observent dans la folie puerpérale et dans la folie alcoolique ; mais, dans cette dernière forme de folie, ce sont surtout les hallucina-  
tions terrifiantes qui poussent le malade à frapper et à

tuer. Les impulsions subites constituent un des caractères principaux de l'épilepsie larvée. Les impulsions homicides sont moins fréquentes et moins graves dans la folie hystérique que dans l'épilepsie.

Les actes de violence commis par les imbéciles ont un caractère spécial de stupidité et d'atrocité contrastant avec l'insouciance du malade ; parfois, les idiots réagissent sous l'influence de la frayeur, et parce qu'ils sont naturellement peureux : ils peuvent aussi commettre des actes criminels par suite d'une suggestion étrangère. On doit noter aussi que les convictions délirantes ne sont pas rares chez les imbéciles. Les déments sont habituellement inoffensifs ; le D<sup>r</sup> Max Simon cite, néanmoins, le cas d'un dément paralytique à une période avancée qui s'était traîné hors de son lit et avait frappé, à coups de sabots jusqu'à ce que la mort s'ensuivit, un autre malade paralytique aussi, parce que ce dernier parlait une partie de la nuit. Un motif futile avait déterminé un acte de la plus haute gravité.

Les aliénés incendiaires forment-ils une catégorie spéciale de malades ? Pour le D<sup>r</sup> Max Simon, la pyromanie, décrite comme une *monomanie*, n'est qu'un symptôme, et on a créé une classe artificielle d'aliénés avec les pyromanes. Certains aliénés mettent le feu sous l'influence du délire des persécutions et pour se venger de leur ennemi. D'autres obéissent à un délire à la fois religieux et ambitieux, ou agissent sous l'influence d'hallucinations. Le plus souvent l'incendie allumé par l'aliéné est dû à une impulsion irrésistible. Cette impulsion se rencontre assez fréquemment chez les hystériques et les héréditaires ou dégénérés, surtout à l'époque de la puberté. Les imbéciles et les déments peuvent encore allumer un incendie, faute de précautions nécessaires, et par suite de leur insuffisance intellectuelle.



Les aliénés voleurs agissent, d'après le Dr Max Simon, sous l'influence de causes assez diverses. Le vol aurait pour cause, tantôt l'insuffisance d'esprit, tantôt la perversion morale malade, tantôt certaines idées délirantes ou l'impulsion. On doit attribuer à l'insuffisance d'esprit les vols commis par les imbéciles, les déments séniles et les déments paralytiques. Chez ces derniers, les conceptions ambitieuses et la croyance que tout autour d'eux leur appartient rendent le vol plus fréquent. Chez les imbéciles, il peut y avoir tout à la fois insuffisance intellectuelle, perversion morale et impulsion. L'impulsion au vol est fugace et mobile dans la manie. Elle n'est pas rare dans l'épilepsie, surtout après les crises, et il n'est pas rare que le malade ait perdu complètement le souvenir du fait. Cette impulsion peut se rencontrer dans l'épilepsie larvée, et la détermination de l'état mental est, dans ce cas, difficile à établir. L'impulsion au vol est fréquente chez les hystériques : chez ces malades, souvent il y a lutte avant l'accomplissement du méfait ; ils ne cèdent qu'à la persistance et à la ténacité de l'obsession. L'impulsion se rencontre encore dans l'état de grossesse. En dehors de ces cas, existe-t-il une impulsion au vol entièrement isolée de tout autre état pathologique ? Notre collègue le croit et admet la kleptomanie, tout en la considérant comme fort rare. Nous ferons ici les mêmes réserves que pour l'impulsion homicide isolée.

La plupart des attentats aux mœurs par les aliénés sont commis par des faibles d'esprit, imbéciles ou déments. Les instincts érotiques sont fréquents chez ces malades. On rencontre chez les dégénérés des perversions du sens génital ; les attentats aux mœurs ne sont pas rares au début de la paralysie générale. Chez ces malades, à l'impulsion érotique s'ajoute l'idée délirante de la vigueur de leur tempérament, vigueur qu'ils veu-

lent montrer. Les exhibitionnistes décrits par Lasègue forment-ils une classe spéciale de malades? Max Simon ne le croit pas. L'expression employée par Lasègue est une rubrique commode pour classer des faits de même ordre; mais les exhibitionnistes peuvent appartenir à des classes malades diverses, et leurs actions dépendre d'éléments délirants essentiellement distincts. C'est ainsi qu'on peut rencontrer des faits de ce genre comme forme de vertige épileptique. Une cause plus rare est la conviction délirante liée à des hallucinations ou des illusions des sens: telle est l'observation de ce secrétaire de mairie, convaincu que le maire réclamait sa collaboration pour arriver à la paternité d'un fils.

Sous la dénomination, autres crimes et délits, le Dr Max Simon examine les violations de sépulture dans la folie impulsive, les mutilations produites par les aliénés soit sur eux-mêmes, soit sur autrui, les faux en écriture, l'usurpation de fonctions et port illégal de décorations. Pour aucun de ces actes on ne rencontre une forme spéciale d'aliénation. La bigamie est rare et reconnaît les mêmes mobiles que les attentats aux mœurs. La dénonciation calomnieuse peut être considérée comme à peu près spéciale aux hystériques.

Le Dr Max Simon consacre un dernier chapitre à l'*expertise mentale*. « Il est peu de médecins au courant de la médecine légale des aliénés, écrit-il, qui n'aient l'occasion de parcourir des rapports consistant uniquement dans des interrogatoires multipliés, auxquels les malheureux aliénés sont soumis comme s'il s'agissait d'une nouvelle instruction criminelle. Je ne saurais comprendre, pour ma part, cette façon d'expertise qui consiste, pour ainsi dire, à fatiguer l'aliéné par des questions plus ou moins insidieuses, et à chercher à le mettre en contradiction avec lui-même. Eût-on quelques soupçons sur la possibilité d'une simu-



« lation, je ne crois pas qu'il soit bon de presser le ma-  
 « lade de questions sans fin, le fatiguant, l'obsédant,  
 « le torturant en quelque sorte. Une telle façon de pro-  
 « céder, loin de conduire l'expert à la connaissance de  
 « la vérité, peut l'induire en erreur. On trouble ainsi  
 « l'aliéné, on l'égare, et celui-ci peut, à son tour, par  
 « des réponses faites en vue de se défendre, égarer celui  
 « qui l'interroge. En tout cas, on intimide à coup sûr le  
 « malade, et, par suite, on ne lui laisse pas la libre ma-  
 « nifestation de ses idées qu'il dissimulera encore par-  
 « fois, s'il soupçonne que l'expert veuille lui tendre  
 « quelque piège. C'est tout à la fois le sentiment pro-  
 « fond que j'ai de la dignité du rôle de l'expert et de la  
 « sympathique pitié que doit toujours inspirer le ma-  
 « lade en observation qui me fait difficilement accepter  
 « certains moyens d'expertise, de finesse vulgaire, ne  
 « me paraissant pas relever suffisamment des procédés  
 « de la science, et semblant, par conséquent, sortir des  
 « véritables limites d'une inquisition légitime. » Si  
 notre collègue n'accepte pas les pièges tendus au pré-  
 venu en observation, il réproouve, à plus forte raison,  
 l'emploi des substances toxiques ou médicamenteuses,  
 telles que le chloroforme, l'éther, les narcotiques. Mais,  
 d'un autre côté, on doit appeler l'attention sur les tares  
 héréditaires, sur les déformations physiques. Les écrits  
 et les dessins des aliénés peuvent fournir de précieuses  
 indications. En ce qui touche les conclusions, le D<sup>r</sup> Max  
 Simon combat la donnée de la responsabilité partielle.  
 « Un des points parfois les plus délicats de l'exper-  
 « tise, est la nécessité où se trouve le médecin de se  
 « prononcer sur la responsabilité de l'inculpé dont on l'a  
 « chargé de constater l'état mental. Dans le plus grand  
 « nombre des cas, la question est nette et ne permet  
 « pas l'hésitation. L'égarement de l'esprit est tel qu'il  
 « ne saurait y avoir aucune espèce de doute, même dans

« l'esprit des personnes étrangères à la médecine men-  
« tale, sur l'irresponsabilité absolue du malade. D'autres  
« fois cependant, l'altération des facultés est encore  
« très facile à apprécier ; mais on ne constate pas chez  
« l'aliéné le degré d'égarement qui rend claire pour  
« tous l'impossibilité où il s'est trouvé de mesurer la  
« portée de ses actes : le malade raisonne juste sur un  
« certain nombre de points ou bien encore possède des  
« facultés incomplètes. De l'existence de cet état mixte  
« est né l'usage de l'admission, pour certains aliénés, de  
« la responsabilité partielle. » Que *l'aliéné* soit toujours  
déclaré irresponsable de ses actes, nous l'admettons vo-  
lontiers, mais pour notre compte personnel, nous nous  
séparons de notre collègue lorsqu'il ajoute : « Et puis,  
« que signifie cet à peu près dans la peine, cette sorte  
« de justice mitigée se traduisant par des circonstances  
« atténuantes ? A l'intention semi-criminelle, si je puis  
« dire, au lieu de travaux forcés vous avez donné la  
« prison ; pour la maladie qu'avez-vous fait ? Plus on  
« réfléchit à ces choses graves, plus on est tenté de pen-  
« ser que le compromis malheureux de la responsabi-  
« lité limitée, quand il ne vient pas d'idées théoriques  
« fausses ou de l'embarras des experts, reconnaît pour  
« cause un défaut de confiance dans les représentants  
« de la justice : injure imméritée, car il n'y a pas de  
« pays au monde où les magistrats sachent mieux qu'en  
« France entendre une affirmation scientifique sérieuse  
« soutenue par une parole honnête. »

Dans son ouvrage, le D<sup>r</sup> Max Simon a analysé avec  
beaucoup de soin et avec une grande vérité les mobiles  
qui poussent l'aliéné au crime. Ce travail est plein d'in-  
térêt, et, de plus, constitue une œuvre utile. Les réserves  
que nous avons formulées au cours de notre revue ne  
peuvent rien ôter au mérite de l'ouvrage et nous allons  
revenir sur les points qui nous paraissent contestables.



Le Dr Max-Simon n'admet pas la pyromanie comme une forme spéciale de folie ; mais il admet l'impulsion isolée à l'homicide ou au vol, c'est-à-dire une impulsion irrésistible indépendante de tout autre état pathologique. Il s'appuie sur plusieurs observations personnelles que nous allons citer textuellement : « Un savant ayant un nom dans la science, a raconté à mon père, qui me l'a rapporté, qu'un jour, pendant qu'il se faisait la barbe, l'idée de se couper la gorge lui vint si nette, si vive, si obsédante, que ce savant, qui connaissait la gravité d'une telle impulsion, ne voulut pas s'y exposer plus longtemps, déposa le rasoir, renonçant pour ce jour à sa toilette.

« Un jeune homme d'une intelligence cultivée, doué des plus nobles sentiments, des qualités les plus rares, m'a avoué avoir éprouvé en de certains instants le désir de tuer les personnes qui l'entouraient et qui étaient ses meilleurs amis.

« Un homme d'esprit très fin, instruit des choses de la science, m'a également confié qu'un jour qu'il était monté sur un lieu élevé, il sentit distinctement se développer en lui le désir violent de se précipiter. Cette personne connaissait le danger de ces impulsions ; elle s'empressa de couper court à la tentation en quittant le lieu dangereux où elle était placée.

« Je sais enfin une autre personne qui, dans la plus complète santé intellectuelle, ayant éprouvé de semblables impulsions, et constaté leur extrême violence et leur presque irrésistibilité, avait conservé de ce souvenir la plus pénible impression. »

Dans ces divers cas, les sujets n'ont pas suivi l'impulsion, qui, par conséquent, n'était pas irrésistible. Les exemples d'impulsion irrésistible existant en dehors de tout trouble des idées, sont empruntés à Marc qui défendait la théorie des monomanies, et à Maudsley.

De même pour l'impulsion au vol indépendante de tout autre état pathologique, les deux observations citées ne sont pas personnelles à l'auteur. Nous avons présenté des réserves, nous pouvons ajouter, qu'en ce qui nous concerne personnellement, ces exemples ne nous paraissent pas concluants.

Le dernier point sur lequel nous nous séparons de notre collègue concerne la *responsabilité limitée*. Nous avons déjà eu, à diverses reprises, à examiner cette question dans nos revues de médecine légale, et nous l'avons encore abordée dernièrement à l'occasion de la thèse du D<sup>r</sup> Brossier. Fait-on injure aux magistrats, lorsqu'après avoir, dans les conclusions, déclaré que le prévenu *n'est pas aliéné*, que l'acte n'a pas été commis sous l'influence d'une impulsion irrésistible, on constate que l'individu a une moindre résistance au mal ? Quelle est d'ailleurs la place de ces individus ? Ils ne peuvent pas être admis à l'asile d'aliénés puisqu'ils ne sont pas aliénés, et ils ne peuvent pas être laissés en liberté puisqu'ils sont dangereux pour la société. Le législateur a admis qu'il y a des degrés dans la responsabilité puisque l'application de la peine pour le même acte est laissée, dans une certaine mesure, à l'appréciation du magistrat.

L'expert, qui est aussi étranger à l'accusation qu'à la défense, a le droit et même le devoir de faire connaître les circonstances devant motiver l'indulgence. La responsabilité des criminels est une question tout à fait à l'ordre du jour. Le crime et la folie ont des points de contact, sans pouvoir être confondus, et nous croyons que la responsabilité peut être atténuée sans que l'on ait affaire à un aliéné irresponsable.

Ces considérations s'appliquent à la question de la responsabilité chez les épileptiques. Le D<sup>r</sup> Biate nous a communiqué trois cas où la responsabilité des prévenus a été diversement appréciée. Si l'épileptique est



complètement irresponsable de l'acte commis sous l'influence d'une attaque ou d'un vertige, il ne doit pas acquérir l'immunité pour toutes les actions délictueuses qu'il peut commettre en dehors de sa maladie, et, néanmoins, l'épileptique n'est pas un être normalement constitué ; on a appelé *caractère épileptique* son caractère peu sociable. On appréciera, d'ailleurs, les trois faits que nous présentons.

La Cour d'assises des Côtes-du-Nord a jugé un jeune valet de ferme, Jean Bougault, accusé d'avoir assassiné une des filles de son maître, Léonie Guitton. Après l'avoir séduite, Bougault apprenant qu'elle allait épouser un honnête cultivateur du pays, obtint d'elle un dernier rendez-vous dans un bois voisin de la ferme, pour lui demander des explications. Celles-ci ne furent pas longues ; Bougault se rua sur elle et lui ouvrit le ventre d'un coup de couteau. Après une lutte terrible, Léonie Guitton succomba. Grâce à une maladie épileptique, l'accusé a obtenu des circonstances atténuantes et a été condamné à vingt ans de travaux forcés.

Ce premier fait n'offre qu'un intérêt secondaire parce que nous manquons de détails, et, d'ailleurs, le prévenu paraît n'avoir fait l'objet d'aucun examen médical spécial. Les deux autres faits sont beaucoup plus intéressants : il a été procédé à une expertise, et nous avons le rapport du Dr Biaute.

Le nommé L. R... a comparu aux assises de la Loire-Inférieure sous l'inculpation de tentative d'assassinat et de coups volontaires. A l'audience, il prétendit n'avoir aucun souvenir de l'acte incriminé et il déclara qu'il avait, à partir du jour précédent, perdu toute conscience de ses actes. Le défenseur, sachant que l'accusé était sujet à des attaques d'épilepsie, plaida la folie ; l'affaire fut renvoyée à une autre session et une expert-

tise fut ordonnée. Les D<sup>rs</sup> Laënnec, Rousseau et Biaûte furent commis pour examiner l'état mental.

L'accusé, marié et père de quatre enfants légitimes, s'était séparé de sa femme une trentaine d'années auparavant et il avait peu après appelé chez lui la femme P... mariée également. Le mari de la femme P... fit constater l'adultère ; les deux coupables furent condamnés à quatre mois de prison, mais se mirent à vivre de nouveau ensemble après avoir subi leur peine, personne ne se préoccupant plus de cet état de choses. A diverses reprises néanmoins, leurs relations furent rompues, par suite du caractère violent et jaloux de l'accusé, a déclaré la femme P... ; puis un rapprochement s'opérait. Une dernière rupture eut lieu le 30 avril 1885. La femme avait profité d'une absence de L. R... pour quitter le domicile de ce dernier, en emportant divers objets mobiliers et de l'argent. L'inculpé fut profondément attristé du départ de cette femme et chercha sans succès une réconciliation. Le 15 juin, après un nouvel insuccès, il acheta un revolver et une boîte de cartouches, en donnant à l'armurier un faux nom. Sa fille, qui était venue demeurer avec son père depuis le départ de la concubine, ne remarqua chez lui rien d'extraordinaire dans la soirée. Le 16 juin au matin, il se leva comme d'habitude, accompagna sa fille qui se rendait au travail, puis fit une promenade, s'arrêta dans deux débits et alla essayer son arme. Il se rendit à l'atelier où travaillait son ancienne concubine, mit le revolver à la main et ajusta la femme P... Le revolver rata. La femme se jeta à terre en poussant des cris. L'accusé se précipita sur elle et lui porta plusieurs coups violents avec la crosse de l'arme. Il se tourna ensuite contre la femme du patron. Ce dernier accourut avec des ouvriers. L. R... voulut de nouveau tirer sur eux et deux coups partirent sans blesser personne, puis il tourna



l'arme contre lui-même, mais le coup rata. Arrêté, l'accusé répondit nettement dans les interrogatoires, et donna les détails de la scène qui s'était passée.

L. R... était épileptique. Le Dr Biaute n'a été témoin d'aucune attaque. D'après les dépositions, les crises seraient caractérisées par la perte de connaissance, la chute à terre et quelques secousses convulsives sans émission d'urine. Il n'accuserait aucun phénomène de petit mal, absences ou vertiges. La maladie aurait débuté vers l'âge de sept ans, et se manifesterait par quatre ou cinq crises annuelles. Il n'y a pas d'aura. L'accusé revient à lui après l'attaque et peut reprendre aussitôt son occupation. Jamais la chute n'a déterminé d'accident spécial. Chez lui, l'épilepsie est héréditaire; son père était atteint de la même maladie, sa mère est morte paralytique, un frère serait mort fou dans un établissement d'Amérique. L. R... n'aurait transmis la maladie à aucun de ses enfants. Il est d'ailleurs de taille élevée, ne présente aucune malformation physique, aucun stigmate de dégénérescence, et sa physionomie n'a aucun cachet spécial.

Les experts ont étudié minutieusement les circonstances ayant précédé l'acte incriminé. Le samedi, 13 juin, L. R... s'était blessé à la main en travaillant à une carrière, mais la plaie produite n'a déterminé aucun accident. Le lundi matin, il est allé réclamer le bon pour se faire soigner par le médecin de la société dont il faisait partie, et passa deux fois devant le magasin de l'armurier. Il alla chez le médecin, puis fit une nouvelle tentative près de la femme P... et c'est après son nouvel insuccès qu'il a acheté le revolver et les cartouches. Il a déclaré qu'à partir de ce moment, il n'avait plus la tête à lui, et qu'il ne savait plus ce qu'il faisait; mais il a conservé le souvenir de la plupart de ses actes, les a toujours expliqués de la même

façon, et le défaut de mémoire qu'il a invoqué a même varié à diverses reprises. L'accusé n'a eu qu'une seule attaque depuis son arrestation jusqu'à la fin de l'expertise. Il en avait eu une le 30 avril, et, pendant la période qui a précédé ou suivi de près la tentative criminelle, il a été exempt de toute crise.

Pour la discussion des faits, les experts ont soulevé trois questions à résoudre :

1° L'épilepsie sans compromission mentale peut-elle entraîner l'irresponsabilité ?

2° L'amnésie qu'invoque l'accusé est-elle réelle et est-elle une preuve d'impulsion inconsciente ?

3° Y a-t-il eu dans le cas une forme quelconque de folie passagère ou durable compliquant l'épilepsie ?

« Il n'est pas admis, écrit le Dr Bianté, qu'un épileptique puisse impunément et sans responsabilité de sa part commettre des actes délictueux ou criminels, lorsque, à l'état habituel, ou au temps de l'action il n'est pas aliéné, ou lorsque, sans aliénation mentale, ces actes répréhensibles ont été commis en dehors du moment de mal caractérisé soit par des convulsions, soit seulement par des vertiges ou des absences. A l'état de mal avec convulsions, les actes commis ont parfois une apparence motivée, raisonnée, et cependant ils ne sont pas imputables ; à l'état de mal avec vertiges ou absences seulement, les actes commis offrent la soudaineté la plus imprévue et atteignent les objets ou les personnes placés à portée immédiate, sans but, sans motifs, sans raison, et alors le souvenir du fait lui-même est complètement nul. Ce n'est pas le cas pour L. R... et l'irresponsabilité dans ce sens ne peut pas lui être attribuée. » Les experts pensent que l'amnésie a été invoquée par l'accusé sans être réelle. Il a varié sur le laps de temps de l'amnésie, et, au cours de l'instruction, on a pu, par



ses aveux, reconstituer l'emploi de son temps, la veille et le jour de l'attentat.

L'accusé n'est ni idiot, ni imbécile, et on n'a pu relever à aucune époque de sa vie l'existence du moindre délire ; il n'était donc pas dans un des états compris sous le terme général de démence et auxquels l'article 64 du Code pénal accorde l'irresponsabilité complète.

L'arrêt ordonnant l'expertise demandait aux médecins si l'accusé avait « en tout ou en partie la responsabilité de ses actes ». Or, les conditions morales dans lesquelles se trouvait l'inculpé paraissent aux experts devoir atténuer la responsabilité. « La fille Marie L. R... « dans une déposition de peu de valeur en apparence, « donne peut-être la raison du départ de la femme P... ; « celle-ci pensait à la loi sur le divorce et voulait être « épousée par L. R... Elle ne connaissait pas sans doute « l'impossibilité résultant de l'adultère, et ne savait « pas lequel des deux époux était en droit de provoquer le divorce. Que l'on songe à l'exigence que peut « arriver à avoir, dans ce cas, une femme qui se croit « nécessaire, et on trouvera le motif de la persistance « de la femme P... à ne pas vouloir rentrer au domicile « de l'accusé. Cette femme fera tout pour pousser « l'homme à se surexciter ou à se soumettre. L. R... « s'est surexcité et est devenu criminel.

« Cette surexcitation est arrivée, non chez un homme « méchant et ivrogne, comme l'appellent certains témoins, ce que ne reconnaissent pas ceux qui ont été « plus immédiatement en rapport avec lui, ses patrons, « ses camarades de travail et le docteur Ménager qui « l'a vu soignant ses maîtres, et qui le connaît depuis « longtemps, mais chez un épileptique naturellement « enclin aux défauts de jalousie, de violence et de faiblesse de caractère, ayant peut-être une moindre

« force de résistance aux actes irréguliers de la vie de  
« famille.

« L. R... est un candidat à la folie par la névrose :  
« l'épilepsie, la vieillesse, les graves inquiétudes de  
« cette affaire sont de nature à avoir vite raison de sa  
« force intellectuelle. Nous devons, en conséquence,  
« déclarer sa responsabilité notablement atténuée.

Les conclusions sont :

« 1° L. R... est épileptique, il n'est pas atteint d'a-  
« liénation mentale, et il ne l'était pas le 16 juin der-  
« nier ;

« 2° Il est responsable des actes qui lui sont re-  
« proches ;

« 3° L. R... mérite, néanmoins, la plus grande indul-  
« gence de ses juges, car sa responsabilité est atténuée  
« à raison des considérations émises à la fin de notre  
« discussion. »

Le D<sup>r</sup> Biaute a eu l'heureuse idée de joindre à son rapport le compte rendu des débats. Il avait été appelé à soutenir devant la cour d'assises les conclusions de son rapport. Il a déclaré : l'accusé est épileptique et responsable à un degré modéré ; mais ce n'est pas l'épilepsie qui l'a conduit au fait incriminé, c'est une espèce de désespoir d'avoir perdu une habitude invétérée chez lui ; la tentative de suicide, qui a suivi celle de l'assassinat, en est une preuve. Sur une observation du défenseur, le D<sup>r</sup> Biaute a dit qu'en effet, il a déclaré que L. R..., en sa qualité d'épileptique, peut devenir fou, car les épileptiques sont prédisposés à la folie, mais ils sont néanmoins responsables. L'avocat plaida que son client ne pouvait être frappé par le jury, car tous les actes qu'on lui reproche ont été accomplis sous l'empire d'une espèce d'hallucination qui l'a conduit au crime. Ce système de défense ne fut pas admis par le jury qui rendit un verdict affirmatif sur la tentative de



meurtre, en écartant toutefois la préméditation et en accordant des circonstances atténuantes. La Cour prononça une condamnation à cinq années de réclusion.

Dans le troisième cas que nous avons à rapporter, l'accusé comparaissait, lui aussi, pour la seconde fois devant la cour d'assises. A la première fois, un arrêt ordonnant l'expertise avait été rendu. Dans cette affaire, les experts, MM. les Drs Laënnec, Rousseau et Biaute n'ont pas hésité à se prononcer pour l'irresponsabilité absolue. Ils présentent ainsi le portrait de l'accusé : « D'une intelligence obtuse, entêté, violent, « âpre au gain et accapareur, B... n'a pu apprendre à « lire. D'aussi loin qu'il se rappelle, il a des accès de « petit mal caduc qu'il décrit de manière à ne pas « laisser de doute. Bientôt les grandes attaques sont « venues et, en même temps, ses instincts de propriété « se sont développés et exprimés avec une violence et « une brutalité qui le rendaient redoutable au pays, « d'autant plus que, braconnier incorrigible, il était « souvent armé de son fusil. » A la mort de ses parents, il avait refusé de partager le bien avec ses frères et sœurs, prétendant que tout lui appartenait parce qu'il l'avait cultivé. Cette prétention n'ayant pas été admise, B... en conçut une haine violente, surtout contre un de ses frères qu'il considéra comme son principal spoliateur. Un jour il rencontre son frère, il lui réclame son or et son argent, et, sans provocation, il lui saute à la gorge, le renverse, puis lui brise le crâne avec un instrument aratoire. Il revient en se plaignant que cette « canaille de Jean-Marie l'a abîmé de coups » et se couche tranquillement sur le rebord du fossé. Il avait eu une attaque d'épilepsie dans la matinée et avait vagabondé toute la journée comme un insensé. Sa défense fut qu'il n'avait fait que se défendre, qu'il était l'objet de sévices, et il montra, comme preuve, des cica-

trices de scrofules qu'il attribuait à des coups de bâton et à des coups de serpe. Les experts constatent la non-préméditation, la soudaineté et la violence féroce de l'acte; B... n'éprouvait aucun remords, et ne croyait pas qu'il fût passible d'une peine; ce qu'il réclame, c'est son bien ou une pension. Les experts signalent la candeur avec laquelle l'accusé débite des énormités « auxquelles « il croit peut-être, et son calme immuable, après un « crime horrible dont la gravité et les conséquences lui « échappent assurément. »

Les conclusions sont :

« 1° François B... est un *esprit faible*, un *épileptique* « *aliéné*, dont le dérangement intellectuel, caractérisé « surtout par la manie de la possession et le délire de « la spoliation, subit des aggravations périodiques « coïncidant avec les attaques du grand et du petit « mal comitial, et arrive jusqu'à la fureur et la plus « extrême violence ;

« 2° Il est irresponsable ;

« 3° Mais il est *extrêmement dangereux*, sa folie s'ag- « gravera avec les progrès de l'épilepsie; et il commet- « tra forcément, à la première occasion, des actes de « violence et des meurtres. Il faut donc *qu'il soit ren- « fermé toute sa vie dans une maison d'aliénés.* »

Dans cette dernière conclusion, les experts nous paraissent avoir dépassé leur mission. Que l'accusé soit un aliéné incurable, nous l'admettons volontiers, mais la question de l'incurabilité n'était point posée ; la loi n'admet pas que la durée de séquestration d'un aliéné soit fixée pour une période déterminée. Le rôle du médecin de l'asile serait amoindri, si on lui enlevait son appréciation sur la possibilité de faire sortir un malade en traitement. Ce point se rattache, d'ailleurs, à la question soulevée du régime à adopter pour les aliénés dits *criminels*. Le Dr Biaute fut appelé à pré-



senter son opinion devant la cour d'assises. Il exposa que B... est épileptique, et que la vie de l'accusé est remplie d'actes anormaux. L'accusé n'a pu se plier aux exigences de la vie sociale de famille. Il a commis des actes de violence et a subi des condamnations qu'il considère comme imméritées, prétendant qu'il avait le droit de faire ce qu'il a fait, soit pour se défendre, soit pour reprendre son bien. Si la justice ne lui est pas favorable, il s'adressera au Sénat et exercera son recours contre l'État. Rien ne saurait le détourner de ses obsessions auprès des siens et auprès des administrations et de la justice pour obtenir son or, son argent, sa pension et sa croix. Il est donc aliéné, irresponsable du crime qu'il a commis, et doit être mis en traitement dans un asile d'aliénés.

Conformément à ces conclusions, B... fut déclaré non coupable, mis à la disposition de l'autorité administrative et placé d'office à l'asile d'aliénés. On appréciera sans peine que, dans ces trois cas, l'état mental des accusés présentait des divergences considérables, et nous ne pouvons pas considérer comme des erreurs judiciaires les deux condamnations que nous avons relatées.

Dans la précédente revue de médecine légale, le cas d'un faussaire épileptique a été cité, et nous pouvons encore rapporter ici une observation analogue. Le juge de paix de C... (1) comparaissait aux assises sous l'inculpation de vol qualifié, pour avoir soustrait frauduleusement et à diverses reprises, à l'aide d'une fausse clef, au cercle où il avait été reçu, une partie du produit de la redevance des joueurs, ou cagnotte.

Le sieur M..., juge de paix, était épileptique, et la question de responsabilité fut soulevée.

Le rapport de MM. Campagne, médecin en chef de

---

(1) Extrait, *Gazette des hôpitaux*.

Mont-de-Vergues, Lorient, médecin en chef des hospices, Tanlier, médecin du parquet, conclut à la responsabilité limitée.

Les conclusions du rapport furent les suivantes :

- 1° Jules M... est épileptique ;
- 2° L'épilepsie peut être considérée comme une cause de l'altération du sens moral ;
- 3° Son influence est permanente, mais à des degrés divers selon les périodes, l'ancienneté et la rapidité de la marche du mal ;
- 4° Sous son influence et très exceptionnellement, M... a pu commettre, sans s'en douter, les actes qui répugnent le plus à son caractère ;
- 5° Il a pu très exceptionnellement voler sans le vouloir, et plus exceptionnellement encore voler sans le savoir ;
- 6° Il prétend qu'il n'a pas volé et qu'il se souvient très bien de n'avoir pas volé ;
- 7° En dehors des crises convulsives, il comprend la portée d'un vol ; il ne la comprend pas immédiatement avant, pendant, et immédiatement après l'attaque épileptique ;
- 8° Quoique M... soit atteint d'épilepsie, il jouit de toutes ses facultés dans les périodes de rémission complète. Toutefois, elles sont souvent obscurcies par les crises nerveuses qui exercent sur son libre arbitre une action toujours fâcheuse, mais à des degrés différents.

Les dépositions des témoins à l'audience confirmèrent l'épilepsie. Une fois, M... a pris de l'argent sur une table ; plusieurs fois, au café, il a pris les paquets de tabac qui étaient sur la table. L'accusation fut abandonnée par le ministère public, le jury rendit un verdict négatif, et M... fut acquitté. Nous n'avons pas sous les yeux le rapport complet des experts, et, par conséquent, nous ne connaissons pas tous les détails de l'affaire,



mais il était difficile de rattacher à une manifestation de l'épilepsie la possession et l'usage d'une fausse clef, et, d'autre part, les facultés intellectuelles de l'accusé n'étaient pas encore atteintes à un haut degré, puisqu'il continuait à remplir des fonctions publiques et était reçu dans la société. Pour les actes délictueux commis par les épileptiques, sans qu'on puisse rattacher ces actes à une manifestation de la maladie, le rôle de l'expert est toujours délicat, car l'épileptique reste toujours un malade, et, là encore, que de distinctions n'a-t-on pas à faire entre celui qui a des attaques fréquentes et celui qui n'a d'attaques qu'à des intervalles très éloignés, et peut, vivant dans le monde, dissimuler sa maladie au public pendant dix, quinze et même vingt ans. Nous pensons que, dans ces cas, les experts peuvent invoquer à bon droit l'atténuation de responsabilité, en laissant le soin d'apprécier le degré d'atténuation aux magistrats qui peuvent abandonner l'accusation, comme dans le cas précédent et comme dans le cas du faussaire épileptique.

Nous pouvons présenter comme contrastant avec ces faits, le rapport publié par le docteur Parant, et offrant un véritable type de folie épileptique impulsive. Le sieur R... avait massacré dans la nuit ses deux filles âgées, l'une de deux ans, l'autre de six mois. Il avait eu dans les vingt-quatre heures précédentes cinq attaques d'épilepsie, et avait dû rester au lit une partie de la journée. Le soir, il avait embrassé affectueusement sa fille aînée. Vers dix heures et demie, il se met à crier qu'on l'étouffe : il se lève, frappe sa femme et sa belle-mère ; les deux femmes vont chercher du secours et trouvent en rentrant les deux enfants massacrés à coups de hache. Après une nouvelle lutte, R... s'enfuit, vêtu seulement de sa chemise, et criant à l'assassin, on m'emprisonne. Lors du premier interrogatoire, onze heures environ

après l'attentat, l'accusé était encore très surexcité, parlant seul, répétant « fainéant » ou « je n'ai rien fait ». Mis en présence des victimes, il ne put pas comprendre et ne manifesta aucune émotion. Au lieu de signer le procès-verbal dressé, il écrivit : « Ce n'est pas vrai. » Le jour suivant il était calme, mais l'intelligence restait obtuse ; il n'avait pas conscience de ce qu'il avait fait, et il avait un vague souvenir d'avoir été arrêté pour s'être battu avec des camarades. Aucune hésitation n'était possible dans un pareil cas. Quoique l'accusé eût, dans l'intervalle de ses accès, une lucidité assez grande, et une liberté d'esprit presque complète, la soudaineté avec laquelle pouvait apparaître chez lui l'accès de folie dangereuse, nécessitait des mesures de précaution, et les conclusions du rapport sont :

« 1° C'est dans un accès de folie épileptique avec inconscience complète que R... a commis son double meurtre ;

« 2° Il n'en est aucunement responsable ;

« 3° Sous l'influence de son épilepsie, il peut avoir encore d'autres accès de folie du même genre, ce qui le rend fort dangereux ;

« 4° Il doit être mis à la disposition de l'autorité administrative pour être enfermé et maintenu dans un asile d'aliénés. »

Conformément à ces conclusions, une ordonnance de non-lieu fut rendue, et R... a été placé à l'asile de Montauban.

Les développements que nous avons donnés à l'examen des « *Crimes et délits dans la folie* » et à l'étude de la responsabilité chez les épileptiques ont rempli le cadre de notre revue d'aujourd'hui. Nous avons reçu de notre collègue, le docteur Longeaud, plusieurs rapports intéressants, mais nous sommes obligé d'en renvoyer l'analyse à une revue ultérieure.



## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 31 MAI 1886

Présidence de M. SEMELAIGNE

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

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Bourdin a, par disposition testamentaire, légué une somme de 1000 fr. à la Société médico-psychologique.

Une lettre adressée par M. le secrétaire général à Mme Vve Bourdin, lui exprimera la vive reconnaissance de la Société.

M. SEMELAIGNE fait part de la mort de M. le D<sup>r</sup> Ingels, de Gand, membre associé étranger, mort à l'âge de 55 ans, à la suite d'une piqure anatomique.

### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de remerciements de Mme Legrand du Saulle et de M. G. Berryer.

2° Une lettre de M. le D<sup>r</sup> Bernard qui, en même temps qu'il remercie la Société pour la récompense qu'elle lui a accordée, sollicite le titre de membre correspondant. — Par un vote émis séance tenante, M. Bernard est nommé membre correspondant.

3° Des lettres de remerciements de MM. Rolland, Besançon, Dericq, Larroque et Dumas, lauréats de la Société.

M. MARCEL BRIAND donne la description d'un appareil qu'il a imaginé, en collaboration avec M. André, et qui est destiné à régler automatiquement la température d'un bain.

Le régulateur de MM. Briand et André figure à l'Exposition d'hygiène urbaine (caserne Loban).

*Sur la curabilité de la démence.*

M. RITTI donne lecture d'un mémoire intitulé : *Sur la curabilité de la démence*, et adressé par M. le D<sup>r</sup> KOWALEWSKI, professeur des maladies mentales à l'Université de Karkow, comme titre à sa candidature de membre associé étranger de la Société (Voir *Annales méd.-psych.*, n° de juillet 1886, p. 40).

M. MOTET déclare qu'il y a de grandes réserves à faire, concernant les idées et les conclusions formulées dans le mémoire de M. Kowalewski. Il est impossible d'accepter de pareilles propositions, sous peine de détourner le mot démence du sens que nous avons l'habitude de lui attacher.

M. PAUL GARNIER fait remarquer qu'on est en droit de reprocher à M. Kowalewski d'avoir omis de préciser ce qu'il entend par le vocable démence, qui n'est en quelque sorte qu'un terme générique.

La démence curable dont il parle est-elle la démence terminale des vésanies chroniques, ou bien appartient-elle aux affections cérébrales organiques proprement dites ? C'est un point sur lequel il ne s'explique pas suffisamment. Il y a là évidemment une lacune grave.

M. MAGNAN dit qu'il est difficile d'argumenter dans les conditions présentes, l'auteur du mémoire n'étant pas là pour répondre aux objections qu'on lui pose ; mais on ne peut s'empêcher d'indiquer la confusion que M. Kowalewski a introduite dans son travail, en ne spécifiant pas nettement la nature de la démence dont il a voulu parler.

M. CHRISTIAN pense aussi que M. Kowalewski n'a pas en affaire à des cas de démence véritable ; car il parle de l'efficacité thérapeutique du travail manuel ; or, il n'est pas à sa connaissance qu'on ait jamais guéri la démence à l'aide de ce moyen.

M. DELASIAUVE rappelle que, dans ses ouvrages, il a insisté sur ce point, à savoir qu'il ne fallait point considérer la stupeur mélancolique comme un état de démence ; il n'y a, en pareil cas, qu'embarras cérébral et l'amélioration est souvent rapide. Il en cite quelques exemples empruntés à sa pratique personnelle.



A la suite de cette discussion, M. Kowalewski est nommé membre associé étranger.

*Traitement des maladies mentales par la suggestion hypnotique (Suite).*

M. PAUL GARNIER donne lecture du mémoire suivant intitulé : *Contribution à l'étude de l'hypnotisme*, que M. E. DUFOUR, médecin en chef de l'asile Saint-Robert (Isère), membre correspondant de la Société, a envoyé comme document à l'appui de la discussion sur le traitement des maladies mentales par la suggestion hypnotique :

La Société médico-psychologique de Paris, à la suite des intéressantes communications de M. Aug. Voisin, au sujet de l'emploi de l'hypnotisme dans le traitement des maladies mentales, ayant mis cette question en discussion, j'ai l'honneur de lui communiquer le compte rendu sommaire des faits similaires qu'il m'a été donné d'observer. A cette occasion, j'indiquerai également quelques observations, qui peuvent avoir un certain intérêt, au point de vue de l'histoire de l'hypnotisme et des suggestions.

D'une manière générale, on peut dire qu'il est très difficile d'hypnotiser les aliénés. Ces malades sont ordinairement peu sensibles aux actions extérieures ordinaires ; on sait avec quelle indifférence la plupart supportent le chaud et le froid, les actions lumineuses, etc. Enfin, chez d'autres, le délire constitue une diversion puissante, qui entrave l'action hypnogène.

La fixation de l'attention, qu'il est si difficile d'obtenir chez les aliénés, est en effet une des conditions principales de la réussite dans la pratique des moyens hypnogènes. Ces derniers sont très nombreux, depuis les passes des anciens magnétiseurs jusqu'aux procédés braïdiques, plus ou moins modifiés, qui ont pour but d'agir par le regard. La fascination par les yeux exige une action prolongée et pénible, tant pour l'opéré que pour l'opérateur ; elle réussit mal avec les aliénés ; elle expose l'opérateur, sans critérium, à une fatigue inutile, lorsqu'il se trouve en présence d'un sujet rebelle.

Nous avons pu, il y a quelque temps, apprécier une

méthode très simple, rapide et très pratique, qui appartient à un magnétiseur d'Avignon, M. Moutin, ancien étudiant en médecine, élève du baron du Potet. Voici en quoi elle consiste. Nous avons constaté, en mainte circonstance, sa supériorité sur les procédés braïdiques ou leurs dérivés.

Le sujet étant placé, de préférence dans la station debout, l'opérateur lui pose la main largement ouverte, entre les deux omoplates, le pouce appuyant d'un côté du cou, et les autres doigts sur l'autre côté, de manière à comprimer légèrement la partie supérieure du trapèze.

Le sujet prend immédiatement l'attitude d'une personne dans l'attente : son regard devient fixe, et s'il est sensible, il éprouve presque immédiatement un effet de chaleur dans le dos, rayonnant plus ou moins en bas et en haut ; cette sensation de chaleur peut aller jusqu'à la brûlure. Puis un certain tremblement dans les membres inférieurs se produit, ainsi que parfois de la lourdeur à la tête ; souvent une sueur plus ou moins abondante mouille son front. Ces phénomènes se manifestent d'une façon instantanée dans certains cas ; d'autres fois, au bout de quelques minutes seulement. Ils peuvent être plus ou moins accentués, ou faire défaut partiellement.

En même temps, le patient éprouve une sensation de pesanteur dans le dos et d'attraction en arrière, qui peut aller jusqu'à le renverser. Quand cela arrive, les jambes et le corps se raidissent, l'individu pivote sur les talons et tomberait infailliblement s'il n'était soutenu. D'autres fois le phénomène est moins prononcé : la partie supérieure du tronc s'incurve en arrière, les jambes opèrent alors un mouvement de recul naturel.

Quand, au lieu de placer la main au milieu du dos, on la pose sur une épaule, le mouvement en arrière se produit encore, avec inclinaison du corps, du côté où la main de l'opérateur est placée.

J'ai vu ces phénomènes se produire instantanément chez un jeune homme de dix-huit ans, vigoureux et bien portant d'autre part, qui serait tombé comme une masse inerte, si on ne l'eût retenu. Qu'on juge de la surprise des sujets parfaitement éveillés et lucides !

On peut, dès ce moment, produire la plupart des phénomènes de suggestion.



Les individus sont alors plus ou moins, selon leur susceptibilité, dans cette période que le D<sup>r</sup> Philips appelait l'*hypotaxie* (Cours de Braidisme, 1860), appelée *fascination* par le D<sup>r</sup> Bremaud, qu'on peut désigner à juste titre, d'une façon plus précise, par le nom d'*état de suggestibilité*.

Cette faculté s'accroît par la répétition des expériences. Son développement exige aussi un certain *modus faciendi*, chez l'opérateur, qui s'acquiert par la pratique.

C'est ainsi que le sujet, étant expérimenté pour la première fois, éveillé, se rendant compte de sa situation, et en conservant le souvenir, on peut lui suggérer, en général assez facilement, des hallucinations de l'odorat et du goût, des paralysies et des contractures musculaires, des mouvements, lui imposer des idées et des actes qu'il accomplira suivant son degré de sensibilité. Les suggestions portant sur le système musculaire, sont facilitées par le contact ; ce qui s'explique par ce que nous dirons plus loin de l'état d'excitabilité neuro-musculaire des personnes hypnotisables.

Certains sujets passent petit à petit de cette période lucide à la léthargie ou au somnambulisme, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à d'autres procédés.

Pour d'autres, il est nécessaire de recourir à une action plus intense, par l'application, par exemple, de la main sur le vertex ou sur le front.

L'étude des conditions dans lesquelles se produisent les suggestions à l'état de veille est pleine d'intérêt. L'expérience montre qu'il est certains individus qui en sont très facilement l'objet, même quand ils n'ont été influencés que d'une façon incomplète et déjà éloignée. Il en est même chez lesquels la suggestion peut se produire à première vue.

Un de mes meilleurs infirmiers, garçon très solide, bien constitué, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatique, qui n'a rien de nerveux dans sa personne, est tellement accessible à la suggestion que je lui enlève, presque d'une façon instantanée, l'ouïe, la vue, la parole, etc., en lui disant : vous êtes sourd, aveugle, muet, et jusqu'à la mémoire de son nom !

Chez ce sujet, il existe une hyperexcitabilité neuro-musculaire, à l'état de veille, très remarquable.

La plupart de ses muscles, actionnés directement par l'application un peu prolongée de la main, par un choc ou par l'intermédiaire de leurs nerfs ou de leurs tendons, se contractent énergiquement quelquefois d'une façon douloureuse. A des intervalles éloignés il a, du reste, quelques crampes spontanées dans les mollets.

J'ai observé ce phénomène à un degré plus ou moins marqué chez toutes les personnes qui ont été sensibles à l'hypnotisme.

Chez d'autres, sans aller jusqu'à la contracture, les muscles ont présenté de nombreuses contractions fibrillaires intermittentes. Au reste, le mouvement de recul provoqué par l'application de la main dans le dos, ne peut s'expliquer que par la contraction, plus ou moins forte et inconsciente, des muscles du dos et des gouttières vertébrales. On facilite l'apparition de ce phénomène en frappant légèrement la région du dos et des épaules, avec la main.

Chez mon infirmier et chez T..., dont il sera question plus loin, j'obtiens facilement, en détail, la production de ce phénomène, en agaçant le trapèze et les muscles du dos, à l'aide de chocs légers, de l'application de la main ou d'un aimant à distance.

Chez la dame C..., dont nous parlons dans cette note, ces contractions musculaires, quoique moins intenses, sont également faciles à obtenir et à localiser par l'excitation soit du muscle, soit de son nerf.

Chez nos sujets, les muscles et les nerfs du bras ou de la face, faciles à influencer, nous ont montré clairement cette action. Dès lors, peut-on se demander si les phénomènes d'hypnotisme ne seraient pas dus, en grande partie du moins, à une action sur le système musculaire et aux troubles fonctionnels qui peuvent en résulter, tant pour la circulation que consécutivement pour l'innervation, étant donné que cette dernière est déjà prédisposée, par une sensibilité particulière du cerveau ou de la moelle.

Il est certain que tous les sujets sensibles à l'hypnotisme, que nous avons observés dans la population saine, avec laquelle nous sommes en contact, et ils sont très nombreux, ont présenté ce phénomène bizarre, plus ou



moins développé de la propulsion en arrière, par l'application de la main dans le dos.

M. Moutin, qui nous l'a indiqué, le donne comme un réactif de premier ordre, ainsi que la sensation de chaleur, s'irradiant à la tête et le long de la colonne vertébrale.

La sensibilité des personnes à ce moyen d'action varie suivant des lois et des motifs qui nous échappent, mais nous avons remarqué ce fait important que la faculté de recevoir des suggestions, à l'état de veille, diminuait en même temps que l'excitabilité musculaire et l'attraction en arrière par la main. Il existe donc une corrélation certaine entre cet état et les phénomènes intellectuels de l'hypnotisme.

Les magnétiseurs ont déjà indiqué qu'ils reconnaissaient à la pesanteur de la main du sujet, placée dans la leur, s'il était ou non susceptible d'être influencé. Le signe que nous faisons connaître a donc une valeur très grande, au point de vue de la susceptibilité des personnes à l'hypnotisme. Il en constitue un des symptômes essentiels, et l'on peut se demander si les singuliers phénomènes intellectuels que l'on observe en pareille circonstance, ne sont pas dus à des actes réflexes de la circulation cérébrale.

Nous avons cherché depuis quelque temps, à utiliser la puissante influence de la suggestion, dans notre pratique médicale : nous y avons réussi, dans plusieurs circonstances, que nous allons indiquer sommairement.

En quelques minutes, nous avons fait disparaître la migraine chez une dame qui en était atteinte à un très haut degré. Nous avons de même enlevé une névralgie dentaire très intense.

A une personne de notre famille, atteinte de fièvre pernicieuse, qui vomissait tout médicament, nous avons par la suggestion fait prendre et tolérer le sulfate de quinine.

Un fait, très remarquable, est celui d'une dame, déjà âgée, atteinte de vertige stomacal, ne pouvant prendre ni tolérer aucun aliment depuis trois semaines, et qui, soumise à la suggestion à l'état de veille, après application de la main dans le dos et production des signes ordinaires de la sensibilité hypnotique, a récupéré le

sommeil, l'appétit, et a vu disparaître rapidement tous ses maux en quelques séances.

Enfin, dans notre service, malgré les difficultés que nous avons rencontrées, nous avons pu avantageusement avoir recours à l'hypnotisme dans les circonstances que nous allons indiquer.

M<sup>me</sup> V..., hystérie chronique, cinquante-cinq ans, refus d'aliments, vomis du reste, quand ils sont administrés par la sonde. Elle tombe dans un état léthargique, qui a duré plus de trois mois. Cette dame, très indocile en temps ordinaire, exécutait ponctuellement tous nos ordres, par suggestion, tout en protestant et nous injuriant. Nous parvenons à la faire manger, mais sa susceptibilité à la suggestion ayant diminué, sans que nous ayons pu en apprécier le motif, elle a fini par ne plus pouvoir tolérer que quelques tasses de lait, prises également par suggestion, et en faisant disparaître momentanément l'œsophagisme constant, qui existait chez elle. Après quatre mois de crise, pendant lesquels toutes les ressources de la thérapeutique ordinaire ont été mises en jeu, elle est morte dans le marasme. M. le docteur Bureau, au moment du Congrès pour l'avancement des sciences, avait vainement essayé d'agir sur elle par le regard. Le contact de la main nous réussit au contraire très bien.

Chez cette dame, nous avons vu produire partiellement l'action extérieure des médicaments, à distance, en plaçant un paquet d'ipéca sous son bonnet : elle a éprouvé peu après une impression très désagréable de nausée et de céphalalgie, en même temps qu'une sensation olfactive pénible. Nous n'avons pu obtenir d'autre résultat. Ce phénomène se produisait également quand, étant en léthargie, nous placions, sur son oreiller, le même paquet : elle s'éveillait, en se plaignant de la mauvaise odeur et de nausée, puis s'agitait de manière à repousser ledit paquet. Chez elle, la sensibilité olfactive jouait sans doute un certain rôle. Nous l'éveillions de même facilement, en lui plaçant sous le nez, sans la toucher, un morceau de charbon de bois. Fait déjà observé du reste par le D<sup>r</sup> Philips, qui attribue au charbon des propriétés antihypnotiques.

M<sup>me</sup> C..., vingt-sept ans (lypémanie anxieuse et hy-



pochondriaque, début récent, insomnie depuis vingt jours, indocilité, refus d'aliments), éprouve rapidement le mouvement d'attraction en arrière par application de la main entre les épaules. — Les suggestions réussissent très bien chez elle : on la fait rire, danser, malgré sa tristesse. Cela la contrarie même beaucoup, et elle se plaint qu'on lui impose de tels actes, en désaccord avec sa position douloureuse. Elle s'endort facilement, mais se réveille de même, dès qu'elle n'est plus sous notre influence. Peu à peu, par suite de suggestions gaies, son état s'améliore, elle est moins concentrée, dort mieux, elle s'alimente. Nous combinons cette action avec l'emploi de toniques et de sédatifs (vin de quina arsénié ; — chloral et bromure à petites doses le soir), et au bout de trois semaines, elle est guérie.

On reprochera peut-être à cette observation sommaire de manquer de valeur démonstrative, en raison de la variété du traitement employé ; à cela nous répondrons qu'en présence d'un état curable, nous n'avons pas cru avoir le droit de négliger certaines indications tirées de l'état général du sujet. Dans l'espèce, l'hypnotisation a répondu à cette indication principale : calmer le malade, remplacer ses impressions tristes par le vide d'abord ; ne plus penser à rien, lui avons-nous dit, et cela est arrivé pour son plus grand bien ; puis, par des impressions gaies et le retour au travail, ainsi qu'aux sentiments affectifs, qui non seulement avaient disparu, mais étaient pervertis chez elle. Tel est le cycle moral et intellectuel que nous avons fait parcourir avec succès à M<sup>me</sup> C...

R... est à l'asile depuis deux mois, vingt-sept ans, tempérament nerveux. Il est devenu lypémaniaque à la suite d'une condamnation correctionnelle récente. Il est hébété, répond difficilement, d'une façon inintelligible ou par signes, ou même pas du tout. Il entend des voix, et il a des craintes chimériques. Il croit qu'on veut le tuer. Il a également des visions nocturnes, céphalalgie persistante, insomnie, inappétence. Cet état s'améliore par l'emploi des bains, de toniques et du chloral.

Néanmoins, au bout de deux mois, R... est encore dans un état voisin de la stupeur. Les hallucinations semblent avoir disparu, mais il ne répond pas aux

questions, on le fait en bredouillant; la mémoire fait défaut, la céphalalgie est intense.

Nous essayons la suggestion, qui nous réussit très bien. Peu après l'application de la main dans le dos, R... éprouve de légères oscillations, puis recule; nous lui suggérons, pour l'essayer, des sensations olfactives et gustatives qui se réalisent sans peine. — Nous lui suggérons ensuite de parler nettement, de se réveiller, d'être gai, de bien dormir, de ne plus avoir de craintes. Tout cela arrive, comme nous le voulons et très rapidement. R... n'a jamais été mis en somnambulisme, néanmoins, à la suite de nos expériences, il éprouve un affaissement général et le besoin de dormir; mais à son réveil, il se trouve de mieux en mieux; la mémoire et les facultés reviennent, avec la gaieté, l'activité; les hallucinations cessent. Enfin on peut prévoir une guérison prochaine, activée par des suggestions quotidiennes.

La suggestion, employée par nos devanciers sous le nom de traitement moral, acquiert une action certaine, lorsqu'on est en présence de sujets sensibles à l'hypnotisme. Quand on connaît les difficultés de la thérapeutique des maladies mentales, on ne doit pas hésiter à en recommander l'emploi. Il ne paraît pas en tous cas présenter d'inconvénient. Chez les malades qui en ont été moins heureusement influencés, nous avons toujours remarqué un calme consécutif, plus ou moins notable, une tendance à la diminution de l'insomnie et une docilité plus grande.

M. D..., récidiviste, est tombé dans un état voisin de la stupeur, à la suite de la perte d'une personne chère, vingt-six ans. Il est très sensible à l'action de la main entre les deux épaules. Il a failli être renversé lors de la première application qui lui en a été faite. — Début récent.

Il ne répond que par quelques signes aux questions qu'on lui adresse. Après l'avoir expérimenté quelque temps, nous lui suggérons de ne plus avoir de chagrin, de parler, d'agir, de travailler. Il s'améliore rapidement. Il prend quelques toniques comme traitement général, et il sort guéri au bout de trois semaines.

Nous avons remarqué chez lui que la suggestion opérait plus sûrement quand, sans l'endormir totalement,



on arrivait à le plonger dans une situation néanmoins voisine du sommeil. La sensibilité de M. D... aux moyens hypnogènes a été en diminuant, au fur et à mesure qu'il s'est approché de la guérison.

Le nommé T..., est le plus intéressant de nos sujets. Il est âgé de vingt-trois ans. Depuis plusieurs années, il est atteint d'hystéro-chorée. Guéri une première fois, il nous est revenu, en passant par un asile voisin, où il était considéré comme tellement dangereux, qu'il y était maintenu constamment à l'aide de moyens contentifs mécaniques. Il a présenté une perversion morale très grande, des impulsions au mal marquées, et des hallucinations variées. Il a subi de nombreuses condamnations et commis une tentative de meurtre sur un magistrat. Bref, avec certaines apparences de lucidité, T... a été un assez mauvais sujet. Nous n'avons plus à parler au présent, tellement ses sentiments moraux ont été améliorés par l'hypnotisme.

Malgré ces antécédents, nous le plaçons en liberté, dans notre quartier de sûreté, ayant horreur des moyens de contrainte. Il subit assez facilement notre influence personnelle et nos conseils, néanmoins il se montre irritable contre d'autres et menaçant dans plusieurs circonstances. Il entre dans une série de crises de grande hystérie bien caractérisée, qui se calment par les bains prolongés. Mais il devient triste, s'isole, refuse de nous voir, et il a même des idées de suicide, pendant quelques jours. T... est très accessible à l'hypnotisme ; l'application de la main dans le dos l'entraîne presque immédiatement en arrière, dès ce moment, il nous appartient. Il a conscience de cette influence, et au début il nous fuit pour rester maître de lui. Mais dès que nous le touchons, la partie touchée se raidit, suit notre main et le malade devient rapidement accessible à la suggestion. Cette faculté ne fait que s'accroître par la suite, et la suggestion agit aujourd'hui à l'état de veille, sans autre moyen d'action que la parole seule, ou aidée par le geste.

Le geste, dans la vie ordinaire, ajoute à l'action de l'orateur. Dans la pratique, j'ai reconnu qu'il facilitait considérablement et renforçait pour ainsi dire l'action suggestive de la parole. Chez T... la suggestion produit

son effet à très longue échéance, même quand elle est faite à l'état de veille, et nous lui avons vu commettre ainsi des actes commandés, en opposition formelle avec tous ses sentiments personnels, à trois semaines de distance.

Chez T..., il se produisit au début une série de crises de grande hystérie, durant de quinze à vingt minutes, avec une violence excessive. Je suis parvenu à les arrêter en l'endormant par l'application de la main sur le front, et en lui suggérant que ses contractions et ses spasmes cessaient. Ils disparaissaient en effet, et le malade s'endormait. Depuis six mois, ils n'ont plus reparu. A la suite d'un des derniers accès, il fut plongé dans une période de tristesse très grande. Je suis perdu, disait-il, je n'ai plus qu'à me détruire. Cette situation morale fut rapidement modifiée par la suggestion d'idées gaies. T..., qui s'est évadé trois fois d'un asile voisin, a été sorti du quartier de sûreté, il se promène en liberté chez nous, grâce à la suggestion. Les portes de l'établissement, ouvertes devant lui, ne lui disent rien ; au contraire, si on le mettait dehors, il reviendrait, — idée que je lui ai suggérée, après l'avoir mis en somnambulisme. Les suggestions faites dans cette période sont en effet bien plus sûres que celles que l'on inculque à l'état de veille, même à un sujet sensible.

En l'état, T... est absolument en mon pouvoir, il va mieux, il est doux, docile, il s'occupe, il est très obligeant et se conduit bien. Ses prétendus ennemis n'existent plus, ses hallucinations sont très rares ; il dort bien, surtout les jours où il est l'objet d'expérimentations hypnotiques.

Il y a quelques mois, les aliments lui paraissaient de mauvais goût, il se crut empoisonné. Il croyait entendre la voix de M. P... disant aux infirmiers, il faut tuer T..., de là des menaces de mort et un refus de manger, qui dura plusieurs jours. En une séance, nous eûmes raison et des hallucinations et des craintes d'empoisonnement qui n'ont pas reparu depuis plus de deux mois. Ses sentiments d'hostilité contre M. P... ont été aussi entièrement modifiés.

En moins de deux minutes, à l'état de veille, T... devient sourd, muet, aveugle et paralytique, quand je



lui fais ces suggestions. Je lui fais perdre à ce point la mémoire de son nom que, répété devant lui, il le cherche encore et ne le retrouve que lorsque je prononce ces mots : vous pouvez vous souvenir, ou la mémoire vous revient. Car l'action opposée se produit aussi rapidement que le premier mouvement suggestif. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire, quoique moins marquée que chez mon infirmier, existe chez lui à un très haut point, et par le contact de la main ou du doigt, on détermine facilement des contractures musculaires à volonté.

Il est également sensible à l'action des aimants, au contact et à distance. Nous avons remarqué chez lui, ainsi que chez l'infirmier dont nous avons parlé, que l'action des pôles appliqués était différente : l'un contracte et attire, l'autre fait cesser la contraction et repousse. C'est une expérience que l'on peut faire très sûrement sur le trapèze, le sujet ne se doutant en aucune façon des substitutions de pôle opérées. Pour s'en rendre un compte exact, il faut produire une action faible, qu'on arrête sans peine en changeant de pôle. Si l'action est forte ou poussée très loin, elle se continue malgré le changement opéré.

Cet état différent dans l'action des pôles d'un aimant est mentionné déjà dans la thèse de Bricon, page 261, d'après une ancienne observation publiée par le *Journal de médecine et de chirurgie*. Il est indiqué d'une façon tout à fait neuve dans une intéressante note de M. le commandant de Rochas, publiée par le *Cosmos* du 19 avril 1886. (*La polarité vitale*.)

Chez T..., le pôle positif placé à 1/2 centimètre du facial, sous l'oreille, détermine rapidement un engourdissement des muscles de la face que fait disparaître le pôle négatif. Ils agissent de même sur l'ouïe ; l'application d'un aimant au niveau du trou auditif, fait disparaître ou renaître cette fonction, suivant le pôle employé.

Notre savant compatriote, M. Albert de Rochas, commandant du Génie, qui nous a montré ces résultats, fait en ce moment des études fort intéressantes et absolument originales à l'aide de l'aimant. Il a indiqué d'après ses recherches personnelles, la polarisation particulière de divers corps et celle de l'homme, qui, selon lui, serait différente suivant les régions et le côté exa-

miné. (*Le Cosmos*, 19 avril 1886.) — Nous avons été témoin de quelques-uns de ses curieux essais sur les muscles et les sens, dont les résultats ont été différents et opposés suivant la nature des pôles mis en contact. Il a produit également devant nous un singulier phénomène, que nous croyons utile de faire connaître : Un flacon d'acide sulfurique (dont la polarisation est positive), produit une contracture qui disparaît immédiatement au contact d'un flacon identique contenant de l'ammoniaque. Les acides étant positifs et les bases négatives, leurs actions s'annulent. Le flacon d'ammoniaque appliqué primitivement n'avait rien produit. Ce qui indiquerait, d'après M. le commandant de Rochas, un état de polarité spécial, pour le point touché. Cette digression nous amène à parler de la surprenante action des médicaments à distance, sur laquelle les observations de MM. Bureau et Bourru ont appelé l'attention du monde savant, et que nos observations personnelles, inspirées par celles de ces auteurs, confirment pleinement.

Les faits de ce genre sont rares et méritent d'être divulgués. Je les ai publiquement reproduits à volonté, à l'état de veille, chez T... ; notamment en présence de M. le commandant de Rochas, de M. Aristide Rey, député de l'Isère, du directeur de l'asile, de nos internes MM. Galland et Vacher et d'une nombreuse assistance. Je suis certain d'avoir pris toutes les précautions pour éviter tout effet de suggestion, et voici ce qui s'est passé :

*Effets de l'ipéca.* — Un gramme d'ipéca a été plié dans du papier, placé sur le milieu de la tête de T..., un chapeau à haute forme l'a recouvert ensuite, pour diminuer les émanations odorantes, autant que possible. Au bout de deux minutes T... est devenu rouge, a accusé un certain malaise, puis des nausées, des régurgitations et il aurait vomi, si on ne lui eût enlevé le paquet d'ipéca. Ces malaises ont cessé immédiatement après.

Dans une expérience précédente, faite dans sa section, T... avait vomi et était allé à la selle par l'application successive sur la tête et le ventre, d'un paquet d'ipéca.

*Effets de l'alcool.* — Un flacon d'alcool placé dans les mêmes conditions a déterminé un malaise général, de



l'affaiblissement, de l'hébétude et un état de torpeur manifeste ; le tout cessant presque instantanément après l'enlèvement du flacon.

*Effets de l'atropine.* — Un paquet d'atropine produit une dilatation légère des pupilles, une sensation de constriction et de sécheresse à la gorge, et un relâchement musculaire général. T... ne peut plus se tenir, l'excitabilité neuro-musculaire, les réflexes ont disparu. Il est lucide et répond très bien aux questions. — Il est tout surpris de ce qui se passe en lui, et ne s'en rend pas compte.

*Effets de la valériane.* — Un paquet de racines de valériane placé sur la tête, sous un fort bonnet de laine, pour éviter d'agir sur l'odorat, produit des actions mentales absolument inconcevables.

Au bout de peu d'instant, T..., prend un air étonné, il a le regard fixe, il paraît guetter quelque chose ; si une mouche passe, il la suit des yeux. — Il quitte même sa chaise pour la poursuivre. Qu'avez-vous, lui demandons-nous. — Rien ; mais je suis tout drôle, je ne comprends rien à ce qui se passe. — Ne bougez pas les pieds, nous dit-il, il me vient l'idée de les prendre. Les épaules se soulèvent, il fait le gros dos, ses doigts forment la griffe par moments, puis il se laisse aller à terre, marche à quatre pattes, court sous les lits et les tables, joue comme un jeune chat avec un bouchon, ou tout objet mobile à sa portée ; il se roule à terre, recule et fait le gros dos quand on aboie à côté de lui. Pendant quelque temps, il répond, quoiqu'avec peine, aux questions et dit qu'il ne sait pourquoi il agit ainsi, puis il cesse totalement de répondre, pour se concentrer dans son attitude féline.

Comme le chat, à certains moments, T... lèche sa main et la passe délicatement sur ses oreilles, en les contournant, ou bien il s'assied les jambes allongées et les mains posées à plat sur le sol. « Vous voyez bien qu'elles y viennent. » — Telle est sa seule réponse, qu'il nous fait, quand nous lui demandons des explications.

Si l'on enlève la valériane ou si, dans sa course sous les lits et les tables, son bonnet tombe, entraînant cette substance, la transformation cesse : T... se relève, tout

étonné de se voir à quatre pattes, ou couché sous un lit, et ne conserve aucun souvenir de ce qui vient de se passer. Dans le fort de l'action, il est insensible, on peut le pincer, le piquer sans le déranger de son attitude.

Nous reproduisons chez lui ces phénomènes à volonté. Placée sous son épais bonnet, la valériane ne donne aucune odeur, appréciable du moins, par les personnes qui nous entourent.

A distance, nous avons constaté qu'elle causait des actions analogues et des scènes plus ou moins comparables à celle que nous venons de décrire. Dans une de nos expériences, la valériane étant dans notre poche, T... a simplement éprouvé la fixité du regard, et une certaine inquiétude, de la tendance à guetter comme un chat qui observe; par contre, il s'est manifesté une action dépressive sur les jambes, et il a dû se coucher. Il avait en même temps de la sécheresse à la gorge et un goût particulier. Il lui semblait avoir bu quelque chose ayant une saveur semblable, mais il n'a pu nous en donner le nom.

Chez Mme C..., dont nous avons parlé plus haut, guérie au moment de l'expérience, l'application de la valériane sous un bonnet de nuit, a coïncidé avec la production d'un vide mental complet : toute idée avait disparu et son facies, devenu inerte, ressemblait à celui d'un aliéné stupide. Peu après, il s'est produit de la fixité du regard et des contractions spasmodiques dans les muscles du front, de la face, ainsi que des mouvements cloniques du dos, des membres, un besoin irrésistible de remuer et de faire des grimaces. Ce qui contrariait fort la patiente. Tous ces phénomènes ont disparu après l'enlèvement de la valériane, mais il en est resté le souvenir, avec une certaine impression de tristesse, que nous avons dissipée par la suggestion, après mise en état de somnambulisme.

*Effets des feuilles de laurier-cerise.* — Le laurier-rose n'a produit aucun effet. Quant aux feuilles de laurier-cerise, leur application sur la tête a provoqué une explosion de sentiment religieux, absolument contraire aux manifestations habituelles de T..., qui, au point de vue politique, est anarchiste et athée en religion.

M. le commandant de Rochas, témoin de ces expé-



riences, m'a rappelé à ce sujet que, pour se procurer des extases, les sybilles de l'antiquité mâchaient des feuilles de laurier cerise.

MM. Bureau et Bourru ont déjà produit des effets analogues par la valériane et l'essence de laurier-cerise, enfermés dans un flacon.

A peine les feuilles de laurier sont-elles appliquées sur sa tête, que T... change de physionomie, il devient réfléchi, il regarde les parois de la salle. C'est là, dit-il, qu'il faudrait mettre un Christ, montrant un mur nu. Un instant après, il remue les lèvres et dit mentalement un « notre père ». — A ce moment, il se lève, veut sortir, nous l'engageons à rester et à ne point se gêner pour nous. Il vient reprendre sa place, qu'il quitte bientôt pour se précipiter à genoux, devant le mur dont nous avons parlé, il se frappe la poitrine, joint les mains avec componction, les élève vers le ciel, dans une attitude inspirée, enfin, il se découvre et... en enlevant sa coiffure, fait tomber les feuilles placées sur sa tête.

Le phénomène cesse. — T... nous regarde d'un air ahuri et cherche à reprendre la conversation qu'il tenait avant l'expérience. Vous venez de faire votre prière, lui disons-nous. — Vous devenez dévot, c'est votre droit, mais cela nous surprend. Il réplique par une vigoureuse négation ; il a tout oublié et manifeste les mêmes sentiments anti-religieux.

Nous avons à plusieurs reprises reproduit ce singulier spectacle, avec quelques variantes dans son expression scénique. Quelquefois T... fond en larmes, invite l'assistance à se repentir avec lui et à adorer le Seigneur ou la Vierge. Cette dernière a semblé lui apparaître dans une de nos expérimentations. Les feuilles de laurier-cerise enlevées, la religion s'en va. Curieux phénomène ! non moins étonnant que celui de la transformation en chat sous l'influence de la valériane.

La conviction des assistants et la nôtre est qu'il faut éloigner toute idée de supercherie de la part du patient, comme toute pensée de suggestion possible, étant données l'ignorance de T... à ce sujet et les précautions prises de ne rien faire, ni de ne rien dire qui puisse produire la suggestion ou même l'autosuggestion, phénomène également très remarquable.

Du reste, l'effet produit chez T..., au contact, soit du doigt, soit d'un aimant, sur les nerfs et les muscles est un indice de la grande susceptibilité du sujet. On est obligé d'éloigner toute idée de supercherie, pour ces faits qui sont palpables matériellement et non soumis à la volonté du patient. Ces mêmes actions musculaires ou sensorielles localisées sont provoquées également par la simple suggestion verbale, en s'adressant, par la parole ou le geste, à la fonction du muscle ou au sens sur lequel on veut agir.

En disant, par exemple, à T... : vous ne pouvez plus rire de tel côté, on détermine rapidement une paralysie partielle du côté indiqué, qui s'étend même parfois à tout le système musculaire innervé par le facial.

