Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 05. - Paris: Masson, 1887.
Cote : 90152, 1887, n° 05

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1887x05

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

©BIUM

©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

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

FOVILLE

Inspecteur général des établissements de bienfaisance et du service des aliénés

ET

RITTI

Médecin de la maison nationale de Charenton.

—

SEPTIÈME SÉRIE. — TOME CINQUIÈME

QUARANTE-CINQUIÈME ANNÉE



90152

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

—

1887

©BIUM

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

LA LOI SUR LES ALIÉNÉS

DEVANT LE SÉNAT

RÉSUMÉ DE LA PREMIÈRE DÉLIBÉRATION

Par M. le Dr BAUME

Le présent travail fait naturellement suite à l'analyse que j'ai donnée du rapport de M. Théophile Roussel dans les *Annales médico-psychologiques* (janvier 1886). Ce rapport est venu en première délibération au Sénat à partir du 25 novembre. Le cadre très restreint imposé à mon compte rendu ne me laisse guère que la marge d'un résumé des idées et des résultats les plus saisissants mis en lumière.

DISCUSSION GÉNÉRALE.

Le projet de revision a été soutenu, au nom de la commission du Sénat : par le docteur Dupré, son prési-

©BIUM

dent, le Dr Théophile Roussel, son rapporteur et M. Delsol, membre de la commission ; au nom de l'État : par M. Sarrien, Ministre de l'Intérieur et par M. Cazelles, directeur de l'Assistance publique, Commissaire du gouvernement. Il a été combattu par M. de Gavardie.

Tous ont payé un éclatant hommage à la loi de 1838. Parfaite pour l'époque et copiée par des nations voisines, louée comme une loi généreuse et libératrice pendant ving-huit ans, elle ne méritait pas les attaques passionnées que, depuis vingt ans, on étaye sur des faits dont la plupart sont proclamés imaginaires, et dont aucun n'a pu être juridiquement établi.

Mais ces faits ont créé un courant d'opinion dont il a fallu tenir compte. D'ailleurs cette loi avait des lacunes et comportait des perfectionnements ; il fallait la mettre en harmonie avec les exigences de notre état social, avec les progrès de la science et les enseignements de l'expérience. Depuis 1790, et depuis Pinel, l'aliéné n'est plus ni un possédé ni un criminel. C'est un malade, mais ce n'est pas un malade ordinaire. Pour le protéger, pour l'empêcher de nuire, il faut souvent l'isoler, parfois recourir à la contrainte.

Isolement et contrainte ! Deux nécessités presque aussi douloureuses que la maladie, et qui peuvent conduire à des abus ! Pour prévenir ces abus, il a paru nécessaire de juxtaposer le pouvoir médical et le pouvoir judiciaire se fortifiant par l'union, se contrôlant avec mesure et s'éclairant réciproquement. Cette juxtaposition a été la principale innovation du projet du gouvernement.

Dans un discours plein d'élévation, M. Dupré a payé un juste tribut d'éloges à la mémoire d'Esquirol et de Ferrus qui furent, si l'on peut s'exprimer ainsi, *les préparateurs* de la loi de 1838.

Elève de ces deux maîtres éminents, il put assister à côté d'eux à de mémorables débats. Devenu, par un

©BIUM

effet bizarre du sort, Président de la commission du Sénat qui a conclu, avec le gouvernement, à la revision de la loi de 1838, il devait donner à cette revision son véritable caractère qui est d'aller de l'avant, dans la voie tracée par d'illustres devanciers, et non de réformer leur œuvre.

Dans son discours du 4 décembre, M. Cazelles a dit : « En suivant la discussion de cette loi, on s'aperçoit « bien vite que le gouvernement, la commission et « même l'opposition ne trouvent pas grand'chose à y « reprendre... »

Et M. Testelin a ajouté : « Jamais l'esprit humain « n'a fait un effort aussi considérable, et n'a fait accom- « plir à une question, d'un seul coup, un aussi grand « progrès... »

Pour résumer l'impression générale qui se dégage des débats, on peut dire que jamais loi ne réunit d'aussi unanimes suffrages dans une grande assemblée chargée de la reviser, après un demi-siècle d'expérience, après tant de changements survenus dans notre état social ; un pareil hommage succédant à tant d'attaques est une véritable réhabilitation. Il appartenait à l'éminent rapporteur de justifier, en les résumant, les différentes améliorations introduites dans la loi de 1838, soit par le projet du gouvernement, soit par le projet de la commission. Si, à la dernière heure, une fusion complète n'est pas intervenue entre les deux projets, l'esprit de conciliation fera le reste.

M. Sarrien, ministre de l'intérieur, tout en approuvant quelques-unes des modifications dues à l'initiative de la commission, fait pourtant d'expresses réserves sur l'institution des commissions permanentes et du Comité supérieur. Tels qu'on les propose, ils lui paraissent onéreux et impraticables. Mais, comme la commission, il espère arriver facilement à une entente.

©BIUM

L'opposition est presque exclusivement personnifiée en M. de Gavardie. Il ne se trouve gêné, et en quelque sorte attendri, que par l'immense travail, l'honnête, loyale et bonne figure du rapporteur..... Mais pourquoi reviser une loi, qu'avec tout le monde, il trouve admirable et discrète envers le malheur? C'est par l'insuffisance de certains directeurs que des abus ont pu parfois s'introduire ; tant vaut l'homme, tant vaut l'institution. Qu'on fasse de bons choix pour les directeurs médecins, dans le corps médical si admirablement composé en France, et les abus seront impossibles....

DISCUSSION DES ARTICLES.

Adoption des deux premiers paragraphes de l'article 1^er^. Ils disposent que les asiles publics ou privés *sont exclusivement consacrés au traitement de l'aliénation mentale.*

Toutefois les incurables, les idiots et épileptiques peuvent y être admis, tant qu'il n'aura pas été pourvu à leur placement dans des refuges ou colonies, etc.

Absolument platonique en apparence, faute de ressources, cet article prépare néanmoins un grand progrès en consacrant le principe des asiles ouverts, ou colonies agricoles, destinés à recevoir le trop-plein des asiles fermés, et à pourvoir économiquement à l'assistance et au patronage d'un grand nombre d'aliénés incurables et paisibles.

Le troisième paragraphe relatif à la création, par l'État, d'asiles spéciaux pour l'éducation des jeunes idiots, et le traitement des épileptiques, n'est pas adopté.

Les articles 2 à 6 adoptés contiennent quelques additions à la loi actuelle :

Assimilation des quartiers d'aliénés, dépendant d'hos-

©BIUM

pices, aux asiles publics, en ce qui concerne la direction médicale, le traitement et la surveillance des aliénés ;

Réunion des fonctions de médecin et de directeur, dans les asiles publics, même réunion pour celles de médecin et de préposé responsable dans les quartiers d'hospices. Toutefois le Ministre peut en ordonner la disjonction, après avoir pris l'avis du Comité supérieur ;

Institution, auprès des asiles publics, et des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics, de commissions de surveillance, comprenant deux conseillers généraux élus par l'assemblée départementale, et trois autres membres choisis par le préfet.

Les directeurs d'asiles privés, faisant fonctions d'asiles publics, peuvent être suspendus par un décret instituant une régie provisoire qui ne peut dépasser six mois.

L'article 6 règle le mode de nomination du personnel des asiles :

Le Ministre de l'Intérieur nomme les directeurs, les médecins en chef et adjoints, et les secrétaires en chef des asiles publics ; les médecins en chef et adjoints, et les préposés responsables des quartiers d'hospice ; les médecins en chef et adjoints des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics. Les médecins adjoints sont nommés à la suite d'un concours public ; les médecins en chef sont nommés sur une liste de présentation dressée par le Comité supérieur.

Les préfets nomment les économes, receveurs, pharmaciens, employés de bureau, surveillants en chef, sur une liste de présentation dressée par le directeur et par la commission de surveillance.

Les directeurs et les préposés responsables nomment les préposés, gardiens et servants.

Les articles 7 et 8 prescrivent des mesures de sur-

©BIUM

veillance et de protection pour les aliénés *traités* à domicile et distinguent deux cas :

1° Si l'aliéné est traité dans la maison d'un parent éloigné ou d'un étranger, cette maison est assimilée, au point de vue de la surveillance, à un asile privé ; une déclaration doit être faite dans le délai d'un mois au Procureur de la République.

A défaut de déclaration il pourra être pourvu au placement d'office de l'aliéné.

2° Si l'aliéné est traité au domicile de son tuteur ou de ses proches parents (le conjoint, l'un des ascendants ou l'un des descendants, le frère ou la sœur), *et si la nécessité de le tenir enfermé a duré trois mois*, la déclaration, appuyée d'un rapport médical circonstancié, devra en être faite au Procureur de la République. Celui-ci, après avoir consulté le médecin inspecteur, pourra décider que le traitement continuera dans les mêmes conditions, à la charge, pour la famille, de produire un nouveau certificat dans un délai déterminé qui ne pourra excéder trois mois. Dans le cas où des mesures de surveillance plus complète seraient reconnues nécessaires, elles seront prescrites par le tribunal en chambre du conseil.

Ces dispositions, qui constituent peut-être l'innovation la plus grave du projet de loi, ont été vivement combattues, comme quelque chose d'excessif, portant atteinte aux droits et à l'inviolabilité de la famille. MM. Roger-Marvaise et Lacombe ont essayé d'en atténuer l'effet par des amendements qui ont été repoussés.

Le Rapporteur, le Ministre de l'intérieur et le Commissaire du gouvernement ont vivement insisté pour obtenir la protection des aliénés à domicile, en établissant que c'est dans la famille, et non dans les

©BIUM

asiles publics, qu'ont eu lieu des abus odieux, des séquestrations barbares, qui ont ému, tout récemment encore, l'opinion publique.

Finalement les articles 7 et 8 ont été adoptés.

Pas d'observations sur les articles 9 et 10 (règlements à intervenir). Les articles 11 à 15 contiennent des prescriptions nouvelles et très importantes pour la surveillance du service des aliénés.

La commission du Sénat tenait beaucoup à sa création *des commissions permanentes* que, de son côté, M. le Ministre de l'Intérieur combattait énergiquement. Deux amendements de M. Bardoux, acceptés de part et d'autre, ont amené une honorable transaction en conservant l'idée principale, et ont pris la place des articles 11 et 12. Il est utile de les citer textuellement.

Art. 11 nouveau. Dans chaque département, un docteur en médecine nommé par le Ministre de l'Intérieur, sur une liste de présentation dressée par le Comité supérieur des aliénés, surveillera, dans sa circonscription, sous l'autorité du Préfet, l'exécution de la présente loi et des règlements relatifs aux aliénés, assurera la protection de leurs personnes, contrôlera leur placement et leur maintien dans les asiles publics et privés, surveillera leur séjour, veillera à leur sortie.

Un ou plusieurs administrateurs nommés par le Ministre de l'Intérieur sur la liste dressée par le tribunal civil, seront chargés des fonctions d'administrateur provisoire vis-à-vis des personnes non interdites placées dans les établissements publics ou privés d'aliénés.

Cet article étant adopté, *le médecin inspecteur*, qu'il institue, prend la place de médecin secrétaire de la commission permanente dans tous les articles où celui-ci était désigné.

Art. 12 nouveau. Les honoraires de ces deux fonctionnaires seront réglés ainsi qu'il sera dit à l'article 48.

©BIUM

L'administrateur fera partie de droit de la commission de surveillance.

Art. 13. Visites officielles des établissements publics et privés : par les préfets, tous les six mois ; par les procureurs, tous les trois mois, et d'une manière facultative par le président du tribunal, le juge de paix et le maire. Adopté.

Adoptés aussi les articles 14 (relatif à la réorganisation de l'inspection générale) et 15 (instituant le Comité supérieur des aliénés).

A l'occasion de ces deux articles, M. Cazelles fait entendre, au nom du gouvernement, les paroles les plus libérales, et les plus encourageantes pour l'avenir du service des aliénés. Après M. Théophile Roussel, il fait un grand éloge des services rendus par les inspecteurs généraux Ferrus, Parchappe, Constans, Lunier et Foville. Il conclut à la nécessité d'augmenter le cadre de l'inspection et reconnaît l'utilité d'instituer, auprès du Ministre de l'Intérieur, un Comité supérieur consultatif analogue à ceux qui fonctionnent auprès de divers ministères.

Le personnel des asiles, qui a tant besoin d'être encouragé et soutenu, ne peut qu'applaudir à ces mesures protectrices qui seront la sauvegarde des titres et des droits acquis.

Les articles 16 à 28, successivement adoptés, règlent la condition des placements dits volontaires. Ils apportent à la législation actuelle les modifications suivantes :

La demande d'admission doit porter le visa du maire, ou du commissaire de police, ou du juge de paix.

Le certificat médical est remplacé par un rapport médico-légal circonstancié adressé au Procureur de la République.