Nous avons recherché la production des mêmes phénomènes cérébraux, par l'application de la valériane ou du laurier-cerise sur la tête de notre infirmier, sans amener aucun résultat. La prolongation de l'expérience et la fixation de l'attention déterminèrent seulement une sensation de froid, puis la tendance au sommeil, que nous fîmes aisément disparaître par la suggestion verbale.

L'état mental du sujet paraît donc jouer un grand rôle dans l'action, au contact extérieur, de certaines substances.

Nous terminons là cet exposé sommaire, continuant nos recherches, analysant les faits et tâchant d'en tirer, pour nos malades, des applications pratiques. Dès à présent, notre opinion est faite : sans crainte de nous tromper, nous affirmons que l'hypnotisme peut rendre service dans le traitement des maladies mentales, soit en agissant directement sur l'idéation elle-même et sur les actes de certains aliénés, soit en rendant plus commode l'emploi des moyens thérapeutiques ordinaires, et, en général, en facilitant la direction personnelle des malades qui incombe au médecin.

Il faut ajouter également que cette action doit être forcément restreinte, en raison de l'insensibilité spéciale des aliénés, et qu'elle est d'autant plus vive, qu'on opère sur des cas dont le début est récent, ce qui est le propre, du reste, de toute thérapeutique dans les maladies mentales.



*Conclusions.* — L'hyperexcitabilité neuro-musculaire, que Charcot a indiquée comme étant la caractéristique de la léthargie hypnotique, existe à l'état normal à un degré quelconque, chez un grand nombre de sujets.

Tel état de susceptibilité peut varier chez eux, par suite de diverses circonstances, d'effets médicamenteux, ou des phases de l'hypnotisme, et même disparaître.

La *Suggestibilité* s'obtient très facilement par la mise en action de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire. L'hypnotisme par le regard, qui met en jeu les muscles de l'orbite, par acte réflexe les centres nerveux et un grand nombre d'autres muscles, s'explique également par cette même hypothèse.

Chez certaines personnes, la suggestion peut être employée utilement dans la thérapeutique. Pour obtenir ces effets, il n'est point nécessaire de plonger le patient dans le sommeil somnambulique, les suggestions thérapeutiques réussissent très bien à l'état de veille.

*Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire. (Suite.)*

M. CHRISTIAN. — Messieurs, au point où en est arrivée la discussion qui a déjà rempli plusieurs de nos séances, tout ou presque tout a été dit, et j'en suis presque à regretter l'imprudente promesse que j'ai faite à notre dernière réunion, de venir, moi aussi, m'engager dans le débat. Après l'exposé magistral de M. Magnan, auquel M. Falret a donné l'appui de sa parole convaincue et autorisée, vous avez entendu les objections de MM. Cotard, Charpentier et Bouchereau. Quels arguments nouveaux pourrai-je vous apporter ?

Il me semble cependant que nos divergences ne sont pas aussi profondes en réalité qu'elles le paraissent de prime-abord, et que, dans le problème si complexe dont nous discutons les termes, il y a une partie *clinique* sur laquelle nous sommes bien près de nous entendre, et une partie *étiologique*, plus sujette à controverse.

Prenons d'abord la *partie clinique*. Je me garderai bien d'essayer de refaire le tableau si vivant retracé devant vous par MM. Falret et Magnan. Je me bornerai à faire remarquer que tous, nous sommes, je crois, dis-

posés à admettre l'existence d'un groupe d'aliénés présentant entre eux une ressemblance assez marquée pour constituer une famille naturelle. Quels sont les traits généraux de ces aliénés ? Du côté de l'intelligence, c'est la débilité ou l'inégalité de développement ; l'influence sans contre-poids des instincts ; du côté moral, des crises paroxystiques, des impulsions soudaines, des désirs malfaisants, des perversions profondes. En même temps des anomalies plus ou moins marquées dans la conformation physique. Et c'est ainsi que M. Magnan a pu résumer les principaux caractères pathologiques de ces malades dans deux groupes qu'il a appelés les *stigmates psychiques* et les *stigmates physiques*. Il y a là, je le reconnais, un essai de classification naturelle qu'on ne saurait rejeter.

Mais ce qui me choque dans la conception de Morel, que MM. Magnan et Falret ont adoptée, c'est la dénomination de *folies héréditaires* qu'ils ont cru devoir donner à ce groupe.

L'hérédité, je le sais, tend de plus en plus à devenir, dans le domaine des maladies mentales, le facteur étiologique prépondérant. Nous sommes cependant loin d'en connaître les lois, et je me demande si un élément aussi imparfaitement connu, aussi capricieux dans ses manifestations, peut, en bonne logique, servir de base à toute une doctrine. Ce que nous possédons aujourd'hui, c'est l'intuition des lois de l'hérédité, bien plus que les lois elles-mêmes. Je sais bien qu'en parlant ainsi, je me heurte à une opinion généralement admise. Permettez-moi cependant de vous exposer mes doutes, dussiez-vous m'accuser de témérité.

D'une manière générale, l'hérédité est la reproduction du semblable. Si l'on s'en tenait strictement à cette définition, un enfant, qui est le produit de deux facteurs, le père et la mère, — devrait naître avec tous les attributs, physiques, intellectuels, moraux, des deux géniteurs ; — ce qui, évidemment, ne saurait arriver.

Il est également impossible que l'on retrouve chez l'enfant la moyenne exacte de ces attributs. Aussi nous contentons-nous de beaucoup moins, et nous invoquons l'hérédité, quand l'enfant présente quelques traits seulement, — si légers soient-ils, — de ressemblance phy-



sique ou morale, avec l'un ou l'autre de ses parents. Il existe si peu une loi générale de cette hérédité, que, si nous prenons au hasard un père et une mère, nous ne pouvons jamais dire à l'avance, si leur enfant ressemblera à l'un d'entre eux, ni en quoi il leur ressemblera. Il se peut fort bien qu'il ne tienne ni de l'un ni de l'autre.

Tout ce que vous pouvez affirmer, mais cette fois avec une certitude absolue, — c'est que l'enfant (filles ou garçon) aura les traits généraux de l'espèce, qu'il aura les attributs qui assignent à son père et à sa mère leur place parmi les êtres vivants. Exactement comme vous pouvez affirmer que d'un pépin de pomme il sortira un pommier, d'un grain de blé une tige de froment. Aller au delà ne nous est pas permis.

Que très souvent vous trouviez chez l'enfant des caractères semblables à ceux qui existent chez le père ou chez la mère, cela est certain. Mais ce ne sont que des cas fortuits, que vous constatez après coup, que vous enregistrez, mais que vous ne sauriez, actuellement, soumettre à aucune règle, à aucune loi.

Si l'on recherchait les faits qui sont contraires à l'hérédité ainsi comprise, avec le même soin que l'on note ceux qui paraissent favorables, — je suis convaincu que les premiers seraient trouvés de beaucoup les plus fréquents. Que serait-ce, si, aux faits réputés probants, on appliquait la critique sévère que l'on est en droit d'exiger, et sans laquelle la science ne saurait être constituée?

Quoi qu'il en soit, pour l'*hérédité physiologique*, il me paraît établi qu'aucun des caractères individuels des parents, n'est transmis nécessairement aux enfants. Et cela est vrai des qualités physiques aussi bien que des qualités intellectuelles et morales. Les caractères généraux de l'espèce sont les seuls dont la transmission est fatale.

Prenez, parmi nos contemporains, parmi les gens que nous connaissons, que nous condoyons dans la vie, prenez au hasard ceux qui, dans une situation quelconque, lettres, sciences, arts, industrie, etc., occupent une place éminente, ceux que l'on peut appeler *primi inter pares*. En est-il un sur mille qui ait hérité de ses parents le talent, les aptitudes qui l'ont mis hors de pair? Ouvrez

un Dictionnaire des contemporains et vous serez édifiés.

Si je retourne l'argument, pensez-vous que sur ces mille il y en ait un qui puisse se flatter de transmettre à ses enfants les rares facultés dont il est lui-même doué?

S'il en était autrement, nous aurions des familles de peintres, de musiciens, de poètes, d'orateurs, etc. Et avec l'hérédité *accumulée*, nous verrions bientôt de véritables tribus, des clans, ayant chacun le privilège de certaines qualités physiques ou intellectuelles portées au plus haut degré. Il n'en est rien; les exemples que dans les livres sur l'hérédité on ramasse à grand'peine restent exceptionnels; beaucoup d'entre eux plaident même contre la théorie. Je n'en veux retenir qu'un seul; vous le trouvez cité partout: c'est celui de la famille des Bach. Elle a vécu de 1550 à 1800, et elle a été extrêmement nombreuse. Pendant plus de deux siècles, presque tous les membres de cette famille ont cultivé la musique: organistes, chantres, maîtres de chapelle, compositeurs, tous sont nés et ont été élevés dans une atmosphère musicale; tous ont été imprégnés de musique dès leur entrée dans le monde. Qu'a-t-elle produit cependant? Un homme de génie et deux ou trois hommes de talent. C'est beaucoup, direz-vous, car le génie et même le talent sont rares. Oui, mais avec les lois d'hérédité et d'hérédité accumulée, les musiciens de talent auraient dû y foisonner, car il y a eu des centaines de Bach, avant que la famille se soit éteinte, et l'influence musicale s'est perpétuée sans interruption pendant plus de deux siècles.

A en croire les nouvelles théories, — que je ne saurais évidemment discuter ici, il semblerait que rien ne doive être plus commun ni plus facile à constater que les effets de l'hérédité, se traduisant par des modifications durables qui, en se perpétuant de père en fils, produiraient des espèces ou des variétés nouvelles. Je me souviens que dans une conférence d'anthropologie que j'ai entendue il y a quelques années, le professeur expliquait d'une manière très claire ce qui devait arriver. Un père, disait-il, a six doigts à chaque main: le fait s'est produit, il a été observé. Quoi d'impossible à ce qu'il transmette cette anomalie à son fils, celui-ci à ses en-



fants, et ainsi de suite! La déviation organique, d'abord accidentelle, deviendrait permanente, et l'on aurait une nouvelle race, celle des hommes à six doigts. La théorie est ingénieuse, mais les faits se chargent de la réponse. Il y a des milliers d'années que certains peuples ont l'habitude de couper le prépuce à tous les mâles aussitôt après la naissance; cependant il n'en est pas un qui arrive au monde privé de prépuce, et l'opération est chaque fois à recommencer. Le fait est d'autant plus piquant, que cet appendice ne paraît pas être d'une utilité majeure, et l'on ne comprend pas sa persistance à se reproduire.

Autre exemple : certaines tribus sauvages, dans un but esthétique que nous ne saisissons pas, pratiquent, sur les nouveau-nés, des déformations du crâne, de façon à lui donner une forme déterminée : je ne sache pas qu'aucune tribu ait encore réussi à rendre permanente et transmissible la modification qu'elle a tant de peine à obtenir. Et les pieds des Chinoises?

D'ailleurs ce n'est pas seulement dans l'espèce humaine que nous trouvons cette permanence obstinée du type primordial. Ceux d'entre vous qui ont pu se donner le plaisir d'un jardin ou d'une basse-cour et qui ont voulu perpétuer leurs variétés de fleurs ou de volailles, savent quelle peine il leur a fallu, quels soins, quelle surveillance, quelle sélection ont été nécessaires. Quand on nous parle des races de chevaux, de chiens, de pigeons, de poules, etc. — obtenues et maintenues pendant de nombreuses générations, on oublie de dire que cela n'a été possible que grâce à des efforts de tous les instants, grâce surtout à une sélection rigoureuse.

J'arrive à l'hérédité *morbide*, que je n'envisagerai qu'au point de vue des aliénés. Pas plus que l'hérédité physiologique, elle n'est *fatale*. Ni le père, ni la mère ne transmettent nécessairement à leurs enfants la folie dont ils peuvent être atteints. Cela est incontestable.

Et cependant, avec les idées qui règnent aujourd'hui en pathologie, on est amené à faire de l'hérédité la cause efficiente presque unique de l'aliénation mentale. J'ai déjà signalé ce fait dans la dernière séance, après la lecture de M. Bouchereau. Je disais que, dans l'étiologie de la folie, on avait l'habitude d'invoquer une

foule de causes, qui n'étaient que des causes banales, de ces causes auxquelles nul dans la vie ne peut se flatter d'échapper. Si cependant elles agissent, ce ne peut être que grâce à l'appoint d'une autre cause, plus intime, inhérente à la constitution même du sujet, — que nous appelons la *prédisposition*. Or cette prédisposition, que peut-elle être, sinon un état congénital, transmis par les ascendants ?

De telle sorte que, par un raisonnement en quelque sorte instinctif, on arrive à cette conclusion, professée d'ailleurs par beaucoup d'auteurs, — que toute folie est héréditaire.

Mais quand on a voulu vérifier par les faits ce qu'enseignait la théorie, on n'a pas trouvé les résultats que l'on cherchait : dans les quarante-cinq statistiques que le regretté Legrand du Saulle a eu la patience de rassembler, l'écart varie de 4 p. 100 à 85 p. 100, c'est-à-dire que si pour certains auteurs, la cause de la folie est 85 fois sur 100 l'hérédité, — pour d'autres elle ne saurait être invoquée que 4 fois sur 100. Cette énorme divergence tient évidemment à la manière dont chacun s'est figuré l'hérédité. Ceux qui ne veulent admettre que l'hérédité *directe*, ceux qui exigent que le père ou la mère aient été atteints d'une maladie mentale similaire à celle de l'enfant, ceux-là nécessairement ne trouvent pas un chiffre bien élevé.

Aussi a-t-il fallu élargir le cadre : on a invoqué l'*atavisme*, puis l'*hérédité indirecte* : oncle, tante, cousin. Une fois sur cette pente, il était difficile de s'arrêter, et l'on devait arriver fatalement à l'hérédité *transformée* ; si bien qu'il suffisait de trouver, parmi les ascendants ou les collatéraux, à un degré quelconque, un nerveux, un névropathe, pour que vite on invoquât une influence héréditaire.

Mais, Messieurs, pensez-vous qu'il existe de par le monde une famille quelconque, dans laquelle, en cherchant bien, on ne finisse par trouver un membre qui n'ait été ou nerveux, ou bizarre, ou original ? Et l'on se contente finalement d'une hérédité à dose homœopathique ; je me fais fort d'en trouver une semblable dans tous les cas sans exception.

Je sais que mon objection n'est pas faite pour embar-



rasser les partisans de l'hérédité morbide : nous avons entendu M. Falret nous dire que, dans l'hérédité morbide, la reproduction du semblable n'est pas nécessaire, de telle sorte que, comme le disait M. Cotard, l'hérédité consiste alors à ne pas ressembler à ses ascendants.

Messieurs, je ne voudrais pas abuser de votre bienveillante attention. Le sujet est si vaste que je ne saurais avoir la prétention de l'envisager sous tous ses aspects. Permettez-moi seulement de vous résumer brièvement les principaux points de mon argumentation.

Si l'on admet que tous les aliénés, sans exception, sont entachés d'hérédité, à un degré quelconque, comment comprendre qu'une certaine catégorie seulement mérite le nom d'*aliénés héréditaires*, dans le sens bien entendu que leur donnent Morel et M. Magnan ?

Cela n'est possible que si ces derniers se distinguent par quelque chose de spécial. Or ce caractère spécial existe, c'est la *dégénérescence* : et les aliénés auxquels on a proposé de donner le nom d'*héréditaires* sont des *dégénérés*.

J'ajouterai, pour définir d'une manière générale la *dégénérescence*, que, dans l'ordre physique, elle se traduit par une malformation, — dans l'ordre psychique, par un arrêt de développement, soit de l'ensemble des facultés, soit seulement d'un certain nombre d'entre elles. Ce qui, pour le dire en passant, rapproche des dégénérés, les imbéciles et les idiots, comme en ont du reste fait la remarque M. Magnan et ses élèves, MM. Saury et Déjérine.

On m'objectera sans doute que ma distinction est plus apparente que réelle, parce que la *dégénérescence* est précisément le résultat même de l'hérédité, qu'elle en constitue la marque indélébile.

Qu'il en soit ainsi dans beaucoup de cas, je suis loin d'y contredire, mais je reste convaincu que, chez un très grand nombre de dégénérés, peut-être même chez le plus grand nombre, il n'existe à aucun degré d'antécédent héréditaire quelconque, — je parle bien entendu, — d'hérédité directe ou collatérale.

J'ai connu moi-même plusieurs familles dans lesquelles étaient nés des dégénérés ; je possède des

données certaines sur elles pendant plusieurs générations successives, et je sais des aliénés sortis d'une souche absolument indemne de toute affection nerveuse ou mentale, et offrant précisément les caractères dont nous discutons la signification. Pouvez-vous les appeler des *héréditaires* ?

Une autre objection est celle-ci : combien de fois ne voyons-nous pas, dans une famille, un seul enfant atteint, alors que les autres frères et sœurs, souvent très nombreux, restent bien portants, sont même doués de facultés supérieures !

Ici les exemples abondent, je n'ai que l'embarras du choix ; permettez-moi d'en citer quelques-uns :

A. Deux frères, l'un atteint de démence précoce à l'âge de la puberté ; l'autre a fourni une longue carrière comme homme d'Etat, et a joué un rôle prépondérant pendant la durée de l'Empire.

B. Deux frères, l'un imbécile ; — l'autre, entré à l'Ecole polytechnique, est arrivé aux plus hauts grades dans l'artillerie.

C. Le père, fonctionnaire élevé, et la mère vivante et bien portante : cinq enfants, dont un fils en démence, quatre frères et sœurs intelligents et normalement constitués.

D. Le père médecin distingué : une fille mariée et mère de famille ; un fils sorti de l'Ecole polytechnique, officier ; un autre fils idiot.

E. Père et mère morts très âgés : un fils médecin de grand mérite, trois filles mariées, mères de familles nombreuses dont tous les membres sont intelligents ; un autre fils idiot.

Je pourrais continuer cette énumération : je demanderai seulement pourquoi l'hérédité, si hérédité il y a, ne porte que sur un seul enfant, et laisse indemnes les autres ? Pourquoi, les parents étant sains, et l'étant restés toute leur vie, ont donné naissance à un enfant mal venu, dégénéré ?

Non, ce n'est pas par l'hérédité que ces faits peuvent s'expliquer ; il faut chercher l'explication ailleurs.

Il nous suffit d'admettre que les parents peuvent transmettre à leurs enfants, non seulement leurs qualités permanentes, constitutionnelles, indélébiles, — mais



encore l'impression de l'état dans lequel ils se sont trouvés momentanément, transitoirement, — le père, au moment de la conception, — la mère, pendant toute la durée de la grossesse. Ce serait alors, si l'on veut, de l'hérédité dans son acception la plus large, dans un sens général, qu'adopterait, je pense, M. Falret : les parents transmettant purement et simplement un état pathologique quelconque, qui se traduit chez l'enfant par la tare organique.

Les observations ne manquent pas, qui autorisent cette manière de voir, et elles deviendront de plus en plus nombreuses, à mesure que l'attention se portera sur elles.

On a noté déjà l'influence désastreuse de l'état d'ivresse du père au moment de la conception ; je ne vous rappellerai pas les exemples qui sont cités partout. Le hasard m'en a fait connaître un tout récemment : Dans une famille qui a eu six enfants, deux de ces enfants sont morts en bas âge de convulsions ; les quatre autres sont épileptiques. Le père, qui est charretier, rentre ivre tous les soirs. Supposez qu'un homme habituellement sobre et bien portant, se grise accidentellement, et que la conception se fasse, à ce moment, n'y aura-t-il pas grande chance également que l'enfant naisse avec une tare pathologique ? Et n'est-il pas vraisemblable que d'autres états maladiés puissent produire des effets analogues ?

On en a d'ailleurs cité des exemples (Lucas, Déjérine).

Du côté de la mère, l'influence est autre, mais elle est bien plus prolongée, bien plus profonde : car elle se continue pendant les neuf mois de la gestation ; et il est bien évident que tout ce qui, dans cette période, agit sur la santé de la mère, tout ce qui impressionne son état nerveux, doit retentir sur le fœtus. Nous devons nous rappeler ici les expériences de Geoffroy-Saint-Hilaire, de Coste, de Dareste : en imprimant le trouble le plus léger aux œufs en incubation, ils sont arrivés presque à volonté à produire des monstres. Qu'est-ce autre chose, toute proportion gardée, que nos dégénérés ? Je rappellerai également l'influence exercée par les commotions politiques, les événements de la guerre, sièges, etc.

C'est donc à mon avis, l'état du père au moment de la conception, celui de la mère pendant tout le temps de la grossesse, qu'il importe de considérer ; c'est là que nous trouverons la cause principale des dégénérescences, du moins de celles qui existent au moment de la naissance.

Car, si nous continuons notre revue des *dégénérés*, nous en trouverons une seconde catégorie ; elle comprend des enfants venus au monde dans des conditions normales, et chez lesquels, dans la première enfance, est survenu un incident pathologique qui a eu pour conséquence un arrêt de développement. Je viens d'en observer un exemple curieux et démonstratif : dans une famille, dont le père et la mère sont vivants et bien portants, il y a eu six enfants, quatre filles, dont l'une actuellement mariée et mère de famille, toutes quatre bien portantes ; et deux fils, dont l'un est mort à l'âge de quatre ans, de rougeole ; l'autre a été atteint de méningite à l'âge de deux ans ; il est resté épileptique et aujourd'hui il est en complète démence. Mais ce malade a été frappé également d'arrêt de développement physique, car, âgé de plus de vingt ans, il a tout au plus l'air d'en avoir quinze. Voilà, à mon sens, un exemple frappant de *dégénéré infantile*.

Supposez maintenant un enfant resté normal jusque vers la puberté, et qui alors soit atteint de fièvre typhoïde, ou fasse une chute sur la tête, ou devienne victime d'un surmenage intellectuel : — Vous pouvez encore voir survenir un arrêt de développement, ou une démence précoce : ce sera une troisième catégorie de dégénérés, les *dégénérés juvéniles*.

En résumé, Messieurs, vous voyez que je combats surtout le terme *héréditaire*. L'hérédité me paraît n'avoir pas une influence aussi générale qu'on est tenté de l'admettre. C'est un facteur étiologique important, mais dont il faut savoir limiter, et surtout préciser la sphère d'action. Si nous n'y prenons garde, l'hérédité deviendra quelque chose de vague, de flottant, d'insaisissable, qu'on invoquera d'autant plus facilement qu'elle échappera à toute délimitation rigoureuse.

Cette réserve faite, j'accepte le tableau clinique que nous a retracé M. Magnan avec son talent habituel.



J'espère qu'il voudra élargir son cadre, et y faire entrer, non seulement les dégénérés *congénitaux*, parmi lesquels il peut y avoir des héréditaires, — mais encore les dégénérés *infantiles*, et les dégénérés *juvéniles*. Il fera tomber du coup les principales objections que lui ont faites nos collègues MM. Cotard, Charpentier et Bouchereau. Et en mettant à profit sa vaste expérience et sa connaissance approfondie de tout ce qui touche à l'aliénation mentale, il nous donnera le livre définitif, non pas sur la *folie héréditaire*, mais sur la *folie des dégénérés* (1).

Mais sur ce terrain aussi, il faudra nous montrer sévères dans le choix des symptômes, car nous nous trouvons sur une pente dangereuse ; après avoir mis l'hérédité chez tous nos aliénés, nous arriverions à leur trouver à tous des dégénérescences : il ne faut pas que, dans la moindre déviation à la normale, nous voyions une tare organique.

M. MAGNAN demande la parole pour la prochaine séance, afin de résumer les objections qui ont été faites à ses théories.

La séance est levée à 6 heures.

Dr PAUL GARNIER.

#### SÉANCE DU 28 JUIN 1886.

Présidence de M. SEMELAIGNE.

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

#### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Charpentier qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, pour raison de santé.

2° Une lettre de remerciements de M. le Dr Bernard, nommé, au cours de la séance précédente, membre correspondant.

(1) Déjà, dans leurs remarquables études, deux élèves de M. Magnan, MM. Saury et Dejerine, ont accepté ce sous-titre à la folie héréditaire.

M. PAUL GARNIER donne lecture d'une lettre de M. le Dr Lentz, président de la Société de médecine mentale de Belgique, lettre accompagnant le rapport de la commission nommée par cette Société à l'effet de dresser une statistique internationale des maladies mentales et de rechercher la meilleure classification à lui donner pour base.

Conformément aux vœux exprimés par M. Lentz, une commission composée de MM. Magnan, Christian et Paul Garnier est nommée pour examiner ce travail et soumettre, s'il y a lieu, à la Société, un projet de classification des maladies mentales.

*Les aliénés dans les hôpitaux de Constantinople.*

*Rectification.*

M. RITTI. — Messieurs, dans le dernier numéro des *Annales médico-psychologiques* (numéro de mai 1886, p. 499), nous avons publié, sous le titre : *Les aliénés dans les hôpitaux de Constantinople*, une série de documents empruntés à une correspondance du *Journal des Débats*. Il y est surtout beaucoup question de l'hôpital de Bimarhané; mais il paraîtrait que les renseignements fournis par le journaliste sur cet établissement ne sont pas tous d'une scrupuleuse exactitude. M. le Dr A. de Castro, membre associé étranger de la Société et médecin de l'hôpital Bimarhané, a cru devoir les rectifier dans la lettre suivante, dont je vais vous donner lecture :

Constantinople, le 1<sup>er</sup> juin 1887.

CHER ET HONORÉ CONFRÈRE,

Les *Annales médico-psychologiques* de Paris du mois de mai, ayant rapporté sous le titre « Les aliénés dans les hôpitaux de Constantinople », des lettres publiées par un correspondant du *Journal des Débats*, je suis obligé de rompre le silence que j'ai gardé pendant leur publication dans des journaux politiques, ce qu'il ne m'est plus permis de faire dès l'instant que l'organe de la Société médico-psychologique, à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir comme membre associé étranger, les reproduit.



Je vais tâcher de rectifier en peu de mots tout ce qu'il y a d'erroné dans la description de l'état des asiles des aliénés de Constantinople et surtout de celui de Toptachi ou Bimarhané que j'ai l'honneur de diriger comme celui de l'hôpital français de la Paix.

Sur le Bimarhané, le correspondant *des Débats* a été induit probablement en erreur par un médecin sorti de l'asile et trop intéressé à dénigrer l'hôpital, la direction et le médecin en chef.

Le trop zélé cicerone a profité du désordre provisoire occasionné par la construction de nouveaux quartiers, des réparations qui se faisaient à l'asile et de la présence du sous-directeur qui ne parle pas la langue française, pour lui faire écrire tout ce qui lui a plu.

Je ferai succinctement la description de Toptachi, sans crainte d'être démenti par personne, même par le correspondant du *Journal des Débats*, s'il veut bien se donner la peine d'y retourner et de s'adresser directement aux médecins de l'asile, comme il l'a fait pour les autres hôpitaux.

Il n'y a que douze ans que les aliénés de Sulimanié ont été transférés à Toptachi, qui n'est pas, comme il est dit dans *les Débats*, « un refuge pour les aliénés, où ils sont mal logés, mal nourris, mal habillés, et pas du tout soignés », mais un asile qui, relativement aux autres asiles d'aliénés de l'Empire où les malades sont reçus gratuitement, a été apprécié par les médecins étrangers qui l'ont visité et où un traitement est appliqué aux aliénés curables.

L'asile de Toptachi, qui n'est qu'une ancienne caserne transformée en asile, n'a pas des salles d'hydrothérapie, comme j'en possède à l'hôpital de la Paix et qui pour le moment sont ce que nous avons de mieux à Constantinople comme établissement d'hydrothérapie, mais il y existe tout de même cinq baignoires, deux douches et un bain turc.

Quant à la nourriture journalière, elle se compose de 800 grammes de pain, 192 grammes de viande, 320 gr. de légumes, 64 grammes de riz pour la soupe et 272 gr. pour le pilaf, 47 grammes de beurre pour le pilaf et 6 grammes pour les légumes, 12 grammes de sel.

Cette ration n'est-elle pas suffisante, surtout pour

des indigents reçus gratuitement et qui chez eux sont loin d'en avoir autant ? Il est donc inadmissible qu'on puisse dire « qu'on doit reconnaître qu'une nourriture défectueuse et insuffisante » est la cause de la mortalité de l'asile de Toptachi.

En tout cas, je peux affirmer qu'en dehors de l'asile de la Paix où on ne reçoit que des payants, dans aucun autre asile d'aliénés, les malades sont aussi bien nourris qu'à Toptachi. La marmite que le correspondant du journal, qui n'est pas médecin, a trouvée trop petite, a une circonférence de 3 mètres et une hauteur de 70 centimètres.

Quant aux effets d'habillement, la préfecture de la ville, de qui dépend l'asile, donne tout ce que l'administration demande chaque année, et j'use largement de cette prérogative. Si le correspondant du *Journal des Débats* s'était donné la peine de bien visiter les dépôts, il aurait vu que, bien que n'ayant pas encore reçu les effets pour l'année 1886, ils en contenaient plus que n'importe quel autre hôpital.

Le même correspondant dit également qu'il n'a vu que deux dortoirs, contenant chacun 150 lits. Cependant il y en avait alors quatre : trois pour les hommes et un pour les femmes, sans compter les deux qui étaient en construction et qui aujourd'hui contiennent 160 lits. Ces deux dortoirs ont bien été vus par lui, puisqu'il dit « avoir vu de là 400 malades entassés les uns sur les autres », là où il n'y a jamais plus de 160 à 180 aliénés. Il aurait dû s'apercevoir aussi que les susdits malades se trouvaient dans une galerie couverte — ce qui existe dans chaque cour — galerie à coupole qu'aucun asile ne possède pas, même ceux de l'Occident.

Quant à l'encombrement, il existe, je suis le premier à le reconnaître et à m'en plaindre ; les lits sont par trop serrés, cependant les malades n'ont pas besoin de coucher par deux dans un lit. C'est à force de me plaindre que j'ai obtenu la construction des deux dortoirs précités et, actuellement, je suis sur le point d'obtenir la construction d'un quartier pour les aliénés criminels.

L'encombrement actuel provient de ce que le trop plein des asiles grec et arménien se vide à Toptachi. Il faut ajouter à cela que Constantinople ne possède pas



d'asiles pour les aliénés incurables, les épileptiques et les aliénés criminels et que tous sont réunis à Toptachi; et comme en dehors de la capitale il n'existe pas d'asiles pour les aliénés où on puisse subir un traitement, la plus grande partie des aliénés de la province et même de certains asiles de Constantinople arrivent au Bimarhané. Ainsi, sur les 600 aliénés existant actuellement dans cet asile, 114 malades seulement sont natifs de la capitale.

Dans aucun des asiles gratuits pour les aliénés étrangers, vous ne trouverez un seul Turc; par contre, à Toptachi, il existe bon nombre de chrétiens et d'israélites.

La statistique sur Toptachi est aussi entièrement erronée. Selon les chiffres présentés, pendant l'année 1885 qui commence au 1<sup>er</sup> mars et finit le 28 février 1886, il y aurait eu une mortalité de 19 p. 100, tandis qu'il y est dit 14 p. 100 et qu'en réalité elle n'est que de 15 p. 100.

Cette mortalité, qui de prime abord paraît exagérée, ne l'est pas du tout pour un asile d'aliénés où les presque 3/4 des malades se trouvent composés d'incurables, condamnés à rester jusqu'à leur mort, d'épileptiques et de malades atteints de fièvre typhoïde ou de méningite et qui sont envoyés à l'asile comme atteints d'aliénation mentale.

Quant à la description fantaisiste sur les formes des maladies, je ne m'y arrêterai pas; j'espère bientôt pouvoir vous envoyer une statistique de dix années pour que vous puissiez bien juger cette question.

Le correspondant du *Journal des Débats* aurait dû être impartial et admettre pour Toptachi les mêmes circonstances atténuantes que pour l'hôpital de Gourabat, où il admet que sur 617 morts les 144 étaient entrés mourants à l'hôpital et qu'il attribue la mortalité de 15 p. 100 de l'hôpital grec à la même cause.

L'hôpital français de la Paix, dont je suis aussi le médecin en chef, est le seul parmi les hôpitaux étrangers qui reçoive des aliénés et les puissances qui n'ont pas d'hôpitaux à elles, excepté la Grèce qui a son hôpital national, y envoient leurs aliénés. Sur cet hôpital il y a une erreur historique, c'est que le quartier des hommes

qui a été construit dernièrement, a coûté 180.000 francs et que cette somme n'a pas été donnée par le Vice-Roi d'Egypte, ni obtenue au moyen d'une quête faite par la sœur supérieure à Paris, mais provient d'un emprunt fait par la maison même.

Dans l'espoir que vous voudrez porter à la connaissance de la Société médico-psychologique cette lettre et, si vous le croyez utile de l'insérer dans les *Annales médico-psychologiques*, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Signé : D<sup>r</sup> A. DE CASTRO.

P. S. Par la poste je vous adresse des photographies faites l'année passée à Toptachi et dont je fais hommage à la Société, afin qu'elle puisse voir que les malades ne sont pas si mal vêtus, ni nourris aussi mal qu'on le prétend. Les deux petites, représentant des aliénés enchaînés, montrent l'ancien régime en Turquie, comme il existe encore dans quelques provinces.

Messieurs, je vais faire passer sous vos yeux les photographies que notre collègue de Constantinople a bien voulu m'envoyer ; elles sont curieuses à plus d'un titre.

En terminant, je vous proposerai : 1<sup>o</sup> d'insérer la lettre de M. de Castro dans le procès-verbal de la séance ; 2<sup>o</sup> de lui adresser les remerciements de la Société pour son intéressante communication.

Ces propositions sont adoptées.

*Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire (suite).*

M. MAGNAN. — Les intéressantes communications que nous avons entendues sur la folie des héréditaires ou des dégénérés, prouvent combien cette question est importante et combien il était opportun pour la Société d'ouvrir les débats sur ce sujet.

Si l'entente peut se faire sur cette folie des héréditaires ou des dégénérés, il n'est pas douteux que nous ne tombions plus tard d'accord sur le délire chronique, sur les folies intermittentes, qui, avec la manie et la mé-



lancolie, comme éléments simples, forment l'ensemble de ces états psychopathiques que l'on a longtemps désignés sous le nom de vésanies.

Quant aux autres affections du cerveau, la paralysie générale, la démence sénile, les différentes formes de démence résultant d'une lésion cérébrale, les diverses intoxications, l'épilepsie, l'hystérie, le crétinisme, elles ne donnent plus, du moins à mon avis, prétexte à des discussions de doctrine.

Je vais d'abord revenir sur les points secondaires qui nous séparent, M. Falret et moi; je répondrai ensuite aux critiques de MM. Cotard, Charpentier, Bouchereau et Christian, qui portent sur certains côtés faibles de la question.

M. Falret suppose que j'étends trop les limites du groupe des héréditaires ou dégénérés; il voudrait laisser en dehors certains anormaux qui ne pèchent que par quelques bizarreries de caractère. Il s'agit de serrer de près la question et de voir ce que sont ces anormaux cantonnés par certains médecins sur les frontières de la folie; si ces sujets, en effet, présentent des caractères analogues à ceux qu'offrent les dégénérés réputés aliénés, pourquoi ne les rangerions-nous pas dans le même groupe? Voyons des exemples: Un déséquilibré vit dans la société, gère ses affaires, occupe une situation plus ou moins importante et, en dehors de sa famille et de ses intimes, personne ne soupçonne sa déséquilibration mentale; on sait toutefois que, par moments, cet homme a la singulière manie de prononcer certains mots, grossiers ou non, peu importe, il a conscience de la bizarrerie de ces étranges apostrophes, il sait qu'il a tort d'agir ainsi, mais il est obligé de céder à ce besoin irrésistible, de projeter au dehors l'image tonale qui, analogue à la décharge électrique, s'échappe du centre cortical. Pour le public c'est un original et, pour beaucoup de médecins, un simple prédisposé, et cependant y a-t-il au point de vue de la nature de la maladie une différence avec cet autre déséquilibré qui, lui, n'a pas un mot à projeter au dehors, mais bien un choc et qui, sans nul motif, est poussé à porter un coup violent sur le passant inoffensif placé devant lui? Celui-là n'est plus un original, c'est un aliéné dangereux et cependant le

trouble fonctionnel n'est-il pas le même? Que se passe-t-il là, en effet? N'est-ce pas encore un besoin irrésistible de mouvement, une décharge d'un centre en état d'éréthisme? Dans les deux cas il y a d'abord lutte, résistance, mais peu à peu le centre surexcité s'émancipe, échappe à l'action modératrice des centres supérieurs, c'est-à-dire à la volonté. Ces deux sujets, celui qui prononce le mot malgré lui, celui qui frappe malgré lui, sont pour le clinicien deux malades du même groupe. La nature du phénomène est la même, les conséquences de l'acte seules diffèrent.

Poursuivons : Le déséquilibré qui ne trouvant pas un mot, s'inquiète, se lamente, s'angoisse, se sent oppressé jusqu'au moment où il parvient à procurer à son centre cortical l'image tonale désirée; ce sujet n'est-il pas le même que le dipsomane qui s'attriste, s'excite, s'exaspère tant qu'il ne peut satisfaire le besoin impérieux de boire?

Qu'y a-t-il dans les deux cas, sinon un effort irrésistible pour reproduire une sensation appropriée à un centre déterminé? Il n'y a donc pas de motif pour séparer ces différents malades, pour exclure ces prétendus prédisposés du cadre des héréditaires ou dégénérés.

D'autre part, si je fais entrer dans le cadre de la folie des héréditaires ou des dégénérés, l'idiotie, l'imbécillité, la débilité mentale, c'est-à-dire si je suis par gradations successives la gamme intellectuelle dans ces différentes dégénérescences, c'est pour mieux comprendre l'état mental des héréditaires, qui sont les dégénérés les plus élevés dans l'échelle mentale. Ce n'est d'ailleurs que par cette étude comparative que l'on parvient à se bien pénétrer de la désharmonie des facultés, du défaut d'équilibre du moral et du caractère.

En second lieu, M. Falret pense qu'en dehors même de ces prétendus prédisposés, je comprends à tort dans le groupe des héréditaires ou des dégénérés, des états pathologiques considérés jusqu'ici comme des maladies distinctes.

Je dois dire que le principal avantage de l'étude synthétique des héréditaires ou dégénérés, c'est de réunir dans un même cadre des syndromes à manifestations différentes, il est vrai, mais émanant tous, il faut bien



le reconnaître, d'un même fonds, et ce fonds commun n'est autre que cet état mental de l'héréditaire déjà décrit par M. Falret, cette déséquilibration dont je me suis, à mon tour, efforcé de bien faire ressortir les caractères dans ma première communication (1).

C'est parce que le mécanisme cérébro-spinal se trouve faussé d'une certaine manière, que peuvent se produire tous ces phénomènes si bizarres que j'ai désignés sous le nom de syndromes épisodiques et qui se résument en obsessions, en impulsions, et aussi en phénomènes d'arrêt, dont l'*aboutie* nous fournit un exemple. Ces syndromes ne se développent que chez les seuls dégénérés, ils méritent d'être considérés comme les stigmates psychiques de la folie des héréditaires. Cela est si vrai que même déjà lorsque nous apprenons qu'un malade saisit le pan de sa redingote pour toucher un bouton de porte, ou bien qu'il frappe un certain nombre de coups avant d'ouvrir, ou bien encore qu'il tient les mains dans les poches de crainte de voler, nous sommes aussitôt portés à songer à ces malades conscients, chez lesquels ne manque jamais la déséquilibration mentale. Si les observations anciennes laissent à désirer sous ce rapport, c'est justement parce qu'on en faisait des monomanies, des maladies distinctes, de véritables abstractions et que l'on n'était pas conséquemment amené à rechercher ce fonds commun qui est le trait d'union entre ces manifestations si curieuses et si variées.

D'ailleurs la clinique s'est chargée elle-même de démontrer que ces syndromes sont bien des phénomènes du même ordre, puisqu'elle nous les présente en plus ou moins grand nombre chez le même sujet, successivement et parfois même simultanément.

Je rappellerai d'abord la malade présentée à la Société, dans la séance du 18 mai 1885. Cette femme perd par moments, tout en restant consciente, la libre direction de ses mouvements. Tantôt c'est un mouvement limité d'un membre, d'autres fois ce sont des mouvements combinés, tels que le frottement d'une main contre l'autre, la marche en avant sans pouvoir s'arrêter ;

(1) Magnan. Des signes physiques intellectuels et moraux de la folie héréditaire. *Ann. médico-psych.*, 7<sup>e</sup> série, t. III, janvier 1886, p. 91.

d'autres fois encore ce sont des phénomènes d'arrêt qui se produisent : étant debout, la malade ne peut plus s'asseoir ; assise, elle ne peut plus se lever. La moelle est donc émancipée et n'obéit plus à l'influence psychomotrice. Puis, ce sont des rires, des pleurs involontaires, sans nul rapport avec l'état cénesthétique du sujet, traduisant ainsi l'action indépendante de la protubérance. Dans d'autres moments elle prononce des mots qu'elle ne voudrait pas dire, si elle essaye de résister elle éprouve du malaise, elle est angoissée, elle se sent suffoquée ; quelquefois elle se retire dans un lieu écarté et une fois seule, elle prononce le mot et se sent soulagée ; quoi qu'il en soit, les images tonales échappent à l'action volontaire et dénotent l'indépendance des centres corticaux postérieurs. Enfin dans quelques circonstances ce n'est pas un mot, mais tout un discours qu'elle est forcée, malgré elle, de prononcer, ou bien encore des chants involontaires, manifestant ainsi la déséquilibration des centres cérébraux antérieurs. Ce n'est pas tout ; parfois elle est poussée à frapper un inconnu, un ami, un parent, elle résiste, s'isole, demande à être enfermée dans une chambre, restant quelquefois pendant très longtemps sous le coup d'une décharge de la région psycho-motrice. Il me suffira d'indiquer encore ses perversions sexuelles qui en font, successivement, une *spinale*, une *spino-cérébrale postérieure* et une *spino-cérébrale antérieure*.

Telle est cette série de syndromes épisodiques, différant les uns des autres, mais se trouvant tous sous la dépendance étroite de la déséquilibration du système cérébro-spinal.

Une autre malade que plusieurs d'entre vous avez eu l'occasion d'observer, qui a longtemps séjourné dans le service de M. Bouchereau, présente accumulées un grand nombre de ces obsessions et de ces impulsions. C'est d'abord l'impulsion au vol ; rangeant et empaquetant les divers objets dont elle peut s'emparer. Puis la crainte des épingles ; puis le doute, les interrogations incessantes ; la crainte d'avoir volé pendant des périodes où elle n'était plus poussée à dérober des objets ; l'obsession de mots grossiers et l'impulsion à les répéter ; l'impulsion au suicide ; enfin, la perversion sexuelle



étrange qui l'a longtemps poussée à rechercher les approches de cinq de ses neveux tant qu'ils ne dépassaient pas l'âge de quatre ou cinq ans (1).

Parmi les faits déjà publiés, je citerai encore l'observation d'un homme de soixante ans, chez lequel, en dehors de perversions sexuelles, nous avons noté la recherche angoissante du nom, du nombre ; les rires ou les pleurs involontaires ; la folie du doute, et de temps à autre, des accès mélancoliques, comme du reste chez les deux malades dont je viens de parler (2).

En terminant la seconde partie de son argumentation, M. Falret cite la folie du doute comme un exemple de syndrome qui mériterait d'être considéré à part comme une maladie distincte. Certainement la folie du doute mérite une description particulière, et les magnifiques observations qui ont été publiées par MM. Falret, Baillarger, par Legrand du Saulle et bien d'autres, resteront pour faire connaître ce trouble psychopathique dans tous ses détails, mais il n'est qu'un rameau de l'arbre des dégénérescences mentales. D'ailleurs on a réuni sous ce titre, deux ordres de faits, le doute et la crainte du contact, qui assurément marchent souvent ensemble, mais qu'il est aussi assez fréquent d'observer isolément. D'autre part, il n'y a point entre ces deux états, sous le rapport de l'évolution, de la marche, les relations chronologiques que notre regretté collègue Legrand du Saulle leur avait assignées ; c'est-à-dire qu'au doute, avec les progrès de la maladie, devait succéder le délire du toucher. La clinique nous fournit souvent la preuve que le délire du toucher précède le doute ; quelquefois aussi, d'autres syndromes, ainsi que nous l'avons déjà vu, se montrent entre le délire du toucher et le doute, enfin il n'est pas rare d'observer isolément le délire du toucher : je rappellerai le fameux suisse de cathédrale, de Morel, qui n'osait toucher ni à un couteau ni à sa hallebarde (3) ; et, pour ma part, j'ai eu il y a peu de jours l'occasion de revoir un jeune

(1) Magnan. Etude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés. *Tribune médicale*, mars, 1881.

(2) Charcot et Magnan. De l'onomatomanie. *Arch. de neurol.* Vol. X, n° 29, sept. 1885, p. 159.

(3) Morel, *Du délire émotif*. Paris 1866, p. 30.

malade de seize ans qui, non seulement, ne pouvait pas toucher une pêche ou une pomme, mais se sentait oppressé et pâlisait dès que ces fruits étaient placés sur la table. Ce déséquilibré a aussi des accès d'emportement, il est en outre, voleur, onaniste et pédéraste.

La troisième et dernière particularité que relève M. Falret concerne les données anatomo-pathologiques qui servent de base à l'étude des dégénérés. Tout n'est pas dit assurément sur le mécanisme cérébral, et les physiologistes sont encore loin d'être d'accord sur les localisations cérébrales ; mais il est certains faits déjà acquis, acceptés par la plupart des physiologistes et des médecins, ce sont les localisations auxquelles la clinique est venue donner une sorte de consécration.

Bien rares, en effet, sont aujourd'hui les médecins et les physiologistes qui n'admettent pas un centre cérébral comme siège de la faculté du langage ; s'il y a des discussions, elles ne résident guère que sur les limites à donner à cette localisation, les uns la confinent dans la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche, les autres l'étendent jusqu'à l'insula et l'avant-mur du même côté. Et depuis les recherches de Kusmaul, est-ce que la clinique ne s'est pas enrichie de nombreux exemples de cécité et de surdité psychiques, assignant des localisations spéciales à ces fonctions secondaires qui ont pour objet l'acquisition des images tonales et visuelles, et qui apportent un si puissant concours à la faculté du langage ? J'ai relevé plusieurs cas de ce genre et la superposition de tracés de couleur différente, rappelant le siège exact des lésions, rend mieux compte des régions le plus habituellement atteintes. C'est ainsi que sur un premier dessin rappelant trois cas de surdité psychique, nous voyons le maximum de la lésion affecter la partie moyenne de la seconde circonvolution temporale. Dans un second dessin reproduisant les limites des désordres anatomiques dans trois cas de cécité psychique, c'est le pli courbe qui devient le confluent des lésions. Enfin les cas simultanés de cécité et de surdité psychiques, s'accompagnent de lésions plus étendues envahissant les deux régions précédentes.

M. Gilbert Ballet dans son excellent mémoire sur le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie



signale l'extrémité postérieure de la seconde frontale comme la localisation des images verbales, motrices, graphiques ; lorsque cette région se trouve lésée, le sujet ne peut plus écrire, il est agraphique.

Quant aux centres psycho-moteurs, est-ce qu'on n'est pas d'accord pour leur assigner comme siège les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes ?

Si à ces faits d'anatomie et de physiologie pathologiques vous ajoutez les recherches anatomiques si remarquables de Meynert sur le système des fibres d'association entre ces différents centres, ne trouvez-vous pas, qu'une théorie étayée sur des faits aussi nettement établis est née viable et peut servir de base à de sérieuses recherches ?

Ces quelques considérations vont, je l'espère, faire disparaître les dissidences d'ailleurs secondaires qui nous séparaient M. Falret et moi.

Passons maintenant en revue les objections présentées par M. Cotard.

M. Cotard s'élève tout d'abord contre l'expression de folie héréditaire ; mais tout en déclarant qu'il soulève simplement une question de mots, son argumentation vise bien plus haut et attaque la doctrine même de la folie héréditaire. Pour ma part, j'accepte volontiers l'expression de folie des héréditaires, en ajoutant : ou *dégénérés*, ce qui concilie toutes les opinions. Il faut, je crois, conserver cette expression, parce que la folie héréditaire comprend un groupe de malades nettement défini et qu'un terme nouveau pourrait faire perdre de vue les descriptions premières qui, sous tous les rapports, méritent de fixer l'attention, notamment l'étude magistrale de notre distingué collègue M. Falret sur l'état mental des héréditaires.

En second lieu, il faut bien le reconnaître, dans cette folie des héréditaires ou des dégénérés, l'hérédité est le facteur principal et je n'entends pas parler simplement de l'apparition du dissemblable, mais on trouve plus souvent qu'on ne paraît le croire l'hérédité similaire et notamment l'hérédité de ces phénomènes étranges, des syndromes épisodiques qui en sont les véritables stigmates psychiques. J'ai eu l'occasion de vous parler d'une onomatomane atteinte aussi de délire du toucher,

dont le père avait été longtemps préoccupé par la recherche du mot; dans certaines circonstances, l'angoisse était si grande chez lui, que la mère et la fille répétaient des mots ou bien lisaient un dictionnaire jusqu'à la rencontre du mot que l'on cherchait, et la famille ne pouvait se coucher qu'après la découverte de ce mot.

Je vous ai également signalé la manie du discours nocturne chez un père, transmise directement à la fille qui, dans les moments de crise, supplie et oblige son mari de l'écouter quelquefois de neuf heures du soir jusqu'à trois ou quatre heures du matin.

Il y a peu de temps j'ai eu l'occasion d'observer la manie des achats, *oniomanie*, transmise de la grand-mère au père et de celui-ci au fils qui était entré dans mon service. La grand-mère, soignée pendant plusieurs années à l'asile de Bonneval, était *oniomane*. Elle achetait constamment et considérablement, au point qu'on fut obligé de régler ses dépenses. Elle achetait et jetait ce qu'elle achetait. Les ouvriers avaient remarqué l'heure où chaque jour elle se débarrassait de ses achats et recueillaient ses rebuts : poulets, poissons entiers, etc. S'apercevant un jour qu'on ramassait ce qu'elle jetait, elle s'en débarrassa désormais en le jetant dans les fosses d'aisances. Le père également déséquilibré et *oniomane* avait toujours été prodigue, mais sa manie d'acheter s'était accusée surtout après son mariage. Il achetait sans cesse toute espèce d'objets qu'il collectionnait, qu'il revendait aussitôt ou qu'il donnait (meubles, aliments, bijoux, etc.). Son accès d'*oniomanie* se présentait toujours de la même façon. Voyait-il un objet qui lui fit envie, il fallait qu'il l'obtint à n'importe quel prix. Aussitôt le branle donné, tout ce qu'il avait sur lui passait dans l'achat d'une multitude d'autres objets dont il n'avait que faire. Enfin, chez le fils, les dispositions à l'*oniomanie* se révélèrent dès l'enfance par une prodigalité peu commune, il abandonnait tout ce qu'il avait à ses camarades; son plaisir était de faire des distributions d'objets de toute sorte, achetés avec son argent. De vingt à vingt-deux ans, l'impulsion aux achats devient irrésistible. Il achetait sans raison plusieurs pièces de toile, des bijoux, des meubles, épuisait ainsi son capital, mais ne s'arrêtait pas. Il enga-



geait les objets achetés au Mont-de-piété, les dégageait ensuite et les rengageait plusieurs fois. Au marché, après avoir fait les acquisitions nécessaires, il lui était impossible de s'arrêter : c'était des multitudes de volailles, des sacs de légumes, toute sorte de provisions ; il en achetait de quoi remplir une voiture ; il était toujours obligé de se faire aider pour transporter des provisions qui n'étaient destinées qu'à deux personnes. Pour les écouler, il lançait alors de nombreuses invitations. D'autres fois, il rentrait chargé de meubles. Pour peu qu'il s'arrêtât devant une boutique, il était victime de l'impulsion. *C'était irrésistible, dit-il, je ne pouvais me raisonner, je me désolais, mais j'étais le moins fort.* En dernier lieu, il avait fini par des actes de filouterie pour satisfaire son besoin irrésistible d'acheter.

J'ai en ce moment dans mon service une fille de dix ans, sujette aux rires involontaires ; poussée à l'onanisme malgré des efforts réels de sa part pour résister ; elle présente des tendances au suicide. Sa mère a des rires et des pleurs involontaires ; elle est obsédée par la crainte du feu ; elle est poussée irrésistiblement à écrire, sans pouvoir se retenir, des heures entières, des discours sans suite : elle a fait, sans motifs, deux tentatives de suicide.

Un autre malade, un anomal-sexuel, entré à la suite d'un vol de chemise à un séchoir, ne peut résister à l'attrait qu'a pour lui l'étalage d'une chemise de femme. Il doit s'emparer de ce linge coûte que coûte. Sa mère ne pouvait de son côté voir flotter un ruban rouge sans être poussée à le saisir. Elle était très anxieuse les jours du tirage au sort, à la vue des jeunes conscrits portant à leur chapeau des rubans rouges ; elle les suivait, les suppliait de les lui laisser prendre et s'en emparait dès qu'elle le pouvait.

J'aurais à citer beaucoup d'autres exemples, mais qu'il me suffise de rappeler encore un fait emprunté à Morel. Il s'agit d'une malade ayant la crainte du toucher et en particulier la crainte des animaux. « Entendre même de loin les aboiements d'un chien suffit pour la mettre hors d'elle ; mais la vue d'un chien ou d'un chat lui donne à l'instant des attaques de nerfs. Elle ne caresserait pas un de

ces animaux pour un empire. » Et plus loin, Morel ajoute : « Elle m'apprit que son père, qui était mort depuis dix ans, dans un état d'enfance, avait l'*humeur noire* ; qu'il tombait par intervalle dans une espèce de torpeur qui durait plusieurs mois, et qu'alors il suivait sa femme comme un grand enfant, s'attachant à quelque partie de ses vêtements, absolument comme elle faisait vis-à-vis de son mari ; qu'il avait, en outre, ainsi qu'elle, une peur excessive des chiens et des chats. » Voilà donc un syndrome, — la crainte du chien et du chat, — nettement dessiné chez le père et la fille. Peut-on contester ces transmissions héréditaires, avec, si j'osais dire, des marques de fabrique aussi caractéristiques.

M. Cotard suppose que c'est surtout au début précoce des accidents qu'est due la production de la dégénérescence, l'hérédité étant réduite à son rôle étiologique général, et pour mieux faire comprendre sa pensée, il rappelle que l'adulte devenant sourd n'offre pas d'autres phénomènes que sa monopathie sensorielle, tandis que si la surdité frappe un jeune enfant, celui-ci devient sourd-muet, la même cause, la surdité, a donné, suivant l'âge, des résultats bien différents. M. Cotard vise particulièrement les stigmates physiques, mais son raisonnement ne saurait s'appliquer aux stigmates psychiques, car dès la première enfance, avant que toute éducation ait pu modifier ces jeunes sujets, ils se présentent avec des obsessions, des impulsions, des perversions sexuelles, un trouble fonctionnel, en un mot, que rien en dehors de l'influence héréditaire ne peut expliquer. Chez certains sujets, en effet, nous l'avons vu, dès quatre ou cinq ans, le souvenir de la tête ridée de la vieille femme ou le bonnet de nuit, provoque l'érection, ou bien c'est une impulsion irrésistible à l'incendie, au vol ; c'est la crainte du toucher, etc.

Il faut donc admettre autre chose qu'une évolution spéciale d'une lésion organique survenue dans le bas âge et l'on est forcé de remonter à une disposition particulière ayant des racines jusqu'aux ascendants.

Les critiques de M. Charpentier pèchent un peu par la base, il édifie de toute pièce une folie des héréditaires que M. Falret récuse évidemment et que, pour ma part, je ne puis pas accepter davantage. Il dit, en effet, dans



le numéro de mai des *Annales médico-psychologiques*, à la page 447. « On a groupé sous ce nom des folies disparates ; sans nous appesantir sur les paralysies générales anormales, les épilepsies frustes, les alcooliques (en exceptant les ivrognes qui ne seraient jamais héréditaires), quelle différence ne constatons-nous pas entre les caractères d'un petit vicieux de cinq ans et l'état mélancolique d'un adolescent né sous l'influence de lectures romanesques ou d'une dévotion mal dirigée, mal éclairée ; ou entre les aberrations sexuelles monstrueuses et les troubles mentaux nés sous une passion venant surprendre un cerveau sans expérience de la vie sociale ; et irons-nous comparer ceux-ci aux troubles partiels de l'intelligence, souvent non dangereux, si bien présents à la conscience de ceux qui en sont victimes, qu'ils font tous leurs efforts pour les dissimuler ? Quoi de commun en dehors de l'hérédité, entre ces différents troubles qui vont désormais constituer les folies héréditaires ? »

Et poursuivant plus loin, M. Charpentier nous fait part de ce que va comprendre encore cette folie des héréditaires : « Prenons garde à cette tendance, sinon les folies de l'enfance, celles de la puberté, tous les troubles mentaux consécutifs à des habitudes répétées ou consistant en habitudes invétérées, tics, monomanies, toutes les perturbations plus ou moins connues de la volonté, de la conscience, des états émotionnels, tous les défauts d'équilibre soit des facultés entre elles, soit entre celles-ci et les facultés affectives et morales, toutes les psychoses anormales par le début subit ou la confusion de leurs délires, en dépit de leurs causes souvent cachées ou ignorées, suppression du flux normal (menstrues, sperme) ou morbides (hémorrhoides, sueurs, troubles cutanés), toutes ces perturbations vont prendre rang dans la folie héréditaire qui, de ce fait, va devenir un véritable *caput mortuum* destiné à recueillir tout ce qui ne pourra correspondre convenablement à un des chapitres connus de la pathologie mentale. »

Telle est la mosaïque clinique créée par M. Charpentier et qu'il désirerait passer à notre actif. Comment voulez-vous que M. Falret et moi rangions dans un même groupe :

Des *paralytiques généraux* ;

Des *épileptiques* ;  
Des *alcooliques* ;  
Des *petits vicieux de cinq ans* ;  
Des *adolescents mélancoliques par lectures romanes-*  
*ques* ;  
Des *sujets sans expérience de la vie sociale surpris*  
*par la passion* :

Sans compter encore les malades en proie aux *folies*  
*menstruelles, hémorrhoidaires, sudorales, etc., etc?*

Assurément, dans l'élan de son argumentation, M. Charpentier s'est laissé entraîner à créer ce groupe pittoresque bourré des faits les plus disparates. Qu'il se rassure, le groupe des dégénérés est nettement limité et n'y entre pas qui veut : il faut d'abord être doué d'un état mental particulier ; les sujets offrant ces dispositions mentales enfantent les syndromes épisodiques ; ces mêmes sujets, quand ils délirent, ont une façon à eux de délirer. C'est donc par les caractères qu'ils empruntent à leur état mental, à leurs obsessions et à leurs impulsions, à leur délire spécial qu'ils viennent se ranger dans le même cadre.

Plus loin M. Charpentier relève, dit-il, des contradictions et à la page 449 nous lisons : « Exemple : les héréditaires se font remarquer par leur résistance si longue à la démence ; que faire alors des démences précoces observées chez les héréditaires ? »

La réponse est bien simple : dans la majorité des cas l'état mental ne baisse pas ; témoins les malades raisonnants qui ne manquent pas de nous l'apprendre. Mais quelquefois, en effet, on voit se produire des démences précoces ; M. Falret l'indique, je le déclare également ; ce n'est pas une surprise, c'est un fait clinique constaté par tous les observateurs. On a même signalé certaines causes spéciales, l'onanisme en particulier, qui président à cette chute rapide de l'intelligence.

Une autre contradiction : « Au point de vue des idées, les héréditaires sont mobiles, versatiles, hésitants, changeants, instables ; et ailleurs, les idées fixes, les obsessions invincibles se rencontrent souvent chez les héréditaires. »

Il y a là des phénomènes d'ordre différent qu'on ne doit pas confondre : les obsessions, les impulsions que



présentent les dégénérés diffèrent complètement des idées délirantes. Quant aux idées délirantes elles-mêmes, quelle différence entre le mode d'apparition, la marche, l'évolution des idées délirantes des héréditaires, même quand elles présentent une certaine durée; et les idées délirantes systématisées des délirants chroniques ! Chez ces derniers, le délire suit magistralement sa marche régulière méthodique, marquant quatre étapes bien distinctes :

- La période d'incubation, d'interprétations délirantes ;
- La période de persécution ;
- La période de délire ambitieux ;
- La période de démence.

Chez l'héréditaire on n'observe jamais rien de semblable.

Encore une autre contradiction : « Au point de vue de l'état intellectuel des autres membres de la famille, on observe, malgré l'intégrité apparente, des lacunes intellectuelles ou affectives, et cependant Morel cite deux familles où les frères de l'héréditaire étaient des modèles d'intelligence, de vertu et d'affection. »

Ces deux observations de Morel constatent un fait qui n'est pas rare, car les phénomènes biopathologiques, on le sait, ne sont pas soumis à des lois mathématiques.

Enfin à la page 150, M. Charpentier donne un exemple de folie des héréditaires que M. Falret ni moi ne pourrions guère reconnaître.

Voici le fait : « A l'âge de trente-huit ans, sans cause appréciable, en pleine santé, un de nos clients délire subitement, mélange confus, avec intervalles de calme, d'idées de grandeur, de persécution et d'angoisses ; la famille se refuse à l'internement, car on avait été sur le point de faire enfermer le père pour un délire analogue qui avait guéri ; le père est mort quinze ans plus tard d'hémiplégie droite avec aphasie, — en trois semaines, en effet, eut lieu la guérison de notre malade. Deux mois plus tard, il nous rappelle pour un psoriasis du cuir chevelu, qui le contrarie d'autant plus que son père en a eu un qui a duré plus de dix ans. »

C'est en se basant sur des exemples de ce genre que M. Charpentier est conduit, dit-il, à douter de ces délires irréguliers à début explosif.

M. Charpentier après avoir, dans sa longue critique, signalé les obscurités sans nombre qu'il a eu à relever dans l'histoire de la folie des héréditaires et après avoir insisté sur les difficultés de cette étude, en arrive pour simplifier la question à une conclusion bien inattendue : il propose non plus une folie des héréditaires, mais bien cinq formes de folies des héréditaires.

Je dois déclarer, Messieurs, que les objections de M. Charpentier ne m'ont pas ému, car sa dissidence me paraît devoir être passagère. M. Charpentier est trop bon clinicien, il a entre les mains un service trop considérable pour ne pas y trouver les démonstrations cliniques qui, peu à peu, le rallieront à notre étude synthétique qui n'est, en définitive, que la résultante d'analyses nombreuses patiemment recueillies, sans aucun parti pris.

Je n'ai que quelques mots à dire sur l'argumentation de M. Bouchereau qui arrive à cette conclusion, à savoir : que les dégénérescences sont le résultat de maladies développées pendant la vie foetale. Le fait est vrai dans quelques cas, mais ce n'est évidemment qu'un des côtés de la question.

Vous avez entendu dans la dernière séance la magnifique plaidoierie de M. Christian en faveur de quelques-unes des idées exposées par M. Cotard et les aperçus nouveaux à l'aide desquels il a attaqué, à son tour, la doctrine de l'influence de l'hérédité sur la folie des dégénérés ; il considère comme prédominante l'influence des conditions dans lesquelles se trouvent les parents au moment de la conception.

Je n'aurais qu'à reproduire ici les arguments déjà présentés dans ma réponse à M. Cotard et qu'à insister sur la nécessité de tenir grand compte de l'influence effective des ascendants, tout en reconnaissant que le point particulier signalé par M. Christian mérite assurément de fixer l'attention.

En résumant les diverses opinions émises sur l'étiologie des dégénérescences mentales, nous voyons que la question a été étudiée sous tous ses aspects.

Pour M. Falret, c'est l'influence héréditaire des ascendants dont il faut tenir compte.

M. Christian insiste plus particulièrement sur l'état des parents au moment de la conception.



M. Bouchereau s'arrête exclusivement aux affections développées pendant la vie foétale.

M. Cotard incrimine les maladies du jeune âge.

Pour ma part, je reconnais l'existence de toutes ces causes, mais d'après les faits, je ne puis m'empêcher d'attribuer la plus large part aux influences héréditaires.

Quoi qu'il en soit de cette discussion, il ressort nettement ce fait que, si nous différons quant aux limites qu'il s'agit d'assigner aux conditions étiologiques, le côté clinique, c'est-à-dire la constitution du groupe des *héréditaires* ou *dégénérés*, est admis par la plupart d'entre nous, et pour mon compte, je suis heureux que dans ces nouveaux débats, la Société médico-psychologique ait marqué un pas en avant dans l'étude si importante des dégénérescences mentales.

A la suite de cette importante communication quelques explications sont échangées entre MM. Magnan, Falret, Bouchereau et Christian.

M. BOUCHEREAU fait remarquer que tout en accordant une place importante à l'influence des atteintes que peut subir le sujet pendant la vie intra-utérine, il n'a pas voulu nier l'action de l'hérédité, sur le développement de la folie des dégénérés. Ce qui ne lui paraît pas douteux, c'est que les signes reconnus, comme faisant partie de la symptomatologie de la folie dite héréditaire, se retrouvent dans nombre de cas où l'action de l'hérédité ne saurait être mise en cause, et qu'il faut dès lors chercher autre part l'origine de cette forme de maladie mentale.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

## REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

### SOCIÉTÉS SAVANTES

#### Société de médecine de Paris. — Séance du 22 mai 1886.

*Cas rare de dipsomanie. — Inhalations d'éther. — Accès répétés pendant plus de seize ans. — Mort à la suite de convulsions épileptiformes ;* par M. le docteur Jules CHRISTIAN.

La dipsomanie est loin d'être une affection rare ; mais, dans l'immense majorité des cas, c'est la dipsomanie alcoolique que nous observons. Il est beaucoup moins fréquent, du moins dans notre pays, de rencontrer des dipsomanes qui cherchent leur excitant dans l'éther.

C'est cette rareté qui donne son principal intérêt à mon observation. Le malade qui en fait l'objet était d'ailleurs bien connu de tous ceux qui, à Paris, s'occupent, à un titre quelconque, d'aliénation mentale. Pendant près de seize ans, il n'a cessé de fatiguer de sa personne médecins, police, magistrats. Il n'était plus désigné dans les différents commissariats que sous le nom de « l'homme à l'éther ».

Je n'ai connu X... qu'en 1880 ; mais les premiers symptômes étaient bien antérieurs à cette date. La première partie de l'observation se trouve à peu près complète dans les documents suivants :

1° Dans un rapport médico-légal rédigé par le docteur Legrand du Saulle, à l'époque (1881) où la famille de X... pour suivit son interdiction (in *Ann. d'hygiène*, VII, 1882) ;

2° Dans l'observation du malade résumée dans l'*Etude médico-légale sur l'interdiction des aliénés* (Legrand du Saulle, Paris, 1881, obs. LXVII, p. 418) ;

3° Dans une conférence faite par M. P. Regnard à l'Association scientifique de France « sur deux poisons à la mode, la morphine et l'éther ». (*Revue scientifique*, 2 mai 1885.)

Ces renseignements, joints à ceux que m'a donnés mon observation personnelle, m'ont permis de reconstituer l'histoire pathologique de X...



Il est né en 1850 ; son père portait un beau nom, et occupait une haute situation dans le monde officiel du deuxième Empire. L'éducation de X... fut des plus soignées ; son enfance et son adolescence s'écoulèrent dans un milieu des plus aristocratiques.

Le père de X... mourut, vers l'âge de soixante ans, d'une hémorrhagie cérébrale. La mère était une femme d'une haute intelligence, mais très nerveuse. Un frère est mort de la poitrine ; deux sœurs (?) sont mariées et bien portantes.

Il ne paraît pas que X... ait jamais fait aucune maladie grave. Son intelligence a toujours été médiocre. Il a fait, tant bien que mal, ses études classiques, et est arrivé péniblement au baccalauréat. Il présente quelques aptitudes musicales, joue du piano, chante assez agréablement. Son éducation, très religieuse, lui a laissé un vernis de piété dont il aime à faire étalage.

Physiquement, c'est un homme beaucoup au-dessus de la moyenne ; il a les cheveux et la barbe noirs, très abondants ; le teint est pâle, l'expression du visage peu intelligente ; la tête est petite et contraste singulièrement avec la taille élevée et les proportions considérables du reste du corps. Du reste, l'ensemble est gauche et disproportionné ; les membres sont longs, le buste court ; la voix est flûtée. Les muscles sont, en général, peu développés ; il y a prédominance du tissu adipeux.

Agé de vingt ans lors de la guerre de 1870, X... se fit ambulancier, et je l'ai souvent entendu me vanter les services qu'il rendit à cette occasion et les relations intimes qu'il sut se créer avec les principaux membres du gouvernement. La guerre terminée, il prit part à la fondation de différentes œuvres de bienfaisance. Ses sentiments religieux s'étaient exaltés ; il voulut se faire prêtre et entra au séminaire ; mais il n'y fit qu'un court séjour, renonça à la carrière ecclésiastique, et commença son droit.

C'est vers cette époque que paraît débiter réellement la période malade, qui devait se prolonger, avec des alternatives diverses, jusqu'à la mort, arrivée en 1886.

Déjà, bien avant la guerre, X... s'était montré peu intelligent, mal équilibré, souvent exalté, incapable d'aucun effort soutenu ; la famille se résignait, prenait patience, espérait un avenir meilleur. C'est dans les ambulances qu'il paraît avoir pris le goût de l'éther.

Quand il vint à l'Ecole de droit, ses camarades furent bientôt

frappés de ses bizarreries : on en ignorait la cause véritable, et X... était considéré comme un *original*. Quelquefois cependant ses originalités dépassèrent les bornes : il acheta d'un coup pour 30,000 francs d'objets religieux ! Son père dut le pourvoir d'un conseil judiciaire. Plus tard, à Charenton, il voulut un jour commander pour 1,200 francs de fleurs à porter sur la tombe de sa mère.

En octobre 1874, il devint violent : « il a maltraité sa mère et fait des menaces », est-il dit dans un rapport de police ; le père se vit obligé de recourir à l'intervention du préfet de police. M. le docteur Vidal, médecin de Saint-Louis, eut alors à examiner le jeune homme, et il fit un certificat concluant à « une monomanie impulsive avec tendances à s'enivrer ». Il fut placé dans la maison de santé d'Ivry.

Il y séjourna quelque temps, s'améliora comme il arrivait chaque fois qu'il était soustrait à l'influence de l'éther, et fut remis en liberté. Aussitôt, nouveaux excès ; nouvel accès de délire ; séquestration dans la maison de santé de Suresnes.

Dès lors, les accès se reproduisent avec une monotonie désespérante, nécessitant chaque fois l'intervention de la police, puis le placement temporaire dans une maison de santé. Mais on n'aboutissait à aucun résultat, et c'est alors que Legrand du Saulle conseilla un embarquement de trois années consécutives à bord d'un navire marchand, « sans aucune possibilité de se rendre à terre ».