En cas de résistance par la force, le maire ou le com-

©BIUM

missaire de police doit être requis d'assurer le transport de l'aliéné à l'établissement.

Tout aliéné conscient de son état peut se faire recevoir et traiter dans un asile.

Pour tout aliéné conduit dans un établissement d'aliénés à l'étranger, une déclaration doit être faite au Procureur de la République.

Les admissions d'aliénés étrangers, en France, sont soumises aux formalités d'une demande appuyée d'un certificat médical, légalisés par le représentant diplomatique du pays d'origine.

Les articles 20 et 21 contiennent la grande innovation du projet du gouvernement.

Les aliénés (placés volontairement ou d'office) ne sont admis qu'à titre provisoire et dans un quartier d'observation. Dans les cinq jours, ils doivent être visités par le médecin inspecteur. Dans les quinze jours, le Procureur soumet le dossier, avec ses réquisitions, au tribunal qui, en chambre du conseil, doit prononcer la maintenue ou la sortie. Le jugement doit être notifié dans les vingt jours à moins de sursis pour plus ample informé.

MM. Combes et Testelin, appuyés par M. de Gavardin, ont soutenu que le tribunal est incompétent pour statuer sur l'état mental d'un aliéné ; ils ont développé un amendement tendant à faire statuer, définitivement, sur la maintenue ou la sortie, par le médecin inspecteur.

M. Cazelles a fait très judicieusement observer que l'on ferait un dangereux cadeau au corps médical, en lui donnant pour la première fois le droit de prononcer des séquestrations. C'est précisément parce qu'on a fait, à l'occasion de la loi de 1838, des reproches, à coup sûr injustes, soit aux médecins, soit à l'administration, qu'il faut ne pas encourir dans la nouvelle législation les mêmes suspicions ; le seul moyen d'y échapper, c'est de confier le soin de statuer définitivement au corps judi-

©BIUM

ciaire, qui a justement pour mission de décider, dans tous les cas où la liberté individuelle est en cause.

L'amendement a été repoussé.

Il n'est rien innové, dans les articles suivants, au mode d'après lequel se règlent, dans la loi de 1838, les sorties.

Articles 29 à 37. Placement d'office.

Aucune innovation sérieuse à l'état actuel, si ce n'est que les dispositions des articles 20 et 21 sont applicables aux placements d'office.

Il est dit seulement, à l'article 36, que dans tous les hospices situés au chef-lieu judiciaire on devra approprier ou créer *un quartier ou local d'observation et de dépôt*, destiné à recevoir provisoirement les aliénés, avant ou pendant leur voyage de transport à l'asile, ainsi que les inculpés, présumés aliénés, soumis à une expertise médico-légale. Le séjour dans ces locaux ne devra pas excéder quinze jours, à moins d'une autorisation motivée du Préfet.

Articles 38 à 42. Quartiers et asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels.

La séparation des aliénés qui ont commis des crimes, des autres aliénés, marque un grand progrès. Les cinq articles sont adoptés sans discussion, excepté le septième paragraphe de l'article 39 qui donne lieu à d'assez vifs débats entre M. Delsol, parlant au nom de la commission, et MM. Lacombe, Paris, de Gavardie et Roger Marvaise. Il s'agit de dire quelle est l'autorité qui statuera, *en cas de verdict de non-culpabilité*, sur le sort de l'accusé *présumé* aliéné. Si c'est la cour d'assises, ne paraîtra-t-elle pas riposter, à la barbe du jury, à un verdict d'acquittement par une décision d'internement, lors même que l'irresponsabilité de l'accusé n'aura pas été clairement démontrée ?

Le Sénat décide que, en cas de verdict de non-culpa-

©BIUM

bilité, l'individu acquitté sera renvoyé devant le tribunal civil en chambre du conseil.

Les articles 43 à 47 sont adoptés sans discussion. Les traitements et pensions de retraite des Inspecteurs généraux et des médecins d'asiles sont mis à la charge de l'Etat.

L'art. 48, qui établit une taxe proportionnelle sur les pensions des aliénés pour rétribuer les médecins-inspecteurs et les administrateurs provisoires, est l'objet des réserves de la part du gouvernement et ajourné à la seconde lecture.

Les art. 50 et 52 reproduisent les art. 29 et 30 de la loi actuelle.

L'art. 51 autorise les sorties à titre d'essai. L'art. 53 dispose qu'en cas d'évasion et après un délai de quinze jours, il faudra recommencer les formalités d'admission pour réintégrer l'évadé dans un asile.

Les art. 54 à 66 organisent le mode de gestion des biens des aliénés en amplifiant considérablement les prescriptions des art. 31 à 40 de la loi actuelle. Cette partie de la loi nouvelle amène une discussion juridique à laquelle prennent part MM. Lacombe, Delsol, Boulanger, Roussel, Paris, Roger-Marvaise et de Gavardie.

Les fonctions d'administrateur provisoire et de curateur instituées par les art. 31 et 38 de la loi de 1838 étaient gratuites. On ne pouvait raisonnablement pas demander à ces délégués de consacrer tout leur temps et de supporter des frais de déplacement pour assurer une bonne gestion des biens des aliénés. Il est certain que, sous ce rapport, la loi de 1838 n'a pas réussi à réaliser ses bonnes intentions.

D'autre part on reproche au nouveau projet de loi de compliquer de trop de formalités l'administration provisoire, d'exiger trop de jugements.

Les débats ont amené une heureuse simplification

©BIUM

(amendement Lacombe, art. 60), en réunissant les fonctions de l'administrateur provisoire et du curateur qui désormais seront rétribuées.

Indépendamment de l'administrateur provisoire institué par la présente loi, on pourra toujours provoquer la nomination d'un administrateur judiciaire qui aura, quant aux biens, les mêmes pouvoirs qu'un tuteur.

Ces articles sont adoptés.

Sont adoptés également les art. 67 à 70 (pénalités).

APPRÉCIATION RÉSUMÉE.

La première délibération du Sénat a occupé dix séances, du 25 novembre au 15 décembre. Le projet du gouvernement et celui de la commission, fondus ensemble, ont été adoptés sauf quelques modifications de forme ; l'activité déployée promet d'entrevoir une solution prochaine.