L'embarquement eut lieu au Havre. Au dernier moment, au milieu des douleurs et des émotions de l'adieu, X... exigea tout d'un coup qu'on lui mit un piano à bord ; il fallut en passer par cette fantaisie. Plusieurs mois se passèrent : chaque fois que le navire touchait terre, le capitaine faisait enfermer et garder à vue X... pour l'empêcher de débarquer. A Valparaiso, il parvint à déjouer la surveillance dont il était l'objet, s'échappa, et alla se réclamer du consul de France, qui le fit rapatrier ; il était resté dix mois sans s'être enivré par l'éther.

Mais, à peine revenu à Paris, il recommença ses excès, et la mère, ne sachant plus que faire, lança une circulaire à tous les pharmaciens de Paris, les suppliant de ne plus délivrer d'éther à son fils, qu'elle priva complètement d'argent.

Rien n'y fit. X... inventait mille stratagèmes pour satisfaire son irrésistible passion, et, quoi qu'on pût imaginer, il arrivait toujours à se procurer de l'éther. En 1876, arrêté pour blessures à un agent, il fut détenu à Mazas pendant un mois, et,



chose remarquable, à dater de cette époque, il y eut une accalmie de près de trois ans, pendant laquelle il reprit des habitudes correctes, il s'abstint de toute nouvelle algarade : il paraissait guéri.

La mère de X... mourut en 1880, et la maladie reprit son cours.

X... fut placé à Charenton, pour la première fois le 23 octobre 1880, et il y séjourna jusqu'au 22 décembre. Le 2 janvier suivant, la police le ramenait. Nouvelle sortie le 21 février, mais réintégration d'office trois jours après, le 24. Grâce à la complicité d'un gardien, il parvint à s'évader le 27, mais déjà le 4 mars il nous revenait. Cette fois son séjour se prolongea jusqu'au 11 juillet, époque à laquelle il fut transféré dans la maison de santé de Sceaux. Il s'en échappa au bout de quelques jours, retourna à Paris où il fut arrêté le 29 juillet, et réintégré à Charenton. Ce nouvel internement se prolongea jusqu'au 14 novembre. Il sortit alors, mais le 8 décembre on le ramenait. Nouvelle évasion le 18 mars 1882, réintégration le surlendemain. Alors, sur ses instances réitérées, et parce qu'il prétendait que ses sentiments de piété ne trouvaient pas leur pleine satisfaction dans notre maison, sa famille consentit à le placer dans un établissement religieux, celui des frères Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon : il y fut transféré le 4 mai 1882. Il y resta environ dix-huit mois, s'évada derechef, et alla se réfugier à Genève, où il vécut plusieurs mois. En décembre 1884 il revient à Paris, fait du scandale dans un grand café du boulevard : une fois encore il fallut nous le ramener : 5 janvier 1885. Je le gardai dans mon service jusqu'au 26 novembre, et alors seulement, sur sa promesse formelle de retourner à Genève, je lui fis obtenir, non sans peine, son *exeat*.

Vingt-quatre heures ne s'étaient pas écoulées, qu'il était au dépôt. Comment il parvint à s'échapper, je l'ignore. Le lendemain il était à Londres, s'y faisait arrêter, puis relâcher, et s'en vint à Bruxelles. Là il commit de telles extravagances, qu'il fut arrêté à diverses reprises : l'ambassade eut à s'occuper de lui et nous écrivit à son sujet. Brusquement il quitte Bruxelles, et s'en va, par Bâle, à Milan. C'est là qu'il succomba à l'hôpital des aliénés, le 18 mars 1886, à la suite de convulsions épileptiformes.

Telle est, résumée brièvement, exacte dans son ensemble, mais forcément incomplète dans les détails, l'histoire de ce malheureux jeune homme.

Le diagnostic de sa maladie mentale ne soulève aucune difficulté : C'est un *héréditaire* (Morel, Magnan), ou plutôt un *dégénéré* : enfant mal venu, il présente, à côté de quelques qualités brillantes, des lacunes sur lesquelles on veut longtemps se faire illusion. A l'époque de la puberté, le mal éclate, et à partir de ce moment les accès se reproduisent avec une monotonie tout à fait remarquable : ils sont pour ainsi dire stéréotypés. Partout où il a passé, à Londres, à Bruxelles, à Turin, à Milan, à Bâle, à Genève, à Lausanne, etc., partout il a commis les mêmes excès, partout il s'est fait arrêter dans des conditions identiques, puis relâcher, une fois son ivresse dissipée.

En général, l'accès débute par un sentiment de malaise, avec inappétence, pesanteur à l'épigastre, langue blanche, saburrale ; il devient inquiet, anxieux, irritable, se plaint de palpitations de cœur (?) ; il lui faut de l'éther. S'il a de l'argent, rien n'est plus simple : il va s'en acheter un flacon, hèle un fiacre, s'y installe confortablement et hume son liquide favori. S'il ne pousse l'éthérisation que jusqu'à la période d'excitation demiturbulente, il devient gai, chante, rit, descend de voiture, plaisante avec le cocher, auquel il paye à boire, entre dans un café, interpelle les consommateurs, s'amuse comme un vrai gamin en goguette. Les choses peuvent en rester là, et le calme revient après une série d'extravagances plus ou moins prolongées.

Mais généralement il pousse les inhalations plus loin ; alors l'excitation devient de plus en plus vive, il entre en fureur, se dispute avec le cocher ou avec les passants, donne des coups de canne à tort ou à travers, jusqu'à ce qu'on l'ait garrotté et mis dans l'impossibilité de nuire.

Il faut dire que c'est généralement ainsi que finissait la crise. Le plus souvent d'ailleurs X... était sans argent ; il empruntait alors au cocher 5 francs avec lesquels il achetait de l'éther, restait dans son fiacre des heures entières (jusqu'à 15 heures !), et à la première réclamation du cocher, lui sautait à la gorge et le battait.

Pareille scène s'est reproduite plus de cent fois, et toujours dans des conditions semblables : fait curieux, mais bien caractéristique.

A Charenton, j'ai vu invariablement se reproduire les mêmes phénomènes, se succédant dans le même ordre. Quand on amenait X... il était généralement furieux, nous accablait d'injures



et de menaces, et nous prodiguait les expressions les plus sales et les plus ordurières. Deux ou trois jours se passaient, et l'homme bien élevé reparaisait, mais alors il se faisait câlin, flagorneur, ne reculant devant aucune bassesse pour obtenir une faveur quelconque.

Tant que durait l'internement, tant que X... était soustrait à l'influence de l'éther, tout allait à peu près bien, à cela près qu'il était d'une surveillance extrêmement difficile. Tous ses efforts, toute son activité, ne tendaient qu'à un but, à s'évader; et il déployait une ingéniosité, une patience, dont rien ne saurait donner l'idée, et grâce auxquelles il a souvent réussi. Quelquefois cependant ses accès le prenaient; il se plaignait alors de l'estomac, était fatigué, énervé. Tout rentrait dans l'ordre après quelques jours. Mais dans ces circonstances, je l'ai vu une fois se griser avec l'eau de Cologne qu'on lui donnait pour sa toilette, une autre fois avec un vinaigre de toilette quelconque. Je crois cependant que, lorsqu'il pouvait se procurer de l'éther, il n'a jamais eu recours à un autre excitant; il ne paraît avoir eu aucune propension pour l'alcool.

J'ai pu observer le malade pendant cinq ans; et j'ai pu constater que l'intelligence n'avait pas sensiblement baissé: tel il était en 1880, tel il nous quitta à la fin de 1885. La santé physique non plus n'a paru subir aucune atteinte. Il prétendait, il est vrai, qu'il avait une maladie de cœur, et, s'il respirait de l'éther, c'était, disait-il, parce que les médecins le lui avaient ordonné, et que c'était le seul moyen de calmer ses souffrances. Je n'ai jamais trouvé aucun symptôme d'une lésion cardiaque quelconque.

Si la santé physique s'est maintenue bonne jusque dans les derniers temps de la vie, et si l'intelligence n'a pas baissé comme on avait pu le supposer, il en est autrement de la déchéance morale, qui dépassait tout ce que l'on peut imaginer. On ne croirait pas, si la chose n'était affirmée par de nombreux rapports de police, à quel degré d'abjection était tombé ce jeune homme, né et élevé, comme je l'ai dit, dans le milieu le plus aristocratique, accoutumé, dès l'enfance, à tous les raffinements du luxe et de l'élégance. Les hôtes habituels du dépôt de la préfecture de police étaient devenus les compagnons de ses plaisirs, et ils lui avaient donné un sobriquet tout à fait caractéristique.

Il ne paraissait avoir aucune conscience de cette dégradation morale. J'ai connu bien des dipsomanes, qui, l'accès passé,

étaient honteux et repentants, qui prenaient de belles résolutions pour l'avenir, ce qui, d'ailleurs, n'empêchait pas les rechutes. Chez X... rien de pareil : jamais le moindre regret, le moindre remords ; il était absolument inconscient des turpitudes sans nom qu'il commettait. Je n'ai jamais constaté aucune excitation érotique ; mais, lorsqu'il était sous l'influence de l'éther, il présentait des signes de perversion sexuelle.

Comment la mort est-elle survenue ? D'après les renseignements qui m'ont été fournis avec la plus grande obligeance par mon honorable confrère le médecin en chef de l'hôpital des aliénés de Milan, il y a été amené le 3 mars 1886, dans un état d'ivresse manifeste. Celle-ci se dissipa assez rapidement, mais il persista de l'excitation mentale et une grande irritabilité. Le 7 mars, on le fit passer dans le quartier des aliénés : il était alors en proie à un véritable délire maniaque : violent, bruyant, avec hallucinations et idées de persécution, mais sans aucune conception ambitieuse, ni embarras de la parole ; il existait un tremblement des extrémités supérieures.

Cet état persista jusqu'au 18 : survinrent alors des attaques épileptiformes, qui se répétèrent coup sur coup jusqu'au lendemain, où la mort survint dans le coma. L'autopsie ne put être faite. Mais, par analogie, il est permis de supposer que le malade a succombé à une poussée méningitique (peut-être une hémorragie méningée?) comme il n'est pas rare d'en observer chez les alcooliques.

*Réflexions.* — Je ne m'arrêterai pas longtemps sur les particularités de cette observation.

Elles sont par elles-mêmes assez caractéristiques. X... rentre dans la catégorie des aliénés décrits par Morel sous le nom d'*héréditaires*, sur lesquels Magnan a rappelé l'attention dans ces derniers temps. J'aime mieux, quant à moi, les appeler des *dégénérés* ; X... était évidemment un dégénéré ; il présentait à un haut degré les signes que Magnan regarde avec raison comme propres à cette catégorie de malades : stigmates physiques et stigmates psychiques. Je ne relèverai parmi ces derniers que la forme paroxystique des accès, toujours la même ; la longue durée de la maladie sans qu'il y ait eu aucun symptôme de démence ; la complète perversion du sens moral.

Si, contrairement à ce que nous observons d'habitude, X... a été attiré par l'éther, et non par l'alcool, ce n'est peut-être qu'un effet du hasard, X... se trouvant dans une ambulance, a respiré de l'éther, y a pris goût, et y est revenu irrésistiblement.



Quoi qu'il en soit à cet égard, nous sommes obligés de reconnaître que l'action prolongée de l'éther est bien moins nocive que celle de l'alcool : il n'existait chez X... aucun des symptômes, qui, après la disparition des accès aigus, persistent d'une manière souvent indélébile chez les alcooliques et donnent au délire alcoolique sa gravité. Il est vrai que X... n'a jamais dépassé la phase d'excitation, ce qui, pour l'alcoolique, correspondrait à l'ivresse.

Il est un point sur lequel je voudrais appeler l'attention d'une manière spéciale, parce qu'il s'agit d'une difficulté en présence de laquelle nous nous trouvons souvent. Voilà un malade qui, dès qu'il le peut, s'enivre avec de l'éther. Aussitôt il délire, et commet des actes délictueux pour lesquels la police est obligée d'intervenir. On l'arrête, et l'on constate qu'il a agi d'une façon inconsciente, qu'il ne saurait être responsable des extravagances pour lesquelles on l'a arrêté. Il ne peut donc être question de le traduire devant un tribunal, et, comme cependant il importe de protéger l'ordre public, — et souvent aussi la sécurité des personnes, — on le séquestre, par mesure administrative, dans un asile d'aliénés. Mais, après quelques jours, l'influence du poison s'est dissipée, le malade a repris son équilibre; il peut être vicieux, peu intelligent, dénué de sens moral, toujours est-il qu'il ne délire plus. Est-on en droit de le maintenir, et pour combien de temps?

On sait, et l'expérience en a maintes fois été faite, que, dès que cet homme sera libre, il recommencera ses excès, délirera de nouveau, et il faudra encore l'arrêter et l'enfermer. Pour X..., le cas s'est répété cent fois, et avec une désespérante monotonie. On se trouve ainsi en présence de malades, ou, si l'on aime mieux, de dégénérés, qu'il est impossible de laisser en liberté, et que cependant on n'a pas le droit légal de tenir toujours enfermés. Que faire?

En Amérique, on a tourné la difficulté en créant des asiles spéciaux pour les ivrognes, et en exigeant de ceux qui y entrent l'engagement d'y rester un temps déterminé, un an, par exemple. Mais ce n'est qu'un palliatif qui rend simplement les rechutes moins fréquentes, moins rapprochées.

Le problème est encore plus délicat, quand l'individu, pendant son accès, a commis un crime, — et le cas n'est malheureusement que trop fréquent. J'avoue que, dans ces circonstances, la loi devrait ordonner l'internement définitif, comme on fait en Angleterre pour les fous criminels. On dirait au

malade : « Vous avez commis un crime dont vous n'êtes pas responsable, cela est vrai. Aussi ne subirez-vous aucune peine, ni afflictive, ni infamante. Mais comme vous n'êtes pas guéri de votre penchant maladif, comme vous n'avez pas la force nécessaire pour résister à l'entraînement pathologique, vous ne trouverez pas mauvais que la société cherche à se protéger, et elle se protège en vous tenant enfermé. » L'intérêt social doit primer celui de l'individu. Et, après tout, on peut se demander si un internement définitif n'est pas ce qu'il peut arriver de plus favorable au malheureux qu'il faut protéger contre lui-même.

## JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1885.

ANALYSE PAR M. L. CAMUSET.

**Archives de Neurologie** (Suite et fin).

3. *De l'emploi du curare dans le traitement de l'épilepsie*; par MM. Bourneville et Bricon (n<sup>os</sup> de janvier, mars et mai).

Il semble de prime abord, disent les auteurs de ce travail, que le curare ne peut avoir d'action que sur les effets périphériques de l'épilepsie, sur les phénomènes de motilité, et non sur les causes centrales de l'affection. Cependant plusieurs auteurs prétendent avoir obtenu de bons résultats dans le traitement de l'épilepsie par le curare, et c'est pourquoi M. Bourneville a expérimenté ce médicament dans son service de Bicêtre. — Il faut remarquer que les opinions des différents médecins qui ont employé le curare contre l'épilepsie, ne sont pas identiques. Ainsi Thiercelin (1861) prétend qu'il a obtenu d'heureux résultats, mais que l'amélioration ne persistait pas après la cessation du traitement. Bénédict (1866) a vu, sous l'influence du curare, les attaques diminuer en nombre et l'état psychopathique des malades s'améliorer parallèlement. Kunze (1879) aurait obtenu des guérisons définitives. Mandt (1866) et Voisin (1865) n'obtinrent aucun résultat appréciable.

MM. Bourneville et Bricon se procurèrent d'abord du curare véritable. Puis ils étudièrent la dose limite de la substance sur le chien, et ils conclurent de la dose limite sur l'homme en faisant le calcul proportionnel entre le poids du chien et le poids de l'homme. Ils arrivèrent ainsi à ce résultat que la dose



limite pour un adulte du poids de 75 kilogr. était de 15 centigr. Ils administrèrent le médicament par la méthode hypodermique, en solution de 8 pour 100. — Ils opérèrent sur trente-trois malades dont ils donnent les observations détaillées.

Voici leurs conclusions :

« Les résultats que nous avons obtenus sont bien différents de ceux qui ont été enregistrés par quelques auteurs. En effet, sur trente-trois malades atteints des formes les plus variées de l'épilepsie, les uns adultes, les autres enfants, soumis aux injections sous-cutanées de curare pendant trois, six mois et même davantage, nous n'en avons trouvé qu'un seul qui ait retiré des bénéfices sérieux du traitement; un autre a été légèrement amélioré; un troisième a vu, non pas les accès, mais les secousses diminuer. En résumé,... nous ne pensons pas que l'on doive maintenir le curare sur la liste des médicaments utiles dans le traitement de l'épilepsie. »

4. *Cas d'hystérie dans lequel les attaques sont marquées par une manifestation rare : éternuements*; par Souza Leite, externe à la Salpêtrière (n° de janvier).

*Observation* : Jeune fille âgée de seize ans, antécédents héréditaires, rachitique dans son enfance, hémianesthésie gauche, rétrécissement du champ visuel à gauche.

La malade est prévenue du retour de ses crises par une sensation particulière au gosier. Deux minutes après, elle est prise d'une toux suivie bientôt d'éternuements, puis la toux revient au bout de cinq minutes environ et est ensuite remplacée par les éternuements et ainsi de suite, pendant toute la durée de l'attaque (soixante minutes ordinairement). Pendant ce temps, mouvements toniques et cloniques des membres, arc de cercle, etc. L'attaque se termine par des pleurs et des éclats de rire et par une sueur profuse de la face et du tronc; quand tout est fini, la malade déclare n'avoir aucune conscience de ce qui vient de se passer.

5. *Trois autopsies pour servir à la localisation cérébrale des troubles de la vision*; par M. Ch. Féré (n° de mars).

*Première observation* : Hémiplégie droite et aphasie, ce dernier phénomène se dissipe et l'hémiplégie reste permanente avec contracture. Anesthésie de toutes les parties paralysées. Les sens spéciaux sont obnubilés et il y a rétrécissement du champ visuel (toujours à droite évidemment).

*Lésions :* Dégénérescence du pédoncule cérébral gauche, il ne reste d'intact qu'une mince bande de l'organe à la partie la plus externe. Dégénérescence de la pyramide gauche; un ancien foyer hémorragique, situé à gauche en dehors du noyau lentiforme, coupe le carrefour sensitif en arrière et arrive en avant jusqu'à sous la troisième frontale. Les deux tiers postérieurs de la capsule interne ont une teinte jaune brun.

Cette autopsie montre une lésion du carrefour sensitif produisant une amblyopie croisée. — On sait que c'est la règle.

*Deuxième observation :* Cécité verbale incomplète, cécité musicale complète. Aphasie partielle. Hémiplégie droite avec contracture. Rétrécissement segmentaire du champ visuel portant sur la moitié supérieure droite sans atteindre, à beaucoup près, le champ de fixation. La sensibilité générale et la sensibilité spéciale (sauf la vue) sont intactes.

*Lésions :* Dégénérescence du faisceau pyramidal gauche. Le pédoncule est jaune et atrophié, sauf la partie la plus externe. — Une grande plaque jaune à la face externe de l'hémisphère gauche. Elle intéresse les parties moyenne et postérieure de la troisième frontale, la moitié supérieure de l'insula et elle se prolonge en arrière jusqu'à l'extrémité postérieure de la scissure sylvienne. Le quart inférieur de la frontale ascendante est atteint. Dans le lobe pariétal une autre plaque jaune, petite, occupe le fond de la scissure interpariétale, mais elle n'empiète pas sur le lobule pariétal inférieur. — Toute la capsule interne à l'exception du carrefour sensitif est dégénérée.

Dans ce cas, l'hémianopsie est en rapport avec une lésion du lobule pariétal inférieur, ou, du moins, de la portion limitée de ce lobule. — C'est donc un cas qui rentre dans les faits ordinaires.

*Troisième observation :* Hémiplégie droite transitoire, hémianopsie droite permanente sans lésion du fond de l'œil (la ligne de démarcation passe par le point de fixation).

*Lésions :* Pédoncules cérébraux sains et symétriques, nerfs optiques, bandelettes, chiasma sains. Hémisphère droit sain. (Pas de commissure grise dans le troisième ventricule). Hémisphère gauche : plaque jaune superficielle comprenant la plus grande partie du coin et une petite partie de la deuxième temporo-occipitale adjacente.

Remarquer que dans les hémianopsies d'origine cérébrale, la vision centrale est généralement conservée, la ligne de démarcation ne passe pas par le point de fixation. — L'observation présente constitue une exception.



En plus, l'hémianopsie s'accompagne d'une lésion de la face interne du lobe occipital et non d'une lésion du lobule pariétal inférieur. Ce qui constitue une exception à la règle des localisations.

L'auteur fait suivre l'exposition de ce fait anormal des réflexions suivantes : la localisation de l'hémianopsie d'origine cérébrale est encore insuffisamment établie. — L'examen des autopsies montre que les lésions qui déterminent des troubles de la vision, siègent toutes dans la partie postérieure de l'hémisphère, mais que souvent des lésions assez rapprochées déterminent des troubles différents. Tous les sujets sont-ils donc aptes à éprouver des troubles identiques, en conséquence d'une lésion destructive du même siège ? Il est probable que non et qu'il existe des variétés dans l'entrecroisement des fibres provenant des régions de l'écorce qui président à la fonction visuelle.

6. *De la nutrition du système nerveux à l'état physiologique et pathologique*; par le D<sup>r</sup> Mairet, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier (n<sup>os</sup> de mars, mai et juillet).

Cet article est un résumé du grand travail de M. Mairet sur le même sujet. Nous avons déjà analysé ce dernier dans les *Annales médico-psychologiques*, année 1884.

7. *Altérations de la moelle épinière causées par l'élongation du nerf sciatique. — Etude expérimentale faite dans le laboratoire de M. le professeur Jean Mierzejewski (de Pétersbourg)*; par M<sup>me</sup> Pauline Tarnowski (n<sup>os</sup> de mai et de juillet).

M<sup>me</sup> Tarnowski a poursuivi, pendant trois ans, des recherches sur les lésions provoquées chez les animaux par l'élongation du nerf sciatique. Mais avant de donner le résultat de ses recherches, elle fait l'historique complet de la question de l'élongation des nerfs. — On sait que si l'on n'a commencé à pratiquer l'élongation des nerfs que depuis une douzaine d'années, les travaux sur le sujet sont quand même très nombreux déjà. L'auteur fait quatre groupes de ces travaux et il les passe successivement en revue.

Le premier groupe contenant les élongations des nerfs (nerfs sciatique, médian, trijumeau, etc...) dans un but thérapeutique. — Deuxième groupe : élongations des nerfs suivies de mort. Autopsies. — Troisième groupe : recherches purement expérimentales sur les élongations de nerfs entreprises sur les animaux sans examen de la moelle. — Quatrième groupe : les

mêmes avec examen histologique de la moelle. C'est à ce dernier groupe que se rapporte le travail de l'auteur.

Voici en substance les résultats présentés par M<sup>re</sup> Tarnowski : Elle opérait sur les nerfs sciatiques de lapins qu'elle sacrifiait plus ou moins longtemps après l'opération. Elle se servait, soit d'un crochet tenu à la main pour produire l'élongation, soit d'un crochet à pressions graduées, ce qui lui permit de mettre en parallèle, d'une part les lésions, et de l'autre la force de traction.

D'abord le nerf au-dessous du point élongé, c'est-à-dire le bout périphérique, présentait toujours un nombre considérable de tubes nerveux dégénérés : segmentation de la myéline, disparition du cylindre axe, etc. Cette même lésion s'observait aussi dans le bout central, mais à un degré beaucoup moindre, les tubes dégénérés constituaient là l'exception.

Quant à la moelle, quand la traction avait été élevée jusqu'à 4 ou 5 kilogr. les lésions suivantes étaient constantes : distension du canal central par un exsudat plastique ; hyperémie et hémorrhagies capillaires dans la substance grise, principalement dans les cornes postérieures ; prolifération des noyaux de la névroglie ; accroissement du tissu conjonctif dans le cordon postérieur du côté opéré, d'où disparition d'une grande quantité de tubes nerveux dans cette région ; amincissement de volume du cordon postérieur du côté opéré et aussi de la corne postérieure du même côté. Les cellules de la corne antérieure sont moins nombreuses que dans le côté non opéré ; on en trouve qui présentent des vacuoles.

L'auteur tire de ces résultats la conclusion que la traction du nerf sciatique dans l'ataxie locomotrice ne peut qu'être nuisible, puisqu'elle produit des lésions de sclérose diffuse qui viennent s'ajouter aux lésions de sclérose systématisée préexistantes.

8. *Du degré d'importance au point de vue du pronostic d'un abaissement extrême de la température dans le cours des maladies mentales* ; par M. Popoff, médecin de l'asile Saint-Nicolas, à Saint-Petersbourg (n° de mai).

Malgré l'opinion contraire de plusieurs auteurs, un abaissement, même considérable, de la température peut se produire dans le cours des maladies mentales sans entraîner la mort. M. Popoff rappelle l'observation de la malade de M. Magnan, une alcoolique, qui s'était endormie au froid et dont la tem-



pérature vaginale descendit à 26° C. Cette femme guérit.

Il donne aussi une observation inédite analogue : une dame atteinte de manie se refroidit, vers le déclin de son accès, mais alors qu'elle était encore agitée, au point que la température rectale descendit à 34°,35 C. Le pouls était à 40. Cette malade guérit.

On sait qu'une psychose par elle-même, sans complication d'une affection organique, peut modifier la courbe normale de la température. Des régions de l'écorce du cerveau, voisines des centres moteurs, seraient dévolues à la calorification interne.

9. *Deux nouveaux cas de sclérose latérale amyotrophique suivis d'autopsie* ; par MM. Charcot et Marie (n° de juillet et septembre).

La sclérose latérale amyotrophique est étroitement localisée à un système et elle affecte toute la hauteur de ce système, depuis les grandes cellules pyramidales de l'écorce, jusqu'aux grandes cellules des cornes antérieures de la moelle, d'où elle s'étend finalement jusqu'à l'élément nerveux périphérique. Deux nouvelles autopsies à l'appui de cette doctrine.

*Première observation* : Début par raideur de la jambe gauche. Six mois après, parésie du bras droit ; gêne légère de la parole. Deux mois plus tard, atrophie de l'éminence thénar droite, augmentation des troubles de la parole ; puis paralysie complète avec troubles spasmodiques qui disparaissent ensuite ; augmentation de l'atrophie des mains ; troubles de la déglutition, de la respiration, de la circulation. Mort deux ans après le début.

*Deuxième observation* : Début par difficulté de la parole et de la déglutition ; quatre mois plus tard, attaque apoplectiforme suivie d'augmentation des troubles bulbaires. Parésie, puis atrophie des membres supérieurs ; paralysie des membres inférieurs avec phénomènes spasmodiques. Mort deux ans après le début.

Les autopsies dans ces deux cas ont été conduites avec le plus grand soin. Les auteurs insistent longuement sur la technique qu'ils ont suivie : examen des coupes fraîches de la capsule interne, faites au microtome Mallassez après congélation, etc... Les lésions furent identiques chez les deux malades : corps granuleux dans toute la hauteur du faisceau pyramidal, y compris les circonvolutions motrices. Disposition des grandes cellules pyramidales de l'écorce.

Pour les intéressants détails de ces autopsies, voir l'article en entier.

10. *De la curabilité de la sclérose en plaques* ; par Michel Catsaras, professeur agrégé à la Faculté d'Athènes (n° de juillet).

De deux observations dont l'une est personnelle à l'auteur, il résulte que : 1° la sclérose en plaques est une maladie curable ; 2° que la guérison peut être expliquée par la régénération des nerfs. Voici le résumé de ces deux observations.

1° Fille de huit ans. Atonie des membres supérieurs et instabilité dans la marche depuis deux ans ; nystagmus, strabisme convergent ; diplopie ; tremblement pendant les mouvements intentionnels. Traitement par le régime lacté et le phosphore. Amélioration notable qui s'accroît progressivement et après quelque temps : vue normale, plus de tremblement, pas de mouvements involontaires, pas de nystagmus ni de strabisme. Quand elle marchait et qu'elle se sentait observée, la petite malade titubait un peu et son écriture était légèrement tremblée. On ne sait si ces deux derniers symptômes disparurent à la fin.

2° Jeune homme âgé de dix-huit ans, à antécédents héréditaires. Nystagmus. Le droit interne des deux yeux était insuffisant ; atrophie blanche de la papille ; exaltation considérable des réflexes ; épilepsie spinale ; accès convulsifs épileptiformes légers. En plus l'état psychique était mauvais : inquiétudes ; sentiments d'impuissance ; mélancolie.

Traitement par les applications de pointes de feu le long du rachis, par l'hydrothérapie et par l'ergotine. Tous les symptômes disparurent, le malade guérit complètement.

L'auteur explique ces guérisons de la sclérose multiloculaire par la régénération des nerfs, les sujets étant jeunes et ayant été traités dès le début de leur maladie. On sait que, même dans les plus anciennes plaques de sclérose, on trouve des cylindres axe sains en quantité minime, mais enfin on en trouve. Il est naturel d'admettre que ces cylindres peuvent se recouvrir de myéline et reprendre leur fonctionnement ancien. La même remarque est applicable à la sclérose par compression suite du mal de Pott. Des paraplégies par compression disparaissent très bien. Au contraire, dans les scléroses systématisées où le cylindre axe est le premier détruit, la fonction ne se rétablit jamais. — Enfin, il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas un symp-



tôme de la sclérose en plaques qui ne puisse disparaître après avoir existé plus ou moins longtemps. Même l'amblyopie avec décoloration blanche de la papille et portée jusqu'à la cécité absolue peut disparaître complètement, la papille restant blanche.

11. *Sur la tension des muscles comme substratum de l'attention*; par M. le professeur Sikorski (n° de septembre).

Il est reconnu, depuis les travaux de Helmholtz, Donders, Wundt, Exner, *que la pensée à une action quelconque est infailliblement accompagnée de la tension préparatoire des mêmes muscles qui doivent se contracter pendant l'exécution du mouvement même*. C'est là le principe de l'explication de ce phénomène curieux qu'on a appelé : lecture de la pensée.

Il y a peu de temps, à Paris, le monde médical, et surtout le monde extra-médical, s'est beaucoup occupé de la *lecture de la pensée*. On connaît l'expérience : plusieurs personnes conviennent de cacher un objet dans un endroit quelconque ; on fait alors entrer le *liseur*, qui a les yeux bandés ; celui-ci prend la main d'une des personnes présentes qui devient ainsi *suggesteur*. Puis le liseur conduisant le suggesteur arrive, après plus ou moins de tâtonnements, à retrouver l'objet caché. Le liseur peut même, avec de l'habitude, arriver à écrire un chiffre ou une lettre pensée par le suggesteur et même à deviner un air que ce dernier pense. Bien entendu, il ne peut retrouver l'air que sur le piano, et en tenant le poignet du suggesteur qui doit nécessairement connaître le piano. — Car il faut absolument que des mouvements de la main fassent partie du contenu du problème. Sans mouvement, pas de lecture de la pensée.

La nature du problème exige que les impulsions locomotrices préparées pour le déplacement vers l'endroit indiqué, entrent dans la composition de l'acte d'attention du suggesteur. Si le liseur se heurte contre une tension, c'est qu'il n'est pas dans la voie, et il en change jusqu'à ce qu'il y ait équilibre entre les tensions musculaires entre les deux sujets : suggesteur et liseur. Quant au suggesteur, il se croit passif parce qu'il ne fait pas de mouvements, il ne fait que remettre ses muscles dans un état d'équilibre dont le liseur le fait sortir. Il n'a du reste pas conscience de cet acte qui précède l'actuation et qui seulement coïncide avec la pensée de l'actuation. On rentre ainsi dans la donnée énoncée plus haut. C'est par un

mécanisme analogue que le lecteur arrive à tracer des signes, des lettres, des figures, ou à jouer des airs pensés par le suggesteur.

12. *De l'onomatomanie*; par MM. Charcot et Magnan (n° de septembre).

*L'onomatomanie* n'est pas une espèce pathologique, c'est un syndrome épisodique de la folie héréditaire. Ce trouble s'observe ordinairement chez les sujets très élevés dans l'échelle des dégénérescences mentales, chez les simples déséquilibrés.

L'onomatomanie peut offrir cinq types différents : 1° recherche angoissante du nom ou du mot; 2° l'obsession du mot qui s'impose à la volonté et l'impulsion irrésistible à le répéter; 3° la signification particulièrement funeste de certains mots prononcés dans le cours d'une conversation; 4° l'influence préservatrice de certains mots; 5° le mot devenu un véritable corps solide avalé, pesant sur l'estomac et pouvant être rejeté par des efforts d'expuition. Dans tous ces cas, le malade a une entière conscience de son état, il déplore ces idées burlesques, mais il n'en est pas moins l'esclave.

Suivent une série d'observations se rapportant toutes à l'onomatomanie de la première espèce.

1° Hérédité morbide; dégénérescence mentale; déséquilibration dès l'enfance; à dix-huit ans, accès mélancolique; plus tard, perversions sexuelles; recherche angoissante du mot; recherche angoissante du nombre; rires et pleurs involontaires; doute sur l'infini; périodes de dépression irrégulières pendant tout le cours de la vie et, à la fin, tendance au suicide.

Cette observation montre une multiplicité de ces troubles cérébro-spinaux, auxquels peuvent être soumis les dégénérés héréditaires.

2° Névralgie intercostale, préoccupations hypochondriaques; chagrin. Besoin irrésistible de retrouver des mots ou des phrases; angoisses, désespoir jusqu'à la découverte des mots.

3° Déséquilibration mentale : recherche angoissante des noms et plus tard des physionomies et des traits.

Le malade en était arrivé à porter sans cesse un Bottin avec lui pour s'aider dans la recherche des noms.

Les autres observations sont analogues à celles que nous venons de rapporter. — L'article n'est pas terminé. Il le sera sans doute dans les premiers numéros de l'année 1886.



13. *Des familles d'idiots*; par MM. Bourneville et Séglas  
(n<sup>os</sup> de septembre et d'octobre).

La tare héréditaire se manifeste souvent chez les descendants par des symptômes peu marqués. C'est un vice de conformation quelconque, un tempérament nerveux, de l'excentricité, etc. Ce sont les simples déséquilibrés qui donneront naissance, dans les générations successives, à des individus abâtardis au point de vue physique, moral, intellectuel. Au bout d'un certain temps, surtout si à la tare héréditaire viennent se joindre des causes occasionnelles, ces familles s'éteindront d'elles-mêmes. Les derniers descendants ne vivant plus que d'une vie végétative, sont devenues impropres à la procréation. Le but de cet article est de montrer plusieurs exemples de ce genre.

1<sup>o</sup> Famille H... Trois frères idiots; mère affectée d'irrégularités mentales; affaiblissement paralytique chez les trois enfants; irascibilité chez deux d'entre eux (observation déjà publiée par M. Bourneville).

2<sup>o</sup> Famille W... Parents excentriques, consanguins? Onze enfants: un frère disparu; une sœur imbécile; deux frères et une sœur bien portants. Les six autres enfants sont atteints de débilité mentale à des degrés divers.

3<sup>o</sup> Famille Bout... Père faible d'esprit, épileptique, buveur; grand'mère paternelle alcoolique; grand'tante paternelle imbécile; cousin germain paternel mort de convulsions; mère faible d'esprit, migraineuse, goitreuse; grand-père maternel alcoolique; grand-oncle maternel bègue.

Cinq enfants: un épileptique; un faible d'esprit, ivrogne; deux idiots épileptiques; un mort-né.

4<sup>o</sup> Famille H... Père alcoolique? mère débauchée; enfant naturelle? grand'mère paternelle irritable, débauchée (?), voleuse.

Sept enfants: un frère et une sœur imbéciles; deux frères et une sœur morts de convulsions en bas âge.

Les observations de tous ces sujets sont relatées avec un soin extrême. Données physiques, mensurations, poids, etc., examen mental, influence des traitements, etc., tout est présenté avec ordre et en détail.

14. *Une observation de maladie de Thomsen*; par MM. Pitres et Dallidet (n<sup>o</sup> de septembre).

Le sujet de cette observation est un homme de vingt-cinq ans, il a cinq frères ou sœurs. Son père ne présente aucune

tare neuropathique, sa mère aurait présenté dans son enfance des phénomènes de motilité qui se rapprocheraient beaucoup de ceux qu'il présente lui-même, mais ils ont disparu. Un de ses frères est aussi atteint de la maladie de Thomsen, mais à un moindre degré que lui.

Les accidents datent de l'enfance, mais ils se sont aggravés progressivement. Aujourd'hui, le malade a une hypertrophie remarquable des muscles des membres et des muscles sacro-lombaires. La force musculaire est ordinaire et n'est pas, par conséquent, en rapport avec le volume des muscles. Sensibilité normale. Toutes les fonctions s'exécutent bien. Les muscles réagissent normalement à l'électricité. Quand le sujet veut exécuter un mouvement, il éprouve une difficulté qui tient à la contraction des muscles qui doivent agir; s'il répète plusieurs fois de suite le mouvement, la difficulté diminue de plus en plus. En étudiant les mouvements au moyen d'un tracé, on s'aperçoit que ce n'est pas la première contraction qui est pénible et qui amène le retard dans l'exécution des mouvements, mais au contraire la première *décontraction*. Le froid, les émotions, l'attention sont des facteurs qui augmentent l'intensité du phénomène.

15. *Note sur un cas de grande hystérie chez l'homme avec doublement de la personnalité. Arrêt de l'attaque par la pression des tendons*; par le Dr Jules Voisin, médecin de Bicêtre (n° de septembre).

Cette note a été lue par M. Voisin à la Société médico-psychologique (séance du 27 juillet 1885).

16. *Contribution à l'étude des fausses scléroses systématiques de la moelle épinière*; par M. Popoff, médecin de l'asile Saint-Nicolas à Pétersbourg (n° de novembre).

A propos d'une malade qui présentait les symptômes de la paralysie spastique, M. Popoff étudie la question des fausses scléroses systématisées et, se basant sur l'autopsie de ses malades, d'une part, et sur les autopsies de malades atteints des mêmes symptômes et observés par d'autres médecins, il formulait les conclusions suivantes :

1° Jusqu'à présent, il n'y a pas d'observation qui puisse affirmer la supposition de Erb sur la nature anatomique de la paralysie spastique. — 2° On trouve l'ensemble des symptômes qui caractérisent le tableau clinique du tabes dorsal spasmodique dans les différentes maladies de la moelle épinière. —



3° La première place parmi ces affections appartient à la sclérose diffuse.

Voici l'observation résumée de M. Popoff :

Une paysanne âgée de vingt-deux ans eut, il y a trois ans, de la fièvre avec des douleurs dans le dos, puis une faiblesse dans les extrémités inférieures, de sorte qu'elle dut rester au lit. La fièvre disparut, mais la faiblesse des jambes augmenta, il s'y joignit de la constipation et de la rétention d'urine, et en plus des crampes dans les membres inférieurs. En examinant cette malade, on voit que les jambes tremblent, que les adducteurs des cuisses sont fortement rétractés, que les muscles des jambes sont rigides même au repos. Les réflexes sont exagérés. La mort survint par suite de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, on trouve de la sclérose, surtout à la région dorsale. Au dessus et au-dessous de cette région, la sclérose diminue. Le processus envahit les cordons latéraux jusqu'à la périphérie, c'est-à-dire au delà de la limite des faisceaux pyramidaux. Les faisceaux de Goll sont atteints partiellement. Il y a des cellules araignées dans la substance grise, etc... — Enfin, ce sont ces caractères anatomiques de la sclérose diffuse qui coïncidaient, pendant la vie, avec les symptômes de la paralysie spastique.

17. *Des incendies multiples à mobiles futiles, au point de vue médico-légal*; par M. le Dr Marandon de Montyel, directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de Dijon (n° de novembre).

Nous copions les conclusions de ce travail :

1° Les incendies multiples allumés par une même main présentent d'ordinaire les caractères suivants : ils sont l'œuvre de gens de la campagne, d'héréditaires vésaniques, frappés d'un développement incomplet de l'intellect, à la période de la puberté, rusés et menteurs, empressés de courir un peu avec les autres ; ces incendies sont allumés au hasard de l'occasion, dans des objets faciles à enflammer, et quand les auteurs sont du sexe masculin, ils éclatent de préférence le dimanche soir, au sortir du cabaret.

2° Malgré tous ces caractères communs, ces incendiaires se divisent en deux groupes distincts : ceux qui ont agi sans mobile et ceux qui ont agi sous l'influence d'un mobile futile.

3° Les premiers ont cédé à une impulsion irrésistible et sont des pyromanes irresponsables dans tous les cas.

4° Les seconds ne sont jamais des pyromanes, quelque futile que soit le mobile qui les ait fait agir. On ne retrouve pas chez eux la symptomatologie ni l'évolution spéciale de la folie impulsive. D'autre part, une impulsion irrésistible ne saurait jamais se mettre au service d'une passion.

5° Ces incendiaires à mobile plus ou moins futile n'ont pu céder qu'à l'affaiblissement intellectuel, allié ou non à la perversion morale et à l'irritabilité émotive.

6° Ils ne sont pas irresponsables dans tous les cas, car l'affaiblissement intellectuel, la perversion morale et l'irritabilité émotive se présentent à des degrés divers qui laissent plus ou moins intacte la saine appréciation des actes.

Cet intéressant mémoire est basé sur trois observations.

18. *Fait pour servir à l'histoire de la thérapeutique suggestive;*  
par M. le Dr Séglas (n° de novembre).

Chez certains aliénés hystériques, l'hypnotisme et les suggestions peuvent modifier avantageusement la maladie.  
Exemple :

Une jeune femme de trente ans, à antécédents héréditaires névropathiques très accentués, a eu des accidents hystériques depuis sa puberté. En 1883, à la suite d'une fausse couche : syncopes, léthargie, convulsions, délire loquace. Quelque temps après, violents chagrins et apparition d'hallucinations. Enfin, un accès de délire s'établit (hallucinations, délire mélancolique, idées de suicide). La malade fut soignée pour ce délire dans plusieurs établissements, mais inutilement, jusqu'en juin 1884.

A cette époque, elle était dans l'état suivant : hallucinations multiples, idées hypochondriaques et de persécution, tendances au suicide, violence, agitation extrême. — Clou hystérique, zone hyperesthésique sous-mammaire et ovarienne, attaques de grande hystérie presque journalières.

Tous les moyens thérapeutiques employés échouent : bromures, chloral; belladone, bains, hydrothérapie, etc. Seuls les aimants ont amené un peu de calme. On tente alors l'hypnose. On endort la malade en s'adressant au sens de la vue (on réussit toujours à l'endormir, même au milieu de paroxysmes d'agitation); puis, on la met en état somnambulique, elle est très sensible aux suggestions. On lui suggère d'abord la guérison du mal de tête (dont elle souffrait beaucoup) et la disparition des voix. On obtient ainsi un résultat léger, d'abord fixe, qui va sans cesse en augmentant à mesure qu'on renouvelle les séances

ANN. MED.-PSYCH., 7<sup>e</sup> série, t. IV. Septembre 1886. 9. 20



d'hypnotisme et de suggestion. Après six mois de traitement, la guérison est complète.

19. *Troubles nerveux dans le diabète chez les femmes*; par M. Lécorché (n° de novembre).

Nous attendons que cet article soit complètement publié pour en donner l'analyse. Il n'y a que la première partie qui ait paru dans les *Archives de neurologie* de 1885.

### L'Encéphale.

1. *Considérations générales sur les asiles d'aliénés de l'Angleterre et de l'Ecosse*; par M. le Dr A. Foville, inspecteur général des établissements de bienfaisance (n° 4).

C'est un extrait du rapport général de M. A. Foville, sur le régime des aliénés en Angleterre et en Ecosse.

M. Foville a été chargé, à deux reprises différentes, d'aller étudier le régime des aliénés en Angleterre et en Ecosse. Plus que personne il était capable de remplir cette mission. On sait sa compétence extrême en tout ce qui regarde l'hospitalisation des aliénés, aussi bien en France qu'à l'étranger; on sait aussi qu'il connaît à fond la langue et les mœurs anglaises.

Nous pensons que l'article de l'*Encéphale* a été lu par tous les spécialistes, nous n'y relèverons que deux endroits particulièrement intéressants: celui qui a trait au non-restraint et celui qui concerne les nouveaux asiles à portes ouvertes d'Ecosse.

Pour le non-restraint, M. Foville en est évidemment partisan, tout en constatant qu'il exige un emménagement spécial et beaucoup de gardiens; mais il admet néanmoins l'emploi excessivement modéré de la camisole (nous ajouterons: ou du maillot, qui est un instrument de contention perfectionné) dans des cas spéciaux. Il vaut, en effet, mieux camisolier un aliéné agité que de le narcotiser à outrance, ou que de le faire maintenir de force par plusieurs gardiens.

Pour les asiles à portes ouvertes d'Ecosse, M. Foville en fait d'abord une description attrayante, mais il semble douter que l'usage s'en généralise en Angleterre et surtout en France. Quoi qu'il en soit, une visite à un de ces établissements en apprend plus que les discussions dans les sociétés savantes et que les lectures des mémoires sur le sujet. Et il est bien certain qu'en laissant de côté ce qu'il y a d'excessif dans les nouveaux systèmes, il reste un ensemble d'éléments de progrès qu'on doit mettre à profit.

2. *Du diagnostic entre la méningite tuberculeuse à son début et le torticollis postérieur rhumatismal aigu chez l'enfant*; par le Dr Legroux, professeur agrégé, médecin de Laënnec (n° 1.)

Chez les enfants au-dessous de cinq ans, le torticollis postérieur aigu n'est pas aussi rare qu'on le pense. Les enfants étant incapables d'expliquer ce qu'ils éprouvent, ce diagnostic est difficile, et comme les symptômes se rapprochent de ceux de la méningite tuberculeuse au début, il y a là une question de pronostic très importante à résoudre. — Les muscles de la nuque sont pris, sauf le sterno-mastoïdien, d'une immobilisation de la tête en opisthotonos, cris, pleurs, douleurs vives au moindre mouvement, etc... — Il faut, en pratique, avoir à l'esprit la possibilité du rhumatisme de la nuque et explorer la région.

3. *De la folie consécutive au choléra*; par M. le professeur B. Ball (n° 1).

Le choléra est parfois la cause déterminante d'un accès de folie. On a, par contre, noté des cas de folie guérie par le choléra, mais la guérison n'était pas stable (Woillez).

Le plus souvent le choléra provoque un accès de manie qui guérit assez vite.

*Première observation* : Délire alcoolique éclatant chez un alcoolique au sixième jour d'une attaque de choléra.

*Deuxième observation* : Delirium tremens à la période de réaction du choléra.

*Troisième observation* : Délire impulsif et suicide dans la convalescence du choléra.

*Quatrième observation* : Délire mystique à la suite d'une attaque de choléra.

*Cinquième observation* : Délire violent, avec excitation génitale très intense, développé brusquement à la suite d'une attaque de choléra.

Comme on le voit, ce sujet est encore peu étudié, aussi M. Ball le recommande-t-il à l'attention des médecins des asiles d'aliénés.

4. *Un cas de cloisonnement transversal du vagin observé chez une imbécile*; par M. le Dr H. Gilson, chef de clinique de la Faculté (n° 1).

Le cloisonnement était certainement congénital et situé au-dessus de l'hymen.



5. *Observation de folie du doute*; par M. Roger, interne des hôpitaux (n° 1).

Ce n'est pas un cas pur. Il y a folie du doute, en ce sens que la malade éprouve un doute angoissant au sujet d'une fenêtre qui est ouverte ou fermée. Est-elle ouverte? Pourquoi? — Mais ces principaux symptômes que le sujet accuse sont d'un autre ordre. Il y a des impulsions morbides et craintes d'y succomber. Lit-elle le récit d'un incendie, elle éprouve la crainte angoissante d'en allumer un elle-même. — Du reste on sait qu'il est bien rare de ne constater qu'un seul syndrome épisodique de la folie héréditaire chez un malade. En interrogeant les antécédents, on arrive toujours à retrouver des stigmates variés de dégénérescence intellectuelle.

6. *Hypnotisme. Revue critique de quelques publications récentes sur cette matière*; par M. le D<sup>r</sup> Descourtis, médecin-adjoint à la maison de santé d'Ivry (n° 1).

Revue critique claire et rapide des travaux modernes sur l'hypnotisme. — L'auteur appuie sur cette donnée, que l'hypnotisme chez les sujets sains est un fait réel et qu'il n'est pas nécessaire pour l'expliquer d'indiquer une névrose même momentanée, même expérimentale. — Il admet qu'il existe une première période de *captation* caractérisée par une élévation du pouls et par la dilatation des pupilles, par l'anesthésie, l'aboulie, la tendance à l'imitation et, enfin, par la persistance de la conscience et le souvenir de l'état normal. A la captation succède le somnambulisme imparfait, puis viennent la catalepsie et la léthargie. Pour retourner à l'état de veille, le sujet traverse les mêmes phases, mais en sens inverse : léthargie, catalepsie, somnambulisme parfait et délire posthypnotique.

Nous résumons les conclusions de ce travail :

L'étude de l'hypnotisme, poussée très loin par Braid, il y a plus de quarante ans, a reçu une nouvelle impulsion dans ces derniers temps. — Elle a prouvé l'influence du moral sur le physique, influence si grande qu'on peut souffrir d'une maladie par la seule idée qu'on l'a, et qu'on peut même en mourir, *uniquement par auto-suggestion*. — En médecine légale, elle nous a appris que le sujet devient un véritable jouet entre les mains de celui qui veut en abuser. — En psychologie, elle a fourni de nouveaux éléments à l'appréciation du moi, du libre arbitre, etc. — En phrénologie, elle a prouvé que le système de Gall était

trop dédaigné. — Enfin, elle a fourni quelques notions nouvelles inattendues sur la partie suggestive en thérapeutique.

7. *Du délire aigu*; par M. le professeur Ball. Leçon faite à la clinique des maladies mentales, recueillie par M. le Dr Boyé, chef de clinique adjoint (n° 2).

Dans cette leçon, M. le professeur Ball expose l'histoire du délire aigu. Il fait de ce délire une entité morbide survenant chez les aliénés ordinairement, mais aussi parfois chez des sujets sains d'esprit. Il admet que tantôt il existe des lésions anatomiques (de nature congestive, avec adhérences méningo-corticales) et que tantôt on n'en trouve pas (ischémie cérébrale). — Quant aux bactéries et aux microbes que M. Briand a trouvés dans les urines et le sang des malades, M. Ball les considère comme l'expression de l'état typhoïde qui accompagne le délire aigu, mais il ne voit pas là la cause de la maladie.

8. *Des névrites périphériques*; par M. G. Roger, interne des hôpitaux (n° 2).

L'auteur borne son sujet à l'étude de clinique des névrites périphériques et particulièrement des névrites généralisées qui simulent si parfaitement les affections médullaires.

En synthétisant les observations déjà assez nombreuses de polynévrites périphériques, on peut donner de cette affection la description succincte suivante :

Début variable. Le plus ordinairement, douleurs, fourmillements, piqures dans les membres inférieurs. Ces phénomènes douloureux sont suivis plus ou moins rapidement de phénomènes paralytiques. Il est à remarquer que la sensibilité peut parfois ne pas être atteinte; la paralysie, elle, est constante, quoique variable en étendue et intensité. Le caractère fondamental de ces paralysies est l'absence de contractures (quand il n'y a pas complication de myélite ou de méningite spinale). La contractilité électrique des muscles atteints est extrêmement variable. Les réflexes tendineux sont diminués ou supprimés. L'atrophie des muscles paralysés survient très rapidement, c'est une atrophie en masse non systématisée. Un caractère important, c'est la douleur que l'on provoque en comprimant les troncs nerveux enflammés. Il n'y a pas de troubles viscéraux.

La marche des polynévrites permet de distinguer deux grandes formes : l'une aiguë, c'est la maladie de Landry, l'autre sub-aiguë ou chronique, c'est la maladie de Duchenne.



La marche des dernières est assez variable, la guérison est une terminaison assez fréquente, mais elle peut être incomplète. On voit alors les phénomènes disparaître progressivement. Cette rétrocession est lente et demande deux mois, six mois et même davantage. Quand la mort survient, elle est généralement le résultat de phénomènes pseudo-bulbaires. — On comprend que le diagnostic de cette affection est souvent très difficile.

Cet intéressant travail est basé sur de nombreuses observations dont plusieurs sont personnelles à l'auteur.

9. *De l'état des réflexes chez les paralytiques généraux*; par M. A. Bettencourt-Rodrigues, ancien interne de l'asile Sainte-Anne (n° 2).

Après avoir passé en revue les travaux qui existent sur ce sujet, l'auteur donne le résultat de ses observations personnelles. Ses recherches ont porté sur 68 malades: Sur 43 sujets, il a constaté une exagération très manifeste des réflexes rotuliens et sur 2 de ces malades, on pouvait même provoquer le phénomène de la trépidation spinale. Onze fois seulement le réflexe rotulien était aboli, mais 2 des malades étaient des paralytiques généraux ataxiques. Quant aux 14 derniers, le réflexe chez eux était normal. Au point de vue du délire, il a pu constater que les formes dites expansives étaient beaucoup plus fréquentes dans les cas d'exagération des réflexes.

Sur ces mêmes 68 malades, le réflexe plantaire était aboli, vingt-deux fois; ces cas se partageaient de la façon suivante: sur 16 malades, le réflexe plantaire étant aboli, le réflexe rotulien était manifestement exagéré. Sur 4 autres malades, le réflexe plantaire était aboli et le rotulien normal. Deux fois seulement, il y avait absence des deux réflexes.

Ces résultats inspirent à M. Bettencourt-Rodrigues les réflexions suivantes: Il y a déjà quelque temps qu'un certain nombre d'auteurs ont indiqué, comme symptômes d'une lésion des hémisphères, la perte des réflexes cutanés et l'exagération concomitante des réflexes tendineux. Ce qui se passe dans la paralysie générale vient encore affirmer ce principe. Au début, alors que le cerveau seul est atteint, il y a exagération des réflexes rotuliens et diminution ou même abolition des réflexes superficiels. Plus tard, quand la moelle est prise, tous les réflexes sont plus ou moins diminués. On comprend encore l'importance de l'exagération du réflexe patellaire au point de

vue du diagnostic, alors que l'affection, à son début, n'est encore caractérisée que par des symptômes mentaux et que la parole n'est pas encore embarrassée.

10. *Essai de localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée*; par M. H. Hallopeau, agrégé à la Faculté, médecin de Saint-Louis (n° 2).

*Observation* : Homme de quatre-vingt-trois ans, atteint depuis longtemps de rétrécissement aortique. Brusquement cécité complète, et en même temps hémichorée gauche. Ces accidents, après avoir persisté pendant plusieurs jours, se sont peu à peu dissipés et il n'est plus resté qu'une légère obnubilation de la vue.

M. Hallopeau suppose qu'il y a eu une embolie dans une des artères qui se distribuent aux tubercules quadrijumeaux du côté droit et plus probablement dans l'une des branches antérieures.

11. *Épilepsie consécutive à une frayeur vive, insuccès du bromure de potassium, guérison par le traitement de M. le professeur Ball*; par M. Maurice Fusier, interne à l'asile d'aliénés de Bassens (n° 2).

12. *Du délire ambitieux*; par M. le professeur Ball. Leçon recueillie par M. le D<sup>r</sup> Boyé, chef de clinique adjoint (n° 3).

« ..... Les idées ambitieuses peuvent se rencontrer dans presque toutes les formes de maladies mentales et plus spécialement chez les faibles d'esprit, chez les fous circulaires, chez les persécutés,..... chez les paralytiques généraux. Mais en laissant de côté ces divers états morbides, il faut reconnaître qu'il existe une forme spéciale, une espèce morbide distincte dans le cadre psychopathique, dont l'exaltation de l'orgueil constitue la base fondamentale. »

Deux observations.

Dans la première, il s'agit d'un homme qui prétend descendre des princes récents du Tyrol; envoyé dans son enfance en Allemagne pour y faire son éducation, il n'a été qu'à l'école primaire qu'il a quittée à quatorze ans, mais « il y a brillé comme une étoile ». Au sortir de l'école, sans autres ressources que ses propres talents, il a cultivé les arts et les sciences. Il a découvert la quadrature du cercle, il a fondé la géologie mo-



derne et il est l'auteur d'un grand nombre d'inventions mécaniques des plus extraordinaires. Il a trouvé le moyen de diriger les ballons. Il a découvert un nouveau principe qui doit révolutionner l'art de la navigation. Il a découvert aussi la langue universelle et il a trouvé la clef de tous les hiéroglyphes.

Dans la seconde, il s'agit d'un homme dont il n'a pas été possible de retrouver l'état civil. Il dit s'appeler Pierre de Bourbon, fils du duc d'Enghien. Il a été arrêté au moment où il cherchait à renverser une statue de la République. A l'asile, il vit en bons termes avec son entourage, mais il ne varie jamais dans ses prétentions qu'il soutient avec beaucoup d'esprit et quelquefois avec une véritable éloquence.

Dans ces cas et dans ceux du même genre, il s'agirait d'un délire systématisé primitif, d'une idée prépondérante qui réglerait à son gré l'ensemble du délire.

13. *Contribution à l'étude des troubles de la parole*; par M. le Dr Luys, médecin de la Charité (n° 3.)

*Observation* : Aphasie (impossibilité absolue d'émettre des sons articulés). La troisième frontale gauche est trouvée intacte. Les régions sous-jacentes à cette circonvolution sont le siège d'un ancien foyer hémorragique très petit et résorbé en partie, et n'ayant pas causé de dégâts assez grands pour expliquer l'impossibilité complète d'articuler les sons. Mais il existe d'autres lésions encéphaliques : petits foyers multiples de nature athéromateuse dans les deux corps striés. Dans la protubérance, filots indurés et ilots molasses irrégulièrement disposés. Dans le bulbe, les olives sont indurées et les pyramides molasses et d'une couleur blafarde.

Les lésions des corps striés et de la protubérance (région des hypoglosses) expliquent, d'après l'auteur, l'aphasie absolue dont était atteinte le sujet.

14. *Débilité mentale ; perversion intellectuelle et morale ; actes de violence ; adultère ; rapport médico-légal* ; par M. le Dr Motet (n° 3).

La femme qui fait le sujet de ce rapport est une débile. Elle est héréditaire, et dès son enfance elle a manifesté des instincts pervers. Ce n'est pas une véritable aliénée ; elle pèche surtout par l'absence de sens moral. En réalité, sa responsabilité est restreinte. Les conclusions de M. Motet ont été admises par le tribunal.

15. *Attentat à la pudeur commis par un alcoolique. Délirium tremens postérieur à l'arrestation* ; par M. le D<sup>r</sup> Marandon de Montyel, directeur, médecin en chef de l'asile de Dijon (n° 3).

Conclusions : B... sous l'influence de l'émotion de son arrestation et de la brusque suppression de l'alcool, a eu à la prison une crise de délirium tremens qui ne préjuge en rien de sa responsabilité dans le passé. B... n'était pas aliéné quand il a commis sur sa belle-sœur, mineur de douze ans, les attentats à la pudeur qui lui sont reprochés. Il est donc responsable. (Condamnation à trois ans d'emprisonnement.)

16. *Des injections hypodermiques d'ergotine dans le traitement des attaques congestives de la paralysie générale* ; par M. le D<sup>r</sup> Descourtis, médecin adjoint à la maison de santé d'Ivry (n° 3).

M. Girma a déjà prouvé que l'ergotine en potion prévenait les attaques congestives chez les paralytiques généraux. Mais quand l'attaque est déclarée, il devient impossible de donner l'ergotine par la bouche. M. Descourtis, dans ce cas, a recours à la méthode hypodermique et il publie aujourd'hui six observations détaillées de paralytiques généraux traités par ce procédé.

Il résulte de son travail que les injections sous-cutanées d'ergotine constituent « un moyen thérapeutique sûr et rapide dont on ne devra pas se priver, d'autant plus qu'elles ne provoquent jamais aucun accident, on sera même en droit de les employer en dehors de la paralysie générale, dans tous les cas où il y a hyperémie cérébrale, dans l'apoplexie et peut-être aussi dans l'état de mal épileptique. »

17. *Hébéphrénie avec accidents hystérisiformes chez l'homme. Démence consécutive* ; par M. Doyen, interne à l'asile Sainte-Anne (n° 3).

18. *Attaques hystéro-épileptiformes ; aura psychique à longue durée ; obsession d'une phrase oubliée aussitôt que l'accès a eu lieu* ; par M. P. Moreau (de Tours) (n° 3).

Intéressante observation d'un jeune homme non héréditaire et bien portant jusqu'à l'âge de quinze ans, qui, à cette époque de sa vie et à la suite d'une chute grave sur la tête, devint névropathe, sujet aux migraines, etc... Plus tard il contracta



la syphilis et présenta les accidents cérébraux suivants : obsession par une phrase entendue prononcer autour de lui ou formulée par le sujet lui-même. Il lui faut répéter continuellement cette phrase, tout travail lui devient impossible. Anxiété. Après un certain temps la phrase est plus difficile à énoncer, puis éclate une attaque épileptiforme. Quand le malade est revenu à lui, la phrase qui l'obsédait est effacée de sa mémoire. Quelques jours après, nouvelle obsession par une autre phrase, mêmes phénomènes que la première fois et nouvelle attaque, et ainsi de suite.

Dans l'hypothèse probable d'une tumeur cérébrale, on administra l'iodure de potassium ; l'amélioration marcha rapidement.

19. *Étude sur les fonctions du centre ovale* ; par M. le Dr Farge, professeur à l'école de médecine d'Angers (n° 4).

*Observation* : Accidents épileptiformes presque incessants, contractures, hémiplegie complète à droite pendant trois semaines. Cessation des accidents convulsifs, retour graduel du mouvement, signes de méningite, mort rapide. Lésions anciennes exclusivement préfrontales gauches.

La portion du centre ovale située en avant de la région pédiculo-frontale, c'est-à-dire la région préfrontale, peut être lésée sans qu'il y ait de phénomène moteur permanent. L'observation de M. Farge constitue donc une exception à la règle. Du reste, M. Pitres lui-même a publié un certain nombre de ces faits exceptionnels. On peut les expliquer par la compression mécanique de voisinage ou par l'irritation à distance (Pitres), ou bien on peut admettre que la zone motrice du centre ovale s'étend un peu plus en avant que ne le pense M. Pitres (?) (Farge).

20. *Des aphasies puerpérales* ; par M. Poupon, interne des hôpitaux (n° 4.)

Voici les conclusions de ce travail basé sur un certain nombre d'observations :

En dehors des cas rares où l'aphasie des femmes nouvellement accouchées, semble être sous la dépendance de l'albuminurie, de l'urémie ou de la septicémie, nous trouvons réduites à deux grandes classes les aphasies développées dans la puerpéralité : 1° aphasies dues à des troubles vasculaires ; 2° aphasies dues à des troubles nerveux. — Dans les premières, les

troubles sont passagers et dus à la congestion ou à l'anémie, ou bien ils sont permanents et dus aux hémorrhagies, aux thromboses ou aux embolies. — Dans les secondes, c'est-à-dire dans les aphasies d'origine nerveuse, la cause est l'hystérie ou une émotion vive. — L'auteur n'a observé que la cécité verbale et l'aphémie, et il se demande si d'autres ont constaté la surdité verbale et l'agraphie.

21. *Quelques considérations sur les terreurs morbides et le délire émotif en général* ; par M. le D<sup>r</sup> Doyen, interne à l'asile Saint-Anne (n° 4.)

M. le D<sup>r</sup> Doyen fait du délire émotif une espèce morbide spéciale laquelle comprend un grand nombre de variétés. (Morel.)

Les nombreuses manifestations du délire émotif se rangent en deux catégories : les manifestations circonscrites et les manifestations généralisées. — Dans les premières, on a l'agoraphobie, l'amaxophobie (peur exagérée des voitures), la claustrophobie, la peur des épingles, les terreurs nocturnes, etc. — Dans les secondes, dans les formes généralisées du délire émotif, on a la panophobie, l'hypochondrie morale avec conscience (de J. Falret), la lypémanie avec conscience, etc.

L'hérédité joue le rôle le plus important dans l'étiologie du délire émotif, puis l'hystérie, puis la chlorose, les excès, les veilles, la fièvre typhoïde, etc.

L'auteur fait remarquer, à la fin de son article, que ces états nerveux émotifs sont directement en rapport avec l'affection appelée *folie du doute*. Nous ferons remarquer à notre tour que, le plus souvent, les mêmes sujets présentent plusieurs de ces manifestations émotives, y compris la folie du doute, soit simultanément, soit à différentes époques de leur vie, et que ce sont ces phénomènes morbides que M. Magnan dénomme d'une façon générale : *syndromes épisodiques* de la folie des dégénérés.

22. *Hallucinations de la vue et de l'ouïe dépendant de troubles congestifs* ; par M. Pignol, interne des hôpitaux (n° 4.)

Observation d'un névropathe déséquilibré atteint d'hallucinations de la vue et de l'ouïe intermittentes, hallucinations dont le sujet n'est pas dupe et que l'auteur suppose provoquées par une hyperémie cérébrale ordinaire.



23. *Absinthisme chronique. Mélancolie avec conscience. Hérité morbide des antécédents*; par M. le Dr Gilson, chef de clinique de la Faculté (n° 4).

Dans cette observation, M. Gilson croit que les deux facteurs étiologiques combinés, hérédité et absinthisme, ont produit une mélancolie consciente avec tendance au suicide et à l'homicide, et une irascibilité morbide. Le sujet ne présentait ni tremblement des extrémités, ni pituite, ni cauchemars; ce qui dominait chez lui, ce sont les troubles psychiques: irascibilité, mélancolie, tendance au suicide. Cette allure serait particulière à l'absinthisme et peu fréquente dans l'alcoolisme.

24. *Névrose vaso-motrice*; par M. le Dr Ferrand, médecin de l'hôpital Laënnec et M. Léonard, interne du service (n° 5).

Savante et intéressante dissertation clinique sur un cas de névrose vaso-motrice. Il s'agit d'une jeune fille très irrégulièrement réglée, présentant des éruptions érythémateuses symétriquement localisées et intermittentes. En outre, elle a des troubles gastriques simulant l'ulcère simple de l'estomac, de l'ischurie (elle ne rend en moyenne que 1 à 8 grammes d'urée par jour), elle ne présente cependant pas les phénomènes de l'anurie. Elle mange très peu, ne rejette que de très minimes quantités de matière fécale, et pourtant elle ne maigrit pas.

L'auteur, en résumé, pense qu'il s'agit d'une névrose vaso-motrice périphérique et viscérale, contre laquelle doivent être essayés les modificateurs du système nerveux.

25. *Contribution à l'étude de la localisation anatomo-pathologique de la paralysie générale sans aliénation (sclérose interstitielle de la base de l'encéphale)*; par M. le Dr Luys, médecin de la Charité (n° 5).

*Première observation.* — Femme de trente-huit ans, présentant les symptômes suivants survenus graduellement: affaiblissement très notable des forces physiques, tremblement fibrillaire de la langue, voix avec le timbre caractéristique qu'on ne rencontre que chez les paralytiques généraux, sensibilité émoussée, apathie et indifférence. Pas de délire. Mémoire très affaiblie. — Plus tard, aggravation des symptômes précédents et agitation nocturne avec hallucinations.

*Autopsie.* — Sur les surfaces convexes des hémisphères: ni œdème ni infiltration sous-méningée. Pas d'adhérences

méningo-corticales. Les méninges sont à peine rosées. — Dans les portions inférieures du cerveau : infiltration scléreuse en noyaux disséminés dans les gros ganglions et dans les régions sous-optiques. Au microscope, ces nodosités sont constituées par du tissu conjonctif hyperplasié, les éléments nerveux ont disparu. — Le cervelet est petit, recroquevillé, induré. Les méninges cérébelleuses sont épaissies et adhérentes. — Le bulbe est ramolli.

Donc, au point de vue clinique : signes somatiques de la paralysie générale et démence ; et au point de vue anatomique : les départements du système nerveux qui fournissent les puissances dynamiques de la vie de relation, dans un état avancé de désorganisation. — L'obtusion intellectuelle est venue consécutivement et, petit à petit, par le fait de l'envahissement progressif d'une portion des régions thalamiques (porte d'entrée des impressions sensorielles, d'après l'auteur.)

Suit une *seconde observation* présentant avec la précédente la plus grande analogie.

26. *Les faibles d'esprit.* Conférence faite à l'asile Saint-Anne, par M. le D<sup>r</sup> Gilson, chef de clinique de la Faculté (n° 5).

C'est une étude de la débilité mentale. A noter la division des faibles d'esprit en deux variétés : les actifs et les passifs. Les premiers sont pleins de suffisance, entreprennent tout et ne finissent rien, etc. ; les seconds sont timides, crédules, timorés, et font volontiers le sacrifice de leur indépendance pour conquérir la paix et l'insouciance du lendemain.

27. *Un cas de paralysie générale à l'âge de dix-sept ans ;* par M. le D<sup>r</sup> Régis (n° 5).

Le sujet de l'observation est héréditaire et peut-être syphilitique. — Réflexions intéressantes de l'auteur au sujet de ce cas insolite.

28. *De l'audition colorée ;* par M. C. Giraudeau, ancien interne des hôpitaux (n° 5).

On sait qu'on s'occupe beaucoup depuis quelques années d'un phénomène mi-physiologique, mi-pathologique, auquel on a donné le nom d'*audition colorée*, et qui consiste en la faculté qu'ont certains sujets de percevoir une sensation colorée en même temps qu'une sensation auditive, lorsqu'un son vient



frapper leur oreille. — D'une façon générale, les notes élevées produisent des sensations colorées brillantes, et les notes basses des sensations colorées sombres. — L'émission de consonnes seules ne produit aucune impression colorée, il faut pour que le phénomène se produise, l'émission des voyelles ou des consonnes jointes aux voyelles. — Ordinairement, l'image colorée est extériorisée, c'est-à-dire qu'elle est perçue au niveau de la personne ou de l'instrument producteur du son.

Le phénomène inverse, c'est-à-dire celui qui consiste à éprouver une sensation auditive lorsque l'œil est frappé par une couleur, existerait également, mais serait très rare.

Ce trouble auditif a été noté chez plusieurs membres de la même famille.

Les théories, pour expliquer ce phénomène, sont nombreuses.

Voici l'explication proposée par MM. Pouchet et Tourneux :

Fibres nerveuses venant de l'oreille et se rendant anormalement aux centres perceptifs affectés par les fibres du nerf optique.