L'espace me fait défaut pour faire ressortir les conséquences des modifications apportées à la loi de 1838. Je concentrerai mes réflexions sur les trois points suivants :

1° La pénétration du contrôle de l'autorité publique jusqu'au seuil de la famille donnera, il ne faut pas se le dissimuler, une formidable poussée à l'assistance et au patronage des aliénés. La tendance n'est plus, comme avant 1838, à les garder à domicile, mais bien plutôt à les faire admettre dans les asiles. On a donc bien fait de consacrer à l'art. 1er le principe des asiles fermés (à réserver aux aliénés curables et dangereux), et des asiles ouverts, ou colonies agricoles destinées à recevoir le trop-plein des aliénés incurables, idiots et épileptiques. Il y aura au début de gros déboursés pour les départements : ils seront probablement atténués un jour par de sérieuses économies dans les frais d'entretien. Ce sera

©BIUM

le meilleur acheminement au patronage des aliénés indigents par du travail assuré et réglementé. A ce point de vue la revision de la loi continuera cet élan de philanthropie qui fut la règle et l'honneur du législateur de 1838.

2° Les nouvelles prescriptions relatives à l'administration provisoire et à la sauvegarde des intérêts des aliénés constituent l'amélioration la plus urgente réclamée par l'insuffisance de la loi de 1838. Je fais des vœux pour qu'en deuxième lecture on simplifie davantage encore la procédure, pour diminuer des frais qui pèsent trop lourdement sur les petits patrimoines.

Je dois signaler ici une lacune ou une contradiction. Dans les art. 54 et 55 on mentionne *la commision de surveillance* comme devant donner les autorisations préalables nécessaires en certains cas définis. Or *les commissions de surveillance administrative et financière* instituées au paragraphe 2, art. 4, ne me paraissent adaptées qu'*aux asiles publics* et aux *asiles privés faisant fonction d'asiles publics* et non *aux asiles privés proprement dits*, si j'interprète bien les art. 4 et 5. Il n'y aurait, je crois, aucun inconvénient, dans les cas de ces derniers asiles, à demander cette autorisation, qui n'est guère qu'un avis préalable, au médecin inspecteur.

3° Par suite de l'amendement Bardoux, le médecin inspecteur devient, sous une forme simplifiée, la véritable cheville ouvrière du contrôle et de la protection pour la personne des aliénés. Il hérite d'une grande partie des attributions que la commission du Sénat avait dévolues à *la commission permanente,* sa création.

Je crois que ce médecin inspecteur constitue l'innovation ou l'amélioration la plus efficace introduite dans la loi nouvelle, pour corriger l'insuffisance du contrôle reprochée à la loi de 1838. Mais ici se place une critique qui saute aux yeux :

©BIUM

Convient-il de confier le poste, pour les trois quarts des places, à des médecins adjoints qui deviendraient ainsi les contrôleurs des médecins directeurs, leurs anciens chefs ? On comprend à la rigueur qu'on réservât aux médecins adjoints la position de médecins secrétaires des commissions permanentes. Avec des attributions agrandies, une certaine expérience administrative ne sera-t-elle pas indispensable ? Il est très probable que d'ici à la seconde lecture cette question sera mise, comme les autres, en harmonie avec les vues largement libérales et pondérées qui ont marqué la première délibération.

©BIUM

Pathologie.

DE LA GUÉRISON DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE LA THÉORIE DES PSEUDO-FOLIES PARALYTIQUES

Par M. le Dr BAILLARGER

I

Il y a dans la science un certain nombre d'observations dans lesquelles tous les symptômes des premières périodes de la paralysie générale se sont montrés réunis, dans lesquelles ces symptômes ont persisté longtemps, six mois, une année ou même plus; l'état des malades a pu quelquefois paraître des plus graves et cependant ces malades ont guéri.

Les éléments du diagnostic étaient si complets qu'aucune hésitation sur la nature de la maladie ne semblait possible.

Comment donc se fait-il que la plupart des auteurs continuent à regarder la paralysie générale comme incurable, et même, que plusieurs d'entre eux nient la possibilité de la guérison? Si on cherche à expliquer ce fait, on constate que tout le monde est d'accord sur l'exacti-

©BIUM

tude et l'authenticité des observations, mais qu'il n'en est plus ainsi quant au mode d'interprétation (1).

On ne nie pas que les malades aient guéri, mais on se refuse à admettre qu'ils fussent atteints de périencéphalite chronique.

C'est l'opinion que j'avais émise, il y a longtemps déjà, en séparant les manies congestives de la paralysie générale. Je suis revenu sur cette question dans un long travail publié en 1883 dans les *Annales*. J'ai en effet essayé de démontrer « que les prétendues guérisons de paralysie générale ne sont en réalité que des guérisons d'accès d'une espèce spéciale de folie, indépendants de la périencéphalite chronique. »

Bien qu'en se plaçant à un point de vue différent de celui que j'avais adopté, MM. Christian et Ritti ont récemment et très nettement affirmé le même fait dans le grand Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

« Nous avons, disent-ils, la conviction absolue que, chaque fois qu'on a signalé la guérison d'un cas de paralysie générale, on a commis une erreur de diagnostic : il n'existait pas de périencéphalite. Et de même, chaque

---

(1) « Les auteurs, dit M. Ball, sont tellement unanimes pour considérer la maladie comme absolument incurable qu'on n'ose à peine élever la voix pour jeter une note discordante dans ce concert. » (*Leçons sur les maladies mentales*, page 787.)

D'après M. Foville, « le pronostic de la paralysie est toujours extrêmement grave, on peut même dire qu'il suffit que l'existence de la maladie soit nettement reconnue pour que la terminaison fatale doive être considérée comme certaine et ne soit plus qu'une question de temps. » (*Nouveau Dictionnaire de médecine pratique*, tome 26, page 123.)

Pour M. Dagonet, la paralysie générale, « une fois confirmée, doit être considérée comme incurable. Les cas de guérison rapportés par les auteurs ne sont probablement qu'apparents. » (*Traité des maladies mentales*, page 341.)

M. Luys pense que dans la paralysie générale « la terminaison fatale n'est qu'une affaire de temps. » (*Traité des maladies mentales*, page 610.)

©BIUM

fois que nous avons affaire à une paralysie générale véritable avec périencéphalite, nous sommes persuadés que la guérison est impossible et que la mort est la terminaison forcée de la maladie »; et plus loin ils ajoutent : « Nous le répétons, la paralysie générale est une affection incurable dont la terminaison unique est la mort (1). »

Avant toute discussion, je crois devoir citer une observation empruntée à l'ouvrage que M. le Dr Tuczek a publié sur la paralysie générale en 1884 (2).