29. *Folie phthisique*; par M. G. Roger, interne, lauréat des hôpitaux (n° 5).

C'est l'observation d'un homme atteint de tuberculose pulmonaire très avancée et qui présenta les phénomènes psychiques suivants : Brusquement, stupeur dont le malade sort progressivement. Il subsiste un délire tranquille qui fait bientôt place à une agitation violente. Puis l'agitation s'apaise et la stupeur réapparaît. — A l'autopsie, on ne trouva rien dans le cerveau ni dans les méninges.

## BIBLIOGRAPHIE

*Klinische Psychiatrie (Traité pratique des maladies mentales)* ;  
par M. le Dr Schüle, médecin à l'asile d'Illenau (Grand-  
Duché de Bade). 3<sup>e</sup> édition entièrement refondue. Leipsig.  
Vogel, 1886.

*Habent sua fata libelli...* Arriver en sept ans à sa troisième édition est pour un ouvrage de médecine déjà un fort beau succès, et lorsque cet ouvrage traite d'une branche aussi spéciale que la pathologie mentale, le succès devient un triomphe. C'est de ce triomphe-là que peut se flatter le Dr Schüle ; la troisième édition de son traité de psychiatrie sort de presse, et par cela même se passerait fort bien de toute recommandation. Il nous suffirait donc de renvoyer le lecteur à l'analyse que nous en avons faite dans les *Annales* de 1879, mais le volume ayant été, ainsi que l'indique son titre, entièrement refondu, et constituant en quelque sorte un livre nouveau, il n'est pas sans intérêt d'y revenir brièvement aujourd'hui.

On pouvait, dans ses deux premières éditions, reprocher au Dr Schüle de se perdre un peu dans les hypothèses et les théories plus ou moins hasardées ; c'est là, on le sait, un faible de l'esprit allemand qui, sur la base d'une science très réelle, s'emballe volontiers dans les labyrinthes de la spéculation philosophique. Or, ce qui peut être intéressant pour le spécialiste déjà bien au courant de ces questions, devient vite un inconvénient dans un manuel destiné avant tout à l'étudiant et au médecin praticien, qui auront une certaine difficulté à s'orienter et à démêler les acquisitions positives de la science, les faits reconnus, des théories personnelles et des produits d'une imagination parfois un peu trop vive. C'est ce qu'a fort bien senti le Dr Schüle — à tout péché miséricorde ; — aussi la troisième édition de son manuel, mettant de côté les hypothèses et les théories inutiles, reste-t-elle entièrement sur le terrain clinique, le seul vrai, lorsqu'il s'agit d'un livre qui doit être compris de tous et que le médecin praticien doit pouvoir consulter facilement, lorsqu'il se trouve en face d'un cas embarrassant d'aliénation mentale.

Pour satisfaire à ces exigences, le volume a été entièrement refondu et — chose trop rare pour ne pas être mentionnée avec



honneur — considérablement abrégé. La pathologie générale, qui formait comme l'introduction des premières éditions, a été retranchée, et ce qu'il est indispensable d'en connaître se trouve indiqué dans les différents chapitres de la pathologie spéciale. En revanche, certains chapitres, ou certaines formes d'aliénation dont la connaissance a fait de grands progrès depuis quelques années sont, dans le volume que nous offre le Dr Schüle, traités avec un soin particulier, ainsi : le délire systématisé (*Wahnsinn*, *Paranoïa*, la démence — stupidité — primaire aiguë), le délire aigu (*Delirium acutum*).

Ici une parenthèse... Ainsi que nous l'avons fait remarquer à plusieurs reprises dans nos comptes rendus, on éprouve une très grande difficulté à rendre exactement en français beaucoup de termes dont se sert la langue allemande et qui n'ont pas de correspondants dans la nôtre ; ainsi, pour rendre les mots *manie* — *mania* — et *Tobsucht*, nous n'avons que le seul mot de manie. Les mots *Wahnsinn* et *Verrücktheit*, qui en allemand désignent des états différents, ne peuvent se traduire que par : délire systématisé. L'individu atteint de *Wahnsinn* est le « fou » proprement dit, dans le sens que le vulgaire donne à ce mot ; il est encore curable ; la *Verrücktheit*, qui n'est qu'un degré de plus, ou si l'on veut du *Wahnsinn* chronique, est pour nous autres Français un premier degré de la démence. Il en est de même de la « démence primaire aiguë ». En français, le mot démence signifie l'anéantissement incurable de l'intelligence dans son ensemble, succédant aux formes aiguës d'aliénation, tandis que la démence primaire aiguë des Allemands n'est qu'un état de stupidité, dans lequel l'intelligence n'est pas abolie, mais simplement voilée et qui peut fort bien se terminer par la guérison. — Ces quelques exemples montrent combien il est parfois difficile de s'entendre, et l'œuvre qui consisterait à fixer des termes équivalents dans tous les pays serait une œuvre des dieux. Belle tâche pour un prochain congrès psychiatrique !

Mais revenons au Dr Schüle. Le point le plus intéressant dans un ouvrage de pathologie mentale est la classification, parce qu'elle résume la méthode et la doctrine de l'auteur. Celle du médecin d'Illenau est essentiellement basée sur la symptomatologie ; pour lui, les symptômes sont le mode de réaction du cerveau, et varient suivant sa force de résistance et suivant qu'il était, antérieurement aux causes déterminantes, parfaitement sain (*rüstig*) ou au contraire déjà plus ou

moins « invalide » (c'est le mot même dont se sert le D<sup>r</sup> Schüle). Partant de là, il établit la classification comme suit :

I. TROUBLES INTELLECTUELS CHEZ L'INDIVIDU COMPLÈTEMENT DÉVELOPPÉ.

1<sup>o</sup> *Troubles du cerveau sain*. Psychoneuroses proprement dites.

- a. Mélancolie
  - b. Manie typique légère
- } avec leurs états secondaires.

2<sup>o</sup> *Troubles du cerveau « invalide »*. Cérébropsychoses.

- a. Les manies graves; *furor mania gravis*.
- b. Délire systématisé. *Wahnsinn*.
- c. Démence primaire aiguë; stupeur hallucinatoire.
- d. Folies hystérique, épileptique et hypocondriaque, auxquelles se joignent : les folies périodiques, circulaires et alternantes; les folies suite d'affections physiques extra-cérébrales : folies fébrile, puerpérale, d'intoxication, etc.

3<sup>o</sup> *Les états d'épuisement pernicieux du cerveau*.

- a. Épuisement aigu du cerveau avec danger immédiat — délire aigu.
- b. Épuisement chronique avec dégénérescence; paralysie progressive — démence paralytique type.
- c. Cérébropathies psychiques; affections résultant de troubles cérébraux organiques subaigus ou chroniques, diffus ou en foyer; — paralysies progressives modifiées.

II. TROUBLES INTELLECTUELS A BASE DE DÉVELOPPEMENT INCOMPLET OU DE DÉGÉNÉRESCENCE HÉRÉDITAIRE.

- a. La névrose héréditaire : les folies transitoires.
- b. La folie héréditaire simple; la folie par obsession (folie du doute et du toucher); la folie de la chicane (*Querulantenwahnsinn*).
- c. Le délire systématisé originel (*originäre Verrücktheit*)
- d. La folie morale.
- e. L'idiotisme.

Telle est la classification du D<sup>r</sup> Schüle; si on la compare avec celle qu'il donnait précédemment, on y trouvera un certain

ANN. MED.-PSYCH. 7<sup>e</sup> série, t. IV. Septembre 1886. 40. 21



nombre de changements ; sont-ils tous heureux ? Nous ne voudrions pas l'affirmer... Ainsi est-il bien certain, par exemple, que les folies puerpuérales ou par intoxication doivent être attribuées sans distinction à des cerveaux invalides, et certains cas de folie hystérique ou épileptique ne trouveraient-ils pas aussi leur place naturelle dans la grande classe des cerveaux dégénérés par hérédité ? Mais nous ne chicanerons pas l'auteur là-dessus ; les grandes lignes de sa classification correspondent aux données actuelles de la science. Une classification parfaite est encore à trouver, et on la cherchera longtemps.

Les différents chapitres de la pathologie spéciale sont traités avec beaucoup de soin dans le nouveau Manuel. L'auteur commence par une étude générale de la forme dans ses traits principaux, pathologie et thérapeutique, puis examine en détail les variétés et leurs caractères spéciaux. Prenons, par exemple, le chapitre de la mélancolie ; nous y trouvons : bibliographie, caractéristique générale, analyse des symptômes, à savoir : a) anomalies dans la sphère des sentiments et de la volonté ; b) anomalies des conceptions ; c) anomalies des fonctions sensorielles, sensibles, vaso-motrices, trophiques et nutritives ; thérapeutique. Puis enfin les formes spéciales : mélancolies simple, agitée, passive, hypocondriaque, sénile et sexuelle (onanistes). Tout cela est très bien conçu et permet au lecteur de s'orienter facilement ; seulement l'auteur n'admet-il pas parfois trop de sous-formes et de sous-variétés ? Des différences, en somme de peu d'importance pratique, autorisent-elles toujours un fractionnement qui peut devenir dangereux ? Il ne faut pas que les arbres empêchent de voir la forêt.

Un mot encore avant de poser la plume, mais qui s'adresse à nos confrères d'outre-Rhin en général. L'Allemagne n'a pas d'académie, la langue y est beaucoup plus libre qu'en France, chacun écrit comme il pense, pourvu que le lecteur comprenne, il est satisfait et personne ne vous dit : « Ceci n'est pas allemand, l'académie n'admet pas ce mot. » Cette liberté a ses bons côtés, mais n'en abusez pas, ô mes confrères ! Votre langue est assez riche, n'inventez pas à chaque page un mot nouveau, emprunté souvent à une langue étrangère et parfois employé dans une fausse acception. Ces mots défigurent votre langue, n'ajoutent rien à la clarté de la pensée, et un néologisme qui fait tressaillir le lecteur est un coup de fusil qui rate.

Ceci dit, résumons-nous en disant que le volume du Dr Schüle est une œuvre de bon aloi, fruit d'une expérience personnelle

considérable, d'une fine et judicieuse observation et d'une connaissance complète des littératures psychiatriques étrangères. Elle est empreinte d'un cachet bien personnel et nous félicitons très sincèrement son auteur en lui souhaitant tout le succès auquel il a droit et qui ne lui fera certainement pas défaut.

D<sup>r</sup> CHATELAIN.

*The Insane in the United States and Canada (Les aliénés aux Etats-Unis et au Canada)*; par le D<sup>r</sup> Hack Tuke, membre de la Faculté royale de médecine de Londres, 1 vol. in-8, édit. Lewis. London, 1885.

Le D<sup>r</sup> Tuke jouit en France d'une grande notoriété, justifiée par ses remarquables travaux. Aussi un nouveau livre signé de son nom est-il toujours le bienvenu, et nous empressons-nous de signaler son récent et instructif travail sur les aliénés aux Etats-Unis et au Canada, d'autant plus qu'il arrive à son heure. Depuis quelque temps les asiles d'Amérique sont violemment attaqués, même dans une certaine presse médicale. Que dis-je? les aliénistes américains, eux aussi, n'échappent pas à une critique acerbe, à des blâmes sévères. Ces accusations sont-elles fondées?

M. Tuke a été sur les lieux, il a visité les principaux établissements des Etats-Unis et du Canada et s'est fait une opinion *de visu*. Son livre est d'un témoin oculaire, j'ajouterai d'un témoin oculaire compétent et digne de toute confiance. Les connaissances approfondies du savant médecin anglais en matière d'hospitalisation de la folie, la sûreté de son jugement, la sincérité de son caractère le désignaient pour une telle œuvre. J'ai lu l'ouvrage avec le plus vif intérêt, et tous ceux qui le liront seront enchantés des heures consacrées à cette lecture. Il s'en dégage l'impression vive qu'en Amérique l'hospitalisation des aliénés est très insuffisante. Ces infortunés sont, qu'on me pardonne la vulgarité de l'expression en faveur de sa justesse, fourrés un peu partout. Une statistique de 1880, consignée à la page 76, est à cet égard pleine de renseignements convainquants. Voilà contre quoi il faut s'élever, et s'élever avec force, plus que contre les établissements, car presque tous ceux visités par M. Tuke, fonctionnent dans des conditions généralement satisfaisantes et, dans tous les cas, étaient pourvus de médecins instruits, dévoués, nullement responsables du mauvais état des



choses quand il existait. Sans doute tout n'est pas parfait en Amérique et surtout au Canada, mais la faute en est au gouvernement, non aux aliénistes, passibles, pour la plupart, du seul reproche de recourir trop souvent au restraint.

Le chapitre 1<sup>er</sup> du livre est rempli par la bibliographie de Rush. Sans doute, le célèbre médecin américain partagea sur bien des points les opinions erronées et les préjugés de son temps. Sa thérapeutique basée sur la saignée à outrance, les débilitants, la surprise et la terreur, étonne de nos jours. M. Tuke, dans des pages charmantes et d'une exquise bonne foi, dépeint tous ces côtés faibles de Rush, puis nous expose combien par contre ont été profondes et anticipées ses vues sur le travail des aliénés, la folie morale, l'hospitalisation des dipsomanes.

L'auteur anglais, cet hommage rendu à la mémoire du grand médecin de Philadelphie, consacre trois chapitres aux aliénés des Etats-Unis. Il décrit au chapitre II du livre le mouvement en faveur de ces malheureux, de 1752 à 1876. L'hospitalisation de la folie a été longue à s'acclimater par delà l'Atlantique. L'auteur nous fait toucher du doigt toutes les difficultés dont il fallut triompher, nous dépeint le puissant concours que la cause de l'aliénation trouva dans le dévouement de Mers Dix, et de médecins comme Beel, Ray, etc. Après avoir suivi pas à pas les efforts faits et les résultats obtenus, M. Tuke termine en donnant la liste des établissements construits de 1773 à 1883, avec la date de leur occupation.

Au chapitre III, subdivisé en quatre parties, M. Tuke commence par déclarer les aliénistes américains, ceux du moins qu'il a été à même de juger, des hommes aussi honorables, aussi intelligents et aussi humains que ceux des autres pays, et communique ses impressions sur l'organisation des services, les traitements et les résultats obtenus. Il donne une statistique de 1880, établissant que les aliénés, dans la proportion de 51 p. 100, étaient soumis au restraint et nous voyons y figurer les chaînes avec le chiffre 21. Ce sont là des actes regrettables que nos collègues américains doivent avoir à cœur de faire disparaître au plus tôt, d'autant que leurs malades seraient plus faciles à conduire que les malades anglais, d'après les affirmations unanimes de gardiens ayant servi plusieurs années dans les deux pays. M. Tuke nous apprend que, depuis 1880, la situation s'est sensiblement améliorée. Tant mieux. Parmi les autres particularités mises en relief par cet auteur, on est frappé : de l'absence de cellules matelassées ; de la rareté extrême de la

paralytie générale; du grand nombre de lypémanes à idées de suicide, partant de la fréquence des suicides dans les asiles; de l'organisation défectueuse du travail des aliénés expliquée, mais non justifiée, par l'indépendance du caractère national et le climat; des efforts faits par contre pour procurer des distractions aux malades; de la faible mortalité d'un grand nombre d'établissements, sans doute par suite de la rareté de la paralytie générale; enfin, de la présence de médecins de l'autre sexe attachés au service des femmes. Leurs soins plus spécialement dirigés du côté des folies génitales auraient donné quelques résultats heureux, mais inférieurs à de légitimes espérances. Passant à la législation, M. Tuke, chaque État ayant la sienne, en étudie quelques-unes au double point de vue des admissions et des inspections. Il fait voir les formalités si simples du Connecticut, se compliquant de plus en plus en Pensylvanie et Massachussets, pour aboutir au monstrueux jury de l'Illinois. Par suite de l'organisation administrative du pays, chaque État est obligé d'organiser un système d'inspection pour son service d'aliénés. Il en résulte des inconvénients sérieux bien mis en lumière par M. Tuke, qui expose avec clarté l'organisation des *State Boards of charity*, dans divers États. La troisième partie de ce chapitre traite la grosse question de l'hospitalisation des incurables, telle que les États-Unis cherchent à la résoudre. Ce pays ne comptait pas moins en 1880 de 91,959 aliénés et 76,895 idiots, soit un total de 168,854; de plus, l'expérience a démontré un accroissement annuel de 5 p. 100. Plus que tout autre pays, l'Amérique est donc intéressée à s'occuper des incurables, partout le grand facteur de l'encombrement des asiles. Là-bas comme en Europe, les opinions diffèrent sur la solution à adopter. Celle qui semble prévaloir consiste en l'adjonction d'annexes aux asiles existants, améliorations exécutées déjà dans plusieurs établissements. Quelques États ont fait d'autres essais. New-York et l'Illinois, s'engageant dans la voie des innovations, ont construit à Villard et à Kankake, sur de vastes emplacements, des bâtiments absolument séparés les uns des autres, se rapprochant beaucoup des habitations ordinaires et permettant de loger, dans des conditions économiques, un grand nombre de malades, tout en les occupant aux travaux des champs. Dans le Wisconsin, des groupes de 40 à 100 aliénés sont placés dans de grandes fermes sous la direction d'un fermier. Un médecin du voisinage visite la ferme à des époques déterminées ou plus souvent, quand c'est nécessaire. Ce dernier



système me semble plein de dangers. L'auteur termine ce troisième chapitre par un examen comparé des asiles anglais et américains. Les établissements des Etats-Unis l'emportent, selon lui, par une organisation plus pratique dans les détails, des constructions moins onéreuses, un plus grand nombre de médecins et de médecins mariés, des appointements plus considérables alloués au service médical ou autre, sauf au directeur-médecin, la présence de médecins femmes, un meilleur régime et plus de confortable. Les asiles anglais sont supérieurs par l'organisation du travail des aliénés, un ameublement et une décoration plus soignée, des sections d'agités, enfin l'emploi du non-restraint.

M. Tuke donne ensuite en détails, au chapitre iv, la description des principaux asiles qu'il a visités, 27, si j'ai bien compté. Le chapitre le plus curieux et le plus intéressant peut-être du livre, est le moins susceptible d'analyse. Il mérite d'être lu avec soin dans toutes ses parties.

Le cinquième et dernier chapitre est consacré au Canada. L'hospitalisation des aliénés est loin d'être la même dans les diverses provinces de ce pays. Celle de Quebec possède deux établissements. Tous les deux, d'après les constatations de M. Tuke laisseraient énormément à désirer, non seulement comme locaux, mais chose bien plus grave, comme soins donnés aux malades. Certaines pages du récit du médecin anglais sont navrantes à lire. On y sent la profonde indignation d'un cœur tout entier dévoué au soulagement et au bien-être des aliénés. Dans la province d'Ontario la situation est tout autre. On y compte quatre asiles fonctionnant dans d'excellentes conditions, selon les idées humanitaires les plus récentes. Le travail y est parfaitement organisé et le restraint n'y est employé qu'à titre exceptionnel, après échec de tous les autres moyens. D'où vient ce contraste? Je partage l'avis de M. Tuke quand il en trouve la raison dans la différence des organisations administratives. Les asiles de la province d'Ontario appartiennent au gouvernement, ceux de la province de Quebec sont des établissements privés faisant fonction d'asiles publics. Aussi la Société médico-chirurgicale de Montréal, dans la réunion du 7 novembre 1884, a demandé au gouvernement de rompre avec l'état de choses existant. M. Tuke a visité aussi le pénitencier d'Ontario où étaient isolés à ce moment 37 aliénés criminels; ils y étaient très mal. L'auteur donne ensuite quelques renseignements, en général satisfaisants, sur les asiles moins importants des autres provinces

du Canada. Dans ce pays, comme du reste aux États-Unis, on trouve dans quelques établissements des femmes chargées de certains services à la section des hommes. Des directeurs américains et canadiens font mille éloges de cette combinaison. Je crois, avec M. Tuke, qu'il faut être tout d'abord bien sûr des femmes employées et qu'un directeur, pour entreprendre une telle innovation, doit avoir la certitude du succès.

Une série de tableaux annexés à la fin de l'ouvrage confirment ou complètent les renseignements fournis.

Tel est ce livre dont une analyse ne saurait donner une idée complète, et qu'il faut lire et lire attentivement, car comme tout ce qu'écrit M. Tuke, il procure plaisir et profit.

D<sup>r</sup> E. MARANDON DE MONTYEL.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— *Über statische Reflexkrämpfe* (Sur les crampes statiques réflexes); par le D<sup>r</sup> A. Erlenmeyer, de Bendorf. 2<sup>e</sup> édition augmentée. Broch. in-8°, 48 pages, 1885. Leipzig. Th. Thomas.

— *Die principien der Epilepsie-Behandlung* (Des principes du traitement de l'Epilepsie); par le D<sup>r</sup> A. Erlenmeyer, de Bendorf. Broch. in-8°, 40 p. 1886. Wiesbaden, Bergman.

— *Ricerche cliniche sui disturbi visivi nell' epilessia* (Recherches sur les troubles de la vue dans l'Epilepsie); par le D<sup>r</sup> d'Abundo. Broch. in-8° de 76 p. 1885. Naples, Gaëtano Micello.

— *Il tempo del processo psichico nell' estesiometria tattile degli alienati* (De la durée du processus psychique dans l'estésiométrie tactile chez les aliénés); par les D<sup>rs</sup> Tamboni et Algeri. Broch. in-8°, 37 p. 1886. Reggio-Emilia. Stefano Calderini.

— *Zur prognose der Gehirnsyphilis* (Pronostic de la syphilis cérébrale); par le D<sup>r</sup> O. Braus. Broch. in-8°, 40 p. 1886. Berlin. August Hirschwald.

— *Der Blutkreislauf der Ganglienzelle* (De la circulation sanguine dans la cellule nerveuse); par le professeur Albert Adamkiewicz. Broch. in-8°, p. 65. 1886. Berlin. August Hirschwald.



## VARIÉTÉS

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— M. le D<sup>r</sup> PAUL GARNIER, médecin adjoint de l'infirmérie spéciale du Dépôt de la préfecture de police, est nommé médecin en chef, en remplacement de M. Legrand du Saulle, décédé.

— M. le D<sup>r</sup> MARCEL BRIAND, médecin inspecteur adjoint des asiles d'aliénés de la Seine, est nommé médecin inspecteur titulaire, en remplacement de M. le D<sup>r</sup> Paul Garnier, appelé à d'autres fonctions.

— M. le D<sup>r</sup> CH. VALLON est nommé médecin inspecteur adjoint.

— Le concours pour une place de médecin adjoint à l'hospice de Bicêtre (Service des aliénés), s'est terminé le 21 juillet 1886, par la nomination de M. le D<sup>r</sup> SÉGLAS.

— Le concours pour le clinicat des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris vient de se terminer par la nomination de M. le D<sup>r</sup> PICHON, chef de clinique, et de M. le D<sup>r</sup> ROUILLARD, chef de clinique adjoint.

— *Arrêté du 12 juillet 1886.* Parmi les médailles d'honneur décernées pour services exceptionnels rendus au cours des épidémies cholériques de 1884 et 1885-1886, nous citerons les suivantes :

Médaille d'or : M. le D<sup>r</sup> FABRE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Lizier (Ariège).

Médailles d'argent : MM. DELPECH, interne à l'asile d'aliénés de Saint-Lizier, et NOGUÈS, interne à l'asile d'aliénés d'Aix.

### NÉCROLOGIE.

D<sup>r</sup> MILLET. — Le D<sup>r</sup> Millet, médecin adjoint de l'asile des aliénés de Blois, vient de mourir à l'âge de trente-cinq ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie contre laquelle il a lutté jusqu'au dernier jour, avec le plus grand courage et une énergie vraiment extraordinaire. Notre jeune confrère était l'homme du devoir et du dévouement, il se savait perdu, mais il n'en continuait pas moins à remplir les devoirs de sa profession et, c'est seulement pour obéir aux ordres formels de son directeur et ami, le D<sup>r</sup> Doutrebente, qu'il consentait parfois à prendre quelques jours de repos.

Millet, Joseph, naquit à Saffloz (Jura), le 7 décembre 1851 ; il étudia d'abord la médecine à la faculté de Nancy, où il devint

aide de botanique et d'histoire naturelle médicale, le 24 mars 1876; plus tard, il vint à Paris pour y étudier les maladies mentales; le 27 avril 1880, il est nommé interne des asiles de la Seine à la suite d'un concours, et passe successivement dans les asiles de Vaucluse, Ville-Evrard et Sainte-Anne.

Le 25 janvier 1881, il est nommé au concours chef adjoint de clinique de pathologie mentale à la Faculté de médecine de Paris, et successivement, médecin adjoint de Prémontre, le 30 décembre 1882, et médecin adjoint de l'asile de Blois, le 19 janvier 1884.

Les principales publications scientifiques de notre regretté confrère, sont les suivantes :

1° *De l'influence étiologique de l'alcoolisme sur la paralysie générale progressive* (Thèse de doctorat, Paris, 1880).

2° *Des bains prolongés chez les aliénés agités* (in *L'Encéphale*, 1883).

3° *Des vertiges chez les aliénés* (in *Annales médico-psychologiques*, 1884).

Enfin, il avait obtenu pour ses travaux : deux médailles d'argent de la Faculté de médecine de Nancy (1875 et 1877); une mention honorable de la Faculté de médecine de Paris, pour sa thèse de doctorat, le 4 novembre 1880, et le prix Esquirol, décerné par la Société médico-psychologique, en 1883.

#### ASILE DES ALIÉNÉS CRIMINELS DE BROADMOOR.

Le Dr *Orange*, l'éminent directeur-médecin de l'asile d'État de Broadmoor, spécialement consacré aux aliénés criminels de l'Angleterre (Voir *Annales médico-psychologiques*, nov. 1881), a pris sa retraite à la date du 31 mai 1886. Attaché à la direction de cet établissement spécial depuis son ouverture, d'abord comme médecin adjoint (1863-1870), ensuite comme directeur-médecin (1870-1886), M. Orange n'a cessé de remplir ses fonctions avec la plus grande distinction, et les nombreux médecins étrangers qui ont visité Broadmoor, ont été également frappés de ses hautes capacités et de la cordialité de son accueil. Il avait acquis une autorité prépondérante dans toutes les questions relatives aux aliénés criminels et le gouvernement anglais s'inspirait volontiers de ses avis pour les mesures à prendre à leur égard.

Vivant constamment au milieu d'une population des plus dangereuses, le Dr Orange avait été, il y a quatre ans, gravement blessé à la tête par un de ses malades, assassin récidiviste, qui l'avait frappé à l'aide d'une pierre nouée dans un mouchoir. Il s'était rétabli de cette dangereuse blessure, mais sa santé en était restée altérée et c'est à cela qu'est due en partie sa retraite prématurée.



Nous apprenons avec plaisir, par le *Journal of Mental science* (juillet 1886), que le D<sup>r</sup> Orange a pour successeur, le D<sup>r</sup> Nicolson, qui depuis longtemps était son premier adjoint, et qui est bien connu dans la science par de nombreux travaux relatifs aux aliénés et aux criminels.

#### LE SUICIDE EN ANGLETERRE

M. Ogle, le Registrar-General a communiqué le mardi 16 février 1886, à la Société de statistique de Londres, le résultat de ses recherches basées sur les 42,630 suicides enregistrés en Angleterre et dans le pays de Galles pendant les années 1858 à 1863.

Ce chiffre est probablement de beaucoup inférieur à la réalité, car il ne comprend pas les cas de personnes trouvées mortes et enregistrées comme telles sans qu'il soit possible d'indiquer exactement la cause du décès.

Le suicide est rare avant quinze ans, mais on trouve dans les tables de M. Ogle deux cas observés chez des enfants âgés de moins de dix ans. La fréquence augmente avec l'âge jusqu'à la période de cinquante-cinq à soixante-cinq ans où se place le maximum ; pour l'aliénation mentale, on observe une courbe analogue, seulement le maximum est atteint plus tôt et la décroissance est moins régulière.

L'influence du sexe est très marquée et si l'on représente par 100 le nombre des suicides chez les femmes, le chiffre est de 267 pour les hommes. De quinze à vingt ans, le suicide est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, et de quarante-cinq à cinquante-cinq ans l'excès des suicides chez l'homme est moins marqué que dans les périodes qui suivent et précèdent. M. Ogle est d'avis que ces faits s'expliquent par les perturbations dues à la puberté et à la ménopause.

Une des parties les plus intéressantes du travail de M. Ogle est celle qui se rapporte à l'influence de l'occupation ou de la profession sur le suicide. Il a eu soin d'éliminer dans son calcul certaines erreurs qui peuvent provenir de l'âge inégal des gens appartenant à différents métiers. Correction faite, on trouve que le nombre des suicides s'est élevé, dans la population mâle âgée de vingt-cinq à soixante-cinq ans, à 222 par million pendant les six années 1878 à 1883. Voici maintenant les chiffres qui représentent la fréquence du suicide pour les différentes professions : soldats, 1,149 ; garçons et domestiques d'hôtel, 650 ; maîtres et cabaretiers, 474 ; médecins, 472 ; pharmaciens, 444 ; avocats, 408 ; bouchers et marchands de poissons, 407 ; ecclésiastiques, 139 ; constructeurs de vaisseaux, 96 ; mineurs, 74.

D'une manière générale, on peut dire que le suicide est sur-

tout fréquent dans les classes instruites et M. Ogle a pu s'assurer que l'augmentation de fréquence, observée pendant ces dernières années, présente un parallélisme frappant avec l'augmentation du nombre des personnes qui sont en état d'apposer leur signature aux registres du mariage.

On croit en général que le suicide est surtout fréquent en novembre et dans les mois sombres et froids de l'année; la statistique démontre au contraire que le minimum tombe en décembre et le maximum en juin.

C'est le plus souvent à la pendaison qu'ont recours ceux qui veulent en finir avec l'existence; cependant beaucoup de soldats emploient une arme à feu et 85 0/0 des photographes qui se suicident s'empoisonnent au moyen du cyanure de potassium. On se noie beaucoup plus fréquemment en été qu'en hiver.

(*La Semaine médicale*, n° du 24 février 1886.)

#### L'ALCOOLISME CHEZ LES ANGLAIS

Les renseignements qui ont été donnés au dernier congrès anglais des Sociétés de tempérance ne sont en général guère satisfaisants pour les amis de ces Sociétés.

Le président, M. Farrar, insistant sur les fâcheux effets de la consommation des boissons alcooliques, également funeste aux Anglais répandus sur le globe et sur les races inférieures avec lesquelles ils se trouvaient en contact, a cité comme exemple l'Inde où des centaines et des milliers de vies sont perdues par cette consommation. Il en est de même en Australie et en Nouvelle-Zélande. En ce qui concerne les indigènes, pour un chrétien, les Anglais ont fait cent ivrognes, et c'est un terrible témoignage contre une nation chrétienne. L'extension des rapports avec les Birmans a eu le même résultat, et la belle race des Maoris est maintenant en proie à la dégradation, aux vices et aux maladies qu'entraîne après elle la civilisation. Sur les pas des Anglais, les aborigènes ont été décimés par l'ivrognerie et le vice; ils ont fondu comme la neige au soleil. On a oublié que le devoir d'un peuple chrétien n'était pas de détruire le corps, mais de sauver les âmes.

Un rapport sur les effets de la loi canadienne de 1878, qui donne aux villes et aux comtés le droit d'interdire, à la majorité des voix, la vente des liqueurs alcooliques, a cependant consolé un peu de ce triste tableau. Il y est dit que 65 villes et comtés ont appliqué cette loi et que les crimes de tout genre, dans la population de 2 millions, qui s'y est trouvée soumise, ont diminué en conséquence. Et cependant, dans la dernière année fiscale, il a été importé au Canada pour 339,733 liv. st. de liqueurs alcooliques, et il en a été fabriqué dans le Dominion pour 2,168,647 liv. st. La dépense en boissons par tête de la popu-



lation était donc considérable encore, quoique d'un tiers moins forte qu'en Angleterre.

(*Journal des Débats*, n° du dimanche 18 juillet 1886.)

#### LA STATISTIQUE DES SUICIDES AU MEXIQUE

Dans un temps où les documents humains sont en faveur sur l'un et l'autre continent, la statistique du suicide, au Mexique, a quelque valeur assurément, et doit satisfaire la curiosité des médecins et des moralistes. De 1860 à 1884, le rédacteur de la *Escuela de medicina de Mexico*, que cite notre confrère de la *Revue internationale des sciences médicales*, a relevé 487 suicides : les plus nombreux au printemps, les moins fréquents pendant l'hiver.

L'influence des saisons est moindre cependant que celle du sexe, puisque, parmi ces suicides, 64 seulement appartenaient au sexe féminin. Le plus jeune avait neuf ans, et les trois plus âgés, de soixante et un à quatre-vingts ans.

Les militaires occupent le premier rang dans cette sinistre énumération ; viennent ensuite les artisans, les employés, les étudiants, les domestiques et les propriétaires. Les médecins sont au dixième rang, et la liste se termine par les députés, les journalistes et les..... prostituées. Dans ces trois groupes d'individus, singulière coïncidence, les tendances sont égales.

Les antécédents pathologiques de ces suicidés consistaient le plus souvent dans l'aliénation mentale ; 4 fois seulement dans l'alcoolisme. Par contre, l'amour en a été 65 fois la cause immédiate. Les peines morales, les chagrins de famille et la misère venaient après, tandis que l'existence d'une maladie incurable n'a été notée que dans 5 cas.

Les armes à feu et le poison sont les moyens de destruction que les suicidés préfèrent ; ils ont été employés 288 fois. La pendaison paraît moins en faveur, ainsi que l'écrasement par une locomotive et la submersion. Enfin, quand on examine la nationalité des suicidés dans la République mexicaine, on voit que, si les Mexicains sont les plus nombreux, les Français tiennent la seconde place, venant ainsi avant les Anglais. Il est vrai, ajouterons-nous, que nos compatriotes habitent le Mexique en nombre relativement élevé. — C. L. D.

(*L'Union médicale*, n° du samedi 24 juillet 1886.)

#### PEUT-ON MOURIR DE PEUR ?

Peut-on mourir de peur ? se demande le journal médical anglais *The Lancet*, à propos du cas tout récent d'une jeune femme de Keating. L'affirmative ne semble pas douteuse, au moins dans le cas en question. Cette jeune femme, voulant en finir avec la vie, avait avalé une certaine quantité de poudre

insecticide, après quoi elle s'était étendue sur son lit, où elle fut trouvée morte au bout de quelques heures. Il y eut enquête et autopsie. L'analyse de la poudre trouvée dans l'estomac, et qui n'avait même pas été digérée, démontra que cette poudre était absolument inoffensive par elle-même, au moins pour un être humain. Et pourtant la jeune femme était bel et bien morte. Les médecins chargés de l'affaire estiment que le sujet, doué d'une imagination exaltée et d'un tempérament éminemment nerveux, a dû mourir par syncope, sous le coup de la violente émotion consécutive à l'absorption de la poudre supposée mortelle.

*The Lancet* rapproche de ce cas tout récent deux exemples de cruelle mystification, où la mort survint également sous le coup d'une profonde terreur.

Le premier est le cas classique d'un condamné anglais du siècle dernier livré à des médecins pour servir à une expérience psychologique, dont la mort fut le résultat. Ce malheureux avait été solidement attaché à une table avec de fortes courroies; on lui avait bandé les yeux, puis on lui avait annoncé qu'il allait être saigné au cou et qu'on laisserait couler son sang jusqu'à épuisement complet, après quoi une piqûre insignifiante fut pratiquée à son épiderme avec la pointe d'une aiguille et un syphon déposé près de sa tête, de manière à faire couler sur son cou un filet d'eau qui tombait sans interruption, avec un bruit léger, dans un bassin placé à terre. Au bout de six minutes, le supplicié, convaincu qu'il avait dû perdre au moins sept ou huit pintes du sang, mourut de peur.

Le second exemple est celui d'un portier de collège qui s'était attiré la haine des élèves soumis à sa surveillance. Quelques-uns de ces jeunes gens s'emparèrent de sa personne, l'enfermèrent dans une chambre obscure et procédèrent devant lui à un simulacre d'enquête et de jugement. On récapitula tous ses crimes; on conclut que la mort seule pouvait les expier et que cette peine serait appliquée par décapitation. En conséquence, on alla chercher une hache et un billot, qu'on déposa au milieu de la salle; on annonça au condamné qu'il avait trois minutes pour se repentir de ses fautes et faire sa paix avec le ciel; enfin, les trois minutes écoulées, on lui banda les yeux et on le força de s'agenouiller, le col découvert, devant le billot, après quoi les tortionnaires lui donnèrent sur la nuque un grand coup de serviette mouillée et lui dirent, en riant, de se relever. A leur extrême surprise, l'homme ne bougea pas. On le secoua, on lui tâta le pouls. Il était mort. Mort de peur, évidemment, sous l'influence de la terrible épreuve à laquelle il venait d'être soumis.

(*Le Temps*, n° du vendredi 2 juillet 1886.)



FAITS DIVERS.

*Autopsie du roi Louis de Bavière.* — Le résultat de cette autopsie donne avec une remarquable netteté, la clef des manifestations cliniques observées depuis des années chez le roi de Bavière, atteint d'une aliénation mentale dans laquelle l'hérédité a également joué son rôle. Les lésions du crâne et du cerveau sont de beaucoup les plus intéressantes. Le cuir chevelu est épaissi, le crâne petit et un peu asymétrique. La voûte crânienne est extrêmement mince, les sutures frontale et sagittale ossifiées à la face interne; le sinus veineux longitudinal supérieur est énormément dilaté en arrière, rétréci en avant au niveau de l'ethmoïde; les granulations de Pacchioni y font saillie. La dure-mère est épaissie, surtout au niveau du frontal, et très hyperémiée; le sphénoïde et les rochers présentent des exostoses; la selle turcique est asymétrique, poreuse et friable; les sinus de la base sont gorgés d'un sang noir et fluide. Le poids du cerveau est de 1,349 grammes. L'arachnoïde est épaissie sur une grande étendue. Au niveau de la circonvolution frontale ascendante gauche, dans sa partie antérieure, et du début de la première circonvolution frontale, l'arachnoïde et la pie-mère ont contracté des adhérences, et forment un épaississement des dimensions d'une pièce de 1 fr. A ce même niveau, la voûte crânienne est réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier. Plusieurs circonvolutions sont atrophiées par places. La substance cérébrale est hyperémiée et présente un certain degré de ramollissement. Dans les autres organes, les lésions sont insignifiantes; l'estomac présente les caractères du catarrhe chronique.

(*Gazette hebdomadaire*, n° du 25 juin 1886.)

*Evasion et tentative d'homicide.* — Le 30 juillet, un pensionnaire s'évadait de Charenton. C'était un faible d'esprit, sujet à de fréquents accès d'agitation maniaque. Plus calme depuis quelques mois, il avait demandé à être occupé aux travaux du jardinage, et c'est pendant le travail qu'il parvint à tromper la surveillance et à escalader le mur. Deux infirmiers furent aussitôt envoyés à sa poursuite, et, comme il fallait s'y attendre, ils le trouvèrent chez ses parents, qui habitent un village des environs, en train de prendre un repas. Mais quand ils voulurent ramener l'aliéné, celui-ci entra dans une violente colère, et saisissant un couteau à lame longue et pointue, il en porta deux coups à la poitrine de l'infirmier Leboule. Celui-ci fut atteint sous la clavicule, et un peu en dehors du mamelon gauche; cette dernière blessure plus profonde, déterminait une abondante hémorrhagie. Aucune des plaies heureusement n'était pénétrante, et le blessé a rapidement guéri.

En voyant son camarade atteint, l'autre infirmier se jeta sur T. et le maintint; mais alors le père intervint, demandant qu'on laissât son fils libre : celui-ci en profita pour se sauver aussitôt à travers champs.

La famille de T. l'a gardé avec elle : grave imprudence, que j'ai signalée à qui de droit, et à laquelle il est certainement fâcheux que nous ne puissions pas nous opposer.

J. CH.

*Deux majestés.* — Sous ce titre le *Figaro* du mercredi 4 août 1886, raconte l'anecdote suivante :

« Il y a quelques jours, le roi de Portugal faisait une visite à la maison d'aliénés de Lisbonne. Après avoir parcouru les salles communes, le roi entra dans plusieurs cellules des malades qui vivent séparés des autres, mais lorsqu'il fut arrivé devant la dernière cellule, le directeur de l'établissement voulut empêcher le roi d'y entrer, disant qu'elle renferme un fou qui croit être le souverain légitime du Portugal. Le roi entra quand même, mais à peine avait-il franchi le seuil de la porte, qu'il se sentit enlacé par le fou qui criait : « C'est donc toi le faux roi, qui occupe le trône auquel seul j'ai droit ! » Les gardiens eurent grand'peine à délivrer le souverain des mains du fou.

« Après cette visite, le roi assigna, sur sa cassette privée, une certaine somme annuelle pour améliorer l'entretien et la nourriture du pauvre fou. »

*Congrès des médecins aliénistes russes.* — Le comité d'organisation de premier Congrès des médecins aliénistes russes a décidé que ledit Congrès aurait lieu à Moscou, à la fin de la présente année, en même temps que la deuxième session du Congrès des médecins russes.

*Délire mystique à deux et fratricide.* — On écrit de Grenoble au *Temps* (numéro du vendredi 13 août 1886) :

« Un cas de folie religieuse poussée jusqu'au crime vient de se produire dans le département des Hautes-Alpes :

« Deux sœurs, les nommées Marie et Catherine Ollagnier, âgées de quarante-cinq et quarante-sept ans, à Fontchristiann, près Briançon, et qui vivaient ensemble dans la plus tendre union, se faisaient remarquer par leur dévotion poussée jusqu'au mysticisme. Jouissant d'une honnête aisance, car elles possédaient ensemble plus de 40,000 francs, elles consacraient leur temps aux exercices de piété. Lundi dernier, Catherine Ollagnier annonça à sa sœur que, dans la nuit, Dieu lui était apparu, et qu'il lui avait demandé de la sacrifier comme preuve de son affection pour lui. Marie ne trouva pas, paraît-il, cette demande étrange et consentit à mourir pour être agréable à sa



sœur et à Dieu. Avant-hier mardi, après avoir entendu la messe, les deux sœurs sont rentrées à leur domicile, ont pris une tasse de café et, aussitôt après, Catherine, à l'aide d'un rasoir, a fait à Marie deux larges blessures à chaque bras et une sur chaque pied, et la victime, d'après la version de la survivante, répétait sans cesse : « Jésus ! Marie ! Mon espérance ! Mon Sauveur ! »

« Pendant ce temps, Catherine recueillait le sang qui coulait des blessures de sa sœur, pour le conserver, a-t-elle dit, comme relique.

« Quand Marie fut morte, sa sœur l'habilla de blanc, puis se rendit chez un notaire de Briançon pour déposer le testament de sa victime. Elle raconta à cet officier ministériel que Dieu lui avait ordonné de tuer sa sœur et aussi de brûler toutes les valeurs qu'elle possédait, et qu'elle s'était de tous points conformée à la volonté du Très-Haut.

« On a retrouvé les numéros de ces valeurs.

« Catherine Ollagnier, qui a été arrêtée, sera soumise à l'examen d'un médecin aliéniste. »

#### LE MONUMENT DE CH. ROBIN.

Les amis et les disciples de Ch. Robin ont résolu de réunir par souscription les fonds nécessaires à l'érection d'un monument qui consacrerait la mémoire du savant et du philosophe. Une somme importante a déjà été recueillie. En tête de la liste figurent les noms de plusieurs collègues de Ch. Robin, soit au Sénat, soit dans l'enseignement supérieur.

Les personnes qui voudront prendre part à cette souscription et recueillir des adhésions nouvelles sont priées de transmettre les fonds à M. Octave Doin, éditeur, place de l'Odéon, qui a bien voulu se charger de les centraliser.

En tête de la liste se sont inscrits : MM. Goujon, 500 fr. ; Reliquet, Pouchet, Arbel, 100 fr. ; H. Rouen, 50 fr. ; D<sup>rs</sup> Paulin, Delaporte, Championnière, Peter, Gimbert, 20 fr. ; Germain Casse, Hamy, 5 fr., etc., etc...

---

#### ERRATUM

Dans l'article de M. Baillarger, publié dans le dernier numéro, il s'est glissé une erreur qui mérite d'être rectifiée. La 26<sup>e</sup> ligne de la page 30 commence un nouveau chapitre, qui doit avoir pour titre : *Théorie psycho-sensorielle*.

Pour les articles non signés : ANT. RITTL.

---

Paris. — Imprimerie G. ROUGIER et C<sup>ie</sup>, rue Cassette, 1.

# L'ALIÉNATION MENTALE

## LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

### CHRONIQUE

**SOMMAIRE.** — De l'hystérie dans l'armée. — Apoplexie hystérique. — Cinq membres d'une même famille atteints de paralysie périodique. — Épidémie d'illusions visuelles observée à Metz à la suite de la guerre de 1870-1871. — La maladie des buveurs de thé. — La question des aliénés traitée par un avocat.

M. le D<sup>r</sup> Em. Duponchel a publié dans la *Revue de médecine* du 10 juin 1886, un fort intéressant mémoire sur l'hystérie dans l'armée. Son but est de « démontrer « qu'il faut s'habituer à l'idée de rencontrer des soldats « hystériques ; d'établir que l'hystérie peut devenir un « motif d'exemption du service militaire ou de réforme ; « de prouver que la connaissance précise de ses symptômes vient éclairer d'un jour inattendu nombre de « faits d'ordre absolument pratique ». Par là, l'auteur pense contribuer utilement à la diffusion des principes si nettement établis par l'école de la Salpêtrière, relativement à l'hystérie mâle.

Cette question de l'hystérie mâle a pris dans ces der-

ANN. MÉD. PSYCH., 7<sup>e</sup> série, t. IV. Novembre 1886. 1. 22



niers temps une importance pratique considérable ; on a reconnu qu'au lieu de n'avoir qu'une existence contestable, ou de n'être observée qu'à titre de très rare exception, l'hystérie chez l'homme est une maladie assez fréquente, et qu'elle occupe une place réelle dans la pratique vulgaire « où seuls les préjugés d'un autre âge » pourraient la faire méconnaître », comme l'a dit le professeur Charcot, dans la série de leçons qu'il a consacrées à ce sujet, en 1885. L'importance de cette question a été mise en pleine lumière par la thèse de Batault, par les observations de MM. Troisier, Catrin, Ferron, Terrillon, et surtout par les intéressantes discussions de la Société de chirurgie et de la Société médicale des hôpitaux, portant d'une façon plus spéciale sur le développement des phénomènes de l'hystérie, chez des hommes robustes et nullement efféminés, à la suite de traumatismes physiques.

On ne saurait s'étonner dès lors que l'hystérie s'observe aussi dans l'armée, et il semble même qu'elle est loin d'y être rare.

Déjà, dans une série d'articles publiés en novembre 1884, par la *Gazette des hôpitaux*, le Dr Lanoaille de Lachèze avait traité cette question ; mais le nom insolite de Tarassis, qu'il avait donné à la névrose observée par lui chez de jeunes soldats, et caractérisée par des accidents épileptiformes ou hystériformes, n'a pas été généralement compris et a nui à la diffusion de ses idées.

Son but, en inventant cette dénomination nouvelle, était de faire disparaître la confusion, ou plutôt le paradoxe qui consiste à désigner une maladie constatée chez des hommes, par un nom qui tire son étymologie d'un organe exclusif à la femme. M. Duponchel ne s'est pas arrêté à ce scrupule de terminologie, et la dénomination d'hystérie mâle lui a paru trop bien consacrée

par les travaux de l'école de la Salpêtrière, pour qu'il y eût lieu de reculer devant son emploi, même en parlant de soldats.

En traitant la question à son tour, il l'a surtout envisagée au point de vue de la médecine légale militaire ; il s'est appliqué, notamment, à montrer que, chez de jeunes soldats qui sont soupçonnés d'épilepsie, sans que l'on puisse assister à la scène convulsive qui lèverait les doutes, il est possible de formuler le diagnostic hystérie mâle, en recherchant et en constatant l'existence des symptômes qui caractérisent cette dernière affection, indépendamment des accès proprement dits. Ces symptômes consistent : en troubles de la sensibilité générale (hémianesthésie, ou zones anesthésiques cutanées ou muqueuses) ; en altérations de la sensibilité sensorielle (rétrécissement du champ visuel et transposition de l'ordre de perception des couleurs) ; en abolition du réflexe pharyngien ; en perversion du sens musculaire ; enfin, mais plus rarement, en lésions de la motilité, telles que paralysies et contractures, sans atrophie ni dégénérescence des tissus.

Les conséquences légales, au point de vue de la mise à la retraite, de la réforme, de la mise en disponibilité temporaire, ou de la continuation du service militaire, varieront naturellement avec l'intensité des accidents, car il y a des cas graves, des cas moyens et des cas atténués.

Il résulte encore des recherches de l'auteur que certains jeunes soldats, qui traînent dans les hôpitaux, et que l'on est tenté de considérer comme des simulateurs, sont en réalité des hystériques, méritant plutôt la compassion que la répression. Les observations rapportées par lui ne sont pas très nombreuses, mais elles sont bien choisies et convaincantes. Nous ne pouvons mieux faire, pour résumer cet intéressant mémoire, que d'en rappor-



ter textuellement la phrase suivante, qui en donne une idée complète : « L'importance pratique de ces faits est « très grande au point de vue du recrutement de l'armée; « la question d'épilepsie se présente à chaque instant « devant les conseils de revision; souvent les renseignements sont contradictoires, les enquêtes insuffisamment probantes; les certificats médicaux eux-mêmes paraissent incomplets. Personne ne pense à « l'hystérie qu'il faut savoir rechercher, que l'on trouve « vera souvent dans ces cas présentés comme épilepsie « douteuse, et qui peut être reconnue sans constatation « directe des attaques convulsives. »

On rapprochera avec intérêt du travail de M. Duponchel, une communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 13 août 1886 (*Gazette hebdomadaire*, n° 34), par M. le Dr Debove, sur l'apoplexie hystérique. Un homme robuste, ancien quartier-maître de la marine, âgé de trente et un ans, n'ayant jamais eu d'accidents nerveux, se lève de table après dîner, et, sans aucune cause appréciable, perd connaissance, s'affaisse et reste dans cet état pendant douze heures; quand il revient à lui, il présente du côté gauche une paralysie complète qui diminue promptement, pour disparaître bientôt d'une manière complète; donc, dit M. Debove, il a eu une attaque d'apoplexie. A la suite de cet accident, on constate chez le malade une hémi-anesthésie complète du côté gauche, avec perte du sens musculaire et rétrécissement du champ visuel; l'application des aimants rappelle la sensibilité, détermine le phénomène du transfert. Donc, dit encore M. Debove, il n'y avait pas de lésion organique, et la maladie devait être considérée comme de nature hystérique. De là, l'accouplement de ces deux termes, apoplexie hystérique, dont M. Debove s'est contenté de donner, dans

cette communication, une première description très brève, en annonçant qu'elle allait être prochainement, de sa part et de la part de ses élèves, l'objet d'études complètes et développées.

Ne serait-ce pas aussi de l'hystérie qu'il conviendrait de rapprocher les faits qui ont été signalés, dans ces derniers temps, sous le nom de paralysie périodique? Une communication intéressante à ce sujet a été faite à l'Académie de médecine de Belgique, dans la séance du 31 juillet 1886, par M. Masoin, au nom du D<sup>r</sup> Consot de Dinant (Voir la *Semaine médicale* du 4 août, p. 310). Il s'agit d'un homme sain et robuste, âgé de trente-quatre ans, qui n'a pas eu de maladie antérieure, et qui, chaque jour, présente, pendant huit ou dix heures, les symptômes d'un accès de paralysie qui réduit à l'impuissance les quatre membres et le tronc, sans atteindre les muscles de la tête et sans que l'intelligence présente aucun trouble. On n'a pu trouver aucune cause à laquelle cet état pathologique puisse être attribué et toutes les médications employées jusqu'ici, y compris le sulfate de quinine, sont restées sans effet. Mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est que cet homme appartient à une famille de dix personnes, dont cinq sont affectées, en même temps, de la même maladie. Voilà une histoire à rapprocher, sinon pour le genre d'affection, du moins pour la coïncidence chez des personnes vivant ensemble, de celle de la famille Lochin, dont les *Annales* ont publié le commencement en 1882, et dont la suite paraît dans le présent numéro.

Un autre genre de propagation, plus en grand, observée à Metz, en mars 1871, alors que la population était encore exaltée par les épreuves du siège, et par les angoisses patriotiques que causait l'annexion de la Lorraine et de l'Alsace, a été signalé presque en même temps



par M. le D<sup>r</sup> Pierron (*Gazette des hôpitaux* du 27 juillet 1886).

Il s'agit « d'illusions populaires en masse, épidémiques, dues à l'interprétation des phénomènes impressionnels du sens de la vue, par l'irisation des carreaux de vitre. »

Un jour, dit l'auteur, la nouvelle se répand partout, dans Metz, qu'on pouvait voir, dans les carreaux d'un relieur de la place Saint-Louis, des figures, des hommes. C'étaient, affirmait-on, des zouaves qui croisaient la baïonnette, des artilleurs français ; tout le monde les voyait, les avait vus. On avait essayé de frotter les vitres et de les laver, ces images reparaissaient intactes plus belles et plus visibles.

On voyait un grand rassemblement de personnes, surtout de femmes et d'enfants, qui regardaient et commentaient le phénomène. C'était pour eux le signe divin de la délivrance prochaine, c'était l'avant-garde de l'armée française, que Dieu faisait voir, et on allait être délivré du joug des Allemands.

Tout cela, malheureusement, n'était qu'une illusion épidémique, une sorte de mirage créé par l'exaltation patriotique et propagé par l'impressionnabilité populaire. Le fait doit donc être rapproché des désordres intellectuels et moraux qui ont été, si souvent, observés chez les foules frappées par de grands malheurs publics, et que Legrand du Saulle, en particulier, a tout récemment décrits à l'occasion des effets produits par le siège de 1870 sur la population parisienne. Nous croyons que des phénomènes analogues ont été aussi signalés, chez le peuple de Strasbourg, pendant le bombardement subi à la même époque.

Nous voudrions donner, maintenant, une idée générale d'une maladie par intoxication, récemment décrite, qui

affecte surtout le système nerveux. Nous commencerons par en reproduire la description succincte, telle que nous la trouvons dans un article de l'*Union médicale* (5 juin 1886) rédigé par M. le D<sup>r</sup> Eloy, d'après les travaux de différents médecins anglais et américains.

Dans cette maladie, l'intoxication présente, dit l'auteur, « un phénomène initial, l'excitation cérébrale et la « congestion vasculaire céphalique. Peu de temps après « l'ingestion d'une dose suffisante, le visage s'anime et « les buveurs éprouvent un sentiment de bien-être qu'ils « recherchent bientôt par habitude. Sous cette influence « leur intelligence devient plus pénétrante, leur pensée « plus lucide, leur aptitude mentale plus active, et leur « puissance musculaire plus grande.

« L'accoutumance aidant, et les doses s'exagérant, la « durée de cette excitation s'abrège, et malgré l'élévation croissante des quantités qu'il absorbe, le buveur « subit une dépression psychique et physique. Il éprouve « une sorte d'affaissement de l'intelligence et en même « temps un accroissement pénible de son impressionnabilité nerveuse... A la coloration du visage succède la « pâleur ; à la sensation d'ardeur cutanée une sensation « de refroidissement...

« Le buveur veut retrouver encore les sensations « agréables du début ; il les recherche, elles le fuient, « et, pour les provoquer, il ingère une plus grande « quantité de boissons ; alors il dort peu ou mal ; des « hallucinations et des terreurs nocturnes interrompent « son sommeil, de la céphalalgie et des tremblements « nerveux le troublent dans l'état de veille. »

Quelle idée cette description générale fait-elle naître dans l'esprit ? Ne semble-t-il pas qu'il s'agisse de l'empoisonnement par l'alcool, ou bien encore par la morphine ? N'y retrouve-t-on pas aussi les caractères attribués aux abus d'éther ou de chloroforme ?



Il ne s'agit cependant d'aucun de ces poisons, mais d'une intoxication déterminée par l'abus du thé, de ce breuvage aux allures pacifiques, auquel il semble difficile d'attribuer des méfaits analogues à ceux causés par les spiritueux et les stupéfiants.

Il paraît, cependant, qu'il en est ainsi, car, depuis quelques années, le théisme aigu et le théisme chroniques ont été décrits par plusieurs médecins anglais et américains, entre autres Morton et Bullard ; il en a été aussi fait mention, en France, par Potain et H. Huchard.

Il y a un théisme professionnel que l'on observe, paraît-il, chez les dégustateurs de thé ; mais, le plus souvent, la maladie reconnaît pour cause la consommation excessive du thé, et peut-être de certaines espèces de thé, par des individus jeunes, affaiblis, anémiques, soumis à des conditions hygiéniques défectueuses.

Si, de ces vues d'ensemble, on passe à l'étude détaillée des symptômes, dissociés les uns des autres, que trouve-t-on ? D'abord, des altérations de la sensibilité, telles que céphalalgie, pression temporale et frontale, anesthésie locale, bourdonnements d'oreilles, hallucinations de l'ouïe ; puis des troubles de la motilité, consistant en tremblements avec agitation convulsive ; parfois des paralysies temporaires. Du côté des viscères, on voit se produire des palpitations cardiaques, de la dyspnée, des troubles gatro-intestinaux, consistant en dyspepsie, vomissements, anorexie rebelle ; enfin, dans un dixième des cas environ, on constate des désordres psychiques qui varient d'un théique à l'autre, mais qui ont pour caractère commun de se traduire, au début sous la forme congestive, et plus tard sous la forme dépressive.

Cette énumération de symptômes est-elle de nature à dissiper les ressemblances que nous avons déjà signalées entre la maladie des buveurs de thé, et celle des buveurs

d'alcool ou d'éther ? La description donnée pour la première ne pourrait-elle pas s'appliquer également aux deux autres ? Et le diagnostic différentiel ne serait-il pas assez difficile à établir, si l'on était privé de toute notion sur l'étiologie ? Dès lors, n'y a-t-il pas lieu de se demander si ces différentes substances n'exercent pas, sur l'économie humaine, une action sinon absolument semblable, du moins très analogue, de manière à produire, chez ceux qui en font excès, une seule et même intoxication, identique dans le fond, et présentant seulement diverses variétés, qui ne diffèrent l'une de l'autre que par des caractères d'ordre secondaire ?

Bien que cette question ne se trouve pas posée dans l'article de M. Eloy, on peut cependant y trouver une réponse assez plausible ; l'auteur en effet est amené à dire : « Il n'est pas invraisemblable de regarder l'intoxication chronique par le thé comme une auto-infection par ralentissement des échanges nutritifs que gouvernent les activités nerveuses.

« Les symptômes de la maladie des buveurs de thé seraient ceux d'une affection par nutrition ralentie, bien plutôt qu'un empoisonnement par le principe toxique du thé ».

Mais ne pourrait-on pas faire la même hypothèse pour les affections d'origine alcoolique, l'alcool étant, par excellence, un agent de ralentissement des échanges nutritifs, un médicament d'épargne ?

Nous nous contentons pour aujourd'hui de poser cette question en termes généraux ; l'observation ultérieure permettra sans doute de la résoudre.

Le sujet dont nous venons de parler présente encore un autre point qui nous paraît digne de fixer l'attention. La maladie des buveurs de thé a été observée, en premier lieu, chez des dégustateurs, et à ce point de vue, elle doit être considérée comme une maladie professionnelle.



Nous ignorons si pareille observation a été faite à l'égard des individus, qui, dans les pays de grande production vinicole, exercent spécialement la profession de dégustateurs de vins. En d'autres termes, observe-t-on en France, dans l'Hérault, la Gironde ou la Côte-d'Or, par exemple, des symptômes d'intoxication, se produisant chez les hommes qui font métier de déguster des vins, sans se livrer, en dehors de leur travail professionnel, à une consommation exagérée de boissons alcooliques ? Nous ne sommes pas à même de répondre, pour le moment, à cette question, mais il nous semble qu'elle n'est pas dénuée d'intérêt, et qu'elle mériterait d'être étudiée par ceux de nos confrères qui sont le mieux placés pour observer des faits propres à la résoudre.

Il y a, aujourd'hui, une tendance générale à faire jouer un rôle de plus en plus important aux magistrats et à l'autorité judiciaire, dans toutes les questions relatives aux aliénés. Il est donc naturel que ces questions fixent l'attention des personnes qui étudient le droit, aussi bien que celle des membres du corps médical.

C'est, sans doute, ce courant d'idées qui a inspiré une excellente thèse pour le Doctorat, soutenue devant la Faculté de droit de Grenoble, le 10 juillet 1886, par M. René Fusier, avocat à la Cour d'appel de Chambéry. Mais outre cet intérêt d'actualité, les conditions de naissance et d'éducation du candidat ont dû avoir leur large part dans le choix du sujet qu'il a traité. Il est, en effet, le fils de notre sympathique confrère, M. le Dr Fusier, le digne successeur de Duclos dans la création et le perfectionnement de l'asile de Bassens près de Chambéry. M. le Dr Fusier était déjà à la tête de ce bel établissement, lorsque la Savoie a été réunie à la France, et il a continué à en remplir les fonctions de directeur-médecin, de la manière la plus distinguée, jusqu'à l'époque

toute récente où il a pris sa retraite. Entièrement dévoué à la cause des aliénés, il a su faire partager à son fils son goût pour les choses de notre spécialité, et c'est à cet enseignement paternel, en même temps qu'à l'étude consciencieuse des auteurs les plus compétents, qu'est due la remarquable thèse dont nous parlons.

Ayant pour titre : *Les aliénés, capacité juridique et liberté individuelle*, elle tient tout ce que ce titre annonce.

Comme tous les travaux du même genre, elle se compose de deux parties, l'une de droit Romain, et l'autre de droit Français.

La première, après avoir traité en détail de la capacité civile, se termine par un appendice sur la condition des aliénés au point de vue du droit public ; nous y trouvons plusieurs renseignements intéressants, entre autre celui-ci. A Rome, « la folie, une fois qu'elle était constatée, exonérait des charges publiques en général, et, « détail curieux, il paraît que c'était là un avantage « assez recherché, puisqu'à en croire Ulpien, il arrivait « souvent qu'on simulât la folie pour en bénéficier (p. 94). » Quant à la manière de traiter l'aliéné, il devait, de préférence, être soigné par les siens et chez lui ; mais si cela était impossible, en raison de son état d'indigence ou d'exaltation, le président de la province « devait le faire séquestrer dans des lieux publics de détention appelés : *carceres* ». Les renseignements précis manquent malheureusement sur ces *carceres* ; le jurisconsulte Ulpien dit bien qu'elles ne devaient pas être des lieux de punition, mais il exprime en même temps le regret qu'en pratique il en fût autrement. Rien ne permet donc de penser « qu'il existât, chez les Romains, des établissements publics ou particuliers spécialement consacrés au traitement médical de la folie. On peut plutôt conclure de l'ensemble des textes, assez rares



« d'ailleurs, qui donnent quelques indications sur cette  
« matière, que le système d'assistance soit privée, soit  
« publique, organisé pour les aliénés, était bien plus un  
« régime de surveillance et de sécurité publique, que de  
« traitement proprement dit; il présentait même un ca-  
« ractère de répression pénale ».

La partie Française, beaucoup plus longue que la partie Romaine, est à la fois un historique complet du sujet, et une apologie, presque absolue, de la loi du 30 juin 1838 et des résultats qu'elle a produits.

L'auteur est loin de suivre une tendance à laquelle certains théoriciens et certains magistrats se laissent trop facilement entraîner, et qui consiste à méconnaître la part prépondérante qui revient, par la force même des choses, au médecin, dans tout ce qui concerne les aliénés; il s'applique, au contraire, à montrer la nécessité de faire, entre la science médicale et l'autorité judiciaire, une juste répartition d'attributions et de compétence, et il établit que, sur tous les points importants, ce but a été heureusement atteint par le législateur de 1838.

C'est dire qu'il ne partage nullement les opinions des réformateurs à outrance qui, depuis une vingtaine d'années, ont multiplié les propositions perturbatrices ou impraticables, dont l'adoption ne laisserait pour ainsi dire rien subsister de la législation et de la jurisprudence actuelles; il montre sans peine que l'aliéné étant, avant tout, un malade, c'est avant tout, aussi, au médecin qu'appartient le contrôle de ses actes et l'appréciation de sa responsabilité, en sorte que si le magistrat est appelé à prononcer un jugement, il ne doit jamais le faire sans s'entourer des avis des médecins spéciaux et sans tenir grand compte de leurs opinions.

S'il considère la loi de 1838 comme bonne, il n'affirme pas, cependant, qu'elle soit parfaite; aussi a-t-il soin de

dire, p. 312 : « Nous pouvons donc maintenant conclure, « après avoir examiné les plus graves critiques soulevées contre cette loi, qu'elles ne sont pas méritées, et « que les innovations proposées, qui viennent d'être « discutées, seraient loin de la remplacer avantageusement. Ce n'est point à dire, toutefois, qu'il n'y ait lieu « de rechercher quelles mesures seraient à prendre, non « pas pour modifier précisément la loi de 1838, mais « pour la compléter, et surtout pour en assurer et perfectionner l'application, tout en en respectant l'esprit « et en tâchant de s'en inspirer le plus possible. »

D'une manière générale, ce point de vue se rapproche beaucoup de celui auquel s'est placé le gouvernement lors de l'élaboration du projet de loi, actuellement soumis au Parlement, et dont la discussion au Sénat est sans doute prochaine. Il est trop conforme aux idées qui ont été de tout temps, soutenues par les *Annales médico-psychologiques* pour que nous n'y donnions pas notre entière approbation, sans vouloir d'ailleurs entrer dans l'examen minutieux de tous les détails d'application, sur certains desquels il y aurait quelques réserves à faire.

L'important est de voir un travail très sérieux, très consciencieux, fait au point de vue exclusif du droit par un avocat, aboutir à des conclusions absolument semblables à celles qui sont presque unanimement adoptées par les médecins spécialement voués au traitement des maladies mentales ; une telle concordance dans les appréciations est un argument puissant en faveur de leur exactitude. La thèse de M. Fusier est donc un travail d'une importance réelle, dont la lecture attentive s'imposera à l'avenir, à tous ceux qui s'intéressent au sort des aliénés et qui étudient la législation qui les concerne.

A. F.



## Pathologie.

# UNE FAMILLE ENTIÈRE

## ATTEINTE SIMULTANÉMENT DE DÉMONOMANIE

Par M. le Dr LAPOINTE.

Directeur-médecin en chef de l'asile de La Roche-Gandon (Mayenne),  
Membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Il est bien rare de voir entrer en même temps toute une famille dans un asile d'aliénés. Ce fait vient de se produire, par suite de rechute et par conséquent pour la deuxième fois, à l'asile de la Roche-Gandon.

Il s'agit de la famille Lochin, qui a déjà fait l'objet, à son premier séjour à l'asile, d'un rapport de la part de MM. les Drs Reverchon, alors directeur-médecin de cet établissement, et Pagès, médecin adjoint. Ce rapport se trouve inséré au numéro de juillet 1882 des *Annales médico-psychologiques*.

La famille Lochin comprend sept personnes, le père et la mère, trois fils et deux filles. A l'exception du plus jeune des garçons, qui était soldat depuis 1881, les six autres membres ont été internés une première fois par arrêté préfectoral du 9 janvier 1882, et rendus ensuite à la liberté quinze jours après, par suite de guérison au moins apparente.

Ce fait étrange d'une famille nombreuse, frappée à la

fois et à peu près simultanément d'aliénation mentale, a produit dans la contrée une forte émotion et a fait événement. On l'a commenté, on en a recherché les causes possibles, et les journaux en ont longuement parlé.

Voici le résumé d'un article de l'*Avenir de la Mayenne* du 22 janvier 1882, intitulé : *La famille Lochin d'Andouillé*. « Les personnes qui la composent étaient, avant leur maladie, des gens rangés, propres et économes. On nous a affirmé que jamais on n'avait vu un des Lochin en état d'ivresse. Aux dires de leurs proches, ils se sentaient malades depuis longtemps ; ils avaient, suivant leurs expressions, des faiblesses d'estomac et se droguaient beaucoup. Ils avaient chez eux toute une pharmacie qui ne leur suffisait pas ; ils s'adressaient encore aux guérisseurs, qui passaient pour connaître des secrets. L'un d'eux leur vendit sa panacée 80 francs. Ils en furent tellement enchantés, que les fils l'écrivirent à leur frère, jeune soldat à Angers, qui leur répondit en langage de troupier *que l'individu à qui ils avaient donné 80 francs aurait bien pu leur payer un bon canon sur le comptoir*. Puisqu'il est question du jeune fils Lochin, disons qu'il était malade, lui aussi, avant son départ pour le régiment, qu'il a guéri très rapidement à la caserne, et que son colonel a certifié que sa raison et sa conduite ne laissaient rien à désirer.

« La folie de ces malheureux était singulière. Ils se déshabillaient complètement, sous prétexte que leurs vêtements sentaient mauvais ; ils jetaient leur linge dans leur cour et dans la mare de leur ferme ; ils transportaient leur literie dehors ; on a trouvé des couvertures jusque dans les étables, sous les bœufs ; ils couraient la nuit pieds nus, à travers champs et à travers bois. On les a vus souvent pieds nus dans le ruisseau



on dans la mare. Ils voyaient aussi le diable partout ; c'est ainsi qu'ils ont fait le simulacre de saigner une peau de bique, qu'ils prenaient pour le malin esprit. Un soir, ils sont tous arrivés au bourg d'Andouillé dans leur voiture, et sont descendus chez M<sup>me</sup> Fréard, où ils ont passé la nuit. Le frère était complètement nu.

« Les Lochin étaient des gens religieux ; on nous a même dit que la dernière mission prêchée à Andouillé avait pu contribuer à leur tourner la tête. Nous n'attachons pas beaucoup d'importance à cette version. Il est certain toutefois que des sermons poussés au noir, comme en font parfois les missionnaires, sont bien capables d'ébranler de faibles cerveaux.