Elle a pour titre : *Guérison d'un paralytique.*

Elle forme à elle seule un long chapitre de l'ouvrage. La maladie y est décrite dans tout son cours avec les détails les plus précis et c'est, sans contredit, le fait de guérison de paralysie générale le plus complet que possède la science. Elle a d'ailleurs cela de particulièrement intéressant que le malade, guéri depuis cinq ans de sa paralysie générale, a été atteint d'ataxie locomotrice.

Voici le résumé de l'observation :

Paralysie générale guérie après quinze mois.

Sommaire. — Trente-neuf ans, ni excès alcooliques, ni syphilis, ni hérédité. Délire des grandeurs absurde et incohérent ; embarras de parole; signes de démence; congestions cérébrales intercurrentes ; période mélancolique avec refus d'aliments ; emploi de la sonde œsophagienne ; eschares au sacrum ; rétention d'urine ; état très grave ; amélioration après le dixième mois, guérison complète après quinze mois. — Deux ans après, anaphrodisie ; faiblesse de la vue à droite ; douleurs fulgurantes ; ataxie locomotrice confirmée.

C....., âgé de trente-six ans, facteur à la poste, entré dans l'asile de Marburg le 29 août 1877, en est sorti le

(1) *Dictionnaire encyclopédique*, 2e série, t. XX, p. 762.
(2) *Beitrage zur pathologische Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica*, 1884.

©BIUM

16 septembre 1878. Ce malade n'avait jamais fait d'excès alcooliques et n'avait jamais eu la syphilis ; on ne connaissait pas d'aliénés dans sa famille. Six semaines avant l'entrée à l'asile, il avait éprouvé de l'amnésie et l'administration avait été obligée de le congédier à cause des oublis fréquents qu'il commettait dans son service.

Comme prodromes, indifférence pour sa famille, propos obscènes à sa belle-sœur en présence de plusieurs personnes. D'économe qu'il était, il est devenu prodigue, il rentre un jour ayant acheté un plein sac de bibelots inutiles, et ne peut dire d'où ils proviennent. Bientôt après, excitation et perte de sommeil, il écrit beaucoup, chante, etc. A son entrée à l'asile agitation très vive, idées de grandeur. A l'excitation succède un état d'apathie et de mutisme; cet état cesse bientôt et on voit reparaître le délire des grandeurs qui prend une grande extension. Le malade dit qu'il va toucher 300,000 francs, il prétend que sa femme est accouchée de cent trente-sept garçons; c'est lui-même qui les a mis au monde et qui les a rangés à côté les uns des autres sur le lit.

Il survient à la main droite un abcès dont l'ouverture donne issue à une grande quantité de pus. Persistance des idées de grandeur; l'empereur a fait don à C..... de dix millions, il a envoyé à son père une voiture pleine d'argent.

Le 17 novembre, le médecin adresse à l'autorité un certificat constatant le « délire des grandeurs, l'embarras de la prononciation et d'autres symptômes qui font considérer ce malade comme atteint de démence paralytique. »

Le 15 décembre, excitation plus vive, embarras de la parole plus prononcé. C... possède quatre mille chevaux. Le médecin a incisé le ventre de sa femme et y a introduit 100 livres de viande désossée.

©BIUM

Le 20 décembre, attaque de congestion, avec perte de connaissance pendant dix minutes et suivie d'un grand embarras de la parole. Au commencement de janvier, vomissements répétés, très grande gêne de la déglutition, on est obligé de passer la sonde œsophagienne pour nourrir le malade.

Le 14 janvier 1878, il refuse d'ouvrir la bouche, la contracte très fortement, et *fait signe qu'il y a quelque chose dedans*, il dépérit beaucoup. Le délire des grandeurs persiste au plus haut degré. Le malade répète qu'il est « pape, empereur d'Allemagne, roi de Danemark. »

Au commencement *d'avril* 1878, attaque congestive grave, avec faiblesse très prononcée du bras droit. Inégalité des pupilles, affaiblissement considérable. C... ne peut plus se lever sans aide ; il mange très peu ; on est obligé de le passer dans une infirmerie. Rétention d'urine qui nécessite l'emploi de la sonde.

12 avril. Depuis l'attaque congestive, état semi-comateux. C... a cessé de parler ; si on l'appelle, il tourne la tête et répond par oui ou non ; la paralysie incomplète du bras droit diminue.

16 avril. Eschare assez étendue au siège.

Peu à peu, l'état grave qui avait succédé à la congestion s'est dissipé ; le malade se lève, se promène ; il a un très grand appétit ; retour des idées de grandeur.

A la fin de *mai*, l'eschare est guérie ; le malade a eu plusieurs attaques congestives après lesquelles il restait affaibli pendant quelques jours ; signes de démence.

A partir du mois de *juin*, C... va beaucoup mieux, il reprend ses forces et travaille au jardin. Il commence à avoir conscience de son état. Mais, chose curieuse, tout en répudiant comme folles ses anciennes idées de grandeur, il continue à soutenir qu'il a été baron pendant deux ans.

Le 7 septembre 1878, sur les instances de sa famille,

©BIUM

on lui accorde sa sortie, bien qu'il conserve encore la conviction d'avoir été baron pendant deux ans.

Le certificat de sortie constate que le malade est simplement en *rémission, qu'une nouvelle attaque aura certainement lieu, et que déjà d'ailleurs l'intelligence est très affaiblie.*

Deux ans après, cet homme se présenta de nouveau à l'asile pour être examiné et obtenir un certificat de guérison qui lui permettrait d'être réintégré dans l'administration des postes.

Après un examen fait avec soin, ce certificat fut en effet délivré, et sans le reproduire textuellement, je me borne à dire qu'il constate que l'état intellectuel et moral semble *absolument normal, qu'il ne reste aucun symptôme de la maladie.*

Le 1^er^ janvier 1882, après beaucoup d'instances, C... fut réintégré dans l'administration des postes, où il s'acquitta très bien de son service.

Cependant, dès le mois d'avril 1882, il se produit un affaiblissement de la vue du côté droit. Cet homme, en effet, écrit au directeur de l'asile que sa santé est très bonne, et il ajoute : il n'y a que *que mon œil droit qui ne va pas bien.* Du reste, il s'acquittait si exactement de ses fonctions, qu'admis d'abord comme simple surnuméraire, on lui avait rendu son ancienne place avec augmentation de traitement.

En octobre 1883, il dut quitter son service par suite d'une tuméfaction du pied gauche qui le mettait dans l'impossibilité de marcher.

Le 18 décembre 1883, apparition des douleurs fulgurantes.

Au commencement *de mars 1884,* on constate que le malade chancelle quand il est debout, il indique mal les endroits piqués avec une épingle, le phénomène réflexe de la rotule manque complètement, etc.

©BIUM

Les symptômes de l'ataxie locomotrice s'aggravèrent rapidement.

Le 12 mai 1884, le médecin de l'asile constate que la démarche est complètement ataxique. Elle se produit par saccades, et le malade ne peut marcher sans l'aide d'une canne.

L'intelligence est intacte, aucune trace d'embarras de la parole. C... prononce les mots les plus compliqués sans la moindre difficulté.

Le malade dont je viens de résumer l'observation offrait assurément un type de paralysie générale. Tous les symptômes classiques des premières périodes se trouvaient réunis et ils ont persisté plus d'une année (1).

Si on admet que la paralysie générale est incurable, on est obligé de rechercher comment un pareil fait peut être expliqué, et c'est ce que je vais essayer de faire.

II

Depuis quelques années on a démontré que certains aliénés peuvent présenter tous les symptômes classiques des premières périodes de la paralysie générale sans

(1) J'ai dit que cette observation était la plus complète de celles qui avaient été publiées, mais je dois rappeler qu'on pourrait aujourd'hui citer un assez grand nombre de faits semblables, dans lesquels le diagnostic de la paralysie générale ne pouvait non plus être mis en doute. Je crois devoir à cet égard renvoyer aux observations que j'ai réunies dans un mémoire publié dans les *Annales* en 1858. Je crois d'ailleurs devoir faire remarquer qu'il est assez difficile d'être fixé sur le nombre réel des guérisons. M. Doutrebente, dans son travail sur les rémissions, a divisé les faits en deux catégories. La première comprend les rémissions complètes et la seconde les rémissions incomplètes. Il résulte des tableaux qu'il a présentés que les malades de la première catégorie n'avaient plus aucun symptôme psychique ni somatique. Ces malades, quand ils sortent des asiles dans ces conditions, meurent-ils tous plus tard de paralysie générale, et combien y en a-t-il sur l'avenir desquels on n'a eu aucun renseignement?

©BIUM

être atteints de périencéphalite chronique. On a donc admis, dans l'ensemble des faits désignés sous la dénomination de paralysie générale, deux maladies différentes.

L'une, la paralysie générale vraie, a continué à être attribuée à une périencéphalite chronique.

L'autre, la pseudo-paralysie générale, a été expliquée par de simples troubles circulatoires (1).

On comprend que cette théorie pouvait fournir, pour la question de la curabilité de la paralysie générale, une solution que les auteurs n'avaient pas prévue.

L'idée d'expliquer les prétendues guérisons de la périencéphalite chronique par des erreurs de diagnostic se présentait d'elle-même, et il n'y a point à s'étonner qu'elle ait été émise.

Cependant cette théorie, si simple en apparence, me paraît soulever d'assez graves objections.

La première se rapporte au diagnostic.

---

(1) Voir les leçons de M. le professeur Fournier sur la pseudo-paralysie générale syphilitique, de M. le professeur Ball sur les pseudo-paralysies générales alcooliques, et surtout les travaux de M. Régis.

Il me paraît intéressant de rapprocher des observations publiées en France pour démontrer l'existence des pseudo-paralysies générales, les opinions émises par quelques médecins aliénistes allemands dans le congrès de Berlin en 1883.

A propos d'une discussion de la paralyie générale, M. Tuczek reconnaît que « l'encéphalite manque dans les cas récents de paralysie générale. »

M. Westphal « nie, lui aussi que l'encéphalite interstitielle soit caractéristique de la paralysie générale. *Elle peut faire défaut si complètement qu'on ne constate aucune altération pathologique des cellules nerveuses.* »

M. Mendel, tout en soutenant que l'encéphalite interstitielle est la lésion de la paralysie générale, ajoute « que cela ne veut pas dire que *d'autres processus anatomo-pathologiques ne puissent se traduire par le tableau clinique de la paralysie générale.....* » *(Archives de neurologie).*

Ainsi les symptômes de la paralysie générale peuvent exister sans la périencéphalite. Ces symptômes peuvent être produits par des processus différents C'est en effet ce que soutiennent les auteurs qui admettent l'existence des pseudo-paralysies générales.

©BIUM

Si on admet, en effet, qu'il y a eu pour le malade, observé par M. Tuczek, une erreur de diagnostic, il est évident que cette erreur était inévitable et que c'est la guérison seule qui a permis de la reconnaître.

Il faudrait donc, dans tous les cas semblables, attendre l'issue de la maladie, soit que le malade ait guéri, soit que les lésions de la périencéphalite n'aient pu être constatées après la mort.

Mais si, déclarant la guérison de la paralysie générale impossible, on admet des pseudo-folies paralytiques qui peuvent la simuler d'une manière si complète, que devient le diagnostic dans les cas assez nombreux où la maladie débute par le délire maniaque, sans que ce délire ait été précédé de symptômes de démence et de paralysie? Tant que ces symptômes pathognomoniques n'auront pu être constatés d'une manière certaine, ne devra-t-on pas en effet réserver le diagnostic? S'il en est ainsi, on est forcé de reconnaître que le doute, dans beaucoup de cas, pourrait se prolonger longtemps.

On a dit souvent que, pendant la durée de l'accès maniaque, la démence peut être masquée par le délire, et ce n'est quelquefois qu'après la guérison de cet accès de manie qu'on constate l'affaiblissement intellectuel. Cet affaiblissement, dans quelques cas, est même si léger qu'on a pu faire remarquer avec raison qu'il faudrait avoir connu le malade avant son accès pour être fixé sur ce point d'une manière certaine. Avec la théorie des pseudo-paralysies générales on ne pourrait donc affirmer le diagnostic qu'après la constatation de la démence et de la paralysie.

Il y a d'ailleurs un autre ordre de faits pour lesquels, si on ne commet pas d'erreur de diagnostic, on est obligé de rester dans le doute jusqu'à la terminaison de la maladie.

Je veux parler des malades chez lesquels on observe

©BIUM

le délire des grandeurs sans aucun trouble de la parole. On se borne alors à exprimer des *craintes* sur l'existence d'une paralysie générale au début, mais on ne croit pas pouvoir l'affirmer.

Il arrive que ces malades guérissent, et alors ne devrait-on pas se demander si on a assisté au début d'une paralysie générale vraie ou d'une pseudo-paralysie générale?

On peut soutenir, je crois, les deux opinions.

Certains auteurs, qui regardent la paralysie générale comme incurable quand elle est complètement développée, admettent qu'elle peut s'arrêter à son début, rétrograder et guérir. Mais comment savoir si cette maladie qui s'arrête et guérit était le début d'une périencéphalite chronique ou le début d'une pseudo-paralysie générale?