« La folie des Lochin avait du reste un caractère religieux très prononcé. Une nuit, les enfants sont venus, vers deux heures du matin, prier dans le cimetière. Ayant vu de là une fenêtre éclairée et croyant à la présence du diable, ils ont brisé les carreaux à coups de pierres. Chez eux, ils s'agenouillaient tous devant le lit placé à la droite du foyer, se mettaient en prières et forçaient les personnes présentes à prier avec eux. A l'église, ils se prosternaient tout de leur long sur les dalles. Enfin, quand ils eurent quitté leur maison, comme on voulait les faire coucher dans les lits, ils répondaient : « Oh ! non ; il faut que nous fassions pénitence », et ils s'étendaient sur le carreau, etc. »

Le même journal, dans un autre article, continue son compte rendu sur la famille Lochin : « Les six personnes qui la composent sont atteintes du même genre de folie ; elles se croient empoisonnées par des sorciers ; elles s'imaginent que le diable est dans leurs vêtements ; elles voient d'ailleurs le diable partout et sans cesse ; elles ont l'idée fixe de se faire exorciser ; elles s'affublent d'images de sainteté et accumulent des statuettes autour d'elles ; l'une des filles se croit dam-

née..... La folie avait rendu ces pauvres gens dangereux ; ils vagabondaient le long des routes, attaquaient les passants et les poursuivaient à coups de pierre. L'autorité a dû intervenir et prendre des mesures. »

A cette première relation, recueillie par l'*Avenir de la Mayenne*, auprès des habitants d'Andouillé et des personnes qui vivaient en contact avec les malades, je joins le relevé succinct des six certificats médicaux, qui ont servi à motiver leur premier internement à l'asile. Ils ont été délivrés le 8 janvier 1882, par M. le Dr Chabrun, ancien interne des asiles d'aliénés et qui exerce dans la commune même d'Andouillé.

1° Je soussigné, etc., certifie que le nommé Lochin Pierre (père), âgé de soixante-quatre ans, est atteint d'aliénation mentale. Cet homme, naturellement faible d'intelligence, a entendu, depuis des semaines, ses enfants se dire malades, et mettre leur maladie sur le compte des sorciers, qui les auraient atteints par leurs sortilèges. Lui-même a été frappé du même délire. Je l'ai trouvé entièrement nu, parce que ses vêtements étaient empoisonnés ou plutôt contenaient le diable. Il était en proie à une vive fureur, qu'il traduisait par des juréments ; ne cessait de cracher, refusait de manger. Depuis plusieurs jours, il s'est mis comme ses proches et avec eux à vagabonder. Cet homme crée un véritable danger, etc.

2°..... Que la nommée Lefauchaux, femme Lochin, domiciliée à Andouillé, est atteinte d'aliénation mentale. La malade a eu des idées d'abord d'empoisonnement avec des hallucinations de l'odorat. Elle n'a point tardé à mettre sa maladie sur le compte des sorciers ; elle s'est ensuite crue damnée, possédée du diable. Sous l'influence de son délire, elle n'a cessé de vagabonder, tantôt seule, tantôt avec ses enfants, son mari, tous en proie au même délire, allant tantôt réclamer les se-



cours de la religion, se mettant nue pour se purifier, etc. Elle refuse souvent de manger. En somme, la malade est atteinte d'un délire dépressif avec prédominance d'idées de possession. Elle est dangereuse, etc.

3°. Que le nommé Lochin, âgé de trente ans, est atteint de folie à caractère triste. Il a été empoisonné par des sorciers, il voit le diable sans cesse ; il l'a en lui. Aussi refuse-t-il de manger. Moins expansif que ses sœurs, il a les mêmes tendances qu'elles à vagabonder ; se prosterner sans cesse à terre ; prie pour conjurer le sort que lui a jeté le diable ; a été violent à diverses reprises ; a brisé des vitres pour abattre le démon. Le malade est dangereux, etc.....

4°. Que le nommé Lochin (Joseph), âgé de vingt-sept ans, est atteint d'aliénation mentale. Il est d'un caractère habituellement peu communicatif ; il a entendu longtemps ses sœurs se plaindre et mettre leur maladie sur le compte d'un sort qui leur a été jeté. Lui-même a été pris de douleurs d'estomac d'abord, puis d'hallucinations du goût et enfin d'idées de persécution. Le diable va enlever ses parents ; il le voit à tout moment. Il vagabonde avec eux, refuse de manger. En somme, eu égard à la similitude de son délire avec celui de tous les siens, et à des tendances impulsives, il doit être considéré comme dangereux, etc.

5°. Que la nommée Lochin (Jeanne), âgée de vingt-huit ans, est atteinte de folie à forme démoniaque. Son délire actuel a été précédé d'idées d'empoisonnement, accompagnées d'hallucinations de l'odorat, du goût et de sensations fausses. Souvent très loquace, elle se dit perdue, damnée ; elle n'a de recours contre le diable qu'en la Vierge et les saints ; aussi s'affuble-t-elle d'images et de statuettes qui la protégeront. Elle court sans cesse chercher les prêtres ; est souvent violente ; entre fréquemment en communication de son

délire avec sa sœur, et alors devient beaucoup plus agitée. Elle a présenté des symptômes non équivoques d'hystérie ; est dangereuse à cause de sa violence et de sa tendance au vagabondage, etc..

6°..... La nommée Lochin (Marie), âgée de vingt-quatre ans, est atteinte de folie caractérisée par des idées d'empoisonnement par des sorciers. Sa maladie, dit-elle, n'est pas curable. Elle est possédée du diable ; elle le voit partout ; elle le porte dans ses vêtements ; c'est lui qui la pousse sans cesse à marcher ; elle fait des efforts de toute nature pour s'en débarrasser. D'une loquacité extrême, surtout quand elle se trouve avec sa sœur, elle est le jouet d'hallucinations de l'odorat, de la vue et de l'ouïe ; ne dort pas, refuse fréquemment de manger ; vagabonde, les cheveux épars, faisant des gestes et prononçant des paroles incohérentes. Elle est très violente parce qu'elle voit le diable partout et veut le tuer ; elle entraîne ses parents dans ses courses folles avec elle. Cette jeune fille a présenté depuis des mois des symptômes non équivoques d'hystérie : douleurs névralgiques variées, sensations d'étouffement, etc. Elle est actuellement très dangereuse.....

A ces divers documents, empruntés aux journaux de la contrée et aux certificats médicaux ci-dessus, nous ajouterons, en les résumant, ceux que MM. les D<sup>rs</sup> Reverchon et Pagès ont consignés dans leur rapport et qui, du reste, confirment en tous points et complètent ceux qui précèdent.

« La famille Lochin, à sa première entrée, arrive à l'asile vers les six heures du soir ; les six aliénés sont camisolés. Le père refuse de marcher ; la mère est soutenue par deux gardiennes ; les quatre enfants marchent seuls. Ils paraissent tous en proie au même délire ; ils ont les yeux hagards, la face vultueuse ; ils osent à peine répondre aux questions qui leur sont



adressées. Ils sont visiblement troublés dans leurs idées ; ils se regardent les uns les autres, comme pour savoir ce qu'il faut dire. Le premier soin est de les isoler les uns des autres, en les envoyant dans six quartiers différents. Au point de vue de leurs antécédents, les Lochin ne présentent rien de particulier ; ce sont de bons cultivateurs qui font bien leurs affaires ; d'une constitution excellente, ils n'ont jamais commis d'excès, si ce n'est peut-être le père qui parfois dépasse les limites de la tempérance. Ils ne présentent pas de traces positives d'hérédité dans leur famille. Il y a quinze ans, Lochin père a bien été pris d'un délire, qui dura quelques jours, mais ce fut par suite d'une pneumonie dont il se trouvait atteint. Les deux filles présentent l'une et l'autre un degré d'hystéricisme se traduisant par des variations d'humeur et des inégalités de caractère. »

Les auteurs du rapport décrivent avec soin les maux que les malades éprouvaient depuis plusieurs mois et qui les ont fait s'adresser à tous les médecins et médecins de la contrée, mais sans résultat. Ils ajoutent qu'ils ont ensuite recherché des consolations et du soulagement dans les exercices d'une mission prêchée à Andouillé, mais avec bien moins de profit encore ; et enfin, qu'en désespoir de cause et sous le coup d'un sort, à l'existence duquel ils croyaient, ils ont eu recours à un sorcier en renom, qu'ils ont fait venir à leur foyer et retenu plusieurs jours, afin de mieux profiter de ses conseils et de mettre en usage ses remèdes secrets. Ils appuient avec intention sur un breuvage mystérieux de sa composition, additionné très probablement des principes de quelques solanées vireuses, breuvage en tout cas suspect, qui dans leur opinion aurait déterminé, par empoisonnement, les manifestations morbides de l'ordre physique et mental qu'ont présentées les six Lochin.

« Ceux-ci payèrent les services du devin 80 francs. Il leur avait dévoilé l'avenir au sujet de leur maladie ; il leur avait annoncé qu'ils quitteraient leur maison, qu'ils vagabonderaient, courraient à droite et à gauche, et que ceux qui courraient le plus fort seraient les premiers guéris. Il leur avait même prédit la fin du monde et la mort subite dans l'année d'un habitant d'Andouillé. La présence du sorcier les avait rassurés ; mais à peine fut-il parti, que l'inquiétude augmenta : La plus jeune fille s'alite ; on va chercher le prêtre, à qui l'on demande de purifier la maison. La malade n'en va que plus mal ; elle devient hallucinée et délirante. Des bruits se font entendre autour de son lit ; elle voit des lueurs, des flammes blanchâtres, perçoit des odeurs de soufre, se sent étreinte à la gorge, se dit empoisonnée, possédée du démon et se livre à des actes désordonnés. Les autres membres ne tardent pas à s'exalter et à prendre part, par influence réciproque, aux véritables scènes démoniaques que nous connaissons. »

Pendant leur premier séjour à l'asile, qui a duré, pour le père et la mère, du 9 janvier au 6 février suivant, et pour les quatre enfants, de la même date au 24 du même mois, c'est-à-dire 27 jours pour les premiers et 15 jours pour les autres, les Lochin ont présenté à l'observation de MM. Reverchon et Pagès les symptômes suivants :

« Les premiers jours, trois d'entre eux restent sous l'influence d'une véritable dépression mélancolique. La mère est anxieuse, se lamente et paraît comme terrifiée. Jeanne et Pierre sont presque dans le même état. Les trois autres sont au contraire surexcités, parlent avec entrain ; Marie surtout est exaltée. Tous se croient victimes d'un sort et possédés du diable. Ils continuent à éprouver des hallucinations de plusieurs sens, du goût et de l'odorat principalement. Ils sentent des odeurs sul-



furieuses et infectes. Ils font des efforts d'expuition, éprouvent un serrement à la gorge, et les jeunes filles font remonter l'oppression de la région de l'estomac à la base du cou. Ils ont de la soif, de la sécheresse de la bouche et un certain degré de dilatation pupillaire. »

Tout cet ensemble pathologique s'atténua rapidement ; il disparut même après un traitement de courte durée, et les malades ont été rendus à la liberté après un internement de peu de durée.

Cependant le développement rapide de la maladie des Lochin et sa guérison plus rapide encore, ainsi que certains caractères qu'elle avait présentés, avaient étayé dans beaucoup d'esprits même sérieux, l'idée d'empoisonnement. Celle-ci avait fait rapidement du chemin, et le sorcier guérisseur dut rendre compte en police correctionnelle de son breuvage et de son pouvoir magique. Il fut condamné à trois mois de prison pour exercice illégal de la médecine.

Les six Lochin, à leur sortie de l'asile, regagnèrent leur ferme. Ils en continuèrent l'exploitation comme auparavant, à la satisfaction de leur propriétaire. Tout alla bien ; pendant plus de deux ans, rien n'attira l'attention sur eux. Sans doute, leur simplicité de caractère, leur tendance aux idées superstitieuses, leur facilité à tout assombrir et à voir partout des influences occultes, des maléfices et des obsessions diaboliques, existent au même degré qu'autrefois ; mais c'est là le niveau moral qu'on leur connaît, et il ne vient à personne l'idée de contester leur guérison.

Ils passaient donc pour bien portants, et l'opinion était rassurée à leur sujet, lorsque sur la fin du mois d'août 1884, la mère se montra plus inquiète que d'habitude, gémissant sur le malheur qui les avait frappés, et accusant des ennemis imaginaires de les avoir voués tous aux sorciers et à l'esprit malin. Rien ne put la ras-

sur. Les siens même durent tenir conseil et décider qu'elle ferait le pèlerinage de Pontmain, célèbre dans la contrée par la fréquence de ses miracles. Elle s'y rendit le 6 novembre. Deux de ses enfants l'y accompagnèrent. L'abbé du lieu fut consulté sur les causes du mal. Sa réponse leur parut viser au laconisme et par là au mystère : « Je vois bien, dit-il sentencieusement, ce dont il s'agit. » Ces paroles jetèrent la mort dans l'âme des trois pèlerins. La mère rentra à son domicile plus malade qu'auparavant. Les autres membres de la famille ne tardèrent pas à le devenir. Le dimanche suivant le fils aîné, en quittant de prendre son repas, accuse un malaise général et fait comprendre qu'il se sent comme étreint et soulevé de terre, puis s'écrie avec colère : « Il faudra bien que cela finisse. » Quelques jours après, la famille tout entière arrivée, pour ainsi dire subitement, sous l'influence de son degré de prédisposition et par contagion réciproque, au paroxysme de la démonopathie, se livre à de véritables bacchanales. On la conduit d'urgence, et pour la deuxième fois, à l'asile de la Roche-Gandon, le 18 novembre 1884.

1° La mère, depuis le jour du pèlerinage de Pontmain, ne dort plus et mange peu. Elle accuse des ennemis de lui avoir jeté un sort, se lamente, gesticule, se prosterne pour invoquer le secours de Dieu et conjurer les malédictions. Elle voit le diable partout ; elle perçoit des odeurs de soufre et de corne brûlée. Les personnes qui passent à côté d'elle ont la figure noire ; des chiens et des chats noirs et blancs lui apparaissent.

A son arrivée à l'asile elle tremble parce qu'elle a peur du démon et qu'elle craint d'être damnée. « Elle raconte qu'ils ont bien des ennemis, que le curé de la paroisse va jusqu'à faire allusion à ses filles dans ses prônes du dimanche ; que d'autres se moquent d'elles en passant. Elle explique qu'ils sont victimes d'un sort



et qu'ils ont été guéris une première fois par un sorcier, qui leur a annoncé la fin du monde et la mort subite du coupable dans le courant de l'année ; que sa prédiction s'est réalisée sur ce dernier point ; car, peu de temps après, un homme mourait subitement dans la commune, et c'était bien le coupable, puisqu'en le saignant, une goutte de sang noir avait jailli sur l'étole du prêtre qui l'administrait. Pour les guérir, le sorcier leur avait fait prendre une liqueur d'absinthe préparée par macération de la plante dans de l'eau-de-vie de cidre, remède dont ils ont encore essayé cette fois, mais sans succès jusqu'alors... »

Toute imbue de ces idées délirantes, M<sup>me</sup> Lochin isolée des autres membres de sa famille, qui tous ont été, dès leur entrée, placés dans autant de quartiers différents, s'améliore rapidement et parvient à s'occuper d'une manière régulière.

Sans la juger guérie, nous proposons sa mise en liberté avec celle de toute sa famille le 7 janvier, c'est-à-dire après six semaines environ de séjour à l'asile.

2° Lochin, père, a été moins affecté que sa femme. Il était triste et inquiet, plutôt que déprimé. Parfois même il se surexcitait et était pris de tremblement nerveux, participant ainsi à sa manière aux actes désordonnés de ses enfants. Mais il partage toutes leurs idées de superstition et de sortilèges. Il pense qu'un sort leur a été jeté, et que c'est le malin qui a fait tout le mal. Il crache sans cesse, parce qu'il se croit empoisonné et qu'il veut rejeter le poison. A l'arrivée du médecin chargé d'examiner à domicile toute la famille, il était tout nu. Sa fille Jeanne l'avait deshabillé et avait rejeté au loin ses vêtements, sous prétexte qu'ils étaient souillés et imprégnés de principes malfaisants.

A l'asile il est calme et recouvre dès le premier jour sa lucidité ; il raconte que lorsqu'il se trouve en pré-

sence de ses enfants et qu'il les voit agités, il ne peut lui-même se soustraire à l'entraînement, et que c'est malgré lui qu'il prend part à leurs actes de folie. Malgré un certain degré de sens pratique, qui fait qu'il raisonne juste sur beaucoup de choses, il reste dominé par des idées de sorcellerie et de possession. Il sort de l'asile à la même date que sa femme et ses enfants.

3° Lochin (Pierre) était un des plus accablés ; il était comme affaîssé sous le poids d'une profonde tristesse. Il éprouvait des sensations de brûlures, et pour les calmer, il se mettait les pieds dans l'eau et se faisait des ablutions froides. Il se prosternait, chantait des cantiques en croisant les bras, afin de conjurer le sort et de chasser le diable ; se déshabillait, se tenait tout nu et vagabondait, fuyant la maison pour se soustraire au malheur.

A l'asile, il est triste, se montre timide, répond à peine aux questions qu'on lui adresse ; il présente un certain degré de dilatation et d'inégalité pupillaire. Il a pris comme sa famille quelques cuillerées d'absinthe que leur avait indiquée primitivement le sorcier. C'est lui qui cette fois est tombé malade le second. Le dimanche soir qui a précédé la Toussaint, au moment où toute la famille était réunie pour prendre son repas, il s'est senti oppressé, serré à la gorge et comme soulevé de terre. Irrité par la tentative qu'il subissait, il s'est écrié : « Ce n'est rien, il faudra bien que cela finisse. » Une demi-heure après, des bruits, des roulements se faisaient entendre dans les greniers, et toute la famille restait terrifiée, s'interrogeant pour savoir quelle pouvait en être la cause mystérieuse. Le malade fait ce récit de la meilleure foi du monde, imbu qu'il est d'idées de sorcellerie et de possession.

Le calme revient bientôt et lui permet de s'occuper régulièrement et de quitter l'asile en même temps que les siens.



4° Lochin (Léon) contrairement à son frère, présentait un certain degré de surexcitation générale, parlait avec volubilité, ne restait point en place, se livrait à des gesticulations et à des mouvements excentriques. A l'exemple de sa mère et de ses sœurs, il ressentait dans toutes les parties de son corps comme des secousses électriques, avait la gorge serrée, percevait des odeurs méphitiques et faisait des efforts d'expuition. Il voyait parfois des ombres ou des lueurs passer sous ses yeux. Pour lui comme pour les autres, la maison était frappée d'un sort ; il fallait la quitter, et c'est pour cette raison qu'ils sont allés se réfugier tous ensemble dans une ferme voisine. Le jour de son arrivée à l'asile il est encore surexcité ; c'est lui qui prend la parole pour tous ; il raconte ce qui est arrivé à chacun d'eux, fait de nombreuses réticences, lorsqu'il essaye d'interpréter les faits, laissant comprendre qu'il est dominé par des idées délirantes manifestes. Dès le lendemain il est mieux et reprend en partie conscience de lui-même. Il s'aperçoit qu'il porte au côté externe du pied droit une eschare de la largeur de la paume de la main, dont il commence à souffrir. C'est une brûlure au second degré intéressant toute l'épaisseur de la peau et sur laquelle il est impossible au malade de donner aucune explication. Elle n'a pas demandé moins d'un mois à se cicatriser.

Comme toute sa famille, il a fait usage de la préparation d'absinthe. Il en prenait de temps en temps une cuillerée à bouche. Lochin (Léon) a quitté l'asile dans un état d'amélioration très satisfaisant, reconnaissant avec ses parents qu'ils avaient été le jouet d'un véritable accès de folie.

5° Jeanne Lochin était agitée, divaguait, avait des idées de persécution et d'empoisonnement. Elle accusait de l'oppression, se plaignait d'un poids qui lui comprimait la poitrine et la gorge. Le médecin et les personnes

qui l'approchaient avaient une haleine fétide et répandaient des odeurs nauséabondes. Elle avait vidé les armoires, jeté la literie et semé les vêtements de la famille, sous prétexte que le tout était ensorcelé. Elle déshabillait ses frères et avait elle-même endossé le pantalon et le gilet de l'un d'eux ; se livrait à des contorsions de tous genres, prenait des poses érotiques, se prosternait pour conjurer le sort ; s'adjoignait à sa sœur pour servir de boute-en-train aux autres et les entraîner hors de leur domicile, à travers champs, afin de se soustraire aux maléfices. A l'asile elle est encore persécutée, loquace, incohérente dans ses idées, et mêlant dans ses divagations les noms de Dieu et du diable indistinctement. Elle se plaint d'une sensation de brûlure à la gorge, perçoit des odeurs de soufre, tousse, crache, comme pour expuer des matières malfaisantes. Bientôt elle recouvre son calme et sa lucidité, travaille régulièrement et est rendue à la liberté en même temps que les siens.

6° Marie Lochin a été plus agitée encore que sa sœur. Elle présentait des manifestations hystériques bien tranchées : étouffements, sensation d'un globe qui lui remontait de l'estomac à la gorge ; attitudes libidineuses et provocantes ; chants et propos grossiers. Elle sortait à moitié nue, vagabondait, courait après les prêtres ; a pénétré à la cure et souffleté le vicaire.

Dès le lendemain de son entrée à l'asile, elle reprend ses sens ; elle rend compte des crises qu'elle a éprouvées et déclare néanmoins qu'on leur a jeté un sort ; qu'ils craignent tous d'être damnés et possédés. Elle avoue en même temps qu'ils ont tous pris de la liqueur indiquée par le sorcier. Mais elle ajoute que, pour elle, elle en a pris fort peu, et que ce ne peut être la cause du mal qui les afflige.

C'est une jeune fille d'une constitution nervoso-san-



guine, aux cheveux noirs, aux yeux vifs. A sa sortie, qui a lieu le même jour que celle de sa famille, elle était dans un état très satisfaisant.

Nous venons de voir l'observation des six Lochin pendant leur premier accès d'aliénation mentale, en 1882, et celle à laquelle a donné lieu leur rechute dans la période correspondante de l'année 1884. Si on rapproche l'une de l'autre ces deux atteintes, si on les compare, on est frappé de leur similitude presque complète; à part une faible différence chez certains d'entre eux, au point de vue du degré de dépression ou de surexcitation, on constate, en 1884, les mêmes conceptions délirantes, les mêmes manifestations psychiques, les mêmes illusions, hallucinations et troubles sensoriels qu'en 1882. MM. les D<sup>rs</sup> Reverchon et Pagès, qui dans leur travail n'ont pas eu l'avantage de pouvoir profiter des renseignements que porte toujours avec elle une récurrence, ont cru pouvoir attribuer l'origine du mal à un degré d'intoxication par une préparation vireuse, qui aurait été administrée par un sorcier guérisseur. Les précédents qui avaient eu lieu et les circonstances insolites du cas qui se présentait à leur observation, rendaient peut-être l'hypothèse vraisemblable et permettaient des investigations dans cette voie. Mais en présence d'une rechute identique par ses manifestations au premier accès, la même manière d'envisager et de juger le fait pathologique des Lochin est-elle encore admissible? Je ne le pense pas. Il est vrai qu'ils n'ont pas discontinué de faire usage de loin en loin de la liqueur conseillée par le sorcier, et qu'ils y ont eu recours plus souvent, lorsqu'ils se sont sentis menacés d'une rechute. Mais que devait être cette liqueur mystérieuse? J'ai fait faire des perquisitions dont a bien voulu se charger M. le D<sup>r</sup> Pagès lui-même. Il est allé à Andouillé et, sur les indications qui lui avaient été

données, il ne lui a pas été difficile de découvrir, au domicile des Lochin, la plante et sa préparation dont ils prenaient de temps en temps par cuillerées à bouche seulement et dans le cas de malaise ou de légère indisposition. Il a rapporté l'une et l'autre, et nous y avons fait constater par un botaniste distingué des tiges, feuilles et sommités d'absinthe (*artemisia absinthium*) en macération dans de l'eau-de-vie de cidre.

Il est constant, d'après des renseignements précis et formels donnés par les Lochin eux-mêmes et sur lesquels aucun d'eux n'a varié dans ses dires, qu'ils n'ont fait usage de cette préparation qu'à la dose d'une cuillerée à bouche à la fois de loin en loin seulement, rarement plusieurs jours de suite, et presque jamais plusieurs fois dans le même jour. Il n'est pas moins constant que durant le temps qui a précédé leur rechute, ils n'ont eu recours à aucune préparation toxique du genre des solanées vireuses. Il faut donc chercher ailleurs la cause du mal.

On ne peut le dissimuler, les idées religieuses exagérées, le fanatisme et la superstition, en un mot tout ce qui frappe vivement l'esprit et impressionne fortement l'imagination, favorise singulièrement le développement d'états nerveux sur lesquels vient facilement s'enter une véritable aliénation mentale. Parmi les causes de même ordre, il n'en est peut-être point de plus efficace que la croyance au merveilleux, et une disposition trop facile à voir le surnaturel en toutes choses, qu'entretiennent ou exaltent des préoccupations religieuses suscitées souvent par un zèle irréfléchi et des conseils qui ne sont pas toujours suffisamment éclairés.

Il suffit de rappeler à ce sujet quelques faits demeurés célèbres, tels que le *Mal des Andous*, sorte de démonomanie qui affligea la Hollande, la Belgique, l'Allemagne dans le xiv<sup>e</sup> siècle; l'épidémie de possédés



qui éclata à Rome en 1552 et s'étendit à quatre-vingt-quatre individus ; celle qui eut lieu, vers la même époque, parmi les religieuses du monastère de Kerndrop en Allemagne ; celle de Loudun, qui gagna plusieurs villes voisines et menaça tout le Haut-Languedoc ; celle des convulsionnaires de Saint-Médard ; celle enfin, pour ne pas en citer un plus grand nombre et nous rapprocher entièrement de notre époque, qui a éclaté, il y a peu d'années, dans l'un de nos départements du Midi : je veux parler de l'épidémie de Morzine, contre laquelle l'administration elle-même a dû prendre des mesures. Toutes démontrent à l'évidence ce que peuvent la croyance au merveilleux, le fanatisme, l'exaltation religieuse, et ce que peut aussi la contagion morale fécondée par l'imagination et par l'incitation morbide à l'imitation.

Le cas pathologique d'Andouillé, qui a frappé une première fois en 1882, et une deuxième fois en 1884, six membres d'une même famille, et aurait sûrement frappé le septième s'il n'avait point été appelé au service militaire, n'est pas d'une autre nature que ceux que je viens de rappeler. La famille Lochin possède des qualités sérieuses, il est vrai ; elle est simple, honnête, rangée, elle fait honneur à ses affaires, et le propriétaire de la ferme qu'elle cultive en rend un bon témoignage ; mais elle vit à l'écart et dans l'isolement et, par suite, sans relations et sans contact journalier avec personne. Elle est de plus dominée par la religiosité et le fanatisme. Elle ne possède ni les lumières, ni la volonté, nécessaires pour se soustraire à des croyances d'un autre âge, si fréquentes encore parmi les populations des contrées de l'Ouest.

Qu'on interroge l'un ou l'autre des Lochin. Il est difficile d'obtenir sur quoi que ce soit une réponse claire et nette. Qu'éprouviez-vous lorsque vous étiez malade ?

— Je ne sais pas. Vous êtes plus savant que moi, vous pouvez mieux le savoir que moi ; moi je crois qu'il n'y a que Dieu qui le sache. — Désirez-vous quitter l'asile et retourner à votre ferme ? — Je ne sais pas, je m'en rapporte à vous ; je n'ai d'autre désir que de faire la volonté de Dieu. — Quelle a pu être la cause de votre maladie ? — Je ne puis m'en rendre compte, je ne puis voir qu'un sort qui nous aurait été jeté. Mais serait-il possible que Dieu l'ait permis ? — Qui donc vous aurait jeté un sort ? — Il ne m'est pas possible de le savoir. Cependant le sorcier nous avait annoncé qu'un homme mourrait subitement avant la fin de l'année dans la commune d'Andouillé. Le fait s'est produit et, au moment où l'on saignait cet homme et qu'en même temps on l'administrait, une goutte de sang noir a jailli sur l'étole du prêtre..... j'en ai conclu qu'il pouvait bien être le coupable et qu'il avait sans doute pratiqué le métier de jeter des sorts, etc.

Ces quelques réponses, extraites des nombreuses conversations de même nuance que nous avons eues avec chacun des malades, suffisent à elles seules pour donner la note entière de leur état mental. On comprend dès lors qu'un fond si fragile, si tourmenté et bouleversé par une idéation fanatique et superstitieuse que rien ne venait éclairer, se soit prêté facilement au développement d'un état nerveux spécial, d'un degré de nervosisme ou mieux, dans l'espèce, d'un véritable degré d'hystéricisme qui, par suite d'influences réciproques, a donné lieu chez tous à un ensemble de manifestations physiques et mentales à peu près identiques, constituant en tous points une épidémie de famille à forme démonopathique. Tous, en effet, ont accusé un serrement de poitrine, une constriction à la gorge dont se sont plaints surtout la mère et les jeunes filles. S'ils avaient été examinés au fort de l'accès, avant leur entrée à l'asile, au point de vue des



modifications de la sensibilité physique, il est supposable qu'on aurait découvert chez chacun d'eux des points ou des zones d'hyperesthésie ou d'anesthésie, tels qu'on les signale dans l'hystérie et par suite dans l'hystéro-démonopathie. La brûlure au second degré de la grandeur de la paume de la main, que portait au pied droit Léon Lochin, sans qu'il ait pu en connaître l'origine et sans qu'il en ait eu conscience jusqu'au jour de son internement, en est une preuve à peu près certaine.

Chez tous, les hallucinations sont à peu près les mêmes ; c'est une odeur de soufre, de corne brûlée, méphitique, qu'ils perçoivent et qui leur infecte la bouche ; aussi font-ils pareillement des efforts d'expuition, afin de se purifier en rejetant le poison.

Ce sont des animaux surtout de couleur sombre ou noire qu'ils voient, et dont ils restent terrifiés ; les personnes qu'ils rencontrent ont souvent la figure noire et satanique. Ils entendent même simultanément des bruits imaginaires, des coups frappés aux portes, des roulements dans les greniers.

Lochin, père, qui a fait quelques excès de boisson, joint à ces manifestations certaines hallucinations spéciales. Il voit des souris et des rats sur son lit et sent des serpents ramper sur son corps. C'est l'effet propre de son degré d'alcoolisme. — Est-il étonnant que ces manifestations d'un profond ébranlement nerveux, développé sous l'influence de causes que nous connaissons, aient revêtu les caractères aussi tranchés d'une véritable folie des persécutions qui, portée à son paroxysme, a pris la forme de la démonomanie la plus accentuée ? Du névropathisme délirant, suscité par des préoccupations religieuses mal éclairées et non contenues dans les limites de la saine raison, aux idées de persécution, de sortilèges et de possession, et au cortège psychique

et somatique qui les accompagnent, il n'y a le plus souvent qu'une faible distance que la famille Lochin a eu le malheur de franchir à deux reprises différentes.

En dernier lieu, comme la première fois, ils ont quitté l'asile dans un état satisfaisant; mais nous n'avons pas manqué de leur recommander, pour amoindrir ou écarter le danger, de rompre avec tout ce qui touche au merveilleux et que n'accueillera pas le simple bon sens, de rechercher le contact de gens éclairés; et, pour donner peut-être un tuteur à leur fragilité mentale, nous avons cru devoir signaler à l'autorité administrative tout l'avantage que présenterait le retour au milieu d'eux du troisième fils, qui est depuis plusieurs années au service militaire. Par des idées trempées dans un nouveau milieu, il arriverait sans doute à faire obstacle à une nouvelle rechute.

Les six Lochin, sortis de l'asile en janvier 1885, retournèrent à leur ferme; mais comprenant bientôt la situation qui leur était faite aux yeux de leur propriétaire et des habitants de toute la région, résolurent de la quitter et de se disperser, afin de pourvoir chacun de son côté à ses propres besoins. — Comme ils sont rangés et travailleurs, ils y parviennent sans peine.

Depuis cette époque, la mère seule a éprouvé une rechute de courte durée.



## ÉCHOLALIE

### DANS LE COURS D'UNE AFFECTION MENTALE

Par M. le D<sup>r</sup> H. MABILLE

Directeur médecin en chef de l'asile de Lafond.

**SOMMAIRE.** — Hystéro-manie avec périodes d'excitation suivies de périodes de tristesse ; idées d'empoisonnement, idées de grandeur ; changements brusques de personnalité ; secousses musculaires, écholalie. — Hérité.

La malade dont il est ici question et que nous observons depuis plusieurs années, est âgée de trente-deux ans. — Dès l'âge de seize ans, elle fut prise d'accidents convulsifs indéterminés, mais qui paraissent se rattacher à l'hystérie. Elle fut traitée pour cette affection nerveuse, notamment à Divonne.

Les crises nerveuses cessèrent, mais la malade conserva un caractère mobile, changeant, très personnel, et sous les apparences de la raison ne cesse de cacher un trouble mental caractérisé par de l'irascibilité, des goûts bizarres, le tout accompagné de spasmes (pylorisme et œsophagisme) et de migraines fréquentes.

Sa famille, sur les conseils d'un médecin, se décida à la marier, espérant amener un amendement dans l'état mental.

Deux ans se passèrent dans un état relativement satisfaisant. Puis, la malade se mit à accuser son mari d'actes immoraux sur sa personne ; de là un procès assez

scandaleux, au cours duquel M<sup>me</sup> X... dut être l'objet d'examens et de rapports, contradictoires d'ailleurs, de MM. Gallard et Legrand du Saulle. M<sup>me</sup> X... perdit son procès.

Mais quelque temps avant la solution du différend, M<sup>me</sup> X... fut atteinte d'une excitation maniaque intense, avec désordre extrême des idées et des actes, état qui nécessita son placement à la maison de santé d'Ivry.

Quelque temps après la malade fut transférée à Lafond et placée dans un pavillon spécial situé hors de l'établissement.

Le certificat d'admission, signé par M. Luys, est ainsi conçu :

« A été traitée dans mon établissement pour un accès de *manie hystérique* compliquée d'hallucinations très intenses. Cet état auquel se joignent des moments d'excitation violente, surtout lorsqu'elle reçoit la visite de ses parents, nécessite un isolement complet de la malade pendant un certain temps... » 28 juin 1884. Signé : Luys.

M<sup>me</sup> X... est une femme d'une taille élevée, à l'air intelligent. L'examen physique ne révèle rien de bien spécial. La tête ne présente pas d'asymétrie et paraît régulièrement conformée ; on ne rencontre pas chez elle de stigmates physiques apparents.

Cependant les renseignements fournis par les parents nous apprennent qu'il y a eu plusieurs aliénés dans la famille. Le père de la malade est lui-même bizarre et très hypochondriaque.

On ne note pas de troubles dans le langage ni de la locomotion ; M<sup>me</sup> X... est pâle, généralement constipée ; elle a de fortes douleurs abdominales au moment des règles ; mais on ne trouve pas chez elle de zones hystérogènes et elle ne semble pas avoir d'anesthésie ni d'hyperesthésie. Cependant la malade se plaint de temps en temps de spasmes à la gorge.



Au moment de son arrivée à l'établissement, M<sup>me</sup> X... brise ce qui tombe sous sa main, tient des propos licencieux. Elle est Blanche de Castille, a correspondance avec Saint-Louis. Son père n'est pas mort ; sa mère est M<sup>me</sup> Barboux ; elle fait toutefois des offres de mariage au directeur, ne dort pas, se dit empoisonnée par sa mère, déteste autant son mari que sa mère. Cet état dure pendant près d'un mois, puis le calme survient avec un certain affaïssement.

Néanmoins, pendant les périodes de calme, M<sup>me</sup> X... conserve toutes ses rancunes et ses idées délirantes contre sa mère et son mari.

Parfois elle refuse absolument les aliments, parcequ'ils sont empoisonnés.

Elle change *d'idées délirantes à chaque instant*, fait des erreurs dans les personnes ; il y a, dit-elle, des transformations de personnes. Son mari, celui qui a commis tant de méfaits, est annulé par le vrai mari qui est le D<sup>r</sup> Mabile.

« Ce qui semble le mieux caractériser son affection, écrivions-nous à M. le Procureur général de Poitiers, à la date du 17 octobre 1884, c'est la mobilité extrême dans les idées, le tout accompagné *d'attaques convulsives légères* et peu fréquentes. En sorte que pour M. Luys qui l'a soignée et pour moi-même, M<sup>me</sup> X... est atteinte d'hystéro-manie avec idées de grandeur et de persécution, périodes très courtes de calme suivies de périodes d'excitation, sans qu'on puisse retrouver dans ces alternatives un *type périodique* ; car si M<sup>me</sup> X... a parfois des périodes de mélancolie, elle s'excite au milieu de ces périodes et retombe ensuite dans la concentration qui d'ailleurs a une courte durée et une durée variable... Elle passe maintenant quelques bonnes journées et dort mieux.

Mais aussi parfois *l'excitation reparait subitement* avec les idées de grandeur et de persécution.

La malade tout en étant fort calme a des idées bizarres. Elle agit par exemple sous l'influence du jeu de tonneau, écrit à son mari les lettres les plus tendres ; puis tout à coup prétend qu'il est un scélérat, qu'elle a été fort malheureuse avec lui ; elle demande à sortir de l'établissement pour poursuivre son procès en divorce.

La mobilité de M<sup>me</sup> X... est telle que, dans le premier membre de la phrase, elle peut demander et demande parfois à se rapprocher de son mari, tandis qu'elle conclut à la séparation dans le second.

D'ailleurs elle déclare à maintes reprises que M<sup>e</sup> Barboux, avocat, est son mari. Depuis quelque temps le Directeur de l'asile a supplanté M<sup>e</sup> Barboux et M<sup>me</sup> X... m'a affirmé plusieurs fois qu'elle voulait retourner à son mari « ex-docteur Mabilie » et que les lettres adressées à son époux sont adressées à moi-même. »

Cet état se continua pendant les mois qui suivirent, et pendant toute la durée du séjour à l'établissement M<sup>me</sup> X... eut *deux crises nerveuses hystériformes* avec quelques convulsions.

Cependant à partir du mois de janvier 1885, M<sup>me</sup> X... devint plus calme ; ses idées de grandeur disparurent et elle sembla se réconcilier avec son mari qui la fit sortir de l'établissement à la date du 10 février 1885.

Je déclarai alors M<sup>me</sup> X... améliorée, mais non guérie.

Depuis son départ, M<sup>me</sup> X... a été atteinte en effet, à diverses reprises, des mêmes troubles mentaux et de nouveau elle a quitté son mari.

J'ai pu l'observer à plusieurs reprises.

Dans le mois de novembre 1885, par exemple, M<sup>me</sup> X... est très excitée, ou bien elle ne répond pas aux questions qu'on lui pose et alors reste fort calme et absorbée par ses méditations intérieures.

Mais que sa mère vienne à entrer dans sa chambre



et alors nous observons le phénomène bizarre connu sous le nom d'*écholalie*.

Tous les mots, toutes les paroles que la mère de M<sup>me</sup> X... prononce, sont répétés instantanément par la malade avec l'intonation de voix la plus exacte et l'imitation absolue du moindre geste.

Dès que sa mère se lève, M<sup>me</sup> X... se lève ; si elle va ouvrir une porte, M<sup>me</sup> X... ouvre immédiatement la même porte, puis son corps prend la pose de celui de sa mère.

Il en est de même pour tous les gestes et pour toutes les paroles. Mais tout à coup la scène change.

M<sup>me</sup> X... qui paraît humble, qui est vêtue avec élégance, mais sans affectation de mauvais goût, se lève brusquement ; sa figure s'anime. Elle prend une pose théâtrale, s'affuble de plumes de bal qu'elle place sur sa tête : « Obéissez, dit-elle, à Blanche de Castille ; je suis reine de France. » Puis s'adressant à sa mère : « Quelle imposture ! Vilaine créature ! Vous n'êtes pas ma mère. » Le geste, l'attitude sont ceux du commandement le plus absolu.

Cet état dure cinq à six minutes. Puis M<sup>me</sup> X... retire ses plumes, semble honteuse et vient embrasser sa mère en l'appelant sa bonne mère, la bonne mère de la petite Belette (elle s'appelle Gabrielle).

Mais aussitôt les phénomènes d'écholalie avec reproduction des actes et des paroles de sa mère, recommencent, comme je l'ai décrit plus haut, pour être interrompus à leur tour par la scène de grandeur que nous avons décrite.

Cet état dure depuis huit jours, me dit mon honorable confrère le Dr Bontiron ; et il est à remarquer que l'écholalie se porte dans notre cas uniquement sur les gestes et les paroles d'une seule personne, sa mère.

Nous ajouterons, pour être exact, que quelques semaines plus tard M<sup>me</sup> X... reproduisit les actes et les

paroles de son père, à l'exclusion de ceux de toute autre personne.

Cette écholalie dure plusieurs semaines et se manifeste ainsi à diverses reprises pendant l'année 1885 et l'année 1886. On dut plusieurs fois la séparer complètement de la personne dont elle copiait les gestes et reproduisait les paroles.

Enfin M<sup>me</sup> X... se calma et eut des périodes pendant lesquelles on aurait pu la croire guérie. Mais tout dernièrement j'ai constaté chez elle un état d'excitation très violent qui s'est produit pendant un voyage dans le Midi. Toutefois j'ai noté chez la malade un affaïssement intellectuel et des *secousses musculaires*, survenant d'une façon intermittente pendant la veille et *pendant le sommeil*. Ces secousses, sortes de décharges nerveuses, ont lieu dans l'avant-bras ; elles se produisent quatre ou cinq fois par heure, sont très intenses ; elles ont existé à diverses reprises, nous dit la mère de la malade.

Cependant, durant son passage à la maison de santé de Lafond, nous ne nous rappelons avoir rien vu de pareil.

Nous avons tenu à donner l'observation de M<sup>me</sup> X... avec quelques détails, tout en ne retenant que les choses principales, afin de bien faire ressortir la situation mentale de la malade et de bien montrer dans quel état d'esprit M<sup>me</sup> X... a été atteinte d'écholalie.

Le point principal de notre observation est évidemment celui qui a trait aux changements brusques de personnalité de la malade, mais surtout à la reproduction instantanée des actes et des paroles.

Nous n'insisterons pas sur ces changements de personnalité, bien qu'ils soient cependant assez rares, si l'on tient compte de la façon dont ils se produisaient.

En effet, M<sup>me</sup> X..., la *petite fille aimée de sa bonne mère*, semblable à ces malades de Ch. Richet, dont l'at-



titude correspond à la dignité, semblable à ces malades auxquels nous-même nous suggérons divers états de personnalité, devient tout à coup Blanche de Castille. Il lui a suffi pour cela, concurremment à son idée délirante, d'adapter son physique à son moral, d'orner sa tête de plumes, semblable à ces hypnotiques auxquelles on suggère qu'ils sont évêques et qui donnent aussitôt avec dignité et componction la bénédiction épiscopale à leur entourage. Elle est évidemment dans ce cas une *autre personne* ; elle, Blanche de Castille, repousse sa pauvre mère avec le plus grand dédain, cette fausse mère, cette vile créature !

Puis les plumes disparaissent et la reine de France redevient humble, elle est la petite Belette : deuxième état de personnalité.

C'est à ce moment qu'elle est entièrement au pouvoir de sa mère, ou tout au moins qu'elle répète irrésistiblement toutes ses paroles et tous ses gestes, avec les moindres inflexions dans la voix et les moindres changements dans l'attitude.

Nous ne pouvions nous empêcher, en voyant M<sup>me</sup> X..., de songer à ce malade sur lequel nous répétions, il y a quelques mois, le phénomène de Berger et qui, sous l'influence de la suggestion, reproduisait *nos* moindres gestes et *nos* moindres mouvements.

Et cependant M<sup>me</sup> X... n'était pas hypnotisée ; elle était bien éveillée, mais sous l'influence d'un trouble mental inhérent à son affection (1).

Il nous a paru cependant que les phénomènes observés devaient être plutôt assimilés à ceux décrits par M. Gilles de la Tourette (2).

---

(1) La famille de M<sup>me</sup> X... s'est opposée à ce que l'hypnotisme soit essayé.

(2) Gilles de la Tourette. *Etude sur une affection nerveuse ca-*

En effet, nous retrouvons chez M<sup>me</sup> X... les secousses musculaires du bras et de l'avant-bras, un des symptômes de l'incoordination motrice décrite par cet auteur.

Nous voyons de plus chez elle les phénomènes de la reproduction des paroles et des actes.

Toutefois, dans le cas de M<sup>me</sup> X..., les mouvements du bras, sorte de décharge musculaire, s'accomplissent aussi bien dans *le sommeil* qu'à l'état de veille, ce qui s'écarte de la description de M. Gilles de la Tourette ; car dans les observations données par lui, les mouvements convulsifs sont supprimés pendant le sommeil.

Notre malade pourrait donc rentrer dans la classe C. de O. Brien (1).

Mais nous ferons observer que M<sup>me</sup> X... a eu, vers l'âge de seize ans et à deux reprises, à l'asile Lafond, des troubles convulsifs hystériques, ce qui peut expliquer jusqu'à un certain point les légères secousses musculaires observées à diverses reprises.

Si d'ailleurs on admettait chez M<sup>me</sup> X... l'existence, comme entité morbide, de l'affection décrite sous le nom *d'incoordination motrice avec écholalie et coprolalie*, il faudrait reconnaître qu'elle peut se rencontrer au cours d'une affection mentale, et alors il resterait à démontrer que les symptômes observés ne font pas partie intégrante de l'affection générale.

Pour notre part, nous aimons mieux admettre que l'écholalie, constatée chez notre malade, n'est qu'un phénomène surajouté.

Et à cet égard nous croyons presque inutile de rappeler que M<sup>me</sup> X... est, avant tout, atteinte d'une affection mentale avec élément hystérique primordial.

---

caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie, in *Archives de neurologie* 1885, p. 49.

(1) Voir *Archives de neurologie*, art. *Jumping, latah, myriachit.* 1885, n° 22, p. 68. Revue critique, par Gilles de la Tourette.



Mais chez M<sup>me</sup> X... l'hérédité est manifeste. Car, sans même tenir compte des renseignements obtenus, elle se traduit surtout par la marche irrégulière du délire. Ce délire affecte chez M<sup>me</sup> X... toutes les formes possibles sans tendance à la systématisation, délire à formes paroxystiques avec alternatives brusques (1).

En sorte que l'écholalie survenue chez elle peut évidemment, comme le dit M. Magnan, être considérée comme un syndrome épisodique de la folie héréditaire, ou, comme le veut M. Christian, de la folie des dégénérés.

(1) Voir J. Saury. *Etude clinique de la folie héréditaire*. Adrien Delahaye, Paris, 1886.

## OBSERVATIONS

SUR LA

# DESCENDANCE DES ALCOOLIQUES

par M. le Dr DOURSOUT

Médecin en chef, directeur de l'asile public des aliénés  
de St-Venant (Pas-de-Calais).

L'ivrogne n'engendre rien qui vaille.

(AMYOT.)

L'alcoolisme a été beaucoup étudié et à tous les points de vue. Les faits que nous nous proposons de relater dans ce travail, ne sauraient donc avoir le mérite de la nouveauté. Toutefois, un séjour de plusieurs années dans le département du Finistère où l'ivrognerie chez l'homme et chez la femme existe à l'état de fléau, nous ayant permis de constater les effets désastreux de l'alcool sur le buveur et sa descendance, il nous a paru intéressant de publier quelques-unes des observations que nous avons recueillies, soit à Quimper, soit à Saint-Venant.

Ces observations sont uniquement destinées à montrer combien est triste l'héritage que laissent, à leurs descendants, les individus adonnés à l'ivrognerie.

### OBSERVATION I.

SOMMAIRE. — Ivrognerie du père. — Accès de délirium tremens.  
— Rixe ; blessures ayant occasionné la mort. — Autopsie.

Fils unique d'un père ivrogne, Le C... (Jean), était un homme de taille un peu au-dessous de la moyenne, mais d'une constitution des plus vigoureuses. C'était un



buveur ordinaire et extraordinaire, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Nous voulons dire qu'en dehors de ses habitudes alcooliques, il se livrait, de temps en temps, à des excès d'ébriété qui lui permettaient de présenter les trois stades de l'ivresse, savoir : *l'excitation, la perversion, la stupéfaction*.

L'accès de folie ébrieuse qui motiva sa séquestration à l'asile d'aliénés de Quimper et nous permit de faire connaissance avec cet alcoolique, avait été occasionné — ainsi que cela résulte des renseignements fournis par la mère — par un chagrin d'amour noyé dans des libations trop copieuses.

Voici, d'ailleurs, un résumé succinct de l'observation de cet ivrogne :

Pâle, craintif, effrayé, comme terrifié, il était, — au moment de son entrée à l'asile — en proie à des hallucinations et illusions complexes, qui lui enlevaient la notion des personnes et des choses. Errant dans toutes les directions, pleurant à chaque instant, il ne pouvait prendre une minute de repos, tant était grand son état d'anxiété causé par les troubles psycho-sensoriels.

Chez lui, l'appétit était nul ; les selles étaient irrégulières ; le pouls et les pulsations cardiaques offraient une accélération anormale ; les muscles peauciers de la face étaient le siège de mouvements fibrillaires ; enfin, les membres, principalement les thoraciques, présentaient un tremblement caractéristique.

Après une semaine d'isolement et de traitement, ce buveur, guéri de son accès de delirium tremens, était rendu à sa mère.

Peu de temps après sa sortie de l'asile, il se maria ; mais, en contractant mariage, il ne contracta point d'habitudes de sobriété puisque, moins d'un an après, il mourait victime de son intempérance, dans les circonstances suivantes.

Un jour qu'il revenait de la foire de P... dans un état de surexcitation alcoolique, il se prit de querelle avec un charretier qui, dans la lutte, lui porta un coup de pied dans la région sus-pubienne. Le surlendemain il succombait à une péritonite, ainsi que le révéla l'autopsie pratiquée par nous qui, à cette époque, remplissions les fonctions de médecin expert près le tribunal de Quimper.

## OBSERVATION II.

**SOMMAIRE.** — En novembre 1877, condamnation pour mendicité et vagabondage. — En mai 1878, condamnation pour rébellion et ivresse manifeste. — En juillet 1878, condamnation pour vol. — En juillet 1881, condamnation pour ivresse. — En mars 1882, attentat à la pudeur, ordonnance de non-lieu, séquestration à l'asile d'aliénés de Quimper.

Le C... (Hervé), âgé de vingt-cinq ans, fut placé d'office à l'asile de Quimper, le 16 mai 1882, à la suite d'une ordonnance de non-lieu rendue conformément aux conclusions de notre rapport médico-légal.

*Antécédents.* — Grand'mère atteinte de démence alcoolique et décédée à l'asile de Morlaix. — Père ivrogne et mort prématurément. — Mère emportée par une phtisie d'origine alcoolique.

L'aliéné a un frère et une sœur. Celle-ci, d'une santé médiocre, peut à peine gagner sa vie comme domestique, à cause de son caractère mobile et indiscipliné.

Quant au frère, que nous avons eu l'occasion d'observer, à différentes reprises, à l'hôpital ou à la prison (suivant qu'il avait à purger une condamnation pour ivresse, ou à rétablir son organisme détérioré par des excès alcooliques), c'est un ivrogne incorrigible et travaillant à peine quelques jours par mois.

En ce qui concerne l'enfance et l'adolescence de Le



C... (Hervé), nous sommes dépourvu de renseignements, et nous ne savons rien de sa conduite au régiment qu'il quitta, le 19 septembre 1876, ayant été réformé pour *otorrhée scrofuleuse*.

A partir du jour de sa réforme, il mena une existence irrégulière et vagabonde.

Paressieux et ivrogne, il fut successivement condamné par les tribunaux d'Orléans, de Châteaulin, de Quimper, de Brest, pour mendicité, pour rébellion et ivresse manifeste, pour vol, pour ivresse. Enfin, le lundi 6 mars 1882, il fut écroué à la maison d'arrêt de Quimper sous l'inculpation d'attentat à la pudeur commis dans les circonstances suivantes : « Le nommé Le C... (Hervé), dans un état de légère ébriété, était couché dans une prairie, lorsque entrèrent deux petites filles et un petit garçon pour cueillir des fleurs. Il fit signe à l'une des enfants, la jeune Marie-Jeanne S... de venir auprès de lui, en lui montrant un sou. Après avoir fait asseoir cette enfant à ses côtés, il lui donna le sou ; puis, la faisant s'étendre sur le dos, il lui releva les jupes et lui lécha les parties sexuelles. »

Des témoignages de l'information, il résulte, que Le C... a toujours eu la réputation d'un simple d'esprit enclin à la paresse et adonné à l'ivrognerie.

D'un autre côté, l'examen direct nous a permis de constater chez cet individu, âgé de vingt-cinq ans et de taille moyenne, des troubles somatiques et intellectuels.

A défaut d'une malformation céphalique, nous remarquons sur le visage une acné boutonneuse de nature scrofuleuse ; la denture est irrégulière, et bon nombre de dents sont affectées de carie. L'œil a quelque chose de hagard ; la parole est lente ; le ton, les gestes et les allures dénotent, à la fois, l'indifférence et la bizarrerie.

Son attitude, à la prison comme à l'asile, a constamment été celle d'un être cérébralement incomplet.

### OBSERVATION III.

SOMMAIRE. — Père ivrogne. — Habitudes alcooliques invétérées.  
— Vol. — Ordonnance de non-lieu. — Séquestration à l'asile  
de Quimper.

Le G... (François), né à P... (Finistère), le 19 novembre 1846, est entré, à plusieurs reprises, à l'asile de Quimper.

Issu d'un père ivrogne et d'une mère démonomaniacque, ce jeune homme d'une constitution sèche mais robuste, est d'humeur maussade et se montre peu communicatif, même avec les membres de sa famille. Adonné à la boisson, depuis l'âge de dix-sept ans, il restait une semaine, quelquefois deux, en état d'ivresse. Pendant une de ces périodes d'ébriété, il était allé jusqu'à commettre un vol de trente-cinq francs au préjudice d'un de ses parents.

Édifié par un certificat du D<sup>r</sup> de Lannurien, le juge d'instruction du tribunal de Morlaix rendit une ordonnance de non-lieu, et la famille fit interner François dans l'asile de Quimper.

A l'établissement, il s'est toujours montré calme, docile, inoffensif et repentant ; mais, à peine rendu à la vie extérieure, il succombait à ses funestes penchants

### OBSERVATION IV.

Le M... (Louis-Marie), âgé de vingt-cinq ans, perruquier, est entré, à diverses reprises, à l'asile de Quimper pour délire alcoolique. Son père, adonné à l'ivrognerie, s'est noyé il y a quelques années.



OBSERVATION V.

SOMMAIRE. — Père alcoolique. — Tante (côté paternel) adonnée à l'ivrognerie. — Un frère et une sœur morts prématurément. — Dipsomanie. — Incendie volontaire. — Coups à ascendants. — Outrage public à la pudeur. — Ordonnance de non-lieu. — Séquestration dans un asile d'aliénées.

B... (Marie-Joseph), épouse C..., est née le 20 mai 1856.

A l'âge de quatre ans, elle perdit son père, grand buveur d'eau-de-vie. Sa mère, aujourd'hui âgée de soixante ans, est d'une avarice sordide. Elle avait une sœur et un frère qui moururent en bas âge.

Menstruée à treize ans, elle s'est mariée à l'âge de quinze ans. Elle a donné le jour à sept enfants, dont cinq sont actuellement vivants.

De belle stature, d'un tempérament sanguin, bien constituée, elle possède une denture remarquablement belle, et présente, avec un certain degré d'embonpoint, toutes les apparences de la santé. Elle jouit d'une instruction primaire convenable.

Cette femme qui possédait une assez belle fortune et avait épousé un homme sobre et d'une conduite des plus régulières, avait malheureusement un penchant indomptable pour les liqueurs fortes. A l'exemple d'une tante (côté paternel), cabaretière et ivrogne, elle buvait environ un demi-litre d'eau-de-vie par jour. Continuellement en état d'ivresse, elle maltraitait sa mère, elle accablait d'injures son mari, qu'elle accusait, en public, d'avoir des relations intimes avec sa mère. Dans un de ses moments de surexcitation alcoolique, elle a poussé l'impudeur jusqu'à relever ses jupes en présence de ses enfants, dont l'aîné avait à peine huit ans, en cherchant à leur faire comprendre la façon dont sa mère se livrait à son mari.

A la suite de ces actes, le mari et la mère déposèrent une plainte au parquet de Quimperlé ; mais une ordonnance de non-lieu ne tarda pas à être rendue, par suite du désistement de la plainte.

Enfin, quelques mois après, la femme C... fut écrouée à la maison d'arrêt de Quimperlé, sous la prévention d'incendie volontaire, dont elle s'était rendue coupable dans les circonstances suivantes :

« Dans la nuit du 18 au 19 janvier 1883, la femme C..., qui depuis plusieurs jours vivait dans un état continuel d'ébriété et fuyait le toit conjugal, vint frapper à la porte de sa maison qu'elle trouva fermée. Ne pouvant pénétrer chez elle, elle se coucha près d'une meule de paille située à quelques mètres seulement de la maison. Tout à coup, saisie par le froid, elle se réveilla et, sous le prétexte d'allumer un peu de feu pour se réchauffer, elle incendia la meule de paille tout entière. »

A la suite d'une ordonnance de non-lieu, rendue conformément aux conclusions de notre rapport médico-judiciaire, la nommée B..., femme C... fut mise à la disposition de l'autorité administrative, qui ordonna son placement à l'asile d'aliénées de Morlaix (Finistère).

#### OBSERVATION VI.

SOMMAIRE. — Oncle maternel mort alcoolique. — Père alcoolique. — Tendances à l'ivrognerie et au suicide. — Complicité de vols. — Acquittement en cour d'assises.

En janvier 1883, comparaisait devant la cour d'assises du Finistère, Louis-Armand B..., apprenti serrurier, âgé de seize ans, prévenu de complicité de vols.

*Antécédents.* — Il n'y a pas d'aliénés dans la famille ; mais un oncle maternel est mort alcoolique et son père, ancien marin, présente des signes non équivoques d'une intoxication alcoolique.



Dé belle stature, d'une charpente admirablement proportionnée, au double point de vue de la beauté des formes et de la solidité des parties, B... a toutes les apparences de la santé. La peau est fraîche, le pouls régulier ; les grandes fonctions de l'organisme s'exécutent régulièrement. Les organes génitaux offrent un développement normal, et rien, dans la conformation de la verge, ne fait soupçonner que cet adolescent ait des habitudes secrètes.

La physionomie ne présente pas le masque de l'aliénation mentale ; elle est douce, peu animée et semble exclure toute énergie et toute malveillance.

Ne voulant pas entrer ici dans les détails d'une discussion médico-légale (il serait trop long de rapporter les détails contenus dans notre rapport), nous nous bornerons à dire que les témoignages de l'information et l'examen direct nous ont permis d'établir que nous n'avions pas affaire à un malade, mais à un buveur précoce, pour ne pas dire à un être foncièrement vicieux. Nous en avons pour preuves, la nature des vols (8 litres de vin, 4 litres de cidre, 2 litres de cognac) commis par le jeune B... et son complice, et les circonstances dans lesquelles ces vols ont été opérés. C'est en effet, après avoir bu (Michel P... et Louis B... s'étaient enivrés avec de l'absinthe, de l'eau-de-vie et du cidre) et pour boire que les deux compères pénétrèrent (dans la nuit du 20 au 21 août 1882) d'abord, dans la cave du sieur D..., puis dans le débit des époux T...

#### OBSERVATION VII.

SOMMAIRE. — Ivrognerie du père et de la mère. — Trois fils idiots et morts phtisiques. — Examen du cerveau chez deux d'entre eux.

Les trois frères L.... furent admis, le même jour, à l'asile d'aliénés de Quimper, où ils succombèrent suc-

cessivement par suite de phtisie pulmonaire. Ils étaient tous les trois atteints d'idiotie.

J.-M. François est décédé à l'âge de vingt ans.

*Autopsie.* — Habitude extérieure. — Taille 1<sup>m</sup> 62.  
— Constitution amaigrie. — Système pileux très développé.

*Crâne.* — Épaississement.

	Sur le cuir chevelu.	Sur la dure-mère.
Circonférence occipito-frontale. . . . .	54	48
Courbe supérieure occipito-frontale. . . . .	30	26
Courbe inter-auriculaire . . . . .	34	32
Poids de l'encéphale. . . . .	1340 grammes.	
— du cerveau. . . . .	1160	—
— du cervelet. . . . .	180	—

L.... (Yves) est mort à l'âge de dix-huit ans. De taille moyenne (1 m. 66), d'une constitution sèche, il avait la poitrine étroite et cylindrique.

*Autopsie.* — *Crâne.* — Pas d'épaississement, mais fragilité notable.

	Sur le crâne.	Sur la dure-mère.
Circonférence occipito-frontale . . . . .	54	49
Courbe supérieure occipito-frontale. . . . .	30	26
Courbe inter-auriculaire. . . . .	35	32
Diamètre antéro-postérieur . . . . .	16 1/2	
— bi-latéral. . . . .	13	
Poids de l'encéphale. . . . .	1500 grammes.	
— du cerveau. . . . .	1323	—
— du cervelet . . . . .	177	—

#### OBSERVATION VIII.

Les époux Th..., adonnés à l'ivrognerie, ont eu trois enfants, parmi lesquels deux sont idiots et sourds-muets, et le troisième atteint de surdité.



OBSERVATION IX.

SOMMAIRE. — Ivrognerie de la grand'mère, de la mère et d'une tante maternelle.

La nommée M..., âgée de vingt-cinq ans, est entrée à l'asile public d'aliénées de Saint-Venant le 9 mars 1885, et en est sortie guérie le 20 juillet de la même année. Sa mère, sa grand'mère et une tante maternelle ont présenté des signes d'alcoolisme.

D'une intelligence peu développée, elle aimait les hommes, mais ne s'adonnait pas à la boisson. Fille illégitime, elle était mère de deux enfants, quoique célibataire.

OBSERVATION X.

SOMMAIRE. — Père alcoolique. — Idiotie congénitale. — Instincts sanguinaires. — Impulsions homicides.

F..., âgé de dix-huit ans, est entré à l'asile de Quimper le 21 juin 1880.

A l'exception d'une incontinence d'urine, que l'hydrothérapie fit rapidement disparaître, nous ne constatons chez cet éphèbe, d'ailleurs robustement constitué, aucun trouble dans le fonctionnement des grands appareils de l'organisme. Mais, si dans le domaine somatique il n'existe rien d'anormal, il n'en est pas de même dans la sphère intellectuelle, dont les lacunes se trahissent dans le langage, l'attitude et les gestes.

Dès sa première enfance, on s'aperçut de sa pauvreté intellectuelle et on soupçonna qu'il ne s'élèverait jamais jusqu'à la raison. A mesure qu'il grandissait, il devenait sournois, pervers et se faisait remarquer par des appétits sanguinaires.

C'est ainsi qu'environ un an avant sa séquestration,

il avait été surpris au moment où il égorgeait un nourrisson, en sevrage chez sa mère.

Armé d'un grand couteau de table, il avait déjà — par quelques tentatives mal dirigées — mis en sang les lèvres et la bouche du pauvre petit être, quand la mère survint et put empêcher l'idiot d'accomplir son meurtre.

Fréquemment, on l'avait vu s'attaquer à des animaux (chèvres, moutons) qu'il tuait à coups de pierres et de bâtons. Dépourvu du sens affectif, n'ayant que l'instinct des premiers besoins de la vie, il alla jusqu'à jeter à l'eau sa grand'mère qu'il voulait noyer.

A l'asile, contrairement à ce qu'on aurait pu craindre, cet être dégénéré s'est montré calme, docile et soumis à la règle de l'établissement ; il était employé aux travaux de terrassement, lorsque nous quittâmes Quimper.

#### OBSERVATION XI.

SOMMAIRE. — Famille éteinte à la quatrième génération. — Ivrognerie du bisaïeul, de l'aïeul, du père et de la mère. — Enfants idiots ou morts prématurément.

Le nommé R... (Vincent-Marie), né en 1818, épousait, le 7 août 1844 à la mairie de Douarnenez (Finistère), la nommée B... (Marie-Louise), née le 4 juillet 1820.

Comme son père et son grand-père, R... exerçait la profession de cordonnier : comme eux, il se faisait remarquer par un penchant irrésistible pour l'eau-de-vie, boisson favorite des habitants de la basse Bretagne. L'aïeul, mort à l'âge de quatre-vingt-treize ans, était, en effet, un buveur renommé et son père, après avoir été sobre, dans ses jeunes années, s'était adonné à l'ivrognerie la plus effrénée.

Vincent R... avait eu onze frères ou sœurs, parmi lesquels deux, seulement, dépassèrent la période de l'enfance. La sœur, qui mourut à la suite de son accouche-



ment, était enceinte dès l'âge de quatorze ans, ce qui dénotait pour le vice, une précocité extraordinaire.

L'enfant qu'elle mit au monde est aujourd'hui une jeune fille, nerveuse à l'excès.

Quant au frère, plus jeune que Vincent, il est, de l'aveu même de la femme R..., le plus grand ivrogne de D...

Les époux R... que l'ivrognerie a plongés depuis longtemps déjà dans le dénuement et la misère, sont aujourd'hui dans un état d'abrutissement complet, pour employer une expression qui, pour être vulgaire, n'en est pas moins d'une rare justesse. Le mari, atteint d'un tremblement alcoolique ne lui permettant plus d'exercer sa profession, était resté en traitement à l'asile de Quimper, du 26 septembre au 28 novembre 1876, pour un accès de *delirium tremens* dont il fut rapidement guéri, ainsi que l'indique la courte durée de son séjour à l'établissement. La femme, dont l'habitus extérieur trahit la déchéance intellectuelle et physique, en est réduite à aller de porte en porte mendier le morceau de pain qui doit prolonger leur misérable existence.

Le ménage R... a eu six enfants : quatre garçons et deux filles.

1° L'ainé R... (Vincent-Clet), après un séjour à Bicêtre où les parents l'avaient fait admettre pendant qu'ils habitaient Paris, fut placé, ainsi que deux de ses frères, à l'asile de Quimper où il mourut de phtisie pulmonaire.

Atteint d'idiotie congénitale, il savait seulement dire bonjour à toutes les personnes qui l'approchaient. Il n'était pas gâteux et avait assez d'instinct pour conduire son jeune frère.

A l'époque de sa mort, il était âgé de vingt-trois ans et mesurait 1<sup>m</sup>65. La faiblesse de sa constitution, la gracilité de ses membres inférieurs, sa démarche mal assurée étaient dignes d'attention.

*Autopsie partielle. — Volume du crâne :*

Circonférence .....	51 centimètres.
Courbe occipito-frontale .....	27 —
Courbe bi-pariétale .....	30 —
Poids de l'encéphale .....	1180 grammes.
— du cerveau .....	1090 —
— du cervelet .....	90 —

2° *Le deuxième enfant* fut une petite fille qui succomba deux jours après sa naissance ; elle était née avant terme (sept mois et demi).

3° *Le troisième* (René-Joseph), qui n'était guère mieux partagé, sous le rapport de l'intelligence, que son frère aîné, fut, après un séjour de quelques mois, retiré de l'asile de Quimper par les parents qui le gardèrent jusqu'au moment où la phtisie pulmonaire vint l'emporter à l'âge de trente-deux ans.

4° *Le quatrième enfant* mourut deux mois après sa naissance.

5° *Le cinquième*. R... (Michel-Vincent), le seul des six enfants de R... qui soit encore vivant au moment où nous retraçons, à grands traits, la triste mais instructive histoire de cette famille, est né à Brest, le 30 janvier 1852. Cet idiot est petit et peu robuste pour son âge. Gâteux et agité par des mouvements convulsifs, il dort à peine et trouble le repos des autres malades par ses cris qui ont quelque analogie avec les aboiements d'un chien en détresse.

6° *Le sixième* fut une petite fille qui, après avoir eu sa première enfance tourmentée par des convulsions, fut emportée par une méningite.

*Remarques.* — Cette observation, dont nous n'avons pas besoin de faire ressortir l'intérêt, établit, de la manière la plus évidente, que la passion des liqueurs fortes



se transmet des ascendants aux descendants ; de plus, elle vient confirmer cette assertion de Darwin :

*« Les familles des ivrognes s'éteignent à la quatrième génération après avoir gravi l'échelle de la dégradation physique et intellectuelle. »*

#### OBSERVATION XII.

SOMMAIRE. — Ivrognerie du père. — Enfants idiots et épileptiques.

A... (Jean), âgé de cinquante et un ans, est entré à l'asile d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne) le 24 juin 1876.

Fils d'ivrogne, cet individu présentait, au moment de son admission, tous les signes de l'alcoolisme le plus invétéré.

Après un séjour de quelques semaines, sa femme, prévenue des progrès rapides que faisait l'affaiblissement musculaire, vint le réclamer afin de ne pas le laisser mourir à l'asile.

C'est alors qu'elle nous fit part de son malheur et nous exposa que, depuis son mariage, elle avait été pour ainsi dire séquestrée, son mari lui défendant, non seulement de sortir, mais encore de parler aux personnes qui venaient à la maison. Son mari ne cohabitait avec elle que lorsqu'il était en état d'ivresse.

Ils avaient deux enfants, deux petites filles idiotes et épileptiques.

#### OBSERVATION XIII.

La nommée B..., veuve Q..., est entrée à l'asile de Saint-Venant le 12 janvier 1884.

Atteinte d'alcoolisme chronique, elle portait aux mains et au visage des traces de brûlure. Après un sé-

jour de quelques mois, elle succombait sans avoir jamais pu marcher.

Cette alcoolique n'avait eu qu'un fils, aujourd'hui marié et père de huit enfants. Épileptique souvent en attaques, ce malheureux est incapable de travailler assez régulièrement pour nourrir sa nombreuse famille.

#### OBSERVATION XIV.

SOMMAIRE. — Ivrognerie du père. — Penchant pour les spiritueux. — Épilepsie. — Impulsions dangereuses.

René T..., de Scaër (Finistère), ne sait ni lire ni écrire et ne peut s'exprimer qu'en breton.

Issu d'un père ivrogne, en héritier fidèle du goût paternel, il s'était mis, dès son enfance, à boire avec excès le cidre et l'eau-de-vie.

Sous l'influence de l'intoxication ébriense, il devint progressivement taciturne, sournois, épileptique. Les attaques de mal caduc, de plus en plus fréquentes, ne tardèrent pas à être suivies de violents accès de délire hypémaniaque. C'est alors qu'on résolut de faire séquestrer, à l'asile de Quimper, ce fou épileptique qui, par ses tendances au meurtre et à l'incendie, jetait la terreur dans le bourg et les villages voisins.

#### OBSERVATION XV.

SOMMAIRE. — Alcoolisme des parents. — Ivrognerie et épilepsie chez les enfants.

La nommée P... (Félicité), née à Boulogne-sur-Mer le 29 décembre 1866, a été admise à l'asile de Saint-Venant le 12 septembre 1884.

De petite taille, d'un tempérament lymphatique, d'une intelligence au-dessous de la moyenne, cette jeune fille est manifestement entachée de *rachitisme*.