On pourrait citer beaucoup de faits de ce genre. Je n'en rappellerai qu'un seul emprunté à M. Christian.

Un malade de cinquante-deux ans entre à Charenton dans un état d'excitation maniaque avec délire des grandeurs. Les pupilles étaient inégales, mais il n'y avait aucune hésitation de la parole. Quinze jours après l'entrée, il survient des eschares au sacrum.

M. Christian exprime la *crainte* que ce malade ne soit atteint de paralysie générale.

Quatre mois se passent; l'état mental s'améliore, le délire disparaît; mais le malade a quelque chose d'enfantin qui fait craindre une *déchéance intellectuelle irrémédiable.*

Il est alors transféré à l'asile Sainte-Anne, où M. Ball le considère comme atteint de paralysie générale.

Cet homme était guéri depuis trois ans et gérait parfaitement ses affaires, quand M. Christian a publié l'observation.

Dans tous les cas de ce genre, et M. Christian ajoute

©BIUM

qu'ils ne sont vraiment pas rares, le diagnostic n'est-il pas suspendu pendant la plus grande partie de l'accès ? Comment savoir, avant la terminaison de la maladie, si les craintes qu'elle inspire vont ou non se réaliser ?

Il y a même des cas, très rares il est vrai, où l'incertitude peut se prolonger pendant une ou plusieurs années. J'ai réuni un certain nombre de ces faits dans un mémoire publié dans les *Annales* en 1866. On pourra voir que dans ces cas le délire des grandeurs n'a été suivi de démence paralytique qu'après deux, trois et même cinq ans.

Pendant cette période si longue n'a-t-on pas dû se demander, sans pouvoir l'affirmer, si les malades étaient ou non paralytiques ?

M. Christian a publié récemment dans les *Annales médico-psychologiques* une très intéressante observation de ce genre.

Le malade avait, à son entrée à Charenton, un délire alcoolique qui se dissipa au bout de quelques jours ; mais il conserva un délire des grandeurs bien caractérisé. Il prétend qu'il va devenir empereur ; qu'il a des trésors, cinq cents chevaux à vendre à Paris, etc... En même temps, il se plaint de poisons asphyxiants dans l'air qu'on lui fait respirer ; il accuse un de ses voisins de lui lancer ces poisons à l'aide du télégraphe ; il offre en outre des signes de démence. En énumérant ses trésors, en effet, il sourit niaisement et parle sans conviction. Ce délire persista pendant quinze mois. Un matin, le malade annonça qu'il *n'avait plus de mains*, que ses *yeux étaient devenus tout petits; que sa tête allait elle-même se rapetisser; il serait réduit à rien du tout,* etc., etc. Les signes de démence devenaient plus tranchés. Après avoir eu un accès d'agitation maniaque, ce malade succomba tout à coup par suite d'une hémorrhagie méningée.

©BIUM

M. Christian, dans les réflexions dont il fait suivre cette observation, avoue que bien souvent, « pendant que le malade était dans son service, il s'était demandé s'il n'était pas atteint de paralysie générale. »

Et après avoir discuté cette question du diagnostic, il ajoute : « L'autopsie est venue, d'ailleurs, confirmer mes doutes ; le malade n'était pas un paralytique. »

Voici donc un cas dans lequel on a observé successivement un délire des grandeurs, des conceptions hypochondriaques d'une nature spéciale et très caractéristique et, en outre, des signes de démence. Tout cela, en effet, ne suffisait-il pas pour légitimer les doutes que l'autopsie seule a dissipés (1).

III

Il y a un fait dont on s'est, ce me semble, trop peu préoccupé et qui me paraît fournir une seconde objection contre la théorie des pseudo-folies paralytiques.

Lorsqu'un malade entre dans un asile atteint de

(1) J'ai lu avec attention tout ce qu'on a dit du diagnostic différentiel entre la paralysie générale vraie et la pseudo-paralysie générale, et je suis resté convaincu que les caractères indiqués sont insuffisants, au moins pour le plus grand nombre des cas.

Il ne s'agit pas, en effet, de ne voir ici que les types les plus communs de la périencéphalite chronique ; il faut avant tout tenir compte des anomalies qu'offre la maladie dans l'évolution de ses symptômes. Je ne saurais à cet égard mieux faire que de reproduire ici le passage suivant, écrit à propos du diagnostic différentiel de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale.

« Plus on a occasion d'étudier la paralysie générale, dit M. Foville, plus on constate qu'elle est compatible avec une excessive variabilité dans l'ordre d'apparition des symptômes, dans leur combinaison, dans leurs suspensions temporaires, et encore plus dans le degré d'intensité et la multiplicité des nuances de chacun d'eux. Comment dès lors trouver dans ces circonstances des caractères distinctifs susceptibles d'une application tant soit peu rigoureuse ? » (*Annales médico-psychologiques*, 1879, t. I^er^, p. 379.)

©BIUM

manie avec délire des grandeurs, alors même qu'il n'a aucun trouble de la parole, on craint, comme dans les observations que je viens de citer, qu'il ne devienne ou qu'il ne soit déjà paralytique, et les craintes qu'on exprime se réalisent le plus souvent. Si ce maniaque guérit, on dit, selon l'expression de M. Voisin, qu'il a côtoyé la paralysie générale. A plus forte raison doit-il en être ainsi lorsque les symptômes psychiques et somatiques sont réunis, comme cela a lieu chez les pseudo-paralytiques. Ces malades doivent donc être considérés comme ayant été, pendant toute la durée de leur accès, dans l'imminence de la démence paralytique.

Non seulement il en est ainsi, mais le danger ne cesse même pas après la guérison.

Le docteur Nasse ayant fait une enquête pour savoir ce qu'étaient devenus six paralytiques sortis guéris de son asile, a trouvé que pour deux d'entre eux il y avait eu récidive dans la première année qui avait suivi la guérison.

Si on admet l'incurabilité absolue de la paralysie générale, ces six malades doivent être regardés comme des pseudo-paralytiques.

Or, comme on le voit, deux de ces pseudo-paralytiques sont morts de paralysie générale.

Il est donc certain que les pseudo-paralysies générales ont la plus grande tendance à se terminer par la démence paralytique (1).

(1) Dans quelques cas et principalement chez les alcooliques, il y a des malades qui guérissent successivement de plusieurs accès sans tomber dans la démence paralytique.