Épileptique depuis sa première enfance, elle éprouve de fréquentes attaques et, de temps en temps, est alitée pour état de mal. Capricieuse, difficile à diriger, elle se fait remarquer par un penchant irrésistible à faire le mal.

Son père et sa mère, tous les deux adonnés à l'abus des boissons alcooliques, se séparèrent en 1867. Sa mère, aujourd'hui décédée, avait eu de son mari cinq enfants : trois filles et deux garçons. Parmi eux, il y a deux filles et un garçon atteints d'épilepsie, l'autre garçon est ivrogne, l'autre fille jouit seule d'une santé satisfaisante.

RÉFLEXION. — *Cette observation est une preuve bien manifeste que l'alcoolisme du père et de la mère est une cause d'épilepsie.*

#### OBSERVATION XVI.

SOMMAIRE. — Trois cas d'hydrocéphale chronique dans la même famille. — Ivrognerie des géniteurs.

Mariés à l'âge de vingt-deux ans, les époux B., adonnés tous les deux à l'ivrognerie, eurent trois enfants : un garçon et deux filles, dont nous avons eu l'occasion de constater l'état de dégénérescence.

Le garçon, qui était l'aîné de ses sœurs, fut placé, à quarante-deux ans, à l'asile public d'aliénés de Quimper où il mourut après sept semaines de séjour.

Jusqu'à l'âge de six mois, on ne remarqua rien d'anormal chez le jeune B... (Yves) ; mais, des convulsions de tout le système musculaire étant survenues à cette époque, on ne tarda pas à s'apercevoir que — contrairement au développement physique qui suivait son cours régulier — le développement de l'intelligence avait subi un arrêt définitif.

Les renseignements recueillis sur ce malade, nous ont

appris que, depuis l'accès convulsif survenu à la date ci-dessus indiquée, il n'avait eu ni convulsions, ni attaques épileptiformes.

De moyenne stature (1<sup>m</sup>,640), le thorax et les membres bien conformés, B... (Yves) est robuste et paraît jouir d'une bonne santé. La tête n'offre pas un développement exagéré ; mais, sa conformation extérieure a un aspect caractéristique. La saillie des os frontaux, la dépression des voûtes orbitaires, l'effacement des fosses temporales sont, en effet, autant de caractères de l'hydrocéphalie.

Privé de la parole et de l'ouïe, cet idiot n'a présenté, durant son séjour à l'asile, aucun trouble de la motilité, et sa mort, causée par une entérite, ne fut pas précédée de convulsions, ainsi que cela se produit généralement.

*Nécropsie.* — A l'exception des lésions anatomiques de l'entérite aiguë, nous ne remarquons dans les viscères de l'abdomen et du thorax aucune particularité qui mérite d'être signalée.

*Crâne.* — La circonférence crânienne mesure 58 centimètres ; le diamètre antéro-postérieur, 19 cent. 72.

Quoique complètement ossifiées, les parois crâniennes présentent un amincissement remarquable, et la surface interne de la voûte est parsemée de nombreuses empreintes mamillaires.

La dure-mère est amincie et peu résistante. Une fois incisée, il s'écoule une grande quantité de liquide provenant des cavités de l'arachnoïde et des ventricules latéraux. Nous avons pu en recueillir 876 grammes.

La pie-mère est le siège d'une injection veineuse peu considérable.

Déarrassé de ses enveloppes et du liquide que renfermaient les cavités ventriculaires, l'encéphale pèse 1125 grammes. Le poids des deux hémisphères cérébraux est sensiblement égal.

La masse de substance qui constitue l'écorce et les



ganglions du cerveau, ne forme plus qu'une coque fluctuante circonscrivant les ventricules latéraux énormément dilatés.

Nous devons enfin signaler la simplicité des circonvolutions.

2° L'aînée des deux sœurs, que nous avons traitée à l'Hôtel-Dieu de Quimper, pour une hémiplégie survenue à la suite d'une variole, était âgée de trente-sept ans, lorsque nous quittâmes le Finistère.

De taille élevée, d'une laideur repoussante, atteinte de surdité, cette hydrocéphale présentait une hypermégalie céphalique des plus manifestes, alors que, chez son frère, l'augmentation de volume de la tête était à peine appréciable. Il est vrai que, chez elle, le développement des os de la face était beaucoup plus exagéré que celui des os du crâne. La mensuration de ce dernier nous a donné les chiffres suivants :

Circonférence. . . . .	65 centimètres.
Courbe occipito-frontale . . . . .	45 —
Courbe bi-pariétale . . . . .	41 —

3° La plus jeune, plus petite, mais plus valide et plus intelligente que son frère et sa sœur, se faisait remarquer surtout par la forme de son front qui était pour ainsi dire triangulaire.

Le crâne mesurait 67 centimètres de circonférence.

*Remarque.* — Cette observation, à défaut d'autre mérite, a du moins celui de la rareté ; car le prolongement de l'existence chez nos hydrocéphales est d'autant plus extraordinaire que, chez eux, l'hypermégalie céphalique était peu accusée.

Malgré leur petit nombre, les observations que nous venons de résumer nous autorisent à formuler les conclusions suivantes :

- 1° L'insatiabilité ébrieuse se transmet des ascendants aux descendants;
- 2° L'alcoolisme des ascendants est une cause de débilité mentale et d'idiotie chez leurs descendants;
- 3° Les enfants d'ivrognes paient un large tribut au vice et au crime;
- 4° L'ivrognerie des parents est une cause fréquente d'épilepsie chez les enfants;
- 5° L'alcoolisme des géniteurs est une cause d'hydrocéphalie;
- 6° Les familles des ivrognes s'éteignent rapidement.

N'ayant pas l'intention — nous laissons ce soin aux moralistes — de nous élever contre les mœurs du temps, nous nous bornons à rappeler, en terminant, ces mots de H. de Balzac : « On s'est effrayé du choléra ; l'eau-de-vie est un bien autre fléau. »



## Archives cliniques.

16

ASILE DE LAFOND. — M. LE D<sup>r</sup> MABILLE.

### Paralyse générale ou folie paralytique?

SOMMAIRE. — 1<sup>re</sup> séquestration : vols, déchéance en masse des facultés ; troubles somatiques. — Séton à la nuque. — Sorti sans sans affaiblissement intellectuel.  
2<sup>e</sup> séquestration : agitation violente ; idées de grandeur, de richesses ; troubles somatiques accentués. — Retour à la raison affaiblissement des facultés. — Séton à la nuque.

B..., d'un tempérament sanguin, d'une très forte constitution, sous-brigadier de douanes, âgé de trente-neuf ans, entré à l'asile le 21 janvier 1882.

Le front du malade est très développé, la partie postérieure de la tête a la forme conique. On ne connaît pas d'aliénés dans sa famille. Il n'a jamais eu de maladie grave ou de chagrins réels, n'a pas fait d'excès alcooliques. Cependant, depuis quelque temps, il se serait adonné volontiers à la boisson.

Six mois avant sa séquestration, B... fut surpris en faute par un de ses chefs. Les troubles de l'intelligence et de la raison éclatèrent presque aussitôt. Le malade devint loquace, se mit à *manger avec voracité*, à courir pendant la nuit. De plus, il ramassait *partout les objets qu'il rencontrait et faisait des soustractions à ses voisins*. A cette période succéda une sorte de torpeur ; le

malade, n'ayant plus aucune initiative, ne put reprendre son service.

A son entrée à Lafond, on constate que le malade est d'une grande inertie physique et morale. Il répond à peine aux questions qu'on lui pose. On peut constater chez lui un léger embarras de la parole, sans tremblement ni des mains ni de la langue.

Au bout d'une semaine, il commence à s'éveiller un peu, se montre plus attentif aux questions qu'on lui pose, s'étonne de tout, a tout oublié. Il ne sait depuis combien de temps il est à l'asile, ni qui l'y a amené, ni ce qui lui est arrivé chez lui. Le cercle de ses idées est très restreint, son jugement nul. Ses sentiments affectifs ont disparu. Il y a *une déchéance en masse des facultés*.

Ces symptômes variés, en raison surtout de l'embarras léger de la parole, de la déchéance en masse des facultés accompagnée de vols sans motifs, nous parurent se rattacher à une paralysie générale progressive au début.

Traitement : Séton à la nuque.

*Mars* 1883. — Apathique, concentré ; lenteur extrême de la conception ; embarras peu prononcé de la parole.

*Avril* 1883. — Très calme ; devient plus communicatif, a un peu de retour de la mémoire.

*Mai* 1883. — Amélioration notable. L'embarras de la parole n'existe plus. Suppression du séton.

*Juin* 1883. — Calme et régulier dans ses actes ; raisonne parfaitement sur sa situation. La mémoire est revenue. Écrit des lettres fort sensées.

Est mis en liberté le 16 juin 1883.

Je le considérais à cet époque comme entré dans une phase de rémission.

Le 10 août 1883, il est ramené à l'établissement. A



la vue d'un incendie, dans les premiers jours du mois d'août, B... devint furieux. Il frappa sa mère et sa femme, voulut tuer un de ses enfants. Il brisa tout ce qu'il put trouver dans la chambre de sûreté où il fut enfermé avant sa séquestration.

A son arrivée, B... est très satisfait. Il est capitaine, riche à millions.

Certificat de vingt-quatre heures. — Est atteint de paralysie générale progressive avec idées de grandeur et de satisfaction, embarras de la parole et de la marche.

Signé : D<sup>r</sup> MABILLE.

B..., dès le lendemain de son arrivée, devient très agité, ne dort plus. Il devient d'une faiblesse qui le porte à se coucher partout où il se trouve. On le dépouille des sommes fabuleuses qu'il a reçues du directeur général des douanes. Il a de violents accès de colère, puis le cerveau se congestionne. Le facies est rouge, vultueux; le front brûlant et la bouche fuligineuse. Je crains alors des complications méningitiques.

Traitement : Bains tièdes avec compresses froides sur la tête; purgatifs drastiques. Vésicatoire à la nuque. Au bout de quelques jours, les accidents aigus disparaissent, mais laissent derrière eux une grande faiblesse musculaire, un délire orgueilleux très étendu et une vive excitation. Les pupilles sont inégales. La droite est plus dilatée que la gauche. — Séton à la nuque.

Certificat de quinzaine. — Est atteint de paralysie générale avec excitation violente et affaiblissement physique très prononcé.

27 août 1883.

Signé : D<sup>r</sup> MABILLE.

Septembre 1884. — Quelques moments de calme avec périodes d'excitation violente, désordre des actes,

détruit tout ce qu'il rencontre. B... se croit riche, général, empereur.

A la fin du mois, il devient plus calme.

*Octobre 1883.* — Amélioration physique et morale. Retour de la mémoire. Encore des idées de grandeur et de richesses, et de l'embarras de la parole. Pupilles contractées.

*Novembre 1883.* — Calme complet. Pas de délire ni du langage ni des actes. Le malade se préoccupe de sa situation, s'occupe à l'intérieur de l'établissement.

*Décembre.* — Continuation du même état.

B... sort le 6 janvier 1884 en état de guérison apparente. Il faut être, en effet, bien prévenu pour noter chez lui un trouble paralytique quelconque, et ses facultés ne semblent pas avoir subi d'affaiblissement notable.

*Nota.* — Je signale cette observation, non qu'il soit rare d'observer des rémissions dans l'affection paralytique; mais ce qui m'a semblé particulier, c'est la diversité des symptômes, leur intensité extrême et leur disparition rapide. Les éléments du délire, les troubles musculaires ont disparu, à deux reprises, sans laisser de troubles des facultés. Je ne crois pas que la supuration du séton y soit étrangère.

Mais s'agit-il bien dans ce cas d'une paralysie générale progressive? Ne serait-il pas plus logique de conclure avec M. Baillarger à l'existence de deux accès de folie paralytique?



## Établissements d'aliénés.

### DES ÉTABLISSEMENTS SPÉCIAUX

#### POUR LES ÉPILEPTIQUES

par M. le Dr RIEGER

Professeur de psychiatrie à l'Université de Wurtzbourg.

(*Irrenfreund*, nos 1, 2, 3. — Année 1885).

Traduit de l'allemand par le docteur A. ADAM.

Depuis une dizaine d'années seulement on s'occupe avec activité de la question de l'assistance des épileptiques. Jusqu'à présent des résultats pratiques, fort incomplets du reste, ont été obtenus dans quelques localités. La question touche de si près à la médecine mentale qu'on nous saura gré de la traiter ici.

Les épileptiques forment une catégorie intermédiaire, entre les aliénés et les malades ordinaires, pour lesquels il n'est pas besoin d'établissements spéciaux. Or, dans le courant de ce siècle, on a déployé une grande activité pour la création d'asiles d'aliénés. Il ne pouvait en être autrement, du moment que, d'une part, on avait compris la nécessité de priver ces malades de leur liberté soit temporairement, soit définitivement; et que, d'autre part, on se rendait compte de l'inhumanité d'un système qui consistait à les traiter comme des criminels.

Pour les épileptiques la question est plus compliquée. Tout le monde sait que les épileptiques sont sujets, par moments, à des troubles intellectuels graves; que la plupart d'entre eux présentent même, à l'état permanent, des anomalies intellectuelles, et les cas où l'affection se borne à une maladie purement convulsive sont réellement de rares exceptions. Cela est d'autant plus vrai, que, pour les observateurs expérimentés, il est hors de doute que certaines impulsions perverses et immorales sont une manifestation de l'épilepsie, et que les actes commis sous une pareille influence ne sauraient être jugés d'après les principes ordinaires de la morale. Or, même en prenant pour base d'argumentation les cas les plus favorables, ceux où l'affection serait purement convulsive, on ne saurait se flatter d'avoir tranché la question en disant qu'il suffit de prendre, à l'égard de ces épileptiques, des mesures propres à empêcher qu'ils ne deviennent, au moment de leurs crises, une cause de désordre ou de danger. Il y a là une question sociale, dont la solution dépend de la condition du malade. Prenons par exemple un épileptique exempt de toute espèce de trouble mental, et n'ayant une attaque que tous les mois ou tous les deux mois. Eh bien, même dans ces conditions, les maîtres ouvriers, les industriels, et en général toutes les personnes qui disposent de quelque emploi, n'agiront pas avec cet épileptique comme avec un individu atteint d'une maladie physique ordinaire, et, en se plaçant à leur point de vue, on est forcé de convenir qu'ils ont raison. Tous mes lecteurs se rendront compte des motifs qui les influenceront. Comment, en effet, un industriel, fût-il animé des meilleurs sentiments d'humanité, ne se préoccuperait-il pas à l'idée de voir sa responsabilité engagée par des accidents dus à la crise convulsive d'un épileptique à son service?

Pour l'épileptique riche et indépendant, la question



change de face, car nous savons, par expérience, que cette catégorie de malades est généralement bien soignée, soit en famille, soit dans des établissements privés; d'autre part, la question qui nous préoccupe n'est pas celle du traitement ou de la guérison de l'épilepsie, mais bien celle du placement des épileptiques dans des conditions qui leur rendent la vie supportable, soit dans la société, soit en dehors d'elle; nous pouvons donc, une fois pour toutes, laisser de côté dans ce travail tout ce qui touche les épileptiques aisés. La question se réduit, en fait, à une question d'argent, et comme toujours, elle ne se pose que pour ceux qui n'en ont pas. Nous nous trouvons donc ramené à l'épileptique qui a besoin de gagner sa vie, aux enfants épileptiques qui ne peuvent être admis dans les écoles ordinaires. Abandonnera-t-on ces malheureux à leur triste sort? Si on ne leur donne pas en compensation un milieu approprié à leurs besoins, ils souffriront d'autant plus de se voir traités en parias, que leur intelligence aura été moins atteinte.

Mais à côté de cette minorité d'épileptiques relativement sains d'esprit, il y a une majorité frappée d'aliénation mentale d'une manière permanente, ou sujette au moins à des troubles intellectuels transitoires liés aux crises ou indépendants de celles-ci. Dans ce dernier cas, il s'agit le plus souvent d'impulsions immorales ou criminelles; et dès lors la nécessité de l'internement dans un établissement spécial s'impose au double point de vue de la protection du malade et de la sécurité publique.

On a souvent recommandé de placer ce genre de malades dans les asiles d'aliénés: en pratique cela se fait peu. Si, en effet, des épileptiques en petit nombre, chez lesquels les crises sont l'accessoire, tandis que les troubles intellectuels prédominent, sont bien à leur

place dans un asile d'aliénés, il n'en est pas de même d'un grand nombre d'autres épileptiques qui, dans l'intervalle des crises, tout en ayant un niveau intellectuel au-dessous de la moyenne, ne présentent cependant pas un affaiblissement intellectuel suffisant pour justifier leur séjour permanent dans un asile d'aliénés.

On pourrait tenter de trancher la question par la création de quartiers d'épileptiques dans les maisons d'aliénés. Cette tâche serait du reste facilitée par la tendance qu'on a aujourd'hui de spécialiser l'affectation des locaux dans les asiles d'aliénés, de manière à donner à tous les malades autant de liberté que possible.

Il faut remarquer cependant, qu'avec cette solution l'entreprise tomberait à la charge de l'État ou de la province, qui ont déjà à leur charge les frais d'entretien des aliénés.

Un autre système, peut-être préférable, consisterait à relier un établissement d'épileptiques à un asile d'aliénés, ce qui permettrait de placer l'épileptique dans l'asile, chaque fois qu'il surviendrait des troubles mentaux et de l'y laisser jusqu'à ce qu'il soit redevenu tranquille et lucide. Mais du moment que l'hôpital des épileptiques serait ainsi lié par son fonctionnement à l'asile d'aliénés, on ne pourrait plus y faire admettre les épileptiques complètement exempts de troubles mentaux ; et l'on se verrait réduit à créer de nouveaux établissements pour cette dernière catégorie de malades. Ce serait du reste là une mesure excellente, vu qu'un établissement est d'autant meilleur qu'il est plus spécialisé. On aurait ainsi un système de deux établissements, auxquels on affecterait une zone de recrutement plus grande, ce qui ne serait pas plus compliqué que d'avoir deux établissements dispersés dans deux zones de recrutement moitié moins étendues. Mais à quelle époque l'État, qui a déjà les asiles d'aliénés à sa charge,



pourrait-il créer des établissements pour les épileptiques non aliénés? Il est à craindre que, vu l'absence des ressources, on n'attendît longtemps. Dès lors il s'agirait de trouver, pour l'assistance des épileptiques sains d'esprit, des ressources autres que celles qui subviennent aux frais des épileptiques aliénés. Il faudrait donc commencer par diviser les épileptiques en deux catégories, division qui ne saurait être avantageuse à aucun point de vue. Outre ces raisons extrinsèques, il en est d'un ordre intrinsèque qui s'opposent à une pareille classification. L'état des épileptiques est, en effet, soumis à tant de variations, que beaucoup de ces malades auraient leur place indiquée, la moitié du temps dans la maison des aliénés, l'autre moitié dans celle des épileptiques sains d'esprit. Et, en admettant que la maison des épileptiques ne soit qu'un quartier d'asile, la conséquence pratique du système en question, se traduirait pas des mises en liberté et des admissions successives, ce qui ne serait avantageux ni pour le malade, ni pour l'établissement. Bien entendu, pendant l'absence des troubles intellectuels, l'épileptique ne voudrait pas être maintenu dans un asile d'aliénés, et il se trouverait dans l'alternative ou de reprendre son entière liberté, ce qui, en principe, ne convient pas à son état, ou de rester dans un asile d'épileptiques aliénés dans lequel sa liberté serait forcément restreinte.

Il ne saurait être question de lui créer, à l'asile, un autre chez soi, où il s'habituerait à rester, grâce à des occupations régulières : et c'est là cependant ce qu'il faudrait réaliser pour la plupart de ces malades.

Pour ces motifs, le mieux serait peut-être d'admettre tous les épileptiques dans un grand établissement spécial, sans tenir préalablement compte de leur état mental, sauf à les répartir ensuite par quartiers, d'une manière judicieuse. Les épileptiques à troubles intel-

troubles intellectuels prédominant, sont bien à leur

lectuels graves et permanents, notamment les stupides, et ceux qui seraient incapables de s'occuper, pourraient faire exception à cette règle, et être dirigés selon les circonstances dans un établissement d'épileptiques ou un asile d'aliénés où ils seraient également bien soignés.

Quant à diviser, en principe, les épileptiques en deux catégories distinctes, selon qu'ils présentent ou ne présentent pas des troubles intellectuels, c'est un système que je crois n'être pas sans inconvénients. Non pas, qu'à mon avis, tous les épileptiques puissent être placés sous le même bonnet et traités dans le même établissement ; mais je montrerai plus loin que le point de départ d'une distinction doit être tout autre que l'état d'intégrité ou de lésion des facultés mentales. Ici je me trouve, sur certains points, en contradiction avec divers aliénistes qui se sont occupés de la question, et notamment avec le professeur Jolly de Strasbourg, qui, le premier, l'a traitée d'une manière approfondie (*Arch. für Psychiatrie*, t. XIII). Dans le cas, dit l'auteur, « où par suite de troubles intellectuels le malade deviendrait désordonné ou dangereux, il ne serait point besoin pour cela d'une organisation spéciale, sa place étant à l'asile d'aliénés pendant tout le temps que dureraient les troubles mentaux. » « Sans doute, ajoute Jolly, on pourra faire des objections à cette proposition : on a objecté notamment que tous les épileptiques sont plus ou moins aliénés et que l'on ne saurait les diviser en deux catégories, dont l'une aurait sa place dans une maison d'aliénés, et l'autre dans une maison d'épileptiques. On en a conclu qu'il fallait les réunir dans un établissement *unique* où l'on pourrait, selon les variations de leur état mental, leur donner plus ou moins de liberté. Mais c'est là une théorie qui ne saurait être soutenue sérieusement, autant vaudrait, par déférence pour un dicton banal qui veut que tous les hommes soient plus ou moins fous, en-



fermer l'espèce humaine tout entière dans un asile d'aliénés où il y aurait des quartiers appropriés à l'état mental de chacun. »

En s'appliquant, pour combattre une opinion, à la pousser ainsi jusqu'à l'absurde, Jolly a néanmoins négligé un côté de la question. Il raisonne, en effet, sur les épileptiques à troubles mentaux périodiques, comme s'il s'agissait d'aliénés périodiques en général. Il est certain que si l'on se place, surtout, au point de vue de la sécurité publique, cette confusion peut se faire jusqu'à un certain point.

Il en est tout autrement quand on envisage, dans les deux cas, l'état habituel du malade, sans tenir compte des troubles intellectuels passagers.

On voit alors, d'un côté, un homme qui est comme tout le monde, et pour lequel il n'y a, d'une façon générale, aucune raison d'être indéfiniment retenu dans un asile d'aliénés ; de l'autre côté, il s'agit d'un épileptique qui, quoique revenu à la raison, reste sujet à des crises convulsives ; et cette disposition, indépendamment de son état mental, lui rendra la vie dans la société soit plus difficile, soit même impossible. Aussi, tandis que pour l'aliéné périodique, la question de maintien à l'asile ou de mise en liberté, est tranchée par l'état même du malade, il n'en est ainsi, chez l'épileptique, que dans le cas où celui-ci, durant les périodes d'intégrité intellectuelle, n'éprouve ni l'envie, ni le besoin de rester dans un établissement spécial. Or, dans la pratique, les épileptiques qui, par mesure de sécurité, sont placés dans un asile, sont précisément ceux qui, vu leur état de dénûment, auraient besoin d'y être maintenus et soignés d'une manière définitive. Voilà pourquoi nous ne saurions admettre une division abstraite des épileptiques en aliénés et en non-aliénés.

La proposition de Jolly serait inattaquable, s'il était

établi que les asiles d'aliénés, et surtout les asiles publics, répondent à tous les besoins pour le traitement des épileptiques à troubles intellectuels transitoires. Mais, à mon avis, l'administration ne pourrait faire qu'une besogne insuffisante, si elle posait en principe qu'il s'agit seulement de créer des établissements pour les épileptiques non aliénés, les épileptiques aliénés continuant à être dirigés sur les asiles d'aliénés.

Pelman, directeur de l'asile de Grafenberg, pense avec Jolly (voir *Allg. Zeitschr. für Psychiatrie*, t. 39, p. 622) que les épileptiques aliénés doivent être placés dans les asiles d'aliénés.

Nous pensons que des exemples tirés de la pratique, peuvent seuls jeter quelque lumière sur cette question si controversée. A ce sujet nous mentionnons ici un établissement auquel nous sommes attaché depuis des années en qualité de médecin. Cet établissement est annexé à un hospice de Wurtzbourg (Juliusspital); il reçoit, en vertu de fondations, vingt-quatre épileptiques de chaque sexe, qui, par le fait seul de leur admission, acquièrent le droit d'être soignés pour le restant de leurs jours dans l'établissement. L'incurabilité doit être constatée à l'entrée, ce qui fait de la maison, une maison d'assistance par excellence.

Or, quand au bout d'un certain nombre d'années, un pensionnaire de cet établissement cesse d'avoir des crises, il n'en continue pas moins à être soigné dans la maison; les sorties sont excessivement rares. Si des troubles intellectuels se présentent chez un malade, on l'évacue sur le quartier d'aliénés de l'hôpital dont dépend l'établissement, jusqu'à ce que le calme soit revenu.

Abstraction faite des accès transitoires de folie, l'état mental de ces pensionnaires est caractérisé, comme dans toutes les agglomérations d'épileptiques, par les diverses nuances de la faiblesse intellectuelle, depuis



un état qui est voisin de l'état normal, jusqu'à la démence apathique. Aussi ne saurait-il être question de les diviser en aliénés et en non aliénés ; et jamais le besoin d'une pareille distinction ne s'est fait sentir.

Il y a cependant une catégorie de malades qui deviennent impossibles dans cet établissement ; elle est formée par les individus qui ont quelque chose d'« in-social » dans tout leur être, et qui sont insupportables pour leur entourage. Ces malades deviennent violents et dangereux au moment de leurs attaques ; d'autre part, ils sont de ceux qui, dans l'intervalle des attaques, offrent le moins de troubles intellectuels ; aussi ne saurait-on les ranger dans la catégorie des épileptiques susceptibles d'être placés dans les asiles d'aliénés. Quand par surprise certains de ces malades ont été admis à l'établissement, ils ont dû en être congédiés quelque temps après. — Où les envoyer ? — Telle est la question difficile qui se posait alors : mais nous reviendrons plus loin sur les mesures à prendre pour ces épileptiques heureusement en petit nombre. Ici nous nous occupons spécialement des épileptiques avec lesquels il y a moyen de s'entendre, de ceux qui apprécient les bienfaits de l'assistance dans un établissement spécial et qui y séjournent volontiers.

C'est à ceux-ci que la colonie d'épileptiques du pasteur von Bodelschwingh, près de Bielefeld (Westphalie), offre dans de vastes proportions des soins tout à fait en rapport avec leurs besoins. Nous avons cru devoir la visiter avant de traiter la question de l'assistance des épileptiques. Le bon accueil du directeur de la colonie, et la communication des publications dont elle a été l'objet, nous mettent à même de parler en connaissance de cause de cette institution. Nous nous trouverons ainsi ramené à la question posée au commencement de ce travail : à savoir, si la division des épileptiques en

aliénés et en non aliénés, est nécessaire au point de vue pratique, ou si elle est au moins possible, d'une manière générale.

La colonie des épileptiques de Bielefeld, créée sans programme préconçu, s'est développée tout naturellement au fur et à mesure des besoins. « Bodelschwingh nous apprend qu'en 1865 le conseil provincial de Westphalie chargea une commission d'hommes dévoués de Bielefeld, de s'occuper du sort des épileptiques. En conséquence, on fit l'acquisition d'une petite maison de paysans, située dans une forêt près de Bielefeld, et on y installa, le 15 novembre 1867, quatre garçons épileptiques. On put bientôt se convaincre que l'idée d'hospitaliser les épileptiques était parfaitement praticable, et que la crainte de voir l'état des ces malades empirer sous l'influence du spectacle quotidien de leurs crises, était mal fondée ; il en fut de même de l'appréhension de voir naître des conflits journaliers et de sanglantes batailles dans un milieu d'hommes irritables, méfiants et portés à la violence. Malgré l'insuffisance du premier local qui ne permettait pas de classer les malades suivant leur âge, leur éducation et le degré de leur maladie, on s'aperçut bientôt que la vie en commun présentait pour eux bien plus d'avantages que d'inconvénients. L'horreur inspirée par l'aspect des attaques disparaissait après quelques jours chez les nouveaux venus.

« Le sentiment qui pousse les malades à se porter aide, est la règle chez les épileptiques. Non seulement les adultes, mais aussi les enfants, s'empressent de venir au secours de leurs compagnons, dès qu'ils les voient tomber en crise ; aussi les traumatismes deviennent-ils rares. L'expérience de ces secours prodigués entre camarades, fait naître, chez tous les malades, un sentiment de solidarité, et pour ainsi dire de famille, qui



leur était inconnu auparavant. Dans sa propre famille, l'épileptique est exposé à des mécomptes, à des déboires, dont il ne peut s'expliquer la raison, parce qu'il n'a pas vu ses attaques et qu'il refuse quelquefois de croire à leur réalité. A l'établissement, il voit ce qu'il en est, et toute idée d'humiliation disparaît ; il se trouve, du reste, complètement chez lui, chacun étant traité de la même manière, les privations aussi bien que les plaisirs sont en commun. »

On ne saurait méconnaître l'importance de ces sages paroles de Bodelschwingh. Elles nous rendent compte des raisons qui rendent parfois si pénible le séjour de l'épileptique dans un asile d'aliénés. Comme pour sa conscience, les états qui le rendent, par moments, plus désordonné que les aliénés de son entourage, sont enveloppés d'une nuit profonde, il se croit, dans l'intervalle de ces moments de trouble, un être plus normal que ceux qui l'entourent, et de là viennent avec le personnel non épileptique de l'asile, les froissements que Bodelschwingh a signalés avec tant de vérité.

L'établissement spécial aux épileptiques présente encore un avantage important, que Bodelschwingh signale en ces termes : « La faculté de pouvoir s'occuper est un bienfait immense pour l'épileptique. En effet, les douleurs physiques, l'aspect d'un corps livré, en apparence, à la torture, tout cela est peu de chose pour l'épileptique, vu son inconscience pendant les crises ; mais ce qui le tourmente plus qu'on ne saurait l'imaginer, c'est de se voir interdire l'entrée de l'atelier ou du chantier où travaillent ses compagnons, celle de l'école, du collège, de l'université où s'instruisent ses camarades. Par-ci, par-là, il réitère ses tentatives de travail, et chaque fois, au bout de quelques semaines, il suffit d'une seule attaque pour le remettre sur le pavé, ou bien, selon le cas, à la porte de l'école. Ce n'est que dans un

établissement spécial, que les épileptiques gravement atteints, peuvent s'occuper régulièrement ; là seulement, même les plus faibles, grâce à une surveillance et à une assistance appropriées, peuvent être occupés de différentes manières : et il n'est pas sans intérêt d'observer la figure réjouie d'un imbécile épileptique, qui arrive heureusement à bout de charrier sa première brouette de sable à l'endroit voulu. » La constatation de pareilles dispositions au travail, chez les épileptiques, était certainement de nature à favoriser l'agrandissement de l'entreprise de Bielefeld. Dans ce but, on adopta pour système la réunion des épileptiques par groupes de dix ou douze malades du même sexe, qui devaient, autant que possible, avoir une vie commune au point de vue de l'instruction, de l'éducation, du travail et des récréations.

Ce système eût été difficilement applicable dans un bâtiment unique destiné aux deux sexes ; aussi fit-on l'acquisition de différentes maisons de paysans, dans lesquelles on logea ces groupes de malades avec leurs infirmiers ou infirmières.

La disposition de ces maisons, entourées de jardins et de terres, se prêtait admirablement au développement d'un pareil système. Cette organisation par petites maisons isolées, est très appréciée des malades : elle permet de garder les plus gravement atteints plus rapprochés du point central, tandis que ceux qui le sont moins peuvent être logés aux points les plus éloignés, et chargés de travaux plus importants. « Leur activité a déjà créé, dit Bodelschwingh, une grande partie des ressources alimentaires de la colonie, et de grandes étendues de terres défrichées et de prés nouveaux, témoignent du zèle de nos colons. »

En outre, on organisa des ateliers pour divers métiers. Chaque atelier est sous la direction d'un maître



ouvrier non malade. Il y a une serrurerie très animée, une boulangerie où une dizaine d'épileptiques travaillent sous la direction d'un chef marié, et vivent en famille chez lui : cet établissement fournit le pain à toute la colonie. Signalons encore des magasins, une pharmacie, une librairie, le tout occupé par des épileptiques contents, et faisant généralement très bien leurs affaires.

La colonie d'aliénés de Altscherbitz, près de Halle, a également adopté le système des petites maisons isolées ; elle s'en est bien trouvée ; tandis que les grandes casernes qui, en beaucoup d'endroits, tiennent lieu d'asiles d'aliénés, sont souvent des combinaisons manquées.

La colonie des épileptiques comprend déjà une trentaine de maisons, et leur nombre pourra s'accroître selon les besoins ; et il se formera ainsi une petite ville d'épileptiques.

Le nombre des sorties, comparé au chiffre des admissions, n'est que de 3 p. 100 ; preuve certaine que les malades se trouvent acclimatés à la colonie, où ils ne viennent pas, du reste, chercher un traitement, mais un asile ou plutôt un chez soi. Et c'est là un avantage dont les imbéciles ne sont pas exclus ; car, sur la population actuelle de la colonie qui compte 800 habitants, 30 p. 100 sont des faibles d'esprit, qui n'en ont pas moins leurs habitations propres. D'autre part, beaucoup de malades, tout en étant susceptibles de travailler, présentent des anomalies psychiques très marquées, aussi observe-t-on journellement des accès passagers de folie. Pour les soins que réclament les attaques d'épilepsie, il y a, dans chaque maison et dans chaque atelier, des lits avec matelas ; le malade suivant le cas se couche lui-même, ou est couché par ses camarades au moment des crises. Des cabinets spéciaux avec matelas sont, dans le même but, organisés sur les côtés de l'église de la colonie.

On est bien moins organisé en prévision des accès de folie.

Le besoin d'un bâtiment central, avec cellules d'isolement et organisation d'un service médical spécial, se fait vivement sentir. Actuellement, vu le défaut d'espace, de lits matelassés à bords élevés, etc., on est réduit trop souvent à faire usage de la camisole de force.

Le nombre des demandes d'admission est si élevé, que toutes les places sont constamment prises, aussi serait-il à désirer que de nouveaux établissements fussent créés dans d'autres provinces. Il ne faut pas oublier que les malades qui viennent à Bielefeld sont en majorité des indigents ne pouvant payer qu'un prix très minime, ou devant même être reçus gratuitement. Aussi l'établissement a-t-il toujours besoin pour vivre des ressources qui lui ont permis de naître, et qui sont constituées par des dons charitables. Il a en outre des subventions de différentes provinces prussiennes.

Il y a là un bel exemple à suivre, et l'expérience acquise à Bielefeld, permettrait de procéder à coup sûr pour la création d'autres établissements du même genre.

Les questions principales qui se poseraient à cet effet, seraient les suivantes :

1° A qui incombe-t-il de prendre l'initiative d'une pareille entreprise?

2° Faut-il mettre l'entreprise sous la direction d'un médecin ou non ?

3° La colonie doit-elle être destinée exclusivement aux épileptiques, ou faut-il y rattacher un asile d'idiots?

Pour répondre à la première question, disons que l'État (c'est-à-dire les provinces et les communes), ou la charité privée pourraient seuls mener à bonne fin une pareille entreprise ; l'idée d'un gain, ou même d'un rendement convenable devant être absolument écartée, la spéculation privée ne saurait intervenir. En principe,



L'État serait bien qualifié pour entreprendre une pareille œuvre ; mais de fait, le manque d'argent en Allemagne et dans la plupart des pays, ferait remettre indéfiniment l'exécution du projet. Sans compter que, pour que l'asile puisse être créé dans des conditions avantageuses, il faudrait lui donner un rayon de recrutement susceptible de fournir au moins cinq cents malades, ce qui suppose l'entente d'un certain nombre de provinces ou de départements. Supposons qu'on veuille tenter l'entreprise pour l'Allemagne du Sud, et fonder un asile commun pour l'Alsace-Lorraine, le duché de Bade, le Wurtemberg, la principauté de Hohenzollern, le Palatinat, et la Hesse, il y aurait là le rayon de recrutement convenable pour une grande colonie ; mais il est certain qu'au bout de cinquante ans on aurait barbouillé bien du papier, sans être arrivé à une entente. Même pour la Bavière seule, par suite de la division du royaume en cercles nombreux, ayant chacun son administration propre en ce qui concerne l'assistance publique, on se heurterait aux mêmes difficultés.

Sans mettre en doute les bonnes intentions des pouvoirs publics, nous les soupçonnons quelque peu de manquer d'initiative, nous sommes convaincu néanmoins qu'un établissement créé par des efforts privés, ne manquerait pas d'être favorisé par des subventions officielles.

Ce qu'il faut pour une entreprise de ce genre, c'est un génie pratique, un homme d'initiative ; et l'initiative est si peu une qualité allemande, que le mot n'existe même pas dans notre langue. Il importe peu que l'homme qui tente l'entreprise soit poussé par des idées religieuses ou par des sentiments d'humanité. L'essentiel est qu'il soit infatigable, qu'il ne se lasse pas de solliciter la charité privée et qu'il entraîne à sa suite un certain nombre d'hommes généreux et dévoués ; à ces conditions

seules, il pourra créer des ressources suffisantes pour atteindre son but.

C'est ce qu'a fait Bodelschwingh.

La voie une fois tracée, la tâche devient plus facile pour des fondations nouvelles. C'est ainsi que plusieurs provinces prussiennes ont déjà leurs colonies d'épileptiques, créées sur le modèle de Bielefeld.

Dans l'Allemagne du Sud il n'a encore rien été fait qui mérite d'être mentionné, si ce n'est l'établissement de Stetten dans le Wurtemberg, qui du reste est destiné en même temps aux épileptiques et aux idiots.

Dans le royaume de Saxe, il y a un asile d'épileptiques créé par l'État.

La Saxe est un pays qui a une population très dense, et contrairement à ce qui se passe dans les autres États de l'Allemagne, l'administration des asiles d'aliénés dépend, en Saxe, directement de l'autorité centrale. C'étaient là des conditions particulièrement favorables ; encore peut-on se demander si ce petit pays renferme assez d'épileptiques pour que sa colonie puisse vivre dans les conditions voulues de prospérité.

Au point de vue confessionnel, les établissements seront mixtes dans les cas où il y aura différents cultes dans leur zone de recrutement : chaque culte aura son ministre et toute propagande religieuse devra être bannie. Bodelschwingh ne voudrait pas de ces asiles mixtes ; il donne pour raison la nécessité d'avoir un personnel composé exclusivement de religieux de la même confession. Mais quel inconvénient saurait-il y avoir à ce que des épileptiques catholiques soient soignés par des diaconesses protestantes, ou des épileptiques protestants par des sœurs de charité ? Le personnel pourra donc appartenir indifféremment à l'un ou à l'autre culte, même dans les asiles confessionnellement mixtes ; et un pareil état de choses aurait peut-être même l'avantage



tage d'empêcher que l'établissement ne prenne un caractère confessionnel trop marqué.

Du reste, tout cela perd de son importance du moment qu'on tranche la deuxième question mentionnée plus haut, dans le sens d'une direction médicale.

La direction médicale pourra être établie, sans que l'établissement appartienne à l'État : une société privée trouvera, aussi bien que l'État, un médecin capable et dévoué. On ne saurait dénier aux médecins le génie pratique ; quant aux sentiments d'humanité et de dévouement, c'est peut-être dans la profession médicale, qu'on les rencontre plus souvent que partout ailleurs.

Bodelschwingh fait remarquer que les fonctions médicales, dans un établissement d'épileptiques, sont monotones et fatigantes : mais à ce compte, il faudrait aussi retirer la direction des asiles d'aliénés aux médecins. Aussi bien que tout autre, le médecin se fera aux exigences économiques et pédagogiques d'un établissement d'épileptiques, et ses connaissances spéciales en médecine le rendront encore plus capables de le diriger. Aussi, Bodelschwingh a-t-il tort de prétendre que le médecin qui se sent des capacités pour une direction de ce genre, devra laisser de côté sa vocation médicale. Pour soutenir une pareille opinion, il faut méconnaître les hautes obligations sociales du médecin, et réduire son rôle à celui d'un faiseur d'ordonnances. L'État n'est-il pas obligé de confier des postes importants à des médecins qui se sentent très bien dans leurs attributions, quoique d'une façon générale ils ne fassent pas de pratique médicale ?

Que Bielefeld soit aujourd'hui sous la direction de Bodelschwingh, cela se comprend : il est le génie créateur de cet établissement, et c'est une raison suffisante pour qu'on fasse une exception pour lui. Mais il est certain que plus tard la colonie devra être placée sous la

direction d'un médecin. C'est ainsi, seulement, que l'on évitera l'inconvénient de créer des établissements d'un caractère religieux trop marqué, dans lesquels, oublieux du vrai but, on soumet parfois à de pauvres têtes malades des considérations déplacées sur la morale et les choses transcendantes. Le médecin est plus qu'un autre capable de reconnaître des symptômes pathologiques dans les faits et gestes des malades, il est donc, moins que tout autre, exposé à se laisser égarer par des idées fantastiques et surnaturelles, ou par de fausses théories sur ce qu'on convient d'appeler le libre arbitre.

Vouloir traiter un épileptique par des remontrances et des préceptes de morale, c'est s'exposer à devenir dur et injuste : ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille pas une bonne discipline. Enfin, qu'un établissement soit monté avec plus ou moins de préoccupations d'ordre religieux, le travail devra toujours être considéré comme un point capital. Il ne viendra, du reste, jamais à l'idée d'un médecin de mettre obstacle à un usage convenable des exercices du culte.

Une autre circonstance d'une grande importance, plaide encore en faveur de la direction médicale : c'est la fréquence des anomalies sexuelles chez les épileptiques, anomalies qui se traduisent par de l'onanisme, des tentatives de pédérastie, etc. Dans ces cas, le médecin voit clair et agit efficacement et sans pruderie. Pour d'autres personnes, et surtout pour des religieux, il y a là des péchés graves, des tentations suspectes, etc., il vaut donc mieux qu'ils n'aient pas à s'en occuper.

L'idéal serait donc une grande colonie, fondée par une réunion libre de philanthropes, se recrutant sur un territoire étendu, recevant de fortes subventions du gouvernement et ayant à sa tête un médecin à la fois doux et énergique.

Espérons que cet idéal se réalisera bientôt pour beau-



coup de pays. Il suffira de commencer ; les secours ne manqueront pas d'affluer de tous côtés.

La troisième question, celle de savoir si une institution d'idiots doit être rattachée à une colonie d'épileptiques, a été tranchée dans un sens affirmatif, à Stetten, dans le Wurtemberg ; là, la colonie renferme, tant en fait d'enfants à élever ou à instruire qu'en fait d'adultes à soigner et à occuper, à peu près autant de faibles d'esprit que d'épileptiques. Le docteur Wildermuth, qui dirige la colonie, s'exprime en faveur de ce mélange. Il dit notamment que la crainte de voir les faibles d'esprit impressionnés par l'aspect des crises d'épilepsie, au point d'être pris eux-mêmes d'attaques convulsives, est absolument dénuée de fondement.

D'autre part, le même auteur fait remarquer que la plupart des jeunes épileptiques qui sollicitent leur admission dans la colonie, se trouvent dans un état intellectuel tel, que le système d'éducation et d'instruction qui convient aux faibles d'esprit, leur est parfaitement applicable.

Bodelschwingh est d'un avis différent. Il reconnaît bien que des épileptiques idiots et des idiots non atteints de haut mal peuvent sans inconvénient être élevés ensemble ; mais il en est tout autrement, dit-il, pour les enfants épileptiques dont l'intelligence est intacte, et dont les parents s'opposent à un placement dans une institution qui serait un établissement pour idiots, quand même cet établissement aurait des quartiers spéciaux pour les épileptiques. Il en sera de même à fortiori, pour les épileptiques adultes non atteints d'idiotie.

La contradiction entre Wildermuth et Bodelschwingh s'explique par ce fait que le premier considère les enfants épileptiques, dont l'intelligence est presque normalement développée, comme une minorité ; tandis que

dans une colonie comme celle de Bielefeld, cette minorité prend des proportions qui ne permettent plus de la traiter en quantité négligeable. Or, comme à bien des égards, ce sont les enfants dont l'intelligence est le plus développée qui auront le plus besoin de la colonie, le mieux serait de créer désormais pour les idiots non épileptiques des établissements spéciaux.

L'admission de cette catégorie de malades dans les colonies augmenterait trop la proportion des sujets inaptes au travail, ce qui diminuerait trop les ressources de la colonie : car il ne faut pas oublier que le nombre des idiots épileptiques est déjà fort considérable.

Les établissements qui, comme celui de Stetten, reçoivent les idiots non épileptiques, pourront continuer ce système dont, du reste, Stetten s'est bien trouvé jusqu'à présent.

La question d'assistance des épileptiques serait donc tranchée d'une manière générale par la création de grandes colonies, lesquelles seraient organisées de manière à pouvoir recevoir aussi les épileptiques aliénés. Les adultes et les enfants trouveraient également leur place dans ces colonies ; et il n'y aurait plus lieu de s'occuper que du sort de ceux qui ne voudraient pas être admis dans ces établissements et qui du reste ne sauraient y être forcés, étant inoffensifs.

C'est là une catégorie qui pourrait être admise dans les quartiers d'hospices recommandés par Jolly. En effet, placés dans des quartiers spéciaux des asiles d'aliénés ou des hôpitaux, ces malades pourraient fournir les aliments d'une clinique dans les villes universitaires. Ils pourraient, en tout cas, profiter de l'installation d'une policlinique.

Le rôle du chef de service serait de conseiller aux malades revenant périodiquement, d'entrer dans une colonie d'épileptiques ; il en resterait toujours assez qui



pour des raisons de famille ou pour d'autres motifs, ne suivraient pas ce conseil.

En exécutant toutes les mesures dont il vient d'être question, il restera encore à caser un certain nombre d'épileptiques des plus redoutables. Ce sont ceux dont il a été fait mention plus haut et qui ont quelque chose d'absolument *insocial* qui les rend indomptables et dangereux.

Le nombre des crimes commis dans des conditions d'irresponsabilité par des épileptiques, est fort considérable, et il ne manque pas d'épileptiques qui, tout en n'ayant pas commis de crimes, sont susceptibles d'en commettre d'un moment à l'autre. On pourra essayer de placer ces malades, même les plus dangereux, dans une colonie d'épileptiques ; peut-être arrivera-t-on, à force d'efforts, à en apprivoiser un, par-ci par-là, et à l'habituer au travail : mais, si tous les efforts restent stériles, il convient de renoncer à faire uniquement acte de charité et d'humanité ; il faut alors s'occuper surtout de la sécurité de la société, et ce devoir incombe à l'État. La question de la création d'asiles spéciaux pour les épileptiques dont nous parlons, a été trop négligée jusqu'à présent ; elle se rattache du reste à celle des asiles pour les aliénés criminels. Le D<sup>r</sup> Grünwald, dans un rapport sur un épileptique poursuivi pour vol et déclaré irresponsable, fait bien ressortir la nécessité de créer ces établissements spéciaux ; mais il ajoute que le temps est fort éloigné encore où il pourra être fait quelque chose dans ce sens. Nous voudrions un peu moins de résignation à ce sujet, car à notre avis, il ne faut prendre ni trêve ni repos avant d'avoir obtenu la création de ces établissements.

On a objecté encore que beaucoup des épileptiques qui ont commis des crimes en état d'irresponsabilité, sont durant la moitié de leur vie les hommes les plus

doux du monde, et durant l'autre moitié de vraies bêtes fauves. Dans ces conditions la commune où ils résident manifeste à juste droit son mécontentement de leur présence, tandis que la commune où ils ont leur domicile de secours veut éviter les frais d'entretien permanent d'un individu qui n'est malade que quelques jours par an, mais dont la maladie devient néanmoins un danger sérieux pour la société. On s'est demandé ce qu'il faudrait faire de ces malades. C'est là le dernier problème de la question que nous venons d'étudier, et la solution de ce problème incombe entièrement à l'État: elle est liée à des notions de « pénalité » et de « proportionnalité des peines », et fera ultérieurement le sujet d'une étude plus complète.



# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

**Académie de médecine. — Séance du 7 septembre 1886.**

*De la responsabilité partielle des aliénés.*

M. B. BALL. — Le retentissement d'un procès célèbre a ramené l'attention des magistrats, du barreau et des aliénistes sur la question longtemps et vivement controversée de la responsabilité partielle des aliénés dits criminels. Cette question, qui n'a pas encore reçu une solution définitive, nous avons l'intention, après tant d'autres observateurs, de la discuter de nouveau; mais avant d'aborder le problème dans son ensemble, nous allons exposer le fait si remarquable qui vient de lui donner un regain d'actualité, s'il est permis de s'exprimer ainsi.

Le crime mystérieux de Villemonble a eu pour dernière conclusion la condamnation d'Euphrasie Mercier. Les débats ont prouvé que cette femme, dont l'activité, la vie laborieuse et les aptitudes commerciales n'avaient pu la conduire à la fortune, avait tenté d'y parvenir par un crime.

Euphrasie Mercier, dit l'acte d'accusation (1), avait eu parmi ses clientes une demoiselle Ménéret, qui possédait une fortune d'environ 80,000 francs. Cette personne ayant acquis pour s'y installer une propriété à la campagne, prit à son service Euphrasie. Les circonstances particulières dans lesquelles vivait M<sup>lle</sup> Ménéret et l'isolement absolu dans lequel elle s'est trouvée à un moment donné, ont permis à la coupable d'accomplir facilement son crime. Elle empoisonne sa maîtresse, brûle le cadavre, enterre les os à demi calcinés dans le jardin, et commet une série de faux très compliqués, dans le but de s'emparer de la fortune de sa patronne.

Plus tard, obéissant à une impulsion pour ainsi dire instinctive, cette femme réunit autour d'elle la plupart des membres

---

(1) Voir le *Droit*, 18 avril 1885.

de sa famille, ses sœurs Honorine et Sidonie, son frère Camille, enfin sa nièce Adèle et son neveu Alphonse de Châteauneuf, fils naturel d'Honorine. Ces dispositions au moins imprudentes ont amené sa perte. Deux ans après le crime, elle est arrêtée sur la dénonciation de son neveu, et l'instruction se basant surtout sur les faits dévoilés par ce dernier, établit la culpabilité de l'accusée.

Mais un fait des plus intéressants se trouve mis en lumière au cours du procès.

On était en présence, non pas d'une aliénée, mais de toute une famille d'aliénés héréditaires. Les excentricités d'Euphrasie, mais surtout celles d'Honorine et de Sidonie, impliquées comme elle dans l'accusation, mais placées hors de cause par une ordonnance de non-lieu, ont motivé une expertise dirigée par MM. Blanche, Ball et Motet.

Deux rapports ont été rédigés : le premier sur l'état mental d'Honorine, Sidonie et Camille Mercier ; le second sur l'état mental de la principale accusée.

Nous allons rapidement résumer les données qui ressortent de ces documents, et qui feront connaître l'état d'esprit de cette singulière famille.

La famille Mercier est une réunion de visionnaires, dont les uns présentent une intelligence très développée, tandis que les autres ne possèdent que des facultés très émoussées. Le père de cette lignée nombreuse était un simple ouvrier qui, par son travail, ses capacités et son activité, s'était élevé au rang de patron, et dirigeait une filature assez importante en province.

C'était un homme aux sentiments religieux très exaltés, subordonnant à l'intervention de la Providence tous les événements de la vie. Un jour que ses affaires étaient embarrassées, il conçut l'idée de faire élever une chapelle et, pour cet objet, il n'hésita pas à dépenser six mille francs. Ces détails peuvent jeter quelque lumière sur la tournure habituelle de son esprit. Il mourut en 1846, emporté par une hémorrhagie cérébrale que deux attaques avaient précédée. C'était donc un cérébral doublé d'un mystique, sans être aliéné.

Il laissait la gestion de son établissement à sa fille aînée, Euphrasie, alors âgée de vingt-deux ans. La révolution de 1848 renversa la fortune de la famille ; on fut obligé de se disperser. Mais de cet événement, il est résulté une idée fixe qui a dominé toute l'existence des demoiselles Mercier : celle de rétablir la fortune paternelle.



Les penchants mystiques de la famille ont donné une couleur systématique à leurs préoccupations. Combinant à leurs tendances primordiales cette disposition spéciale aux aliénés, qui les porte à se considérer comme le centre de tous les événements qui se déroulent autour d'eux, les Mercier ont imaginé un système d'après lequel la Providence divine, d'une part, le démon, de l'autre, se sont pour ainsi dire livré bataille sur leurs corps.

Mais dans toute *folie à deux* ou à plusieurs, dans tout délire systématique accepté par un *groupe*, par une réunion plus ou moins nombreuse d'individus, il y a toujours un chef qui donne l'impulsion, et des subordonnés qui la reçoivent. Ce chef, ce directeur, ce protagoniste, c'est (dans le cas qui nous occupe) Honorine Mercier, la plus jeune de la famille. Ses sœurs Euphrasie et Sidonie, son frère Camille, ont à divers degrés subi son influence.

Honorine Mercier est une véritable aliénée, qui déjà deux fois a été internée à la Salpêtrière. Les conceptions mystiques et les idées de persécution qui constituent le fond de son délire se sont manifestées de très bonne heure, nous dirions presque dès sa plus tendre enfance. Dès l'âge de onze ans, à l'occasion de sa première communion, elle se voit enlevée au septième ciel, elle entend les chants des anges, puis elle est transportée dans le monde des abîmes, dont elle donne une description des plus effrayantes.

Au travers d'une existence très accidentée, au cours de laquelle elle devient mère de deux enfants, Honorine ne change jamais sous le rapport mental. Sa vie tout entière est une hallucination non interrompue. Aujourd'hui même, à l'asile Sainte-Anne, où elle est internée, Honorine continue à développer les mêmes conceptions, avec une vigueur d'expressions, une verdeur de langage et souvent une force d'éloquence qu'on ne peut apprécier sans l'avoir entendue.

Plus faibles d'esprit et de caractère, son frère Camille, sa sœur Sidonie suivent de loin ses traces, tout en subissant son influence. Leur délire est un faible reflet des conceptions d'Honorine : il est, pour ainsi dire, à la hauteur de leur intelligence.

Mais ces trois personnages n'ont rien à voir avec la responsabilité criminelle ; une ordonnance de non-lieu les a mis hors de cause ; ils ne figurent ici pour ainsi dire qu'à titre de témoins, et si nous les avons évoqués, c'est pour éclairer la figure de leur sœur Euphrasie, qui, reconnue aliénée et déclarée coupable par

l'autorité judiciaire, soulève directement le grand problème que nous avons, après tant d'autres, essayé d'aborder.

Jetons donc un coup d'œil rapide sur cette étrange et remarquable personnalité.

Euphrasie Mercier est l'aînée d'une famille dont l'état mental vient d'être apprécié.

L'amour du merveilleux, poussé jusqu'à la folie, se manifeste chez tous les membres de cette lignée qui ont été soumis à notre examen.

Euphrasie Mercier n'échappe point à la règle; mais ce qui la caractérise individuellement, c'est d'abord un esprit pratique extrêmement développé; c'est ensuite une intelligence remarquable au point de vue commercial; c'est enfin la volonté bien arrêtée de rétablir la fortune paternelle qui s'est écroulée entre ses mains.

Au point de vue physique, Euphrasie Mercier est une femme de haute taille, d'une constitution vigoureuse, et qui paraît bien conservée malgré ses soixante-cinq ans.

D'ailleurs, à l'exception des fatigues occasionnées par un travail excessif, Euphrasie n'a jamais été malade.

Il est un détail important à noter, au point de vue physique, et qui offre une valeur réelle pour ce qui touche à l'appréciation de l'état mental.

Bien différente de sa sœur Honorine qui passe les nuits à prier dans un état d'agitation extrême, et souvent au milieu des hallucinations les plus variées, Euphrasie repose tranquillement; et la conservation d'une fonction aussi importante vient confirmer l'impression générale qui résulte de notre examen, et montre que chez elle le délire n'est point marqué sur son passage par une empreinte aussi profonde.

Nous allons jeter maintenant un rapide coup d'œil sur les antécédents d'Euphrasie au point de vue psychologique.

Le père d'Euphrasie Mercier est mort en 1842. Sa fille aussitôt s'est trouvée à la tête de sa filature, et, malgré son intelligence et son activité, elle a lutté sans succès contre des difficultés sans cesse renaissantes qui ont abouti à une catastrophe définitive.

La famille s'est alors dispersée. Euphrasie s'est d'abord placée comme caissière, puis comme employée de commerce. Elle a travaillé ensuite comme ouvrière en chaussures, et ce qui prouve son intelligence, c'est qu'elle a appris le métier toute seule.



En 1854, elle a fondé un magasin de cordonnerie et, depuis cette époque, elle a toujours vécu dans les affaires. Elle est arrivée plusieurs fois à réaliser une fortune assez considérable. Mais à diverses reprises elle a tout perdu de nouveau. Dans le cours de cette existence agitée et pénible, elle a toujours fait preuve de grandes capacités et d'une indomptable énergie.

Toutefois le vice héréditaire dont toute sa famille porte l'empreinte n'a point perdu ses droits. Euphrasie est une mystique, une visionnaire, mais, en raison de son esprit commercial, ses idées religieuses sont liées de la manière la plus intime au but unique de sa vie, au rétablissement de la fortune de son père. Dieu favorise ses desseins, le mauvais génie s'y oppose; les hallucinations et les idées délirantes dont nous allons maintenant nous occuper sont invariablement en rapport avec cette double pensée.

De fort bonne heure, Euphrasie a eu des visions. Une nuit elle voit apparaître sa grand'mère qui lui montre un doigt ensanglanté; c'est une vision prophétique destinée à lui annoncer une blessure dont elle porte encore aujourd'hui la trace. Plus tard, après la mort de son père, elle vit apparaître son ombre, qui eut avec elle un entretien prolongé. Son père lui recommanda de prendre en main la direction de la famille et le gouvernement de ses affaires; il se laissa même saisir et embrasser par elle, mais bientôt, se dégageant de ses étreintes, il lui dit : « Il faut que je remonte là-haut, » puis il disparut.

Dans cette circonstance, Euphrasie paraît avoir eu une hallucination de plusieurs sens associés : la vue, l'ouïe et le tact. Depuis cette époque, les hallucinations nombreuses qui se sont multipliées chez elle semblent avoir porté plus spécialement sur l'ouïe. Elle entend des voix, surtout lorsqu'elle est en prières; mais comme elle dit avec raison : « Je prie toujours. » Elle est donc constamment pour ainsi dire en communication avec le monde invisible.

Elle a eu cependant quelques hallucinations de la vue, nous avons déjà rapporté quelques exemples : elle nous en a cité d'autres encore. Elle a vu Notre-Seigneur Jésus-Christ apparaître « en plein dans ses fenêtres » lorsqu'elle habitait Bois-Colombes. Elle était à ce moment dans la gêne; elle s'est mise à prier pour savoir ce qu'il fallait faire, et au moment de l'apparition, une voix céleste lui a répondu de *thésauriser*.

Dans une autre occasion, étant à Carcassonne, elle a vu « le bon Dieu » qui lui a dit : « Tu as tort de tant travailler, car tu

n'en profiteras jamais. » Ce sont là des hallucinations où la vue et l'ouïe se trouvent associées.

Mais, d'une manière générale, c'est par l'ouïe seulement que lui parviennent ces révélations prophétiques; elle entend des voix qui lui disent d'écrire, surtout quand elle a prié.

Dans le cours de ses divagations, Euphrasie a subi dans une certaine mesure l'influence de sa sœur Honorine, dont le mysticisme plus exalté se trouve alimenté par des hallucinations beaucoup plus fréquentes et beaucoup plus compliquées.

Le système religieux qu'elle s'est forgé d'après les révélations d'Honorine n'est pas absolument conforme avec l'orthodoxie catholique; aussi n'est-elle pas en bons termes avec les prêtres.

Elle admet qu'il existe deux puissances contraires en ce monde, l'une pour le bien, l'autre pour le mal. Le démon est le frère de Dieu; il est souvent plus puissant que lui; c'est ce qui explique le mal qui se produit sur la terre.

Les volontés de Dieu peuvent changer; et ce qui les modifie le plus souvent, c'est la prière.

Trois règnes successifs ont passé sur l'univers. Dieu le père, Dieu le fils, et Dieu le Saint-Esprit ont successivement gouverné le monde; mais aujourd'hui, ils ont cédé le sceptre à la sainte Vierge, avec laquelle Euphrasie est en communication directe.

Dans les prières de l'Église, qu'elle récite constamment, Euphrasie a introduit plusieurs modifications qui lui ont été inspirées tantôt par la sainte Vierge, tantôt par le Grand Prêtre Melchissédec, qui n'est autre que Dieu le père.

Il y a quelques années, un triumvirat pour le gouvernement du monde devait être établi par la volonté divine; il devait se composer d'Euphrasie, d'Honorine et d'une comtesse polonaise qui fréquentait à cette époque les deux sœurs. Malheureusement, cette dame s'étant éloignée, l'association n'a jamais pu être fondée, au grand préjudice de la France et du genre humain tout entier.

Euphrasie nous a remis un papier sur lequel se trouvent consignées quelques-unes des inspirations qu'elle vient d'avoir en prison. Elle regrette vivement de n'avoir point pu compléter cette pièce par l'addition des autres communications qui lui ont été dictées plus tard.

Elle se proposait de la signer : Dieu le père, Dieu le fils et Dieu le Saint-Esprit, parce que c'est, en effet, sous l'inspira-



tion des trois personnes divines, ou pour mieux dire, sous leur dictée qu'elle a écrit ces révélations prophétiques.

Elle déclare enfin que, d'après les conseils d'en haut, elle ne veut pas prendre d'avocat, comptant se défendre elle-même sans invoquer le secours des hommes, pour démontrer son innocence.

Il nous paraît inutile d'insister davantage sur les inépuisables détails d'un délire aussi fécond en conceptions pittoresques.

Euphrasie Mercier, pour résumer ce qui précède, est une aliénée héréditaire. Les idées mystiques et les hallucinations qui l'obsèdent se rencontrent, à des degrés divers, chez la plupart des membres de sa famille. Son délire ne s'en distingue que par la forte empreinte de sa puissante individualité.

Le caractère de cette femme nous apparaît donc sous deux aspects bien différents. D'une part, le mysticisme; d'autre part, l'esprit de suite, le bon sens, et les aptitudes commerciales. On pourrait dire que cette femme a fait deux parts de son existence : l'une consacrée aux rêves, l'autre aux réalités. Mais ce qui demeure absolument démontré, c'est que, depuis les premières années de sa vie, elle est atteinte d'un délire parfaitement caractérisé, qui n'a cependant pas troublé son intelligence en ce qui touche à la vie pratique.

Il serait impossible, à notre avis, de rencontrer un fait où les données du problème et les difficultés de la question se montrent plus en relief que dans cette étrange et tragique histoire.

Que voyons-nous en effet? D'une part, un crime commis, non seulement avec préméditation, mais avec un luxe extraordinaire de précautions et de combinaisons savantes; une habileté remarquable dans l'échafaudage des opérations financières destinées à faire passer la fortune de la victime dans les mains de l'assassin; enfin, la fusion parfaite d'une remarquable intelligence avec une absence profonde de sens moral; d'autre part, un état de folie héréditaire, s'étendant à tous les membres d'une même famille presque sans exception, et présentant les caractères les plus évidents du délire religieux; d'une part, le type achevé de l'intelligence mise au service du crime; d'autre part, les indices les plus manifestes de l'aliénation mentale.

Quelle conclusion tirer, au point de vue juridique, de ce bizarre assemblage, où la raison et l'insanité semblent marcher parallèlement, et se prêter en quelque sorte un mutuel appui?

La cause des aliénés, devant les tribunaux, est plaidée et

gagnée depuis longtemps, au moins en principe; et ce n'est à coup sûr pas à nous qu'il appartient de remonter ce courant, qui répond en définitive à l'une des idées les plus justes, à l'un des progrès les plus salutaires des temps modernes. Nous sommes loin de l'époque où un historien célèbre (Smollett) déclarait ouvertement qu'il n'y avait aucun inconvénient à faire périr sur l'échafaud un aliéné dangereux : on joignait à cette époque le précepte à l'exemple, car le comte Ferrers, aliéné persécuté, fut pendu pour avoir tué d'un coup de pistolet son intendant qu'il accusait de le voler.

La situation est aujourd'hui bien changée. Sans doute, à toutes les époques, toutes les législations ont admis l'irresponsabilité de l'aliéné; mais qui ne voit qu'en pratique, il s'agit surtout d'une question de mesure! Depuis longtemps, les efforts méritoires des aliénistes ont élargi notre domaine sur le terrain judiciaire : c'est au prix d'un travail continu, d'une lutte incessante, que les frontières de l'irresponsabilité ont été reculées, et que la protection des malades a fini par atteindre ses limites naturelles. On peut quelquefois se demander si elle ne les a point dépassées.

Mais, dans toutes les questions de cet ordre, la difficulté ne commence que dans le voisinage immédiat de la frontière. Un maniaque, un épileptique, un halluciné, sont, de l'avis unanime, en dehors de la sphère des actions juridiques; et, comme le dit très justement M. Delasiauve, le malade échappe à l'imputabilité lorsque le délire est notoire, et qu'il est le principe de l'acte incriminé.

Au contraire, les aliénés, et ils sont nombreux, qui ont conservé une partie souvent considérable de leur fortune intellectuelle, sont incontestablement gouvernés, dans une certaine mesure, par les mêmes sentiments, les mêmes instincts et les mêmes motifs que les autres hommes; et c'est pourquoi, dans une certaine mesure, on est en droit de leur appliquer les principes du droit commun.

Comment donc faut-il entendre la responsabilité partielle ou limitée? Elle ne peut évidemment s'appliquer qu'aux sujets dont l'intelligence, fortement entamée sur un point, conserve, à d'autres égards, son intégrité; et, même en pareil cas, la responsabilité ne s'adresse qu'aux points restés en dehors de ce délire limité.

Un aliéné s'imagine que son corps est en verre : il est décemment fou. Mais il assassine un homme, auquel il avait de

Ann. Méd.-Psych., 7<sup>e</sup> série, t. IV, Novembre 1896.



fortes raisons d'en vouloir, en prenant toutes les précautions que peuvent suggérer la ruse et l'astuce ; il a raisonné à la manière des criminels ordinaires, et mérite de subir les conséquences de ses actes. C'est ainsi, du moins, qu'en a décidé la jurisprudence anglaise, dans une cause restée célèbre.

Par contre, un persécuté devenu persécuteur assassine le médecin dans le service duquel il est placé, parce qu'il l'a rangé au nombre de ceux qui conspirent contre lui. Cet homme est irresponsable, parce que le crime dont il s'est rendu coupable est directement en rapport avec le délire dont il est lui-même la première victime. Il était bien réellement en démente au moment de l'action, selon l'expression du Code pénal. C'est ainsi que les tribunaux ont jugé dans le cas si tristement célèbre du capitaine Aymès, malgré l'habileté infernale avec laquelle il avait pris ses mesures pour assassiner le D<sup>r</sup> Marchant, de Toulouse. Ce qui subsistait de l'intelligence de cet aliéné se trouvait mis au service de ses conceptions délirantes, et la volonté se trouvait dominée par cette force irrésistible, qui met toute liberté hors de cause.

Mais c'est à peine si l'on ose aujourd'hui revenir sur une question depuis si longtemps ouverte, et qui a suscité des montagnes de travaux ; une question longuement discutée devant les sociétés savantes par les hommes les plus compétents, et profondément étudiée par les juristes les plus habiles.

Il me sera cependant permis, venant après de si hautes autorités, de faire ressortir deux points d'une grande importance.

En dehors de la criminalité, nul ne songe à contester la responsabilité morale de certains aliénés, surtout quand la question est retournée, si je puis ainsi m'exprimer.

Des hommes du plus grand génie, des figures historiques de la plus haute renommée, ont présenté des signes non douteux d'aliénation mentale. En a-t-on jamais tiré parti pour diminuer leur mérite, ou pour renier la dette de reconnaissance que nous avons contractée à leur égard ? Pour avoir traversé une période de folie, Newton n'en a pas moins fondé le système du monde ; pour avoir été séquestré momentanément dans une maison de santé, Auguste Comte n'en est pas moins un des plus grands philosophes qui aient jamais existé. Pour avoir été profondément halluciné, Luther n'en a pas moins opéré l'une des révolutions les plus gigantesques des temps modernes.

Les visions de Jeanne d'Arc ont-elles empêché l'histoire impartiale de rendre justice à la noblesse de ses sentiments,

à l'élévation de son patriotisme et à la grandeur de sa foi?

Si donc les aliénés peuvent mériter, comment peut-on soutenir qu'ils sont incapables de démériter, et que ni le blâme ni le châtement ne doivent jamais les atteindre? La première de ces deux propositions entraîne logiquement la négation de la seconde.

Il n'y a donc aucune absurdité, comme on l'a prétendu, à reconnaître qu'il existe des aliénés criminels, malgré les critiques adressées à cette expression parfaitement exacte et légitime.

Mais il est un autre point de vue qui ne saurait, je crois, être écarté du débat. Sans vouloir saper en aucune façon les bases traditionnelles du droit, il est permis de constater qu'un travail immense s'est opéré dans les esprits, et que l'axe du monde moral s'est sensiblement déplacé.

A l'antique idée de la responsabilité est venue se substituer la notion plus moderne et plus physiologique des prédispositions individuelles. Si l'on ne songe pas à déclarer, avec un aliéniste célèbre, que tous les criminels sont des aliénés, du moins nous voyons se dessiner une tendance de plus en plus accentuée à les considérer comme une race d'hommes à part. Les grands saints, les grands héros et les grands criminels, disait à Londres le professeur Bénédict, en 1881, sont des êtres en dehors de la règle; ils constituent une véritable anomalie dans l'espèce humaine.

Une société d'anthropologie criminelle s'est récemment fondée: elle a déjà tenu ses premières assises. Sans vouloir nous prononcer sur la légitimité de l'idée maîtresse qui lui sert de base, nous constatons qu'elle marque une étape dans l'évolution progressive qui nous entraîne rapidement vers des conceptions nouvelles, vers des rivages encore inconnus.

Quittons donc pour un instant le domaine du droit abstrait et plaçons-nous sur le terrain de l'utilité publique.

*La société ne se venge pas: elle se défend.* Cet axiome universellement admis renferme implicitement la totalité de la thèse que nous cherchons à établir.

Si la doctrine de l'irresponsabilité absolue des aliénés, soutenue depuis longtemps par un nombre imposant d'hommes qui font autorité, et reprise tout récemment par des observateurs modernes (1); si cette doctrine devait avoir force de loi,

(1) Nous citerons, parmi les auteurs qui ont tout récemment



de singuliers privilèges se trouveraient subitement conférés à toute une classe d'individus, plus nombreuse qu'on ne le croit et plus dangereuse qu'on ne le pense. Les déclassés, les vicieux, les excentriques, les alcooliques, les morphinomanes, ne manqueraient jamais, au besoin, de trouver des médecins prêts à les élever à la dignité de fous ; et bientôt les excès commis par cette noblesse au rebours, avec une impunité systématiquement garantie, dépasseraient tous les abus « de l'ancien régime » contre lesquels l'indignation publique s'est autrefois soulevée.

La justification de la pénalité, au point de vue des idées que nous discutons ici, se rapporte à son pouvoir négatif ; elle réside tout entière dans le sentiment de la crainte, que la perspective du châtiment inspire aux organisations mal faites ; c'est une barrière protectrice élevée au profit des citoyens honnêtes, qui ont bien aussi quelques droits à la sympathie du législateur. Il ne s'agit donc pas de savoir si, d'une manière abstraite, le coupable a mérité le châtiment qui le frappe, mais si l'exemple ainsi donné peut servir de frein à d'autres organisations semblables. Or le doute n'est pas permis : la crainte exerce une incontestable influence sur les aliénés du type que nous venons d'étudier, et il n'existe aucune raison valable pour les rassurer à cet égard.

Nous avons entendu nous-même certains sujets se vanter qu'ils avaient été déclarés irresponsables, et qu'ils pouvaient, dès lors, tout se permettre, puisque aucune pénalité ne pouvait les atteindre. Sont-ce là des dispositions utiles à cultiver, au point de vue social ?

Sans doute, il n'existe point de *phrénomètre*, suivant l'ingénieuse expression de M. J. Falret, pour mesurer le degré de responsabilité qui revient à chacun des sujets de cette catégorie. Mais ne voit-on pas que le même raisonnement s'applique aux criminels ordinaires, et que, pour satisfaire à la logique, il faudrait alors supprimer toute pénalité ? Et s'il est difficile de mesurer le degré de responsabilité de certains malades, est-ce une raison pour dire que cette responsabilité n'existe jamais ?

Voyons dans quelle mesure cette doctrine s'applique aux faits de la cause que nous venons d'étudier.

Euphrasie Mercier, commerçante habile, ouvrière infatigable, capacité supérieure, a pu délirer sur le terrain mystique,

---

soutenu cette opinion d'une manière plus ou moins absolue, M. le professeur Cullingworth, et M. le docteur North.

sans perdre une ligne de ses avantages intellectuels. La cupidité a motivé son crime, comme elle avait donné l'impulsion à l'ensemble de sa vie; et les précautions ingénieuses dont elle a su s'entourer démontrent jusqu'à l'évidence qu'elle appréciait très exactement les conséquences de la situation qu'elle s'était créée, et qu'elle en redoutait très justement les suites. Les motifs qui ont gouverné sa conduite sont identiques à ceux qui dirigent les criminels vulgaires; et le genre spécial de folie dont elle est héréditairement atteinte, ne saurait en aucune façon créer pour elle un privilège, ni justifier une exception en sa faveur (1).

Si l'on nous reprochait d'avoir trop complaisamment insisté sur les particularités de l'histoire de cette femme, nous répondrions que les principes généraux ne peuvent solidement s'appuyer que sur l'ensemble des faits particuliers, et qu'il s'agit ici d'un de ces types qui possèdent toute la valeur d'une démonstration expérimentale.

Il existe en effet des aliénés qui, s'ils ne possèdent pas d'une façon bien complète la notion du bien et du mal, ont du moins une perception très nette des dangers auxquels ils s'exposent, au point de vue de la répression pénale.

Conservons donc le vieux principe de la responsabilité partielle, et sachons y reconnaître une de ces nécessités pratiques qui s'imposent, en dépit des subtilités de la logique, à toutes les sociétés bien organisées. (*Applaudissements.*)

— Sur la proposition de M. Larrey, l'Académie décide à l'unanimité que la question de la responsabilité partielle des aliénés dits criminels sera inscrite à l'ordre du jour de l'une des prochaines séances.

#### Académie des Sciences morales et politiques

Séance du samedi 14 août 1886.

##### *L'hypnotisme et le libre arbitre.*

M. PICOT, faisant fonction de secrétaire perpétuel en l'absence de M. Jules Simon, donne lecture d'un Mémoire de M. NAVILLE, associé étranger de l'Académie, intitulé : *L'hypnotisme et le libre arbitre.*

---

(1) Le verdict du jury a confirmé cette manière de voir.



M. Naville, après quelques aperçus historiques, cherche à se rendre compte de la nature de l'hypnotisme, de son mode d'action, de ses effets, et consulte de nombreux auteurs pour trouver une explication scientifique du phénomène. Il se préoccupe aussi de constater dans quelle mesure les effets attribués à l'hypnotisme sont vrais, quel est le degré de puissance de la suggestion et s'il est possible d'y résister.

Il est un certain nombre de ces phénomènes que M. Naville n'accepte que sous bénéfice d'inventaire, surtout ceux qui ont lieu dans des exhibitions publiques, où l'on entre en payant. Il ne conteste cependant pas, en présence de tant de témoignages sérieux, la possibilité des suggestions. Il ne pense pas, toutefois, que les faits cités par les expérimentateurs tiennent du merveilleux ; il n'y voit que la production artificielle et l'exagération de phénomènes naturels, qui sont parfois le résultat de désordres nerveux ou de maladies.

En tout cas, pour que la suggestion ait un effet, il faut que le sujet, par son état nerveux, soit plus ou moins prédisposé à subir l'action de l'hypnotisant, et encore, comme le montre M. Naville, ne la subit-il pas toujours, ou pas complètement, ou pas d'une manière durable. Nous ne pouvons pas reproduire ici les nombreuses citations sur lesquelles l'auteur s'appuie.

Le point essentiel que M. Naville s'applique à faire ressortir, c'est que la puissance hypnotisante n'est pas irrésistible, et par conséquent qu'on n'en peut pas tirer d'objection contre le libre arbitre. En admettant même qu'une personne puisse être hypnotisée d'une manière absolue, qu'elle perde toute conscience, et devienne un automate, on n'en pourrait faire un argument contre le libre arbitre. L'hypnotisme n'est qu'une névrose provoquée qui réalise, comme l'aliénation mentale, ce que Claude Bernard appelle « la détermination de la non-liberté morale ». L'état de l'organisme ne peut ni produire, ni détruire le pouvoir libre ; mais il offre ou refuse à ce pouvoir les conditions de son exercice.

M. Naville, parlant de ces expériences, dit : « Il y a là entre les intérêts de l'observation scientifique et les droits de l'humanité une opposition à laquelle on aurait tort de ne pas se rendre attentif. » Il touche aussi à la question de la responsabilité pénale, qu'il résout indirectement en insistant sur ce point qu'il n'y a pas de contradiction entre les phénomènes de l'hypnotisme qui dénotent l'existence d'une maladie et le libre arbitre.

M. A. DESJARDINS a de la peine à admettre que l'on puisse pousser la puissance de l'hypnotisme jusqu'à produire des suggestions irrésistibles; il fait sur ce point ses plus expresses réserves; mais il supposera un moment, et dans l'intérêt du raisonnement qui va suivre, que tout ce que l'on a dit de l'hypnotisme est vrai, et il se demandera si l'intérêt de l'observation scientifique compense l'influence néfaste de l'hypnotisme sur l'humanité.

Il ne reconnaît pas le prétendu intérêt scientifique qu'on fait valoir. Il n'est pas vrai que des hypnotisés ont pu voir à travers des corps opaques, il n'est pas vrai qu'ils aient trouvé des moyens thérapeutiques, il n'est pas vrai non plus qu'on ait rendu travailleurs des enfants paresseux. Il ne découvre donc aucun intérêt scientifique qui serait engagé dans la question, mais il constate que de sérieux intérêts de l'humanité sont lésés. L'hypnotisme a produit des désordres cérébraux, de l'hystérie, et, loin de guérir, il a aggravé des maladies.

M. A. Desjardins ne comprend pas qu'un homme — un homme libre — consente à se laisser hypnotiser. On sait que le Code civil n'admet pas les engagements perpétuels, parce que ce serait l'esclavage; or, un individu hypnotisé s'est soumis au plus haut degré possible d'esclavage, puisqu'il s'est laissé asservir le corps et l'âme.

Quant à l'hypnotisant, dit-il, il commet une mauvaise action. Il s'empare de la volonté d'une autre personne, agit sur ses désirs et ses actes... et s'il en abusait! On a cité de tristes exemples de ces abus. Soutiendra-t-on que le sujet peut plus ou moins résister? Mais des expérimentateurs ont soutenu que l'homme hypnotisé devenait un automate. En somme, la morale ne saurait s'élever avec trop de vigueur contre ces agissements.

M. Desjardins aborde ensuite la question de la responsabilité pénale. A ses yeux, il ne saurait y avoir de doute sur ce point que celui qui a consenti à être hypnotisé est pleinement responsable de ses actes délictueux. Ne savait-il pas à quoi il s'exposait en se laissant hypnotiser? Du reste, l'hypnotisant partage la responsabilité, puisqu'il a provoqué les actes incriminés. Il y a donc ici double responsabilité, car il y a eu deux volontés, celui qui a provoqué et celui qui a consenti. M. Desjardins termine en insistant sur la nécessité de réagir contre l'hypnotisme, et d'autant plus énergiquement qu'on y croit davantage.



JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1885.

ANALYSE PAR M. L. CAMUSET.

**L'Encéphale (suite et fin).**

29. *Nouvelles recherches d'anatomie comparée sur les rapports des éléments cérébraux et des éléments spinaux au point de vue de la structure du système nerveux central* ; par M. J. Luys (avec planche lithographiée) (n° 6).

M. Luys a démontré dans des travaux antérieurs, que toutes les fibres cérébrales blanches ne s'amortissent pas dans les noyaux opto-striés et qu'une partie notable d'entre elles va directement s'amortir dans les régions sous-optiques, c'est-à-dire dans la protubérance et dans le bulbe. — Aujourd'hui, l'auteur développe cette donnée en s'appuyant sur l'anatomie comparée et il formule cette conclusion : « C'est dans les régions de la base de l'encéphale (régions protubérantielles et bulbaires) que se trouve le point de confluence, d'une part, des fibres ascendantes d'origine corticale, et d'autre part, des fibres descendantes d'origine spinale irradiées des différents plexus sensitifs. »

En effet, chez les animaux à cerveau relativement petit par rapport à la moelle, certaines parties de l'isthme de l'encéphale sont bien moins développées que les parties similaires de l'isthme de l'homme, dont le cerveau est très volumineux relativement à la moelle. — Ce sont surtout les diamètres antéro-postérieurs qui prédominent chez l'homme, ainsi que les olives du bulbe. Ces parties renferment les fibres blanches qui, émanées de l'écorce, arrivent au bulbe et spécialement aux olives, lesquelles fibres forment une masse bien plus considérable que chez les animaux à cerveau petit. — Inversement, certaines parties de l'isthme sont plus volumineuses chez les animaux à grosse moelle (relativement au cerveau) que ces mêmes parties chez l'homme, parce que les fibres médullaires ascendantes forment une masse plus considérable chez ces animaux que chez l'homme. Ces parties occupent les diamètres transverses de la

protubérance et du bulbe. — Des figures annexées à la communication de M. Luys permettent de se rendre facilement compte des différences de rapport des diamètres antéro-postérieurs et transversaux chez l'homme et chez le cheval.

30. *Deux observations de paralysie agitante accompagnée de troubles intellectuels*; par M. G. H. Roger, interne des hôpitaux (n° 6).

M. le professeur Ball croit que les troubles intellectuels constituent un symptôme et même un symptôme fréquent de la maladie de Parkinson. Deux observations nouvelles à l'appui de l'opinion de M. Ball.

*Première observation.* — Femme atteinte de paralysie agitante à marche intermittente ou plutôt rémittente, le tremblement ne disparaissant guère complètement, mais s'exaspérant sous des influences diverses. Etat vésanique concomitant, caractérisé par de la mélancolie anxieuse. Cette mélancolie marche parallèlement avec le tremblement, diminuant ou s'exaspérant avec lui.

*Deuxième observation.* — Analogue à la précédente, mais l'état vésanique est caractérisé ici par de la paresse intellectuelle, de la diminution de la mémoire avec récriminations et plaintes non motivées.

31. *Note sur un cas de tubercule de la moelle épinière*; par M. le Dr G. Bellangé, chef de laboratoire de la Faculté de médecine (n° 6).

*Observation.* — Homme de trente ans atteint d'alcoolisme chronique. Monoplégie incomplète de la jambe gauche avec diminution de la sensibilité.

*Autopsie.* — Poumons farcis de tubercules. Un tubercule dans la moitié postérieure du cordon latéral gauche de la moelle. Peu de lésions ascendantes, pas de lésions descendantes.

32. *Note sur les obsessions anxieuses ou émotives (délire émotif de Morel)*; par M. E. Régis (n° 6).

Cette note a été lue au Congrès de phrénatrie et de névropathologie tenu à Anvers en 1885.

L'auteur passe en revue les principaux états mentaux dési-



gnés par M. Magnan sous le nom de *stigmata psychiques de l'hérédité*, puis il dit que ces divers phénomènes morbides sont tous des modalités différentes de l'obsession anxieuse ou émotive.

33. *Hallucinations continues chez un imbécile*; par M. le Dr A. Paris, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne (n° 6).

#### L'Union médicale.

1. *Des thermonévroses*; par R. Longuet (nos 3 et 4).

Article critique dans lequel l'auteur étudie les données cliniques et physiologiques à l'appui de la thèse suivante : — La fièvre est un phénomène sympathique ou réflexe résultant du mode de réaction particulier du système nerveux de la vie végétative sous l'impression des agents pyréto-gènes; — et du corollaire de cette thèse : — L'ébranlement du système ganglionnaire, cause immédiate du processus fébrile, au lieu d'être, comme il l'est en général, symptomatique et secondaire, peut se présenter comme phénomène initial.

Il faut distinguer la fièvre vraie qui comprend l'accélération du pouls, l'hyperthermie et l'exagération des combustions; cette exagération des combustions augmentant la proportion des produits excrémentitiels, et la *thermonévrose* qui n'exige que les deux premiers de ces trois facteurs.

Il est incontestable que l'influence du système nerveux s'exerce directement sur la calorification, aussi bien dans la production des plus basses températures que dans celle des plus hauts degrés d'hyperthermie. On a trouvé dans le système vasomoteur le véritable terrain des recherches; mais bien des hypothèses, bien des théories se trouvent aujourd'hui en présence pour expliquer le mécanisme par lequel ce système vaso-moteur peut faire ainsi « le chaud et le froid ». Y a-t-il des centres indépendants pour les nerfs vaso-moteurs constricteurs et dilatateurs? — Où sont situés ces centres? — Y a-t-il des centres d'arrêt chargés d'enrayer le processus thermique? — Ces centres siègent-ils dans le bulbe, dans la moelle, sur les circonvolutions? — Toutes ces opinions ont leurs défenseurs; c'est dire que la question n'est pas scientifiquement tranchée.

2. *Observation d'un cas de maladie de Thomsen*; par le D<sup>r</sup>  
L. Deligny (n° 5).

Ce cas offre les deux particularités suivantes : — 1° Douleurs très vives pendant de longues et fortes crises de contracture survenant spontanément. — 2° En dehors de ces fortes crises, contractures journalières indolores.

3. *La gastroxie nerveuse (de Rossbach)*; par R. Longuet (n° 21).

On tend aujourd'hui à dépouiller la dyspepsie du caractère d'espèce nosologique qu'on lui accordait autrefois. M. Rossbach, professeur à Iéna, a détaché de l'ancienne dyspepsie une entité morbide particulière à laquelle il a donné le nom de *gastroxie* (de γαστερ, estomac, et ὄξυς, acide). — La gastroxie sévit principalement sur l'homme des classes élevées et surtout sur l'homme d'étude. Elle affecte la forme d'accès survenant spontanément ou à propos d'une cause légère, un changement d'habitude, une veille trop prolongée, etc. Pendant les intervalles, la santé est excellente. Les symptômes sont gastriques et céphaliques; ils surviennent simultanément ou indifféremment les uns avant les autres. — Du côté de l'estomac, il y a douleur, la digestion s'arrête, le pylore semble fermé, sensation douloureuse de brûlure par un acide. Puis vomissements très acides (l'analyse démontre dans les matières rendues une proportion très élevée d'acide chlorhydrique). — Du côté de la tête : céphalée parfois unilatérale, qui devient de plus en plus violente jusqu'à ce que les vomissements apparaissent. Quand l'estomac est vide la céphalée disparaît.

L'eau tiède administrée au début de l'accès le fait avorter; administrée plus tard, elle l'abrège et diminue beaucoup l'intensité des douleurs gastriques et céphaliques.

Voici la théorie de M. Rossbach : Il y a, chez les sujets, en vertu d'une prédisposition héréditaire ou acquise, une altération intermittente du suc gastrique caractérisée par un excès d'acide chlorhydrique. D'où sensation douloureuse des nerfs de l'estomac et, par action réflexe, resserrement spasmodique des vaisseaux de l'encéphale.

Pour M. Longuet, la gastroxie nerveuse de Rossbach n'est qu'une forme particulière de la migraine, une variété qui mérite d'être distinguée, par suite des succès qu'elle fournit à la thérapeutique et en raison du jour qu'elle semble vouloir jeter sur une pathogénie encore si discutée.



4. *Paralysie bilatérale des muscles crico-arythénoïdiens postérieurs pendant la grossesse. — Trachéotomie. — Récidive. — Nouvelle trachéotomie. — Guérison; par le D<sup>r</sup> Aysaguer n° 46).*

La paralysie bilatérale des crico-arythénoïdiens est assez rare. Elle reconnaît pour cause, soit une compression des nerfs moteurs du larynx, soit une dégénérescence protopathique des muscles eux-mêmes, soit une affection de l'encéphale ou du bulbe. On a aussi admis une paralysie d'origine syphilitique, rhumatismale, etc. Il faut ajouter à cette nomenclature la paralysie liée à la grossesse, dont M. le D<sup>r</sup> Aysaguer publie une observation intéressante.

5. *De quelques troubles morbides pouvant indiquer l'épilepsie; par le D<sup>r</sup> Charpentier, médecin de Bicêtre (n° 65).*

Il arrive souvent que l'épilepsie est méconnue, certains symptômes étrangers, accusés par les malades, peuvent mettre sur la trace du diagnostic. Sans parler des troubles physiques si bien décrits par Delasiauve, Legrand du Saulle et Lasèque, l'auteur signale : la surdité subite et transitoire, les ecchymoses sous-conjonctivales, le tremblement intérieur de la poitrine (sensation subjective qui ne donne lieu à aucun signe extérieur), les douleurs viscérales passagères, les douleurs des membres contusives et de courte durée, les vomissements sans vertige, les embarras gastriques à répétition. — L'article se termine par cette formule : « Il y a beaucoup plus d'épileptiques qu'on ne le croit, et beaucoup moins de névropathes qu'on ne se le figure. »

6. *Essai de localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée; par H. Hallopeau, agrégé à la Faculté, médecin de Saint-Louis (n° 68).*

*Observation.* — Un homme de quatre-vingt trois ans est atteint soudainement, sans ictus préalable, d'une cécité complète en même temps que d'une agitation choréiforme dans la moitié gauche du corps, et de mouvements de rotation de la tête, de droite à gauche. Les muscles de face ne participent pas à l'hémichorée. Ces accidents, après avoir persisté avec intensité pendant plusieurs jours, se dissipent peu à peu et il ne subsiste plus qu'une légère obnubilation de la vue.

Après une dissertation sur le siège et sur la nature de la lésion qui a pu produire un tel appareil symptomatique, M. Hallopeau pense qu'il y a eu une embolie dans une des artères qui se distribuent aux tubercules quadrijumeaux du côté droit et plus probablement dans l'une des branches antérieures. (On sait qu'une altération des tubercules quadrijumeaux peut donner lieu à des troubles d'excitation motrice, en même temps qu'à des troubles de la vision.)

7. *Contribution à l'étude des localisations cérébrales. — Hémianesthésie par traumatisme. — Trépanation du crâne; par le professeur Dominico Moriani (de Naples) (n° 70).*

*Observation.* — Plaie du crâne avec enfoncement à la partie la plus élevée et la plus reculée du pariétal droit, à quelques millimètres de la suture sagittale, — consolidation de l'os. — Symptômes : douleur violente à la tête survenue longtemps après l'accident; faiblesse de tous les muscles du côté droit; hémianesthésie et hémianalgésie complètes dans la moitié droite du corps; amblyopie très prononcée à droite; anosmie complète à droite; abolition du sens du goût sur la moitié droite de la langue; cophose à droite, mais incomplète; réflexes tendineux notablement exagérés à droite. — L'hémianesthésie est survenue, comme la douleur, longtemps après la blessure.

Le diagnostic porté fut : pachyméningite au niveau de la cicatrice, à cause de la douleur, et un foyer à distance, consécutif à la lésion, devant se trouver vers la base du crâne dans un point parfaitement inaccessible.

On pratiqua la trépanation au niveau de la cicatrice pour agir contre l'élément douleur. Le malade mourut d'anémie trente-six jours après l'opération, à la suite d'hémorragies successives par la plaie.

*Autopsie.* — L'hémisphère droit tout entier est réduit de volume. Un vaste foyer hémorragique occupe toute sa partie la plus élevée. En ces endroits on ne reconnaît plus la circonvolution, on ne voit qu'un amas de sang mêlé à de la substance cérébrale. Les gros noyaux de la base sont détruits à leur partie supérieure qui fait partie des foyers hémorragiques.

L'hémisphère gauche est parfaitement sain, même au microscope on n'y constate aucune lésion.

Ce cas est surtout intéressant parce qu'il est négatif, eu égard à la cause productrice de l'hémianesthésie cérébrale.



8. *Paralysies toxiques et paralysie alcoolique; caractères et évolution de cette dernière. — Indications pronostiques et thérapeutiques; par le Dr. Lancereaux (n° 96).*

Les paralysies liées aux intoxications sont assez fréquentes; elles ont plusieurs caractères communs : Localisation plus spéciale de la paralysie aux extrémités des membres, surtout aux inférieurs. — Tendance de cette paralysie à s'étendre progressivement vers la racine des membres. — Symétrie à peu près parfaite. — Troubles divers de la sensibilité : élancements, picotements, etc... — Ces paralysies sont très rarement complètes.

La paralysie alcoolique possède des lésions qui lui appartiennent en propre, les muscles présentent la réaction de dégénérescence et l'électricité faradique est presque toujours abolie. Elle possède trois formes : — 1° Une forme à évolution rapide et progressive; elle rappelle les myélites subaiguës; son pronostic est à peu près fatal. — 2° Une forme à marche subaiguë qui peut guérir. — 3° Une forme chronique, ordinairement limitée aux extrémités inférieures, à durée longue et à terminaison habituelle par guérison.

Les lésions cérébrales et médullaires font défaut, mais il existe des altérations nerveuses très étendues, analogues à celles qu'on observe à la suite des sections nerveuses.

Le diagnostic d'avec la paralysie hystérique est ordinairement facile. La paraplégie douloureuse par compression présente un tableau symptomatique également différent. Certains cas de paralysie alcoolique ressemblent absolument, au moins pendant quelque temps, à l'ataxie locomotrice.

Traitement : calmer les douleurs par les opiacés, par le chloral, etc.; tonifier le système nerveux par l'hydrothérapie.

9. *Quelques considérations sur la pathogénie du goître exophthalmique; par le professeur Panas (n° 105).*

Le goître exophthalmique est une maladie du système nerveux au même titre que l'épilepsie, l'hystérie, etc.

La lésion siège au bulbe, il y a une influence non douteuse des noyaux d'origine des nerfs bulbaires. Il y aurait paralysie des nerfs d'arrêt du cœur, d'où accélération des mouvements de cet organe, et paralysie des filets du grand sympathique, d'où les symptômes observés au cou et à la tête.

10. *Un cas d'atrophie musculaire progressive*; par le Dr Andronico (n° 117).

Cette observation n'est remarquable que par la netteté et par l'intensité des symptômes observés, qui sont les symptômes ordinaires de l'atrophie musculaire progressive. — L'auteur attribue une grande part étiologique au tribadisme.

11. *Métallothérapie*; par le Dr Moricourt, ancien interne des hôpitaux (n° 145).

Un certain nombre de malades présentent une anesthésie absolue que l'application externe des métaux ne fait pas disparaître (aptitude métallique dissimulée de Burq). Dans ces cas, on détermine l'idiosyncrasie métallique et on fait revenir la sensibilité par l'emploi des injections sous-cutanées des sels métalliques.

Les sujets atteints de léthargie, de catalepsie ou de somnambulisme spontanés, de même que les sujets hypnotisables, sont presque toujours sensibles au cuivre ou à l'or. On s'en assure par l'injection sous-cutanée d'une solution d'un sel de ces métaux.

Le cuivre et l'or sont les véritables révélateurs de la sensibilité hypnotique.

La dose du métal administré intérieurement doit être d'autant plus faible que celui-ci agit plus énergiquement en applications externes.

Les injections doivent être faites avec des solutions à un cinq-centième et même à un millième.

**La France médicale.**

1. *Observation de pseudo-tabes dû à l'intoxication par le sulfure de carbone*; par M. Paul Berbes, interne des hôpitaux (n° 1).

*Observation.* — Homme, vingt-neuf ans, rhumatisant et cardiaque, ouvrier en caoutchouc. Début de l'affection : céphalalgie, étourdissements, faiblesse des membres inférieurs avec troubles de la sensibilité. Puis vraies douleurs fulgurantes. Ensuite paraplégie complète et douleur en ceinture. Plus tard, incoordination des mouvements des membres supérieurs, am-



blyopie, parfois la parole est embarrassée. Abolition des appétits sexuels.

On voit qu'il y a certaines différences entre ce tableau clinique et celui du tabes. Sous l'influence du traitement (dépuratif et excitant), tous les symptômes s'amendèrent.

2. *Des rêves prolongés*; par M. le professeur Ball (n° 7).

Un homme se présente à la Conciergerie et demande à être mis en prison parce qu'il a tué M. de Cassagnac. Arrêté et conduit à Saint-Anne, il arrive à cet asile en excitation maniaque; puis après quelques heures, s'étant calmé, il raconte que, secrétaire d'un ancien aide de camp du prince Napoléon, il a une grande admiration pour le caractère de ce prince et qu'il s'est senti cruellement blessé d'un écrit de M. de Cassagnac dans lequel le prince était insulté. Il résolut de provoquer M. de Cassagnac et il se rendit aux bureaux du journal le *Pays*. Il pénétra jusqu'au cabinet de M. de Cassagnac qui, assis à son bureau et écrivant, ne leva même pas la tête quand il lui parla. Alors, tirant un revolver de sa poche, il le tua raide. — Cette histoire racontée de sang-froid et avec conviction n'avait aucun fondement. — Le malade, après quelques jours, l'avait oubliée complètement.

« Cet homme a fait un rêve prolongé, dit M. Ball, il ressemble au dormeur éveillé des *Mille et une nuits*. »

Suivent des observations analogues à celle ci-dessus relatée, empruntées aux auteurs, mais quelques-unes sont personnelles à M. Ball.

3. *Paralysie ascendante aiguë (forme foudroyante)*; par M. Bourdel, interne des hôpitaux (n° 33).

*Observation.* — Femme âgée de trente-sept ans. Ni syphilis ni antécédents nerveux, pas d'alcoolisme. L'affection débute par de l'embarras gastrique et de la bronchite. Six jours après, faiblesse dans les membres inférieurs. Puis douleurs légères dans les mêmes membres. La faiblesse des membres inférieurs s'accroît et trois jours après son début, il y a une paraplégie complète, rétention d'urine et hyperesthésie des membres inférieurs. Deux jours après, les membres supérieurs se prennent à leur tour et ils ne tardent pas à se paralyser complètement. Apyrexie. Enfin les muscles de la déglutition et les muscles respiratoires se prennent aussi et la mort survient par arrêt de la respiration. Tout a évolué en six jours.

4. *Paralysie motrice consécutive à une injection hypodermique d'éther, chez une cholérique*; par M. Deschamps, interne des hôpitaux (n° 50).

La femme dont l'observation est relatée était très nerveuse. Elle avait déjà eu des paralysies professionnelles de la main (elle était professeur de piano). — La guérison s'obtint par le moyen des courants continus, des douches locales et des toniques.

5. *Observation d'ataxie alcoolique. — Guérison* (service de M. Dieulafoy); par le D<sup>r</sup> E. Barbe (n° 60).

À l'arrivée à l'hôpital, la femme, âgée de quarante ans, cuisinière, présentait les symptômes suivants : pituites le matin, tremblement des mains, douleurs aux cuisses, incoordination dans les mouvements des membres inférieurs avec parésie, réflexes du genou abolis. Pas de douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, pas de douleur en ceinture. On ne relate pas l'état de la vue.

Comme on le voit, les symptômes, dans leur ensemble, s'éloignent un peu de ceux du *tabes* classique. La malade guérit contrairement aux prévisions.

6. *Sur une espèce d'anesthésie artificielle sans sommeil et avec conservation parfaite de l'intelligence, des mouvements volontaires, des sens et de la sensibilité tactile*; par M. Brown-Séquard (n° 72).

Sous l'influence d'une irritation de la muqueuse laryngée, la sensibilité à la douleur peut disparaître ou diminuer pendant un grand nombre d'heures, chez l'homme comme chez les animaux, sans que l'intelligence, les sens et les mouvements volontaires soient troublés à un degré quelconque. — M. Brown-Séquard a expérimenté sur neuf singes et sur quarante-trois chiens. Il s'est servi principalement de l'acide carbonique et du chloroforme. Mais si le chloroforme est inhalé, l'expérience ne réussit pas, d'où la nécessité de placer une canule dans la trachée, canule par laquelle l'air pur arrive aux poumons, tandis qu'on envoie par la bouche le gaz ou la vapeur sur le larynx. — Sur l'homme l'expérience est plus difficile, puisqu'on ne peut trachéotomiser. On fait les trois quarts d'une inspiration d'air pur et on achève le dernier quart de l'inspiration dans l'acide



carbonique ou dans la vapeur de chloroforme. On expire vite et on recommence, et ainsi de suite.

7. *Traitement de la névralgie du zona par le salicylate de soude;*  
par le D<sup>r</sup> Dubousquet-Laborderie.

Cette note est basée sur trois observations. Dans les trois cas, cinq grammes de salicylate de soude ont suffi pour faire cesser en vingt-quatre heures des douleurs très violentes.

8. *Contribution au traitement de l'attaque d'hystérie;* par le  
D<sup>r</sup> Albert Ruault (n° 86).

Le moyen nouveau recommandé par M. Ruault consiste dans la compression d'une branche nerveuse, surtout à son point d'émergence des parties profondes. C'est le nerf sus-orbitaire qu'il choisit à cause de la facilité qu'on a de le comprimer. Les attaques d'hystérie cessent toujours après quelques instants de compression.

9. *Des névroses réflexes d'origine nasale;* par le D<sup>r</sup> A. Cartaz,  
ancien interne des hôpitaux (n°s 89 et 90).

Il existe une variété d'asthme qui se rattache à la présence de tumeurs polypeuses du nez; mais l'asthme n'est pas la seule manifestation secondaire qu'on puisse observer dans le cours de l'évolution des polypes muqueux, et d'autre part, d'autres affections de la muqueuse nasale peuvent donner lieu à des troubles pathologiques similaires. — On a observé des toux spasmodiques, des quintes d'éternuement, des troubles vertigineux, des accès d'asthme, des névroses variées dont l'origine pouvait être rattachée à une hyperesthésie de la muqueuse nasale, produite elle-même par des lésions multiples.

Mackensie a démontré la relation qui existait entre certaines quintes de toux et l'irritabilité réflexe de la muqueuse nasale. La zone sensible, zone tussigène de M. Longuet, serait située sur la moitié postérieure du cornet inférieur. — On a aussi noté des migraines, des névralgies diverses causées par une tuméfaction pathologique de la muqueuse nasale. — L'asthme d'été, le catarrhe des foina serait aussi sous la dépendance d'une modification de la muqueuse nasale.

Suivent quelques observations inédites de différentes névroses d'origine nasale. L'auteur termine par ce précepte pratique pour reconnaître si une névrose dépend d'une lésion de la muqueuse de Schneider, de badigeonner cette dernière avec une solution

de cocaïne, ce qui l'insensibilise et permet de retrouver la lésion si elle existe, et dans ce dernier cas de la traiter.

10. *Tétanos infantile guéri par l'extrait de fève de Calabar*; par le D<sup>r</sup> Decroizilles, médecin de l'hôpital des enfants (n<sup>os</sup> 95 et 96).

Le téτανos était survenu à la suite d'une plaie contuse du petit doigt de la main gauche. — L'enfant était âgé de cinq ans. — Il y eut, pendant vingt jours, un état spasmodique exceptionnellement tenace de plusieurs groupes musculaires : muscles de la mastication, de la nuque, muscle sterno-mastoïdien gauche. — La température s'éleva mais ne dépassa jamais 39 degrés. — Traitement : Chloral, aucune amélioration. Fève de Calabar, deux injections hypodermiques de cinq milligrammes d'extrait chacune, tous les jours : amélioration rapide et guérison.

11. *Essai de localisation d'une affection de la moelle indépendante du tabes avec arthropathie du coude gauche*; par P. Berbez, interne des hôpitaux (n<sup>o</sup> 97).

L'observation du malade peut se résumer ainsi : paraplégie à caractère spasmodique, sans trouble de la sensibilité et sans troubles viscéraux. En plus, l'arthropathie du coude absolument identique aux arthropathies tabétiques, mais ne s'accompagnant d'aucun trouble moteur ou sensitif du côté des membres supérieurs.

L'auteur discute la lésion médullaire ou nerveuse (périphérique) capable de produire les symptômes susmentionnés, et il arrive à supposer l'existence de plaques de sclérose disséminées. Les plaques siègeraient sur le renflement brachial et sur le renflement lombaire, elles intéresseraient spécialement le système moteur et le système trophique, enfin elles évolueraient lentement et entraîneraient peu de dégénérescence secondaire.

12. *Méningo-myélite diffuse aiguë, traitée et guérie par la médication révulsive*; par le D<sup>r</sup> H. Richardière. — Service de M. le professeur Peter (n<sup>os</sup> 100 et 101).

*Observation.* — Une femme jusque-là bien portante, est atteinte, le lendemain même d'un événement important (un second mariage), de paralysie des membres inférieurs et de douleurs dans ces membres. La paralysie gagne les membres supérieurs, quelques muscles de la face, en respectant la sensibilité générale et



spéciale. Les muscles paralysés ont perdu leur contractilité électrique. Quelques jours après le début, les sphincters de la vessie et du rectum sont frappés à leur tour. — Traitement révulsif énergique. — Les phénomènes paralytiques s'arrêtent, s'amoin-drissent et disparaissent, mais pendant la convalescence, il sur-vient de l'atrophie musculaire dans les membres frappés. — Cette atrophie guérit également et la malade sort de l'hôpital deux mois après le début des accidents.

13. *Les anesthésies apparentes et les sensations retardées dans les névroses*; par M. Révillout (n° 110).

Chez un grand nombre d'hystériques et d'hystéro-épileptiques des deux sexes, il n'y a pas en réalité une paralysie proprement dite de la sensibilité, mais une sorte d'obtusion, se traduisant par un retard plus ou moins notable, après lequel la sensation, quand elle se prolonge, pénètre jusqu'au *sensorium commune*. — Ceci résulte d'expériences nombreuses faites par l'auteur dans les hôpitaux. Mais il faut quelquefois prolonger le pincement un quart d'heure, et même davantage, pour qu'une sensation consciente entre en jeu. Du reste, il existe une véritable échelle graduée de la longueur des retards qui, chez certains sujets, ne dépassent pas quelques secondes. — Un exemple frappant : une hystéro-épileptique hémi-anesthésique à gauche dormait profondément. On pinça son bras gauche pendant hors du lit. Après avoir pendant plusieurs minutes continué à dormir sans rien ressentir, la malade se réveilla brusquement en jetant un cri et en portant vivement la main vers le point qu'on pinçait.

14. *Accidents rabiques chez un alcoolique, accès de manie aiguë, délire systématisé avec crainte d'être tué par les médecins*; par M. Legendre, interne des hôpitaux. Service de M. Bouchard (n° 123).

*Observation très intéressante.* — Le malade alcoolique présenta les symptômes du delirium tremens et ceux de la rage. — Il mourut. — L'autopsie montra les sinus de la dure-mère gorgés de sang, une congestion intense des méninges cérébrales et spi-nales, de l'hyperémie de la substance cérébrale et médullaire. On ne trouva pas de lysses sous la langue. — Le sujet avait été mordu environ six semaines avant le début des accidents par un chat qu'un vétérinaire déclara, après autopsie, avoir été at-teint de la rage.

Il est fâcheux qu'on n'ait pas tenté des inoculations sur des

lapins avec de la substance médullaire, on aurait vu si le sujet était réellement atteint de la rage. C'eût été d'autant plus intéressant que, dans une crise, ce dernier mordit un infirmier qui fut, du reste, de suite cautérisé au thermo-cautère.

15. *Note sur les paralysies laryngées d'origine centrale*; par le Dr Cartaz, ancien interne des hôpitaux (n<sup>os</sup> 134 et 135).

Série d'observations, les unes personnelles, avec examen laryngoscopique, les autres prises dans les auteurs, tendant à démontrer que les muscles du larynx sont parésés et même paralysés, 1<sup>o</sup> dans la paralysie bulbaire avec le syndrome glosso-labio-laryngé; 2<sup>o</sup> dans des cas de lésions cérébrales diverses avec hémiplegie.

M. Cartaz conclut de l'examen de ces observations qu'il est logique d'admettre un centre cortical pour le larynx. Bosworth disait: « Raisonnant d'après l'analogie, on est amené à conclure que la fonction de la dilation de la glotte dépend d'un centre nerveux indépendant situé dans le cerveau, centre que ni l'expérimentation physiologique ni les recherches cliniques n'ont permis de localiser. »

16. *Tabes d'origine hérédo-syphilitique probable. — Fracture spontanée*; par M. le professeur Fournier (n<sup>os</sup> 136, 137 et 138).

**Archives générales de médecine.**

1. *Etude sur certains œdèmes névropathiques*; par MM. Albert Mathieu et Julien Veil (n<sup>o</sup> de juin et d'août.)

Les conclusions de cette étude sont les suivantes: — Dans les traumatismes des nerfs, dans les névrites et les myélites, quelles qu'elles soient, les œdèmes sont d'ordre névropathique. Ils seraient névropathiques aussi dans certaines manifestations rhumatoïdes, rangées à tort dans le rhumatisme articulaire subaigu, et qui surviennent dans plusieurs circonstances, à la suite du surmenage par exemple. — Parmi les faits originaux contenus dans ce travail, il faut noter celui-ci: on observe parfois, chez les ataxiques, un œdème cutané à la suite des douleurs fulgurantes dont elles occupent le siège. Cet œdème est un trouble trophique d'origine névropathique au même titre que l'herpès, le purpura ou d'autres manifestations cutanées.



**Journal des connaissances médicales pratiques  
et de pharmacologie.**

1. *Un cas d'hémorrhagie du cervelet*; par A. Mathieu, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu (n° 2).

Un homme est arrêté dans la rue, parce qu'on le croyait en état d'ivresse. Conduit à l'hôpital, il présente un état semi-comateux, qui s'accroît de plus en plus et qui se termine par la mort au bout de cinq jours. — Les symptômes observés, sauf des vomissements au début, furent négatifs; ni anesthésie, ni paralysie, ni contracture, un peu d'inégalité des pupilles qui vers la fin devinrent petites et immobiles.

*Autopsie.* — Le cervelet est transformé en une poche kystique remplie de caillots noirâtres. L'hémorrhagie s'est faite dans le centre du cervelet et occupe complètement tout le lobe gauche. Les circonvolutions sont aplaties. — Toute la lésion se trouve limitée au cervelet, les pédoncules cérébelleux n'étaient pas intéressés.

2. *Contribution à la physiologie des mouvements volontaires*; par Ch. Féré (n° 17).

Cette intéressante note est, pour ainsi dire, le programme d'une suite d'études sur l'influence des centres psychomoteurs sur l'énergie de l'effort, études que M. Féré poursuit toujours et qui ont été l'objet déjà de plusieurs communications à la Société de Biologie.

L'énergie de l'effort momentané est en rapport avec l'exercice habituel des fonctions psychiques. La pression produite par l'effort de flexion des doigts est moins forte chez les ouvriers, dont la profession est exclusivement manuelle, que chez les ouvriers d'art; elle est plus considérable encore chez les sujets adonnés aux professions libérales. — Sous l'influence de certains états morbides, du délire, de la manie, les efforts musculaires atteignent une énergie inusitée. — Le seul fait d'expérimenter en public exagère l'énergie du mouvement. L'expérience faite en présence d'un sujet de l'autre sexe l'exagère encore. Ce pouvoir excito-moteur serait proportionnel à l'excitation génésique. — L'exercice momentanée de l'intelligence provoque une exagération momentanée de l'énergie des mouvements volontaires. — Ce n'est pas seulement sous l'influence d'un effort intellectuel que la force dynamométrique augmente,

l'exercice d'un membre autre que celui qu'il s'agit d'explorer peut provoquer un effet analogue quoique moins intense : en effet, quand un centre psycho-moteur entre en action, il exerce une action dynamogénique sur son centre et sur les centres voisins. — La vue d'un mouvement rythmique provoque une incitation à ce mouvement : *induction psycho-motrice*. — Si l'activité psychique a une influence sur l'énergie des mouvements volontaires, les mouvements volontaires peuvent aussi avoir une influence sur l'activité psychique. Cette dernière remarque a son importance au point de vue de l'hygiène et de la pédagogie.

3. *De la myopathie atrophique progressive. — Myopathie sans neuropathie débutant d'ordinaire dans l'enfance, par la face ;* par MM. Landouzy et Déjerine (n° 19).

L'atrophie musculaire progressive de l'adulte (type Aran-Duchenne) est la conséquence d'une lésion médullaire bien connue aujourd'hui, l'atrophie musculaire progressive de l'enfance est une simple myopathie sans lésion pathogénique de la moelle. Mais cette myopathie exclusive, c'est-à-dire avec moelle indemne, n'est pas spéciale à l'enfance. Elle débute bien le plus souvent pendant l'enfance ou l'adolescence, mais elle peut aussi débiter pendant l'âge adulte. — Cette atrophie frappe les muscles d'une façon individuelle, et l'on rencontre dans un groupe de muscles innervés par un seul et même nerf, des muscles normaux au milieu d'autres plus ou moins détruits. — Les muscles respirateurs et les muscles annexés à des appareils spéciaux (vue, mastication, phonation...) restent intacts pendant toute la durée de l'affection. — Dans les muscles atteints, la contraction idio-musculaire est abolie ou très diminuée, la contraction fibrillaire est abolie. La contraction faradique et galvanique est modifiée quantitativement, il n'y a pas de réaction de dégénérescence. Les réflexes tendineux sont conservés.

Cette affection est ordinairement héréditaire. Elle débute le plus souvent, mais pas toujours, par la face. — Son évolution est très lente. — La lésion consiste en une myosite atrophique avec sclérose très légère, sans que les muscles altérés présentent la moindre augmentation de volume.



4. *De la folie héréditaire.* Leçon faite à Sainte-Anne, par M. Magnan, recueillie par M. Legrain, interne du service (n° 48).

Très intéressante leçon dans laquelle M. Magnan expose les différents caractères de la folie héréditaire. — La folie héréditaire comprend dans son groupe un nombre considérable de maladies que les aliénistes considèrent généralement comme autant d'entités, exemple : la dipsomanie, la manie raisonnante, l'agoraphobie. — L'héréditaire se dissèque en quelque sorte lui-même et présente à l'observation le fonctionnement isolé de tous les centres nerveux, du haut en bas de l'axe cérébro-spinal. — L'héréditaire est aussi intéressant au point de vue médico-légal : qu'il se présente dans son état normal de déséquilibre, qu'il soit atteint d'un des syndromes de la folie héréditaire, ou enfin qu'il soit délirant, l'héréditaire est le plus souvent en contradiction avec les lois.

L'expression *folie héréditaire* est consacrée par l'usage, mais elle est impropre, il vaudrait mieux la remplacer par celle de *folie des dégénérés*. L'influence de l'hérédité varie en quantité, et on peut doser la somme des influences réciproques qu'exercent sur tel malade les causes prédisposantes et les causes occasionnelles. — Il existe un certain nombre de malades qui présentent tous les caractères de l'héréditaire, et chez lesquels les antécédents sont négatifs, mais c'est qu'une maladie est intervenue, ordinairement dans l'enfance, qui a accumulé en quelques mois les lésions qui rapprochent ces malades des héréditaires.

#### **Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.**

1. *Aphasie et méningite tuberculeuse chez une fillette de six ans;*  
par le Dr Cayla (n° 13).

*Observation.* — Une fillette de six ans perd tout à coup, en jouant, la faculté de parler. L'idéation est intacte. L'enfant s'exprime par gestes. Pas de fièvre, pas de céphalalgie, pas de paralysie de la langue ni des muscles du voile du palais. Le lendemain, la parole revient et l'enfant joue et est gaie. — Dix jours après, apparaissent les symptômes d'une méningite tuberculeuse qui se termine par la mort.

Pas d'autopsie. L'auteur suppose un trouble circulatoire déterminé dans la troisième circonvolution frontale par la présence

de granulations autour des branches de l'artère sylvienne gauche. Quoi qu'il en soit de cette explication, le fait d'une aphasie transitoire, symptôme précurseur d'une méningite tuberculeuse, est rare et intéressant. Il est à regretter que l'autopsie n'ait pu être faite.

2. *Un cas de méningo-myélite rapide à forme paraplégique contracturante*; par M. Bourdalé (n° 20).

*Observation.*— Un homme de trente ans, après un travail pénible, s'expose au froid, alors qu'il était en sueur. Le lendemain: faiblesse généralisée plus prononcée aux jambes, douleurs violentes à la région lombaire et aux mollets. —  $T = 38^{\circ}$ .  $P = 100$ . — Peu après, ces symptômes s'exagèrent et en plus: contracture permanente, tonique, de tous les muscles situés au-dessous de la région dorsale: de la dixième côte aux pieds, le malade est raide comme une barre de fer. —  $T = 50^{\circ},3$ ,  $P = 152$ . — Respiration anxieuse, dyspnée. — Au niveau du sacrum et des grands trochanters, larges plaques violacées. — Constipation opiniâtre. — Quelques heures après, la contracture s'étend aux muscles de la nuque et aux masséters. — Mort.

L'autopsie n'a pu être faite.

JOURNAUX ITALIENS

**Giornale della R. Accademia di medicina di Torino.**

ANNÉE 1885.

ANALYSE PAR M. LE D<sup>r</sup> MARANDON DE MONTYEL.

*Contribution à la physiologie du rameau sympathique du nerf vague*; par M. le professeur Oehl.

Les faits nouveaux énoncés dans ce travail, dit M. le professeur Oehl, seraient les suivants: Après la section du rameau sympathique du nerf vague, le pouls, sous l'influence de l'excitation du bout périphérique par le courant induit, devient plus fréquent qu'il ne l'est quand cette excitation fait défaut, ce qui démontrerait dans ce rameau l'existence de fibres cardio-motrices, concourant peut-être avec les rameaux cardiaques à former les plexus de ce nom. L'excitation forte de ce bout périphérique



est susceptible d'amener l'arrêt du pouls, par transmission probable du courant aux fibres propres du nerf vague. L'excitation avec le courant induit du rameau non sectionné détermine un ralentissement du pouls, qui peut même aller jusqu'à l'arrêt momentané si le courant est fort, cette fois encore par transmission probable aux fibres propres du nerf vague ; car si on excite le bout central après section, on peut obtenir le ralentissement mais non la suspension. Ce ralentissement du pouls par l'excitation du bout central indiquerait l'existence de fibres sympathiques excito-modératrices, différentes de celles que l'expérience de Gols et de Bernstein démontre chez la grenouille dans les ramifications abdominales du sympathique, car elles se répandraient au contraire dans le muscle cardiaque lui-même. Un courant induit de peu d'intensité agit par l'intermédiaire du rameau sympathique à travers le ganglion, amenant la dilatation de la pupille et la pâleur du pavillon de l'oreille. Le même effet s'obtient avec un courant moins intense encore si, au lieu d'agir sur le rameau dans son intégrité, on agit sur le bout central après section, ce qui tient peut-être à la plus grande intensité avec laquelle le courant est dirigé vers le ganglion, à cause de la moindre résistance.

*De l'emploi du bichlorure de mercure dans l'étude des organes centraux du système nerveux ; par M. Casimiro Mondino.*

Les avantages de l'emploi du bichlorure de mercure dans l'étude des organes centraux du système nerveux sont les suivants : Il est le plus apte à colorer en noir les cellules nerveuses et leurs prolongements fonctionnels dans tout l'encéphale ; il permet de faire des coupes beaucoup moins minces ; il est plus économique que les autres procédés employés et les préparations se conservent indéfiniment. L'auteur expose avec détails dans son mémoire la manière de se servir de cette substance.

*Nouvelles observations concernant l'inflammation traumatique expérimentale du tissu central ; par M. Casimiro Mondino.*

M. Mondino annonce dans ce travail qu'il a pu constater dans l'inflammation traumatique expérimentale du tissu cérébral la cariocinésie, non seulement des cellules nerveuses, mais encore des cellules lymphoïdes des éléments de la névroglie et de la tunique interne des vaisseaux.

*De la chloroformisation précédée d'une injection de chlorhydrate de morphine ; par M. Giordano.*

M. Giordano conclut de 130 observations que l'injection de chlorhydrate de morphine, faite avant l'administration du chloroforme, présente de grands avantages pratiques ; elle économise le médicament, supprime la période d'excitation, réduit à leur minimum les nausées et les vomissements, le sommeil est plus prolongé, plus facile à entretenir, et l'analgésie dure encore un certain temps après la cessation de l'anesthésie.

*Sur trois cas de cysticerques cellulosa Rudolphi du cerveau de l'homme ; par M. Parona.*

1° Femme de soixante ans, dont la maladie passa par trois périodes : une première avec attaques transitoires d'aphasie ; une seconde avec hémiplegies transitoires gauches et convulsions épileptiformes prédominant du côté paralysé ; et une troisième avec démence tardive, graduelle et progressive. L'autopsie démontra les lésions cérébrales suivantes : épaisses adhérences de la pie-mère au niveau de la scissure de Sylvius ; cysticerque libre à la partie supérieure et intermédiaire à la 2° et à la 3° division de l'insula de Reil à gauche ; cysticerque libre dans le ventricule latéral droit ; dans toute l'étendue de la convexité des hémisphères, cysticerques multiples de la pie-mère enfoncés dans la substance cérébrale ; cysticerques en petit nombre dans la substance corticale.

2° Homme de quarante ans, mort d'une périostite du sacrum, sans avoir présenté aucun phénomène soit du côté du cerveau, du cœur ou des muscles ; or l'autopsie démontra, outre de nombreux cysticerques dans le cœur et les muscles, les lésions cérébrales suivantes : adhérences de la dure-mère le long de la fente interhémisphérique et opacités disséminées çà et là. La pie-mère, notablement adhérente à la substance cérébrale, présentait sur la face externe, au niveau du lobe frontal droit, une tumeur blanchâtre, sans cysticerque, du volume d'un grain de froment, de consistance ferme. Dans la corne postérieure droite, une vésicule libre, blanchâtre, du volume d'un grain de maïs et une autre, moitié plus petite, située à la partie superficielle du grand pied de l'hippocampe. Ces deux vésicules renfermaient des cysticerques.



3° Homme de soixante ans, mort d'ataxie locomotrice à la dernière période sans symptômes étrangers à cette maladie. L'autopsie montra un cysticerque à la partie corticale du tala-mus optique gauche.

*Recherches psychométriques sur les fous moraux et les délirants systématisés sans hallucinations ni perte des affections (mat-toïdi, de Lombroso); par M. Antonio Marro.*

M. Marro a recherché, sur trois aliénés atteints de folie morale et sur quatre atteints d'un léger degré de délire systé-matisé sans hallucination ni perte de l'affectivité, la durée du temps de réaction pour les sens de la vue et de l'ouïe. Il a constaté chez les premiers une lenteur extrême des actes psychiques en rapport avec le manque d'attention propre à ces malades. Cette lenteur était proportionnelle, dans les cas exa-minés par lui, au degré de perversion morale. Les seconds ont présenté une rapidité des actes psychiques plus grande en moyenne que les fous moraux, tandis que la distance entre les extrêmes était moindre. Comparés à ceux des sains d'esprit, leurs actes psychiques s'opèrent plus lentement, bien que les minima soient à peu de chose près égaux à la normale et que la distance entre les extrêmes soit plus grande.

*Nymphomanie paradoxale; par M. le professeur Cesare Lombroso.*

Observation très intéressante d'une héréditaire de trente-un ans qui, n'éprouvant pas la volupté des rapprochements sexuels, est cependant poursuivie par le désir ardent des plai-sirs vénériens, tient sans cesse des propos obscènes, rêve à des scènes d'étrange lubricité et se désespère de ne pouvoir éprouver physiquement tout ce qu'elle entrevoit en imagination. M. Lom-broso considère avec raison ce bizarre état comme étant sous la dépendance d'un trouble de la couche corticale.

*Cas de microcéphalie par influence psychique durant la gros-sesse; par M. le professeur Cesare Lombroso.*

M. le professeur Lombroso croit à l'origine psychique de certaines déformations embryonnaires. Il invoque à l'appui de cette thèse l'opinion populaire, si constante à cet égard depuis des siècles, et aussi les théories contemporaines sur la sugges-tion mentale. Il rapporte les deux cas suivants : Chez une petite fille de sept ans la microcéphalie ne relèverait d'autre

cause qu'un cauchemar de la mère durant les premiers mois de la gestation et, chez un autre microcéphale de neuf ans avec asymétrie très marquée de la tête, la cause de la déformation aurait été, durant le troisième ou sixième mois de la grossesse, une très vive frayeur de la mère déterminée par la vue d'un soldat allemand, qui menaçait son mari de lui fendre la tête avec une serpette.

*Influence du système nerveux sur la température animale; par  
M. Ugolino Mosso.*

Les conclusions de cet important mémoire sont les suivantes :

1° L'excitation capable de produire la contraction des muscles amène comme fait concomitant, mais non nécessaire, une augmentation de température de ces muscles.

2° L'augmentation de température dans l'irritation de la moelle des grenouilles à l'état normal ou décapitées n'apparaît pas seulement durant la contraction musculaire, mais va successivement croissante durant cinq à dix minutes après que la contraction a cessé.

3° L'excitation des nerfs sensitifs de la grenouille décapitée ou curarisée éveille par voie réflexe une plus grande activité chimique des tissus, partant un plus grand développement de chaleur.

4° L'augmentation de température d'un muscle n'est pas proportionnelle au travail accompli.

5° Chez les chiens, durant la course, les contractions musculaires ne suffisent pas pour tenir élevée la température du corps, qui peut descendre successivement malgré la continuation d'un même travail fatigant des muscles.

6° Quand un chien est tranquille et la fatigue non excessive, la contraction des muscles ne fait pas augmenter la température du corps; elle la diminue plutôt.

7° La contraction des muscles ne produit pas une augmentation de température, égale à celle que peut produire par elle-même l'action nerveuse résultant de simples actes psychiques.

8° La température de mon corps, durant une marche forcée de deux jours, ne s'est pas maintenue en rapport avec le travail accompli par les muscles.

9° Dans l'empoisonnement par la strychnine, l'augmentation ne dépend pas tant des contractions tétaniques que de l'excitabilité plus grande des centres thermiques.

10° Chez les grenouilles à l'état normal la strychnine est



capable d'augmenter la température considérablement, sans que les contractions musculaires y contribuent en rien.

11° La strychnine amène l'augmentation de la température chez les grenouilles, quand elle a été abaissée par l'action du curare, et l'augmentation se produit malgré leur immobilité la plus complète.

12° Chez les chiens immobilisés par le curare, la température rectale peut s'élever de trois degrés et plus, quand on augmente l'excitabilité du système nerveux par des injections de strychnine.

13° La douleur augmente la température du corps.

14° Chez les lapins, il y a une augmentation rapide et constante pendant toute la durée de la douleur; puis un abaissement consécutif.

15° Chez les grenouilles décapitées et chez les grenouilles curarisées, il y a une augmentation de la température par l'action de l'acide acétique.

16° Chez les chiens, les plus grandes augmentations de la température ont été observées quand, dans leur course, ils se blessaient accidentellement les pattes.

17° Chez l'homme, on observe sous l'influence de la douleur une élévation de la température rectale d'environ un dixième de degré et cette élévation dure un temps assez long.

18° Chez les chiens, chez l'homme et chez le lapin, l'influence des émotions et actes psychiques a pour effet d'augmenter la chaleur du corps.

19° La température des chiens varie considérablement selon l'état psychique dans lequel ils se trouvent.

20° Ma température, sous l'influence d'une émotion agréable, s'éleva de plus d'un demi-degré : cette élévation dura plus de quatre heures.

## JOURNAUX ALLEMANDS

### Neurologistes Centralblatt.

ANNÉE 1885 (*suite et fin*).

ANALYSE PAR M. LE D<sup>r</sup> AL. ADAM.

*Contribution à l'étude de la névrite multiple chez les alcooliques;*  
par le D<sup>r</sup> Richard Schulz (octobre et novembre 1885).

Beaucoup d'auteurs admettent aujourd'hui que la névrite multiple est une affection ayant pour substratum anatomique une lésion périphérique avec intégrité des centres nerveux.

Erb cependant a fait quelques réserves à ce sujet, en objectant que des lésions purement fonctionnelles des centres nerveux, et par conséquent non appréciables au microscope, pourraient être la cause des lésions périphériques signalées dans la névrite multiple, soit dans les nerfs, soit dans les muscles. D'autre part, Eisenlohr a signalé des vacuoles des cornes antérieures dans un cas de névrite multiple. Strümpell qui, le premier, a fait un traité sur la question, croit que les lésions périphériques et centrales n'ont pas de rapport de cause à effet, mais ont une origine commune de nature infectieuse, et peuvent ainsi exister simultanément ou d'une manière isolée. On a publié depuis des cas où l'intoxication et surtout l'intoxication alcoolique a joué un rôle étiologique important; aussi Strümpell, dans la deuxième édition de son traité, a-t-il dû décrire une névrite chronique des alcooliques (ataxie des alcooliques). Ici l'auteur place une observation personnelle de névrite multiple grave, d'origine alcoolique : elle peut se résumer ainsi : Un alcoolique exempt de tare névropathique et de syphilis présente, avec des troubles intellectuels, une paralysie atrophique très accentuée des quatre membres, sans troubles de la sensibilité ni du sens musculaire. Les gros troncs nerveux sont douloureux à la pression, les articulations présentent une inflammation passagère avec fièvre, le réflexe patellaire fait défaut, tandis que les réflexes cutanés sont conservés. L'excitabilité électrique des nerfs et des muscles a disparu, il y a de la paralysie passagère des deux oculo-moteurs externes. Tous ces symptômes diminuent et disparaissent peu à peu, et au bout de six mois le patient sort guéri de l'hôpital.

L'auteur estime que le diagnostic de névrite multiple est justifié par la multiplicité des processus qui ont envahi les membres et les nerfs oculo-moteurs externes, par la paralysie atrophique avec diminution de l'excitabilité électrique, par l'absence presque complète de troubles de la sensibilité, par l'affection articulaire intercurrente, par la disparition du réflexe patellaire, la sensibilité à la pression des gros troncs nerveux et par les douleurs des jambes se produisant à chaque tentative de mouvement. Quant à la parésie vésicale et intestinale qui paraît infirmer le diagnostic de névrite, l'auteur la met sur le compte de l'état mental, et non de la paralysie. Le retour de l'excitabilité électrique et la guérison par la suppression de l'alcool, sont les derniers arguments que l'auteur invoque en faveur de son diagnostic. Il fait remarquer cependant qu'on



pourra toujours lui objecter qu'il s'agissait peut-être d'une lésion centrale, vu que son diagnostic n'a pas été confirmé par l'autopsie.

Pour répondre à cette objection, l'auteur, après avoir exposé que dans les cas de paralysie alcoolique on observe tantôt une forme franchement paralytique, tantôt une forme ataxique, a réuni dans deux tableaux synoptiques les observations cliniquement analogues à la sienne, et dont le diagnostic a pu être vérifié par l'autopsie, du moins pour un certain nombre. Ces deux tableaux comprennent les cas de Strümpell, Muller, Moeli, celui de l'auteur, ceux de Fischer, de Déjérine et de Lilienfeld. Comme dans bon nombre de ces cas la lésion périphérique (névrite multiple) a été démontrée à l'autopsie, et que le cas de l'auteur est cliniquement identique à ces cas, il estime que de l'identité clinique on peut conclure à l'identité de la lésion.

Après avoir insisté sur l'importance du diagnostic différentiel entre la névrite multiple des alcooliques et le tabes dorsal, au point de vue du pronostic, l'auteur revient à la question fondamentale de l'étiologie, à savoir si la névrite multiple est une affection à lésion phérphérique.

Il se prononce sans hésitation pour cette manière de voir; et il fait remarquer que si d'une part on a observé des cas de névrite multiple avec lésions phérphériques sans aucune lésion centrale, d'autre part Duménil a montré que dans les cas où l'on a constaté des lésions centrales, celles-ci se trouvaient dans des rapports de disproportion tels avec les lésions phérphériques, qu'elles ne sauraient être considérées comme étant la cause de ces dernières. La même remarque est faite par Paul Meyer pour les lésions de la paralysie postdiphthéritique qui a tant de rapports avec la paralysie de la névrite multiple.

Quant aux vacuoles trouvées dans la moelle par Eisenlohr, Tschisch et d'autres, et qu'on a considérées comme étant la cause des lésions phérphériques, qui ne seraient plus dès lors que des lésions secondaires, l'auteur fait remarquer qu'il partage l'opinion de Charcot qui considère les vacuoles comme des productions artificielles et non comme des lésions pathologiques.

*Du traitement de la sitiophobie chez les aliénés; par le Dr Siemens (octobre 1885).*

N'employez la sonde œsophagienne que lorsque votre conscience médicale vous dit que le malade ne peut être arraché à

la mort que par ce moyen : telle est l'opinion de l'auteur sur l'alimentation forcée. Aussi estime-t-il que les cas où cette indication impérieuse de la sonde existe, sont fort rares, car il ne faut pas oublier, dit-il, qu'un jeûne absolu de quatorze jours, ou un jeûne tempéré par l'usage de l'eau pendant plusieurs semaines, ne laissent sur le cerveau aucune trace organique de nature à troubler son bon fonctionnement ultérieur. Or, dans la manie (paranoïa), la sitiophobie dure rarement assez longtemps pour qu'on soit obligé de recourir à la sonde. Chez les mélancoliques il n'en est pas de même, mais ici différentes raisons portent encore l'auteur à la temporisation. Et d'abord, dit-il, personne n'ignore quelle funeste influence les peines morales exercent sur la digestion, même chez l'homme sain. Chez les mélancoliques, cette influence atteint son plus haut degré. L'auteur affirme qu'il a vu beaucoup de mélancoliques dont l'état mental empirait après l'ingestion d'aliments. Une femme de cinquante-cinq ans, prise tous les mois d'un accès de mélancolie durant cinq jours, ne pouvait rien manger pendant ce laps de temps, et quand elle voulait essayer de prendre quelque aliment, elle le vomissait aussitôt. La période de cinq jours passée, elle reprenait son régime ordinaire sans aucune difficulté. L'auteur fait encore remarquer que chez les mélancoliques le mouvement d'assimilation et de désassimilation est très ralenti, que par conséquent le besoin de nourriture est bien inférieur; et de fait, il a vu des malades conserver intégralement le poids de leur corps, avec une ration inférieure de plus de moitié à la ration de Voit.

L'auteur fait encore remarquer que la présence d'acétone dans les sécrétions du malade est un signe précieux qui indique que la ration qu'il absorbe est insuffisante, et que l'organisme y supplée par ses propres tissus. Par contre, tant qu'il n'y a pas d'acétone dans les sécrétions, on est fondé à croire que la ration, quelque faible qu'elle soit, suffit aux échanges de l'organisme.

Le fait bien connu que l'eau permet de prolonger de beaucoup le jeûne, fait dire à l'auteur que les lavements d'eau pourront rendre de grands services, à fortiori les lavements alimentaires proprement dits.

L'auteur a notamment obtenu des résultats satisfaisants avec les lavements de peptones de Kemmerich, additionnés de sel et d'alcool.



*Une remarque à propos de l'épilepsie chez les alcooliques; par le D<sup>r</sup> Moeli (novembre 1885).*

On sait que Magnan impute l'épilepsie des alcooliques français, non à l'usage de l'alcool, mais à celui de l'absinthe. Cependant on fait remarquer souvent la grande fréquence de l'épilepsie chez les alcooliques de Berlin. Furstner a constaté l'épilepsie, comme complication du délire alcoolique, dans la proportion de 31 p. 100, l'auteur a trouvé la proportion de 36 à 40 p. 100 à première vue; on peut donc se rendre compte que, chez les alcooliques admis dans les établissements de bienfaisance de Berlin, les accidents épileptiques sont plus fréquents que chez les alcooliques de Paris, chez lesquels Magnan et Bouchereau ont indiqué la proportion de cinq et de huit épileptiques sur cent alcooliques.

L'auteur a cherché à établir l'action des différentes espèces de boissons alcooliques au point de vue de leur influence sur la production de l'épilepsie. Les chiffres qu'il résume dans un tableau, portent sur onze espèces différentes d'eaux-de-vie ou liqueurs et ne permettent pas d'attribuer, au point de vue particulier de la genèse de l'épilepsie, une action prépondérante à telle ou telle espèce de boisson. (Disons que l'absinthe ne figure pas dans la nomenclature.)

Les observations signalées dans ce tableau portent sur 399 individus, la proportion des épileptiques est de 40 p. 100.

L'auteur signale enfin vingt et un cas d'alcoolisme à la suite d'abus de bière et de vin. Sur ces vingt et un cas il n'y a qu'un cas d'épilepsie : soit 5 p. 100. A ce sujet, l'auteur fait remarquer que l'usage immodéré du vin et de la bière a produit les effets somatiques et psychiques habituels de l'alcoolisme en général, et il se demande si ce n'est pas à la qualité supérieure de l'alcool contenu dans le vin et la bière qu'il faut attribuer la réduction à 5 p. 100 des cas de complication épileptique.

*Une nouvelle forme de trouble de la sensibilité dans les cas de lésions unilatérales du cerveau, découverte par une méthode non encore employée en clinique; par le D<sup>r</sup> Oppenheim (décembre 1885).*

L'auteur rapporte plusieurs observations d'individus atteints de lésion unilatérale du cerveau, notamment d'hémiplégiques avec aphasie. Or, en excitant la sensibilité générale ou spéciale chez ces malades, simultanément ou successivement du côté

malade et du côté sain, il a constaté que par exemple, en piquant seulement le membre paralysé, la sensation de douleur était perçue par le malade, tandis que si la même excitation (piqûre) était faite simultanément sur les deux membres, elle cessait d'être perçue sur le membre malade, et le patient se croyait piqué du côté sain seulement. Néanmoins il suffisait de donner plus d'intensité à l'excitation du côté malade, pour que la piquûre simultanée des deux membres n'empêchât plus le malade de percevoir la sensation douloureuse des deux côtés. Les résultats ont été les mêmes pour l'excitation auditive. Deux bruits d'égale intensité, frappant les deux oreilles à une égale distance, ne donnaient qu'une seule perception auditive, rapportée au côté sain. Les mêmes bruits agissant séparément sur chaque oreille, étaient perçus aussi bien par l'oreille du côté malade que par celle du côté sain; et dans le cas d'impression simultanée, il fallait, pour obtenir une perception auditive double, donner une plus grande intensité au bruit du côté de l'oreille malade. Chez un autre malade, des résultats analogues ont été obtenus pour les impressions visuelles. L'auteur a fait la contre-épreuve, qui lui a démontré que ces faits ne se produisent pas chez des personnes saines; et même sur un grand nombre de personnes atteintes de lésions cérébrales, il n'a pu constater ce phénomène que quatre fois. Il estime que des recherches ultérieures, avec la méthode indiquée, pourront augmenter nos connaissances sur les troubles de la sensibilité dans les cas de lésion cérébrale.

*Un cas de tumeur de la glande pinéale; par le Dr Knud Pontoppidan (décembre 1885).*

L'auteur a observé un cas de tumeur de la glande pinéale. La production morbide avait le volume d'une noix, était indépendante de la substance cérébrale, comprimait les tubercules quadrijumeaux, mais n'était aucunement en contact direct avec les pédoncules cérébelleux moyens.

Les symptômes observés avaient été les suivants : au début, céphalalgie, vertige; plus tard, lenteur intellectuelle, trouble de la motilité, incapacité de marcher, excréctions involontaires. Pas de paralysie faciale; regard fixe, mais sans strabisme ni diplopie. Tendance au décubitus latéral gauche. En outre, le malade qui ne peut marcher que lorsqu'on le soutient, tend toujours à tomber en arrière; il ne marche pas en avant, mais commence par marquer le pas, pour marcher bientôt en arrière,



et en obliquant un peu à gauche. La stupeur augmente bientôt, il y a de l'opisthotonos, et la mort survient après une attaque épileptiforme. L'auteur se réserve d'établir s'il s'agissait d'une tumeur syphilitique ou autre; mais il estime que l'observation telle quelle, peut être utile au point de vue des localisations cérébrales.

*La réaction chimique de la substance grise; par le Dr Langendorff (décembre 1885).*

Des expériences faites par l'auteur, il résulte que l'écorce cérébrale a une réaction alcaline constante, du moins pendant la vie. Après la mort, la réaction devient acide avec une rapidité plus ou moins grande, qui varie avec la température ambiante.

L'auteur a du reste rendu acide l'écorce cérébrale d'animaux vivants, en empêchant le sang d'arriver au cerveau, par la compression des artères. Il a même réussi à rendre successivement la réaction acide et alcaline, en comprimant les artères, ou en rendant au sang son cours normal.

Cette expérience ne réussit pas sur les animaux nouveau-nés, dont l'écorce cérébrale conserve sa réaction alcaline, quoiqu'on empêche le sang d'arriver au cerveau. Cela tient-il à ce que l'alcalinité est trop forte pour pouvoir être neutralisée par les acides qui se produisent, ou au contraire faudrait-il admettre que chez le nouveau-né il n'y a pas de production d'acide?

En tout cas le cerveau de l'adulte, privé du courant sanguin, devient acide; et le processus qui conduit à cette acidité ne saurait être considéré comme étant de nature cadavérique: non, c'est un phénomène vital. S'il en était autrement, comment expliquerait-on qu'on peut faire disparaître cette acidité en restituant au cerveau l'ondée sanguine? Peut-être s'agit-il là d'une production acide liée à l'activité cérébrale, de même que la production d'acide lactique est liée à l'activité musculaire. Si le cerveau conserve néanmoins pendant la vie sa réaction alcaline, il faut admettre que cela tient à ce que les produits acides en question sont constamment éliminés par le courant sanguin.

Ces produits sont sans doute d'autant plus abondants que la substance grise est soumise à une activité plus grande. Mais les expériences de l'auteur, faites sur des animaux narcotisés, démontrent que, pendant le sommeil, l'écorce cérébrale n'est pas inactive au point de vue chimique, quoique dans ce cas les échanges ou plutôt les transformations chimiques soient fortement diminués.

## BIBLIOGRAPHIE

### REVUE DES THÈSES D'AGRÉGATION EN MÉDECINE (1886)

1. *Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie* ; par M. le Dr Gilbert Ballet, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, 1886. Félix Alcan, éditeur.

Se conformant scrupuleusement au titre de sa thèse, M. Ballet a divisé son travail en deux parties distinctes. Dans la première il étudie le mécanisme du langage intérieur, et dans la seconde la pathogénie de ses altérations. Il a suivi la méthode des anatomo-pathologistes qui, avant de décrire les lésions d'un organe, commencent par décrire sa structure. Cette manière de procéder donne à l'ensemble de son travail une grande clarté, qualité précieuse quand il s'agit d'un sujet aussi difficile à exposer que l'aphasie.

Tout d'abord, il nous montre comment se constitue chez chaque individu la fonction du langage. A son origine, le langage est seulement expressif et se compose de cris et de gestes ; le langage articulé en dérive et n'est conventionnel qu'en apparence. Les mots parlés sont l'auxiliaire de la pensée et la rendent plus nette ; mais l'idée peut exister sans eux. Cette notion amène M. Ballet à donner la théorie du mécanisme du langage, telle qu'elle est généralement adoptée aujourd'hui, et pour la faire mieux comprendre, étudie la série des opérations mentales par lesquelles l'enfant apprend à comprendre et à parler. Le mot est un *complexus*, formé par la réunion de quatre images différentes, *auditive, visuelle, motrice d'articulation* et *graphique*. Nous entendons, nous voyons, nous parlons mentalement ; c'est là le langage intérieur. Chez chaque personne les mots se présentent à la pensée plus spécialement sous l'une de ces images ; on est *auditif, visuel, moteur*, ou encore *indifférent*, quand on est également impressionné par chaque genre d'images.

L'auditif entend les mots qu'il pense, et, selon l'expression de M. de Bonald, « pense sa parole avant de parler sa pensée ».



L'audition mentale est plus qu'une parole intérieure, elle peut nous faire percevoir des bruits, des sons, des mots, des sons musicaux, etc., et les hallucinations de l'ouïe ne sont en réalité que le degré le plus élevé de la représentation mentale auditive.

La vision mentale se fait selon le même mécanisme que l'audition. Comme elle, elle consiste dans la résurrection de sensations perçues autrefois par le cerveau et retenues par lui sous forme d'images. Les visuels lisent leur pensée et ne l'entendent pas. Selon les individus, le cerveau retient plus ou moins bien les sensations, et les images qui les reproduisent ont une durée et un vivacité variables. Quand ces images sont très fortes, elles peuvent être extériorisées et devenir ainsi l'origine d'hallucinations.

Chez les moteurs, les représentations motrices des mots sont les images prépondérantes. Ils ne pensent un mot que par le souvenir des mouvements du larynx et de la bouche qui sont nécessaires pour le prononcer. De même nous sommes capables de nous représenter mentalement les mouvements coordonnés que nous exécutons pour écrire les mots, ou si l'on veut, d'avoir l'*image graphique* des mots. C'est pour cette raison que beaucoup de personnes ne se rappellent bien que ce qu'elles ont écrit. Le sourd-muet lit les mots sur les lèvres de celui qui parle, l'aveugle peut lire par le toucher; ces faits établissent le rôle important des images graphiques.

Le type indifférent est le plus vulgaire. Il est réalisé chez les gens qui utilisent pour le langage intérieur les images des trois catégories, sans qu'il y ait prédominance marquée de l'une d'elles sur les autres.

Dans la deuxième partie de sa thèse, M. Ballet passe en revue les diverses formes de l'aphasie et utilise pour faire cette étude les notions qui ressortent de ce qu'il vient de dire sur le langage intérieur. Chaque forme du langage intérieur peut être troublée isolément. La perte des images auditives constitue la *surdité verbale*, celle des images visuelles la *cécité verbale*, celle des images motrices l'*aphasie motrice* du type Bouillaud-Broca. Enfin, l'effacement des images motrices graphiques amène un trouble plus rare que l'on désigne sous le nom d'*agraphie*: le malade ne sait plus écrire, il a, comme a dit Charcot, de l'aphasie de la main.

A côté de ces formes types, il existe un groupe de troubles du langage connus sous le nom d'*aphasies de conductibilité*,

paraissant résulter de la rupture des liens qui réunissent les images des diverses groupes. Ainsi un malade peut lire, mais ne comprend plus ce qu'il lit. On ne peut expliquer ce trouble que par la rupture des communications entre le centre visuel verbal et le centre intellectuel.

Dans un dernier chapitre, M. Ballet étudie les localisations corticales des centres du langage. La localisation du centre des représentations motrices dans la troisième circonvolution frontale gauche n'est plus à mettre en discussion; celle du centre des images auditives dans la première temporale et celle du centre des images visuelles dans le lobule pariétal, ne reposent encore que sur un petit nombre de faits. Quant aux aphasies de conductibilité, il serait prématuré de localiser leurs lésions occasionnelles sur le trajet de telles ou telles fibres commissurales.

2. *Du sommeil non naturel et de ses diverses formes*; par M. le Dr Henri Barth. 1 vol. in-8°, Paris, 1886. Asselin et Houzeau, éditeurs.

Que faut-il entendre par sommeil non naturel?

Telle est la question que M. Barth se pose dès le début de sa thèse. Il élimine du cadre de son sujet le sommeil produit par les narcotiques, l'insomnie des malades, le coma, pour n'envisager que le sommeil pathologique dans ses formes spontanées ou expérimentales.

Dans une courte introduction il donne la définition du sommeil naturel, les principales théories faites sur sa nature et ses causes, et étudie l'état de l'organisme pendant que l'individu dort. Les fonctions de relation sont à peu près complètement interrompues, les fonctions organiques sont ralenties, les fonctions cérébrales sont inégalement modifiées: la volonté est absente, la mémoire et l'imagination sont exaltées et donnent naissance aux rêves.

M. Barth divise son travail en deux parties: dans la première il envisage les maladies du sommeil, dans la seconde le sommeil expérimental, hypnotisme ou sommeil nerveux provoqué. Ce plan lui permet d'étudier parallèlement les formes spontanées et les formes provoquées, et de conclure par la similitude de leurs symptômes à leur identité de nature.

Les maladies du sommeil se divisent en trois classes: le somnambulisme, la léthargie, la catalepsie.



Le *somnambulisme* est un rêve avec exaltation de la mémoire et de l'activité automatique des centres nerveux en l'absence de la volonté. L'état des sens varie d'un somnambule à un autre ; ils sont tantôt hyperesthésiés et tantôt abolis. Le malade perçoit avec une grande intensité certaines impressions extérieures, mais seulement celles qui sont en rapport avec son rêve. Ce rêve absorbe toutes ses facultés : il ne pense, ne raisonne et n'agit que par rapport à lui. Les formes du *somnambulisme* sont nombreuses : à un premier degré, c'est le *noctambulisme* ou rêve en action, puis viennent le *somnambulisme vrai* dans lequel les actes sont beaucoup mieux coordonnés, l'*extase* avec exaltation de la mémoire et de l'imagination, transformant en sensations des images nées du souvenir, la *cérébration inconsciente*, qui transforme l'individu en un automate intelligent, le *doublement de la personnalité*, etc. C'est chez des individus entachés d'hérédité nerveuse et à la suite d'un trouble psychique que se développe le *somnambulisme*. Des phénomènes d'inhibition seraient, d'après Brown-Séquard, l'origine des divers phénomènes présentés pendant chaque accès.

La *léthargie* diffère du *somnambulisme* en ce qu'elle abolit l'activité encéphalique et même parfois les opérations de la vie organique, amenant ainsi le sujet à un état comateux. Tantôt elle est caractérisée par un invincible besoin de dormir, narcolepsie de Gélinau ; tantôt c'est l'attaque de sommeil des femmes hystériques, pouvant durer plusieurs jours sans que le manque d'alimentation altère sensiblement l'état général. Dans certains cas le sommeil est calme, dans d'autres il paraît agité par des rêves pénibles. Un ralentissement considérable des fonctions organiques peut survenir et simuler la mort, la malade ressemble à un cadavre, mais les battements du cœur sont en général toujours perçus à l'auscultation.

La *cataplexie* est la troisième forme du *somnambulisme*. Longtemps confondue avec d'autres états morbides, elle ne se rencontre bien pure que dans l'hypnotisme. Elle est caractérisée par la perte du sentiment et de la motilité volontaire et par l'exagération de la tonicité musculaire. Il peut être difficile de la distinguer de certaines attaques d'hystérie avec contractures, et surtout de la mélancolie avec stupeur, dans laquelle les malades peuvent conserver longtemps les attitudes qu'on leur fait prendre.

En général, ces diverses formes alternent chez le même sujet ; il existe entre elles une unité symptomatique évidente et

elles ont pour origine commune cette maladie protéiforme que nous appelons l'état nerveux.

Nous ne dirons que peu de mots de la seconde partie, celle dans laquelle M. Barth étudie l'hypnotisme ou sommeil provoqué, car elle peut difficilement se résumer, étant à lire d'un bout à l'autre. Elle contient un exposé très clair de l'état actuel de la question, et il était difficile de la mieux présenter. L'auteur indique successivement les divers moyens de provoquer l'hypnose, les moyens physiques, action sur les sens ou sur les zones hystérogènes, et les moyens psychiques, action sur l'imagination, suggestion, etc. L'état mental des sujets hypnotisés est l'objet d'un chapitre particulièrement intéressant. Quant à la pathogénie des phénomènes observés au cours de l'hypnose, M. Barth, après un long exposé des théories proposées, l'explique par la théorie de l'inhibition, comme étant celle qui rend le mieux compte des faits observés.

Signalons enfin les applications thérapeutiques de l'hypnose. Par elle on a pu faire cesser des douleurs vives de certaines hystériques, et Voisin a réussi à améliorer par la suggestion l'état de plusieurs aliénés.

La conclusion de ce travail est que les diverses formes du sommeil non naturel, spontané ou provoqué, sont des manifestations de la diathèse nerveuse.

3. *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux*; par M. le Dr J. Déjerine, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8°, Paris 1886, Asselin et Houzeau, éditeurs.

Existe-t-il un lien commun entre les maladies du système nerveux? Dérivent-elles toutes d'une souche commune, dont les branches constituent leurs variétés multiples? Telle est la proposition qui constitue le sujet de la thèse de M. Déjerine, et à laquelle il répond par l'affirmation.

Le premier chapitre contient l'exposé des diverses théories qui ont été faites en vue d'expliquer l'hérédité, depuis celle de Darwin, qui fut une des premières, jusqu'à celle toute récente que Weissmann a formulée en ces termes: « La manière d'être de l'hérédité repose sur la transmission d'une substance nucléaire de structure moléculaire spécifique ou plasma germinatif. » C'est à cette théorie, modifiée par Virchow, que se range M. Déjerine, tout en faisant certaines réserves.

Toutes les affections du système nerveux ont une origine



commune. Dans une famille de névropathes, chaque sujet peut être atteint d'une manière différente, bien que la cause de la maladie soit la même pour lui et ses consanguins. Le rôle de l'hérédité n'est plus mis en doute dans la production des maladies mentales; il est aussi important dans celle des maladies nerveuses.

M. Déjerine étudie dans deux groupes distincts les névroses sans lésions anatomiques connues et les maladies à lésions anatomiques constantes.

Dans le premier groupe, il fait rentrer l'hérédité psychologique morbide, puis l'hystérie, l'épilepsie, les chorées, la neurasthénie, etc. Le chapitre consacré aux folies héréditaires est certainement un des plus intéressants et des plus complètement traités; il est écrit d'après les nombreux documents qui ont fourni les belles recherches des aliénistes français; les diverses formes de la folie héréditaire sont successivement étudiées et leurs symptômes analysés avec soin. Nous ne pouvons cependant adopter complètement les conclusions de M. Déjerine, quand, en mettant en relief la valeur relative des divers signes qui peuvent aider au diagnostic de la folie héréditaire, il donne le premier rang aux stigmates physiques. Certes, ces stigmates se voient sur un grand nombre d'héréditaires, mais ils manquent chez la plupart, et on s'exposerait à des erreurs de diagnostic nombreuses, si l'on concluait d'après leur absence. A ce propos, nous regrettons qu'en citant les auteurs qui se sont occupés de cette question, M. Déjerine ait omis involontairement l'excellent travail de M. Taty sur les aliénés héréditaires (Thèse de Lyon, 1885), qui renferme des observations du plus haut intérêt.

L'hérédité joue dans le développement de l'épilepsie un rôle important, mais qui est cependant moindre qu'on ne le croit généralement: M. Déjerine conclut à l'existence de l'hérédité directe, mais en faisant observer que son rôle étiologique est moindre que celui de l'hérédité névropathique.

Quant à l'hystérie, c'est la plus héréditaire de toutes les névroses; elle affecte des rapports avec toutes les névropathies et montre ainsi les connexions intimes qui les relient les unes aux autres.

Dans le second groupe, M. Déjerine étudie les affections du système nerveux avec lésions anatomiques: paralysie générale, maladies de la moelle, etc. Nous croyons qu'il eût été plus logique de faire rentrer dans ce chapitre les chorées, la para-

lysie agitante, le goître exophtalmique, que de les laisser dans le premier groupe à côté des psychopathies.

L'hérédité nerveuse est la cause essentielle de la paralysie générale; les autres causes ordinairement invoquées et auxquelles on rattache les pseudo-paralysies générales, n'ont aucune action; tout au plus agissent-elles pour réveiller la prédisposition morbide. Il n'existe pas de paralysies générales alcooliques ou syphilitiques, il n'y a qu'une paralysie générale idiopathique, fruit de l'hérédité. Nous laissons à l'auteur la responsabilité de cette théorie qui est en désaccord avec la plupart des travaux récents sur ce sujet.

L'hérédité nerveuse a une part prépondérante dans le développement de l'ataxie locomotrice et dans certaines atrophies musculaires progressives; mais il est souvent difficile de retrouver son influence sur les autres affections médullaires.

Les délires, qui sont si souvent observés au cours des maladies aiguës fébriles, ne se produisent guère que chez des individus entachés de nervosisme. Le système nerveux réagit davantage que les autres parties de l'organisme, parce qu'il est, dans le cas particulier, moins résistant. La cause est la même pour les troubles intellectuels qui surviennent dans les diverses intoxications et dans certaines maladies générales.

L'auteur conclut à l'existence d'une origine commune pour toutes les maladies nerveuses: elles dérivent de la plus banale des névroses, la neurasthénie. C'est cette dernière qui fournit sans cesse de nouveaux éléments à la famille névropathique, et elle est elle-même la conséquence de notre civilisation et des conditions actuelles de la lutte pour l'existence.

4. *Paralysies, contractures, affections douloureuses de cause psychique*; par M. le Dr Lober, médecin des hôpitaux de Lille. 1 vol. in-8°. Paris 1886. O. Doin, éditeur.

« Sous ce nom, nous décrirons tout un groupe de troubles moteurs et sensitifs provoqués, chez des sujets prédisposés, par auto-suggestion consécutive à une émotion, à un traumatisme ou à l'imitation. »

Telle est la définition, donnée par M. Lober, du sujet de sa thèse. Il élimine ainsi de prime abord du cadre des affections de cause psychique les paralysies, contractures, etc., provoquées par suggestion pendant l'hypnotisme, et qui sont précisément celles dont l'origine psychique ne soit pas douteuse. Il est évi-



dent qu'une paralysie brachiale, provoquée expérimentalement sur une femme hypnotisée, est le résultat d'un trouble psychique, et que ce n'est que par analogie que l'on peut dire que la paralysie du bras, survenant chez un homme à la suite d'un traumatisme sur l'épaule, reconnaît une cause semblable. Peut-être eût-il été préférable de faire l'étude complète des troubles moteurs et sensitifs dus à la suggestion, avant de passer en revue ceux qui sont le résultat d'un traumatisme. Procéder ainsi consistait à aller du simple au composé, l'origine psychique des premiers n'étant guère douteuse, tandis que celle des seconds demandait à être démontrée. Tel est le reproche que l'on peut faire au travail de M. Lober ; il s'adresse au plan général et nullement aux conclusions dont il ne diminue en rien la valeur.

Les divers troubles moteurs ou sensitifs de cause psychique se produisent soudainement, en général trois ou quatre jours après l'accident qui en est l'origine, sans perte de connaissance ni chute. Les paralysies s'accompagnent presque toujours d'anesthésie, les contractures, d'hyperesthésie très douloureuse. Dans certains cas, c'est l'hyperesthésie qui devient le symptôme principal, la coxalgie hystérique en est un exemple, et les troubles moteurs paraissent lui être subordonnés.

De tels accidents nerveux ne s'observent à la suite d'un traumatisme que sur des sujets hystériques. Ils sont probablement le résultat d'une suggestion émanant du malade lui-même, d'une auto-suggestion. L'individu qui a reçu un coup sur l'épaule redoute une paralysie du bras, il y pense constamment, et, s'il est entaché d'hystérie, l'imagination aidant, la paralysie se produit. Cette explication est séduisante, mais ce n'est qu'une hypothèse et, dans bien des cas, il a été impossible de retrouver des traces de cette auto-suggestion, le malade n'ayant pas songé un seul instant à la possibilité d'une complication de ce genre.

D<sup>r</sup> GEORGES LEMOINE.

---

*Recherches expérimentales sur le mécanisme de fonctionnement des centres psycho-moteurs du cerveau ;* par le D<sup>r</sup> Marique, chef du service des autopsies à l'hôpital Saint-Jean. — Thèse d'agrégation présentée à la Faculté de médecine de Bruxelles — Bruxelles, chez G. Mayolez, et Paris, chez Delahaye et Lecrosnier, 1885.

Nous ne saurions trop recommander la lecture de ce travail qui renferme, en même temps qu'une critique complète et très

claire des différentes opinions des auteurs sur les centres psychomoteurs, la relation d'expériences nouvelles sur le fonctionnement de ces centres.

Dans une première partie, l'auteur jette d'abord un coup d'œil général sur la marche des connaissances relatives à l'étude du système nerveux. Ensuite, il prouve la réalité de l'existence de *centres dits psycho-moteurs* en se basant sur les vivisections, sur l'anatomie normale, sur l'anatomie comparée, sur l'embryologie et sur l'anatomie pathologique. Il fait voir que si l'on admet les suppléances physiologiques, on rejette par cela même la doctrine des centres psycho-moteurs. Il indique les différentes méthodes suivies par les expérimentateurs pour la recherche des centres, et enfin il réfute les objections faites contre la théorie des localisations cérébrales. Il existe des données qu'on peut aujourd'hui considérer comme scientifiquement établies, les voici :

Le cerveau présente à sa surface des régions bien déterminées et bien limitées, dont l'excitation électrique provoque des mouvements du côté opposé du corps et dont la destruction amène la paralysie des mêmes parties. — Il existe à la même surface du cerveau des régions, dont l'excitation ou la destruction ne donnent lieu à aucun phénomène moteur. — Les mouvements, provoqués par l'excitation des zones dites motrices, ne sont pas dus à une diffusion du courant électrique jusqu'aux ganglions de la base. — La substance médullaire ni les pédoncules ne sont des centres, ce sont des conducteurs de l'irritation motrice, émanée des centres corticaux auxquels ils sont liés.

Dans une deuxième partie, M. Marique expose les différentes théories concernant la nature fonctionnelle des centres psychomoteurs. Il se rallie, ou à peu près, à la théorie de M. Vulpian : « Les centres psycho-moteurs ne sont pas le point de départ de l'irritation motrice, mais le lieu de réflexion d'une excitation venue d'ailleurs. Ce sont des *confluents*. » — Vient alors une dissertation de nature élevée, à la fois psychologique et physiologique :

La distinction des cellules cérébrales en sensibles et motrices est illusoire. La sensibilité des petites cellules est une chose passive qui implique l'adjonction d'un facteur spécial, la *conscience*. La motricité des grandes cellules ne leur est pas exclusive, puisque la moindre excitation électrique, appliquée sur un filet nerveux, produit le fonctionnement des muscles. —



Il faut se convaincre que le mécanisme cérébral dans son entier se résume en un réflexe complexe. L'excitation initiale, en parcourant les différentes cellules, y subit des commutations, des changements de direction qui ne portent que sur sa direction et sur son intensité. Toutes les facultés peuvent se résumer en mouvements, à la condition d'y introduire chaque fois la conscience : Sensation, raisonnement, intelligence, volonté, ne sont que la conscience de mouvements moléculaires divers. — Les grosses cellules ne sont donc, comme les petites, que des commutateurs de forces, mais des commutateurs ultimes à partir desquels les excitations initiales combinées, commutées, sont définitivement transmises aux appareils moteurs périphériques. Quant à la conscience, cette propriété spéciale de la matière, on n'en connaît pas et on n'en connaîtra sans doute jamais le mécanisme ; tout ce qu'on peut en dire, c'est que c'est la prise de possession de la matière par elle-même. — Tout cela assez exact. Il nous semble cependant que les grosses cellules ont, en plus du rôle de commutateur, celui de condensateur. Depuis longtemps on les a comparées à des bouteilles de Leyde. Ce sont des condensateurs qui se *déchargent* sous l'influence de réflexes parfois inconscients (c'est ce phénomène pseudo-spontané qu'on appelle volonté), soit sous une influence électrique (comme dans les expériences de vivisection). — Se rappeler à ce propos la théorie de l'épilepsie fondée sur les décharges.

Il ne nous reste plus à signaler que les expériences originales et le fonctionnement de l'écorce du cerveau. M. Marique applique à l'étude de l'excitabilité du cerveau la méthode des sections, employée par M. Vulpian à l'étude du fonctionnement de la moelle. Ces expériences reposent sur les données anatomiques suivantes : Le gyrus sigmoïde du chien est relié aux surfaces voisines par des fibres propres et par des fibres d'association. Il est aussi relié aux ganglions de la base par les fibres de la couronne rayonnante et au gyrus opposé par le corps calleux. Il résulte de la direction de ces dernières fibres (celles du corps calleux et de la couronne rayonnante) que des incisions verticales, qui isolent le gyrus en avant, en arrière et sur le côté externe, ne les intéressent pas. Or, les incisions précitées amènent une paralysie croisée, comme si on énucléait le gyrus. L'incision postérieure unique, qui isole le gyrus des lobes pariétal et occipital, provoque une paralysie aussi marquée que la triple incision. L'incision antérieure unique laisse la motilité

normale. — On comprend les déductions à tirer de ces expériences.

L. CAMUSET.

*Fous et bouffons. Etude physiologique, psychologique et historique*; par M. le Dr Paul Moreau (de Tours). — 1 vol. in-12. Paris. Baillière et fils. 1885.

M. Paul Moreau (de Tours) s'est proposé « d'étudier toute une classe d'êtres dont le rôle n'a pas toujours été sans importance, de rechercher quel était l'état des facultés chez ces insensés que s'attachaient les grands pour les égayer et les divertir par leurs saillies et leurs réponses souvent marquées au coin du plus grand bon sens ». — Les *fous* ou *bouffons* constituaient une classe d'individus, dont la nature physique et morale était justiciable de la pathologie. Il y a eu de rares exceptions à cette loi ; quelques bouffons, en effet, ont été des imposteurs habiles, d'un esprit normal par rapport à leur état physique defectueux, qui surent mettre à profit leurs difformités et remplir le rôle toujours lucratif de fou officiel d'un grand personnage. Toutefois, si la plupart des bouffons furent de simples imbéciles, quelques-uns surent faire entendre aux rois de justes remontrances, et ils rendirent ainsi de véritables services. « Ceux là relevèrent et honorèrent la profession. »

L'auteur fait d'abord une étude rapide du rachitisme et de la scrofule, il appuie sur l'état intellectuel des sujets atteints de ces maladies, puis il décrit sommairement l'imbécillité avec ses différents degrés. Entrant alors dans le plein de son sujet, il fait voir, en s'appuyant sur des documents sérieux, que tous les bouffons, à de rares exceptions près, étaient des rachitiques, des débiles, des imbéciles.

Il fut un temps où la présence des bouffons dans les cours était générale. L'histoire apprend que, depuis les temps les plus reculés jusqu'à une époque relativement récente, les rois, les grands entretenaient des fous autour d'eux. De nos jours, si la charge de bouffon n'existe plus dans les pays civilisés, elle existe encore dans les peuplades sauvages de l'Afrique. Et comme le dit M. P. Moreau (de Tours) : s'amuser des saillies et des réparties plus ou moins spirituelles d'un imbécile paraît un paradoxe phénoménal, et cependant rien n'est plus réel.



Les bouffons dont l'histoire s'est occupée, ceux dont certaines aventures et certaines réparties sont arrivées jusqu'à nous, étaient parfois des nains, rarement, mais quelquefois des géants, le plus souvent des êtres déformés par le rachitisme, et toujours des dégénérés intellectuels. — Ce sont ces fous célèbres que l'auteur étudie séparément. Il fait pour chacun d'eux un diagnostic rétrospectif, ce qui a dû exiger des recherches bibliographiques souvent difficiles.

Ces études médico-historiques sont très intéressantes, mais bien des lecteurs, parmi ceux qui ne sont pas médecins, perdront de leurs illusions en apprenant, par exemple, que Triboulet, immortalisé par V. Hugo, n'était qu'un vulgaire imbécile,

Aussi saige à trente ans que le jour qu'il fut né, comme le disait Jean Marot (le père de Clément) qui l'avait connu.

Le nouveau livre de M. Paul Moreau (de Tours) renferme de la pathologie générale, de la psychologie et de l'histoire. Il est écrit avec élégance. Il a du reste été très apprécié dès son apparition. Les gens du monde y trouveront, à côté d'anecdotes intéressantes, des données médicales mises à leur portée sur les dégénérescences intellectuelles. Les médecins estimeront que M. Moreau (de Tours) a ajouté une page à l'œuvre célèbre de son père : la *Psychologie morbide*.

L. CAMUSET.

---

*Essai sur les amnésies. Etiologie des troubles de la mémoire;* par M. le D<sup>r</sup> Rouillard, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien interne de Saint-Lazare. — Paris, Jules Leclerc, imprimeur, 1885.

Dans cette thèse volumineuse (244 pages), M. le D<sup>r</sup> Rouillard donne une étude méthodique des *amnésies*, pour lesquelles il propose une classification étiologique.

Il commence par quelques considérations psychologiques. Le mot Mémoire est une expression synthétique qui représente un ensemble de phénomènes physiologiques nombreux et de même nature, lesquels sont des phénomènes de mémoire. En d'autres termes, il n'y a pas une mémoire, entité métaphysique, il n'y a que des mémoires, phénomènes biologiques. — M. Rouillard, ayant avant tout voulu faire une étude clinique, on comprend

qu'il ait passé rapidement sur la partie psychologique de son travail. Cependant, par cela même qu'il traite son sujet en médecin, il aurait dû, pensons-nous, sinon décrire, au moins noter la *mémoire organique*. M. Ribot, qu'il cite souvent, prend justement la mémoire organique pour point de départ dans l'exposé de sa théorie.

La mémoire peut être exaltée, diminuée et même abolie. Les troubles de la mémoire peuvent donc être rangés en deux grandes classes : les hypermnésies et les amnésies ; ces dernières sont générales ou partielles. — Les diverses aphasies ne sont dans le fait que des amnésies partielles. L'auteur le constate, mais il ne les décrit pas : « Nous décrirons, dit-il, toutes les amnésies, sauf l'aphasie. » Il se contente d'établir que si, dans l'aphasie, il faut faire une grande part à la lésion de la mémoire des signes, il faut aussi tenir compte de la difficulté fréquente qu'éprouve le malade pour formuler sa pensée.

Dans le chapitre : Classification des amnésies, M. Rouillard a mis sa note personnelle. En effet, il rejette les classifications anatomiques généralement usitées, parce qu'elles arrivent à ce résultat de placer dans le même groupe des amnésies très différentes, tant par la cause qui les a produites que par la forme qu'elles affectent. C'est ainsi que l'amnésie congénitale et immuable des idiots se trouve placée à côté de l'amnésie acquise et progressive des paralytiques généraux. Et pour ces raisons, il adopte la classification étiologique.

Il y a, au point de vue étiologique, sept groupes d'amnésies : — 1° Les amnésies congénitales (idiotie, crétinisme) ; — 2° Les amnésies par traumatisme, que le traumatisme soit physique ou moral ; — 3° Les amnésies liées aux maladies de l'encéphale (paralysie générale, hémorrhagie, tumeur...) ; — 4° Les amnésies par anémie cérébrale (toutes les influences débilitantes) ; — 5° Les amnésies liées aux grandes névroses (épilepsie, somnambulisme) ; — 6° Les amnésies liées aux maladies aiguës (fièvre typhoïde...) ; — 7° Les amnésies liées aux intoxications (tabac, alcoolisme).

Nous pourrions dire que cette classification n'est pas exempte de tout reproche et que, par exemple, les amnésies par anémie cérébrale ont parfois plus que de l'analogie avec certaines amnésies liées aux maladies aiguës et de longue durée, et que ces dernières ne diffèrent pas toujours des amnésies par lésions du cerveau (ou de ses enveloppes). Nous pourrions aussi ajouter que nos préférences personnelles sont toutes en faveur des



classifications anatomiques en médecine, dût-on, au besoin, subdiviser certains groupes pour éviter des rapprochements bizarres au point de vue clinique. C'est ainsi qu'il serait très simple de diviser en deux classes les lésions élémentaires du cerveau. On aurait, d'une part, les lésions congénitales et permanentes, et, d'autre part, les lésions progressives et envahissantes. On séparerait ainsi l'amnésie des idiots de celle des paralytiques généraux.

Mais rien n'est aussi facile que de critiquer une classification médicale quelconque, et nous préférons de beaucoup noter la façon heureuse dont M. Rouillard a décrit les différents groupes d'amnésies. Nous insistons spécialement sur les amnésies par intoxication, par intoxication alcoolique surtout.

Enfin, le lecteur trouvera dans cet *Essai sur les amnésies*, un grand nombre d'observations intéressantes et méthodiquement exposées, et dont quelques-unes sont inédites.

L. CAMUSET.

---

### BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Sulle variazioni locali del polso nel cervello e nell'avambraccio d'ell' uomo (Des variations locales du pouls dans le cerveau et l'avant-bras de l'homme); par les D<sup>rs</sup> Gaetano Cappelli et Raffaele Brugia. Broch. 20 p. in-8°, 1886. Milano. Rechiederi.

— Etude clinique sur la folie héréditaire (les dégénérés); par le D<sup>r</sup> H. Saury. Un vol. in-8°, 231 p. Paris 1886. Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier.

— The Brain. Mechanisme of sight and smell (Mécanisme cérébral de la vue et de l'odorat); par le D<sup>r</sup> Alexander Hill. Broch. in-8, 8 p. 1886. London. British medical association.

— Die senilen Veränderungen des Grosshirnrinde (Des modifications séniles de l'écorce cérébrale); par le professeur Kostjurin, de Saint-Petersbourg. Broch. in-8°, 1886. Vienne. Alfred Holder.

— Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'acéto-phénone (Hypnone); par MM. Mairat et Combemale. Broch. in-8°, 64 p. 1886. Montpellier, Boehm et fils.

— La grande hystérie chez l'homme; par le D<sup>r</sup> Berjon. Broch. in-8°, 80 p. 1886. Paris. J.-B. Bailliére et fils.

---

## VARIÉTÉS

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du 26 juin 1886* : M. le D<sup>r</sup> DONNET, médecin en chef de l'asile de Bordeaux, est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (7,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> juin.

— *Arrêté du 29 juillet 1886* : Ont été promus pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1886 :

A la classe exceptionnelle de leur grade (8,000 fr.), MM. les D<sup>rs</sup> REVERCHON, directeur médecin en chef de l'asile Sainte-Catherine d'Yseure (Allier), et BOUTEILLE, directeur médecin en chef de l'asile de Toulouse ;

A la 1<sup>re</sup> classe (7,000 fr.), M. le D<sup>r</sup> DOUTREBENTE, directeur médecin en chef de l'asile de Blois ;

A la 2<sup>e</sup> classe (6,000 fr.), M. le D<sup>r</sup> MARANDON DE MONTYEL, directeur médecin en chef de l'asile de Dijon.

Ont été promus, pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> août 1886 :

A la 3<sup>e</sup> classe de son grade (5,000 fr.), M. le D<sup>r</sup> BELLE, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord) ;

A la classe exceptionnelle de leur grade (4,000 fr.), MM. les D<sup>rs</sup> GUYOT, médecin adjoint à l'asile de Quatre-Mares, et NOLLÉ, médecin adjoint de l'asile de Dijon.

— *Arrêté du 6 août 1886* : M. le D<sup>r</sup> ADAM, médecin adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne), est nommé médecin adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher), en remplacement de M. le D<sup>r</sup> Millet, décédé, et maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade.

— *Arrêté du 6 août 1886* : M. le D<sup>r</sup> KÉRAVAL, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse, est nommé à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> août 1886.

— *Arrêté du 14 août 1886* : M. le D<sup>r</sup> PICHENOT, médecin adjoint à l'asile de Bassens (Savoie), est nommé médecin adjoint à l'asile d'Auxerre.

— *Arrêté du 8 septembre 1886* : M. le D<sup>r</sup> BROQUÈRE, médecin adjoint de l'asile de Saint-Méen, près Rennes, est nommé médecin adjoint de l'asile de Bassens (Savoie), est promu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du 10 septembre 1886* : M. le D<sup>r</sup> BELLETRUD est nommé médecin adjoint de l'asile de Saint-Méen (Ille-et-Vilaine) et placé dans la 2<sup>me</sup> classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 14 octobre 1886* : M. le D<sup>r</sup> DOURSOUT, directeur médecin en chef de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est



promu à la 3<sup>me</sup> classe de son grade (5,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> octobre 1886.

— *Arrêté du 18 octobre 1886* : M. le D<sup>r</sup> PICHON, chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, est nommé médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, et placé dans la 2<sup>me</sup> classe de son grade (2,500 fr.), pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> novembre 1886.

— M. le D<sup>r</sup> RUEFF, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté de Paris, est nommé deuxième médecin adjoint de l'infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture de police.

— Dans sa séance annuelle du 9 août 1886, l'Association médico-psychologique anglaise a nommé, sur la proposition du D<sup>r</sup> Hack Tuke, membre honoraire, M. le D<sup>r</sup> THÉOPHILE ROUSSEL, sénateur, et membre correspondant, M. le D<sup>r</sup> VICTOR PARANT, médecin de la Maison de santé de Toulouse.

#### NÉCROLOGIE.

D<sup>r</sup> BARAZER DE LANNURIEN. — Le D<sup>r</sup> Barazer de Lannurien, ancien médecin préposé responsable du quartier d'aliénés de l'hospice de Morlaix, est décédé dans cette ville, au mois d'août 1886. Né le 30 juillet 1818, d'une famille très estimée qui avait fourni, depuis plus de deux cents ans, des administrateurs à la ville de Morlaix, il fut reçu docteur en 1840, et entra d'abord dans la médecine militaire; il fut successivement attaché aux hôpitaux de Dunkerque, de Blidah et d'Alger. En 1842, il donna sa démission, vint se fixer dans sa ville natale qu'il ne quitta plus, et fut nommé médecin de l'hospice où, depuis 1833, on traitait un certain nombre de femmes aliénées, dans un bâtiment à part, malheureusement mal placé et mal distribué. Le D<sup>r</sup> de Lannurien s'occupa, dès le début, avec une grande sollicitude, de cette catégorie de malades. Après la loi de 1838, l'hospice de Morlaix ayant été désigné comme lieu de traitement pour les femmes aliénées du département du Finistère, il fut nommé médecin préposé responsable de ce quartier; poste qu'il a continué d'occuper jusqu'en 1883, sans que son zèle pour ses fonctions se soit jamais ralenti. Pendant cette longue période, le quartier d'aliénés de Morlaix a été complètement reconstruit, il a été l'objet d'agrandissements progressifs et il constitue, maintenant, un des quartiers d'hospice où les aliénées indigentes sont le plus convenablement traitées à tous égards; il possède aussi un pensionnat assez nombreux et très estimé en Bretagne; le nombre des malades dépasse trois cents.

Ces heureux résultats sont dus, pour la plus grande partie, aux efforts incessants du D<sup>r</sup> de Lannurien, et à la grande autorité morale qu'il avait acquise auprès des administrateurs de

l'hospice; aussi, lorsque, par raisons de santé, il dut en 1883 résigner son poste de médecin, fut-il nommé, lui-même, un des membres de cette administration. Il n'avait pas moins d'autorité sur ses malades, et il la devait uniquement à sa douceur inaltérable, et à sa sollicitude constante pour elles; aussi avait-il réussi, depuis longtemps, à réduire à bien peu de chose l'emploi des moyens de contrainte, dans son service.

M. le Dr de Lannurien était, depuis le 12 décembre 1859, membre correspondant de la Société médico-psychologique de Paris; il jouissait au plus haut degré de l'estime générale; et tous ceux qui l'ont connu conserveront de lui le souvenir le plus respectueux et le plus sympathique.

A. F.

Dr ALLEMANDOU. — Nous apprenons la mort de M. le Dr Allemandou, ancien médecin adjoint de l'asile d'Armentières, et directeur médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Alban (Lozère). Ce regretté confrère est décédé le 10 octobre 1886, à l'âge de cinquante-sept ans, à la suite d'une longue maladie.

#### ACADÉMIE DE MÉDECINE

##### *Prix proposés pour l'année 1887.*

PRIX BARBIER. — 2,000 francs. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

PRIX CIVRIEUX. — 1,000 francs. — Question: *Des névralgies vésicales.*

PRIX LEFÈVRE. — 2,000 francs. — Question: *De la mélancolie.*

PRIX SAINT-LAGER. — 1,500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur: « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

NOTA. — Les mémoires et les ouvrages pour les prix à décerner en 1887 devront être envoyés à l'Académie avant le 1<sup>er</sup> mai 1887. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.



Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents au prix Barbier, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

*Prix proposés pour l'année 1888.*

PRIX CIVRIEUX. — 1,000 francs. — Question : *Des hallucinations de l'ouïe.*

PRIX FALRET. — 1,500 francs. — Question : *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.*

NOTA. — Les mémoires pour les prix à décerner en 1888 devront être envoyés à l'Académie avant le 1<sup>er</sup> mars de la même année.

VISITE DE M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

A L'ASILE SAINTE-ANNE

M. Sarrien, ministre de l'intérieur, s'est rendu, le jeudi 12 août, à neuf heures, à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, dans le but d'inspecter cet établissement d'aliénés et de se rendre un compte exact de la valeur des réclamations qui lui avaient été adressées à son sujet.

Le ministre était accompagné de M. Bihourd, conseiller d'Etat, directeur de l'Assistance départementale et communale au ministère de l'intérieur ; de M. Poubelle, préfet de la Seine, et de M. Roux, directeur des affaires départementales à la préfecture de la Seine.

Le ministre a été reçu par M. le docteur Taule, directeur de l'asile, qui lui a présenté le personnel de la maison et lui a servi de guide pour visiter l'établissement.

M. Sarrien a successivement parcouru tous les services : d'abord le quartier d'admission dirigé par le docteur Magnan ; ensuite la clinique de M. le professeur Ball, et enfin les services des docteurs Bouchereau et Dagonet.

M. Sarrien avait reçu diverses pétitions émanant de pensionnaires qu'il a tenu à interroger lui-même. Il a écouté avec la plus bienveillante attention les réclamations de ceux qui, pendant sa visite, ont manifesté le désir de s'adresser directement à lui.

Les observations qui lui ont été faites feront l'objet d'une étude spéciale qui permettra d'établir les quelques réformes à introduire dans l'administration intérieure de l'asile.

Du reste, ces réformes sont de très peu d'importance et ne touchent qu'à des détails de service.

Frappé de la bonne tenue de l'établissement, le ministre a adressé ses éloges au personnel et au directeur.

La visite de M. Sarrien à l'asile Sainte-Anne s'est prolongée jusqu'à midi et demi.

(*Le Petit Journal*, n° du dimanche 15 août 1886.)

#### LE NOUVEL ASILE DES ALIÉNÉS DU MORBIHAN

L'asile des aliénés de Lesvellec, près Vannes (Morbihan), a été ouvert le 1<sup>er</sup> mars dernier. Construit sur les indications de MM. Dumesnil, Lunier et Foville, pour 500 malades, dont 440 du régime commun et 60 pensionnaires, l'asile renferme, aujourd'hui, 472 indigents et 18 pensionnaires. Étudié avec le plus grand soin par les inspecteurs généraux, le nouvel établissement constitue, de l'avis des personnes les plus compétentes, un de nos meilleurs établissements, sous le rapport de l'hygiène, du confortable et de la surveillance.

L'asile couronne un plateau qui mesure 70 hectares environ. Vue magnifique de tous les côtés : au midi, Vannes et le golfe ; au nord, les collines qui limitent le camp de Meucou ; à l'ouest, les villages de Grandchamps, Plescop, Mériadec, dans le lointain Sainte-Anne d'Auray ; à l'est, le village de Saint-Avé, dont dépend l'asile.

M. le D<sup>r</sup> Taguet a conduit avec un plein succès l'organisation administrative et médicale du nouvel asile et a su mériter les félicitations du ministre et du conseil général du Morbihan pour l'intelligence, le zèle et le dévouement apportés dans sa délicate mission.

#### ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION

1. *Capitaine. — Voyageur laissé en route. — Compagnie de transport. — Responsabilité.* — 2. *Arrêt. — Conclusions. — Rejet. — Motifs par adoption.*

En principe, sans doute, un capitaine de navire a le droit de prendre les mesures qui sont nécessaires pour assurer la sécurité du bord, et il peut, notamment, en écarter les personnes dont la présence serait un danger pour les autres : mais il doit s'abstenir de toute mesure qui n'est pas impérieusement commandée en cet instant d'ordre supérieur, et, par exemple, de mettre à terre, au cours de la route, un voyageur dont l'état de santé et les agissements ne justifient pas une si grave atteinte à ses droits.

Spécialement, le capitaine d'un bateau de la compagnie des Messageries maritimes a excédé la mesure normale de ses pouvoirs, quand il a débarqué à Sidney, par le motif qu'il avait donnée des signes d'aliénation mentale, lesquels n'étaient, d'ailleurs, que momentanés, un voyageur qui avait pris passage



sur son navire, à Nouméa, muni d'un billet de 2<sup>e</sup> classe, pour le voyage qui allait être effectué, de Nouméa à Marseille. Et cet acte arbitraire, ou tout au moins inopportun, du capitaine, a eu pour conséquence de constituer à la charge de la compagnie, qui avait délivré le billet, l'inexécution de l'obligation par elle contractée envers le voyageur.

Par suite, c'est avec raison que, sur la demande de ce voyageur retourné à Nouméa, point de départ de son voyage interrompu, l'arrêt attaqué condamne la compagnie : 1<sup>o</sup> A le ramener à Marseille par le premier de ses bateaux en partance, et 2<sup>o</sup> faute par elle de s'être exécutée à une certaine date, de lui payer une somme de 6,000 francs.

En le décidant ainsi, l'arrêt ne viole pas les articles 221 et suivants du Code de commerce, ni l'article 1134 du Code civil, invoqué par le pourvoi, et ne fait une fausse application de ce dernier article, ainsi que des articles 1142 et 1144 du Code civil.

II. L'arrêt, d'autre part, motive suffisamment le rejet des conclusions subsidiaires de la compagnie tendant à faire examiner l'état mental du voyageur, alors qu'il adopte les motifs du jugement de première instance constatant que les signes d'aliénation mentale donnés pendant la traversée de Nouméa à Sidney ont été momentanés.

Rejet dans ce sens, sur le rapport de M. le conseiller Demangeat et conformément aux conclusions de M. l'avocat général Petiton, du pourvoi formé par la compagnie des Messageries maritimes contre un arrêt du tribunal supérieur de Nouméa (Nouvelle-Calédonie), du 16 février 1884, rendu au profit du sieur Bastoul, ci-devant actuellement employé de commerce, débitant au café du Palais, boulevard Wagram, à Nouméa.

(*La Gazette des tribunaux*, n<sup>o</sup> du dimanche 11 juillet 1886.)

#### CONCOURS POUR L'INTERNAT DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Le lundi 6 décembre 1885, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n<sup>o</sup> 1, à Paris, un concours pour la nomination à sept places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans les asiles d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vancluse et le dépôt des aliénés près la préfecture de police).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours, devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (*Bureau du personnel*). — Entrée sous la marquise dans la cour, corridor de droite, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures

depuis le jeudi 4 novembre jusqu'au samedi 20 novembre 1886, inclusivement.

LA COCAÏNOMANIE.

Nous possédions déjà un certain nombre de maladies aussi psychiques que physiques, dues à l'abus d'un médicament : après les éthéromanes nous avons acquis les morphinomanes. Une nouvelle catégorie vient de surgir : celle des cocaïnomanes. La cocaïne est à peine connue, qu'elle fait déjà des ravages. C'est Erlenmeyer qui les signale dans le *Deutsche medizinische Zeitung*. La cocaïnomanie est née chez les morphinomanes. Ceux-ci, voulant échapper à la morphine, se sont jetés dans la cocaïne : le résultat n'a rien de brillant. Les malheureux maigrissent au point de perdre 20 ou 30 p. 100 de leur poids en quelques semaines, bien que leur alimentation soit suffisante ; ils présentent un pouls rapide, mais avec dilatation des artères qui les prédispose à une foule d'accidents ; ils sont blêmes, flasques et prêts à s'évanouir sans cesse.

Sous l'influence de la cocaïne, la virilité disparaît pour faire place à l'impotence ; l'insomnie s'établit, si bien que le patient, après avoir combattu la morphine par la cocaïne, reprend de la morphine pour obtenir le sommeil ; après l'insomnie, des troubles mentaux : tantôt le délire des persécutions, tantôt des hallucinations, tantôt une dépression intellectuelle considérable avec perte de la mémoire. Avec cela, le malheureux malade devient prolix à un degré inimaginable. L'on se figure ce que doit être la vie des compagnons d'un homme sans intelligence, sans mémoire et bavard. Quelle trilogie de maux ! Ajoutons que la prolixité se manifeste aussi bien dans les lettres que dans les paroles. Erlenmeyer considère le pronostic de la morphinomanie croisée de cocaïnomanie comme plus grave, de beaucoup, que celui de la morphinomanie pure et simple. Ce qui prouve que de Charybde l'on tombe aisément en Scylla : mieux vaut rester à Charybde.

H. V.

(*La Nouvelle Revue*, n° du 15 octobre 1886.)

LA FOLIE DANS LA RACE NOIRE.

Le mémoire et les statistiques de M. Buchanam, médecin de l'asile des aliénés de Meridian, devait, il ne faut pas s'en étonner, causer quelque émotion dans un pays où esclavagistes et antiesclavagistes se partagent encore l'opinion publique. D'après ce médecin, le développement de l'aliénation mentale augmente rapidement parmi les gens de couleur depuis l'émancipation.

Naguère elle était rare parmi eux, de sorte que, dans cette augmentation, on n'est pas autorisé à faire intervenir l'héré-



dité. D'ailleurs, la folie est inconnue parmi les indigènes africains chez lesquels les traitants s'approvisionnent de chair humaine. Depuis l'émancipation, qui les a fait brusquement passer du servage à la condition d'hommes civilisés, leur en donnant les avantages et aussi les passions, l'aliénation mentale est devenue fréquente parmi eux.

En 1850, on comptait 618 aliénés parmi la population noire des Etats-Unis; en 1860, leur nombre était de 766, ou, en d'autres termes, de 1 aliéné pour 5,799. En 1870, il existait 2,695 aliénés de couleur; en 1880, ils étaient dans le rapport de 1 sur 1,096; et en admettant une progression constante, ce rapport s'élèvera à 1 sur 500 en 1890, égalant ainsi la fréquence de l'aliénation mentale parmi les Américains de race blanche.

Il en est de même des maladies. D'après M. Buchanam, on ne comptait guère de phthisiques dans les plantations avant l'émancipation. Aujourd'hui elle décime les anciens esclaves. La morbidité et la mortalité ne varient pas ou varient peu dans la population de race blanche, elle augmente parmi les nègres.

Quelles sont les causes de ce progrès de l'aliénation mentale? Le défaut de soins hygiéniques, l'intempérance, l'alcoolisme et l'abus des plaisirs sexuels. Par contre, les nègres ne sont ni fumeurs ni mangeurs d'opium.

A ces causes efficientes, M. Buchanam ajoute encore l'exagération de l'émotivité sous l'influence de la civilisation, les excitations psychiques et le travail intellectuel auquel la race noire n'a pas été entraînée, l'ossification précoce des sutures crâniennes s'opposant au développement de la masse cérébrale.

Les formes de folie les plus fréquentes parmi les nègres sont la manie homicide, la démence et la mélancolie. La plupart sont atteints de folie des grandeurs et de folie religieuse; ils s'imaginent être Dieu, le Christ, le Président des Etats-Unis, ou tout au moins un personnage naturel. Le pronostic de l'aliénation mentale chez les hommes de race noire est toujours plus grave que dans la race blanche.

C. L. D.

(*Union médicale*, n° du samedi 14 août 1886.)

#### FAITS DIVERS.

— Un don de 250,000 francs sur la liste civile de Bavière vient d'être accordé à la veuve du docteur von Gudden, l'infortuné médecin aliéniste qui périt noyé avec le roi de Bavière. Il laisse une famille de onze enfants.

— Un violent incendie s'est déclaré dans la nuit du 22 septembre 1886, dans l'asile d'aliénés de Courtrai (Belgique). Il n'y a eu aucun accident de personnes. Tous les aliénés ont pu être sauvés.

— Le nombre des aliénés a doublé en Russie pendant ces

dix dernières années, et les suicides ont augmenté de 76 p. 100 depuis vingt-cinq ans, tandis que la population s'est accrue de 8 p. 100 seulement. Saint-Petersbourg est la ville d'Europe dans laquelle on enregistre le plus de suicides après Paris. On suppose qu'il existe une relation entre ces chiffres et la propagation des idées pessimistes et anarchistes.

— Le 31 août, a été inauguré l'asile public pour épileptiques établi à Riesbach, près Zurich (Suisse). Cet établissement, construit et entretenu par la charité publique, comprend, entre autres dispositions, des chambres d'isolement en cas de crises. Les soins médicaux sont confiés à M. le Dr A. von Schulthess-Richberg (de Zurich), et c'est M. Ferd. Kölle, ancien directeur du grand établissement de Stetten, près Canstadt, qui est chargé de la direction générale.

— On lit dans le numéro du 20 octobre 1886 de la *Semaine médicale* :

Le rapport annuel pour 1885 sur l'asile des aliénés de Burghölzli (Zurich), qui vient de paraître, contient un fait qu'il nous paraît utile de signaler :

Une épidémie de fièvre typhoïde ayant sévi dans cet asile, on a constaté — ce qui avait été déjà observé ailleurs — que quatre malades présentant les symptômes bien déclarés d'une grave psychose chronique et qui avaient été atteints de fièvre typhoïde, ont vu leur état s'améliorer pour plusieurs mois ; chez deux d'entre eux, cette amélioration semblait même devoir être durable.

Au sujet de ces malades, nous avons demandé quelques renseignements complémentaires à M. le Dr A. Forel, professeur de psychiatrie à la faculté de médecine de Zurich et directeur de l'asile de Burghölzli. Voici ce que notre distingué et savant confrère a bien voulu nous écrire le 16 octobre :

« Je puis ajouter, à ce qui est dit dans le rapport, que des quatre cas améliorés, deux cas incurables, l'un de folie systématisée avec démence assez avancée, et l'autre de folie impulsive héréditaire, sont retombés au bout d'un certain nombre de mois dans leur état antérieur. Le malade atteint de délire de persécution (*Verfolgungswahn*), après être demeuré très amélioré chez ses parents pendant un an, a récidivé ou plutôt s'est exacerbé de nouveau et est rentré à l'asile le 30 avril 1886 à peu près dans l'état où il se trouvait avant la fièvre typhoïde.

Le cas le plus remarquable est celui d'une femme atteinte de manie chronique, à idées entièrement embrouillées, qui durait depuis deux ans et demi, et nous paraissait vraiment à tous se terminer en démence, si bien que nous allions l'envoyer à l'asile des aliénés incurables du Rheinau.

On sait cependant que certains cas de psychose qui paraissent



désespérés finissent parse guérir aussi sans fièvre typhoïde. Cependant cette femme était devenue d'une brutalité si stupide et si impulsive, que notre espoir avait disparu.

Dans les premiers jours de sa fièvre typhoïde, elle continua à être très brutale et blessa même assez gravement un autre malade. Cependant ses idées s'éclaircissent progressivement pendant sa maladie, et, à part un certain degré de faiblesse mentale, elle se trouva ensuite guérie, ayant bien conscience de ce que son état aliéné avait de maladif. Une fois bien remise de sa fièvre typhoïde, nous l'avons renvoyée chez elle où elle est demeurée en bonne santé, malgré de bien tristes circonstances de famille (un mari brutal, etc.). Il y a maintenant un an et demi bientôt qu'elle est guérie de sa fièvre et de sa manie. Ces derniers temps nous n'avons plus entendu parler d'elle, de sorte que je présume qu'elle continue à bien aller; elle avait fini par quitter son mari pour rentrer chez ses parents. »

— On lit dans le numéro du 27 octobre 1886 de la *Semaine médicale* :

On inaugurera prochainement le nouvel établissement cantonal d'aliénés, situés à deux kilomètres de Bâle (Suisse), sur un terrain qui s'élève à 32 mètres au-dessus du Rhin, et d'où la vue embrasse, avec les vallées du Rhin et la ville de Bâle, les hauteurs du Jura, de la Forêt-Noire et des Vosges.

Cet établissement, dont les frais de construction s'élèvent à plus de 1,500,000 francs, ne se compose pas d'un seul édifice, mais de dix pavillons distincts permettant non seulement de séparer les sexes, mais encore d'établir des quartiers pour les diverses espèces d'aliénés. L'hospice pourra recevoir 218 malades.

#### ENSEIGNEMENT.

*Hospice de la Salpêtrière.* — M. J. FALRET commencera son cours public annuel sur les maladies mentales le dimanche 7 novembre, à 10 heures du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure. Il traitera, cette année, de *l'hérédité en général, et en particulier, dans les maladies mentales et nerveuses.*

*Asile Sainte-Anne.* — M. MAGNAN reprendra ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales le dimanche 14 novembre, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches et mercredis suivants à la même heure. Après des considérations générales sur les diverses formes de la folie, les leçons porteront plus particulièrement, cette année, sur la manie et la mélancolie.

*Ecole de médecine d'Alger.* — M. le D<sup>r</sup> PAUL GÉRENTE est autorisé à faire, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1886-1887, un cours libre sur les maladies mentales et nerveuses.

Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

## TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE IV<sup>e</sup> VOLUME DE LA SEPTIÈME SÉRIE

### PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

#### I. — Chronique.

	Pages.
Les nouvelles propositions de loi, relatives aux aliénés, en Angleterre. — Le surmenage intellectuel et le défaut d'exercice physique des enfants dans les écoles. — Ce que deviennent les aliénés paralytiques qui paraissent guéris. — Du mouvement cadencé réflexe des oreilles des lapins. . . . .	5
De l'hystérie dans l'armée. — Apoplexie hystérique. — Cinq membres d'une même famille atteints de paralysie périodique. — Épidémie d'illusions visuelles observée à Metz à la suite de la guerre de 1870-1871. — La maladie des buveurs de thé. — La question des aliénés traitée par un avocat. . . . .	337

#### II. — Pathologie.

Physiologie des hallucinations. Les deux théories; par M. le Dr Baillarger. . . . .	19
Sur la curabilité de la démence; par M. le Dr J. Kowalewski. . . . .	40
Des granulations de l'épendyme des ventricules du cerveau; par M. le Daniel Brunet. . . . .	54
Manie rémittente, double forme, épilepsie larvée; par M. le Dr Dombey. . . . .	177
Note sur la rareté de la paralysie générale à l'asile de Saint-Alban. Contribution à l'étiologie de la paralysie générale; par M. le Dr L. Camuset. . . . .	187
Un cas de syphiliphobie, par M. le Dr E. Chambard. . . . .	198
Une famille entière atteinte simultanément de démonomanie; par M. le Dr Lapointe. . . . .	330
Echolalie dans le cours d'une affection mentale; par M. le Dr Mabile. . . . .	370
Observations sur la descendance des alcooliques; par M. le Dr Doursout. . . . .	379

#### III. — Archives cliniques.

13. — Délire hallucinatoire avec conscience; par M. le Dr Semelaigne. . . . .	58
---	----



	Pages.
14. — Lypémanie ambitieuse dissimulée; par M. le Dr Narandon de Montyel.. . . . .	208
15. — Folie sympathique par M. le Dr Bridger.. . . . .	212
16. — Paralyse générale ou folie paralytique; par M. le Dr Mabile.. . . . .	398

#### IV. — Thérapeutique.

Les nouveaux hypnotiques et leur emploi en médecine mentale; par M. Lailler.. . . . .	187
---	-----

#### V. — Médecine légale.

Revue de médecine légale : Crimes et délits dans la folie, par Max Simon; l'atténuation de responsabilité; la responsabilité chez les épileptiques; par M. le Dr A. Giraud. . . . .	214
---	-----

#### VI. — Établissements d'aliénés.

Des établissements spéciaux pour les épileptiques; par M. le Dr Rieger (Traduit de l'allemand par M. Al. Adam).. . . . .	402
--	-----

### DEUXIÈME PARTIE

#### REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

##### I. — Société médico-psychologique.

<i>Séance du 29 mars 1886.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Saury, Dally, Torino, Foville, Motet, Gilbert Ballet. — Mort de MM. E. Billod et Edouard Fournié. — Compte rendu de l'« Hygiène de l'orateur »; par M. le Dr Riant : M. Paul Moreau (de Tours). — Traitement des maladies mentales par la suggestion hypnotique ( <i>suite</i> ) : MM. Luys, Aug. Voisin. — Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire ( <i>suite</i> ) : MM. Bouchereau, Legrand du Saulle, Christian, Raffegau, Ritti. . . . .	91
<i>Séance du 10 mai 1886.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Rouillard, Kowaleswki, Hublé, Giacchi, M <sup>me</sup> veuve Billod. — Mort de MM. Bourdin et Legrand du Saulle : MM. Semelaigne, Delasiauve, Ritti.. . . .	102
<i>Séance solennelle du 10 mai 1886.</i> — Rapport de la commission du prix Esquirol : MM. Marcel Briand, Semelaigne. — Rapport de la commission du prix Moreau (de Tours) : MM. Marcel Briand, Semelaigne, Ritti, Rouillard. — Election de M. Rouillard. — Rapport de la Commission du prix Belhomme : MM. Ch. Féré, Semelaigne. — Rapport de la Commission du prix Aubanel : MM. Charpentier, Semelaigne, J. Falret. . . . .	107

Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

<i>Séance du 31 mai 1886.</i> — Legs du Dr Bourdin. — Mort du Dr Ingels. — Correspondance et présentation d'ouvrages : M <sup>me</sup> Le-grand du Saulle, MM. Berryer, Bernard, Rolland, Besançon, Dericq, Larroque, Dumas, Marcel Briand. — Election de M. Ber-nard, comme membre correspondant. — Sur la curabilité de la démence : MM. Kowalewski, Motet, Paul Garnier, Magnan, Christian, Delasiauve. — Election de M. Kowalewski comme membre associé étranger. — Traitement des maladies mentales par la suggestion hypnotique : M. Dufour. — Des signes phy-siques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire ( <i>suite</i> ) : MM. Christian, Magnan. . . . .	236
<i>Séance du 22 juin 1886.</i> — Correspondance et présentation d'ou-vrages : MM. Charpentier, Bernard, Paul Garnier. — Les alié-nés dans les hôpitaux de Constantinople. Rectification : MM. Ritti, A. de Castro. — Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire ( <i>suite</i> ) : MM. Magnan, Bouchereau. . . . .	264

## II. — Revue des journaux de médecine.

### SOCIÉTÉS SAVANTES (1886).

Cas rare de dipsomanie. Inhalations d'éther. . . . .	285
De la responsabilité partielle des aliénés. . . . .	424
L'hypnotisme et le libre arbitre. . . . .	435

### JOURNAUX FRANÇAIS (1885).

(Anal. par M. le Dr CAMUSET.)

Commotion de la moelle épinière. . . . .	135
Incoordination motrice avec écholalie et coprolalie. . . . .	139
De l'emploi du curare dans le traitement de l'épilepsie. . . . .	293
Cas d'hystérie avec éternuements. . . . .	294
Localisation cérébrale des troubles de la vision. . . . .	294
Altérations de la moelle épinière par l'élongation du nerf sciatique. . . . .	296
Abaissement extrême de la température dans les maladies mentales. . . . .	297
Cas de sclérose latérale amyotrophique avec autopsie. . . . .	298
Curabilité de la sclérose en plaques. . . . .	299
Tension des muscles comme substratum de l'attention. . . . .	300
De l'onomatomanie. . . . .	301
Des familles d'idiots. . . . .	302 et 441
Maladie de Thomsen. . . . .	302
Fausses scléroses systématiques de la moelle épinière. . . . .	303
Incendies multiples à mobiles futiles. . . . .	304
Thérapeutique suggestive. . . . .	305
Asiles d'aliénés de l'Angleterre et de l'Ecosse. . . . .	306
Torticolis rhumatismal aigu chez l'enfant. . . . .	307
Folie consécutive au choléra. . . . .	307



	Pages.
Folie du doute.. . . . .	308
Hypnotisme. Revue critique.. . . . .	308
Du délire aigu. . . . .	309
Névrites périphériques.. . . . .	309
État des réflexes chez les paralytiques généraux.. . . . .	310
Localisation de cécité accompagnée d'hémichorée. . . . .	311
Délire ambitieux. . . . .	311
Troubles de la parole. . . . .	312
Débilité mentale. Rapport médico-légal. . . . .	312
Attentat à la pudeur commis par un alcoolique. . . . .	313
Injectons hypodermiques d'ergotine dans la paralysie générale. . . . .	313
Obsession d'une phrase oubliée après l'attaque hystéro-épilepti- forme. . . . .	313
Fonctions du centre ovale. . . . .	314
Aphasies puerpérales. . . . .	314
Terreurs morbides et délire émotif. . . . .	315
Absinthisme chronique. Mélancolie avec conscience. . . . .	316
Névrose vaso-motrice. . . . .	316
Anatomie pathologique de la paralysie générale sans aliénation. . . . .	316
Faibles d'esprit. . . . .	317
Audition colorée. . . . .	317
Folie phthisique. . . . .	318
Anatomie comparée des rapports de cerveau et de la moelle.. . . .	438
Troubles intellectuels dans la paralysie agitante.. . . .	439
Tubercule de la moelle épinière. . . . .	439
Obsessions anxieuses ou émotives. . . . .	439
Des thermonévroses.. . . .	440
Gastroxie nerveuse. . . . .	441
Paralysie des muscles crico-arythénoidiens postérieurs pendant la grossesse.. . . .	442
Troubles morbides pouvant indiquer l'épilepsie.. . . .	442
Localisation d'une cécité accompagnée d'hémichorée. . . . .	442
Hémianesthésie par traumatisme. . . . .	443
Paralysies toxiques et paralysie alcoolique. . . . .	444
Pathogénie du goître exophtalmique. . . . .	444
Atrophie musculaire progressive. . . . .	445
Métallothérapie.. . . .	445
Pseudo-tabes par intoxication par le sulfure de carbone. . . . .	445
Des rêves prolongés . . . . .	446
Paralysie ascendante aiguë.. . . .	446
Paralysie motrice consécutive à une injection hypodermique d'éther.. . . .	447
Observation d'ataxie alcoolique.. . . .	447
Anesthésie artificielle.. . . .	447
Salicylate de soude contre la névralgie du zona.. . . .	448
Névroses réflexes d'origine nasale.. . . .	448

	Pages.
Extrait de fève de Calabar contre le tétanos infantile. . . . .	449
Affection de la moelle avec arthropathie du coude gauche. . . . .	449
Médication révulsive dans la méningo-myélite diffuse aiguë. . . . .	449
Anesthésies apparentes et sensations retardées dans les névroses. . . . .	450
Accidents rabiques chez un alcoolique. . . . .	450
Paralysies laryngées d'origine centrale. . . . .	451
Oedèmes névropathiques. . . . .	451
Hémorrhagie du cervelet. . . . .	452
Physiologie des mouvements volontaires. . . . .	452
Myopathie atrophique progressive. . . . .	453
Folie héréditaire. . . . .	454
Aphasie et méningite tuberculeuse chez une fillette de six ans. . . . .	454
Méningo-myélite rapide à forme paraplégique contracturante. . . . .	455

### JOURNAUX ITALIENS (1885).

(Anal. par M. le Dr MARANDON DE MONTYEL.)

Physiologie du rameau sympathique du nerf vague. . . . .	455
Bichlorure de mercure dans l'étude des organes nerveux cen- traux. . . . .	456
Inflammation traumatique expérimentale du tissu central. . . . .	456
Chloroformisation précédée d'une injection de morphine. . . . .	457
Cysticerques du cerveau de l'homme. . . . .	457
Recherches psychométriques sur les aliénés. . . . .	458
Nymphomanie paradoxale. . . . .	458
Microcéphalie par influence psychique pendant la grossesse. . . . .	458
Influence du système nerveux sur la température animale. . . . .	459

### JOURNAUX ALLEMANDS (1885).

(Anal. par M. le Dr AL. ADAM.)

Névrile multiple chez les alcooliques. . . . .	460
Traitement de la sitiophobie chez les aliénés. . . . .	462
Épilepsie chez les alcooliques. . . . .	464
Trouble de la sensibilité dans les lésions unilatérales du cer- veau. . . . .	464
Tumeur de la glande pinéale. . . . .	465
Réaction chimique de la substance grise. . . . .	466

### III. — Bibliographie.

Rapport sur la situation de l'asile des aliénés de Dordrecht (Hol- lande) pendant l'année 1884; par M. le Dr J. W. GOWAN (Anal. par M. le Dr G. CORTYEL). . . . .	139
Klinische Psychiatrie (Traité pratique des maladies mentales); par le Dr Schule, médecin d'Illenau (Anal. par M. le Dr CHATELAIN). . . . .	319
The Insane in the United States and Canada (Les aliénés aux Etats- Unis et au Canada); par M. le Dr HACK TUKE (Anal. par M. le Dr MARANDON DE MONTYEL). . . . .	323



	Pages.
Revue des thèses du concours d'agrégation en médecine de 1886. (Anal. par M. le Dr GEORGES LEMOINE). . . . .	467
Recherches expérimentales sur le mécanisme du fonctionnement des centres psycho-moteurs du cerveau; par M. le Dr MARIQUE (Anal. par M. le Dr CAMUSET). . . . .	474
Fous et bouffons. Etude physiologique, psychologique et historique; par M. le Dr PAUL MOREAU (de Tours). (Anal. par M. le Dr CAMUSET). . . . .	477
Essai sur les amnésies. Etiologie des troubles de la mémoire; par M. le Dr ROUILLARD (Anal. par M. le Dr CAMUSET). . . . .	478
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. . . . .	142, 327 et 480
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. Séance du 40 mai 1886. . . . .	143

#### IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Legras, Jules Voisin, Deny, Faucher, Homéry, Longeaud, Guillemin, Paris, Bellat, Fabre, Campan, Camuset, Dubief, Taguet, Schils, Maunier, Garnier, Adam, Brun, Martinenq, Febvré, Georges Lemoine, Dufour. — Nécrologie : H. Legrand du Saulle, E. Bourdin, C. Angels, de Gudden. — Concours pour la nomination d'un médecin adjoint de service des aliénés de l'assistance publique. — Concours pour le clinicat des maladies mentales. — Concours pour l'internat de la maison nationale de Charenton. — Sur la statistique des maladies nerveuses et mentales en Russie. — Prix des Académies et sociétés savantes. — Faits divers. . . . .	155
Nominations et promotions : MM. Paul Garnier, Marcel Briand, Ch. Vallon, Séglas, Pichon, Rouillard, Fabre, Delpech, Noguès. — Nécrologie : J. Millet. — Asile des aliénés criminels de Broadmoor. — Le suicide en Angleterre. — L'alcoolisme chez les Anglais. — La statistique des suicides au Mexique. — Peut-on mourir de peur? — Faits divers. — Le monument de Ch. Robin. — <i>Erratum</i> . . . . .	328
Nominations et promotions : MM. Donnet, Reverchon, Bouteille, Doutrebente, Marandon de Montyel, Belle, Guyot, Nollé, Adam, Kéraval, Pichenot, Broquère, Belletrud, Doursout, Pichon, Rueff, Théophile Roussel, Victor Parant. — Nécrologie : Barazer de Lannurien, Allemandou. — Prix de l'Académie de médecine. — Visite de M. le ministre de l'intérieur à l'asile Sainte-Anne. — Le nouvel asile d'aliénés du Morbihan. — Arrêt de la Cour de cassation. — Concours pour l'internat des asiles de la Seine. — La Cocaïnomanie. — La folie dans la race noire. — Faits divers. — Enseignement : MM. J. Falret, Magnan, Paul Gérénte. . . . .	450
Table des matières du tome IV de la septième série. . . . .	491