On peut citer à cet égard deux observations qu'il faut, il est vrai, regarder comme des faits tout à fait exceptionnels :

La première a été publiée par M. Lunier : c'est celle d'un malade qui, après avoir eu six accès en vingt ans, n'est tombé dans la démence paralytique qu'après le sixième accès.

Le second fait a été publié par M. Ball et M. Régis. Le malade avait été sequestré seize fois en douze ans et avait présenté cha-

©BIUM

La manie paralytique vraie et la pseudo-manie paralytique ont donc non seulement les mêmes symptômes, mais très souvent la même terminaison.

Je crois, en outre, devoir faire remarquer que les pseudo-folies paralytiques qu'on sépare de la paralysie générale, ne peuvent être réunies aux folies simples. Non seulement elles en diffèrent par leurs symptômes, mais beaucoup plus encore par la gravité de leur pronostic. Il faut donc leur assigner une place à part dans le cadre nosologique. Or, n'est-il pas bien difficile d'admettre ainsi à côté l'une de l'autre, et comme distinctes, deux maladies ayant les mêmes symptômes et très souvent la même terminaison, en se fondant sur ce seul fait, que l'une peut guérir et que l'autre serait toujours incurable ?

De ce qui précède on peut, je crois, conclure que l'explication des guérisons de la paralysie générale par la théorie des *pseudo-folies paralytiques*, *des folies avec syndrome paralytique*, a pour conséquence : de rendre inévitables, dans un certain nombre de cas, des erreurs de diagnostic, qui ne peuvent être reconnues qu'après la terminaison de la maladie, et de forcer, dans d'autres cas plus nombreux, de rester longtemps dans le doute sur sa nature.

IV

Comme je l'ai dit au commencement, j'ai proposé pour expliquer les prétendues guérisons de la paralysie générale, une autre théorie qui a été exposée en détail dans les *Annales* en 1883 ; je me bornerai à rappeler brièvement ici les faits sur lesquels elle repose.

---

que fois les symptômes de la paralysie générale, sans tomber dans la démence paralytique.

On trouvera aussi sous ce rapport quelques observations intéressantes dans la thèse de M. Moreaux.

©BIUM

La paralysie générale a deux formes principales.

Dans la première on observe, dès le début, les symptômes essentiels et pathognomoniques de la maladie : la démence et la paralysie. C'est la démence paralytique primitive.

Cette forme démente, qu'elle se complique ou non plus tard de délire est toujours incurable.

L'autre forme débute par le délire maniaque ou mélancolique, sans que ce délire ait été précédé ni de démence ni de paralysie ; elle est associée ou non à des symptômes d'ataxie musculaire : c'est la forme vésanique, et c'est à cette forme seule que se rapportent les cas de guérison publiés par les auteurs.

D'après la théorie que j'ai proposée, ces deux formes devraient être considérées comme deux maladies distinctes.

On sait que les auteurs emploient indifféremment les dénominations de *paralysie générale*, de *démence* et de *folie paralytique* ; or, ces deux dernières dénominations me paraîtraient devoir être conservées, l'une, pour désigner la paralysie générale, l'autre, ne devant plus s'appliquer qu'aux formes vésaniques primitives de la maladie.

C'est à cette folie paralytique que devraient être attribuées les prétendues guérisons de la paralysie générale.

Je n'ai pas à rappeler ici les faits sur lesquels cette théorie s'appuie. Je ferai seulement remarquer que si elle soulève des objections, ces objections diffèrent de celles qui ont été indiquées plus haut contre la théorie des pseudo-folies paralytiques.

Si on prend pour exemple la forme la plus commune de la paralysie générale, la manie paralytique, il est évident qu'on n'aura plus à se préoccuper de distinguer entre elles une manie paralytique vraie et une pseudo-

©BIUM

manie paralytique. Il n'y aurait donc plus lieu d'admettre dans le cadre nosologique deux maladies ayant les mêmes symptômes et souvent la même terminaison et qui, cependant, seraient d'une nature différente.

L'objection relative aux erreurs de diagnostic n'existerait plus, car les symptômes de la démence paralytique et de la folie paralytique sont si différents qu'on ne saurait les confondre.

Il en serait de même des faits pour lesquels on est obligé de rester plus ou moins longtemps dans le doute en déclarant qu'on *craint* l'existence de la paralysie générale sans pouvoir l'affirmer. Dans tous ces cas, on ne pourrait plus voir que des folies paralytiques à leur début, et quand la guérison aurait lieu, on n'aurait point à se demander s'il s'agissait d'une paralysie générale vraie ou d'une pseudo-paralysie générale à leur début.

En résumé, la plupart des auteurs regardent la paralysie générale comme incurable. Quelques-uns même nient d'une manière absolue la possibilité de la guérison. Cette opinion me semble entraîner comme conséquence, si on veut expliquer l'observation de M. Tuczek et toutes celles qui lui ressemblent, de faire admettre :

1° Qu'on a jusqu'ici confondu, sous la dénomination de paralysie générale, deux maladies distinctes ;

2° Qu'il existe en dehors de la paralysie générale une espèce spéciale de folie caractérisée par le délire des grandeurs diffus et incohérent, l'hésitation de la parole, l'inégalité des pupilles, etc., c'est-à-dire par tous les symptômes classiques assignés jusqu'ici aux premières périodes de la forme vésanique de la paralysie générale ;

3° Que cette espèce de folie, séparée de la paralysie générale, ne peut, d'autre part, être réunie aux folies simples, et que, par conséquent on doit lui assigner une place à part dans le cadre nosologique.

©BIUM

Il ne semble pas, étant admise l'incurabilité de la paralysie générale, qu'il puisse y avoir sur ces trois points aucune divergence. Mais il existe, au contraire, sur les rapports de la pseudo-folie paralytique et de la paralysie générale deux opinions très différentes. (1).

D'après la première opinion, on continue à admettre une forme vésanique de la paralysie générale caractérisée par le délire des grandeurs, le délire hypochondriaque, l'hésitation de la parole, l'inégalité des pupilles, etc., c'est-à-dire ayant les mêmes symptômes que la folie spéciale qu'on a séparée de la paralysie générale et à

---

(1) Je dis *étant admise l'incurabilité de la paralysie générale.* Comme on l'a vu je n'ai point discuté l'opinion des auteurs qui regardent, au contraire, la périencéphalite comme susceptible de guérison. Et je me suis borné à renvoyer sous ce rapport au travail que j'ai publié en 1883. Je dois cependant ajouter ici que je ne partage pas l'opinion des auteurs qui voient dans la nature des lésions la principale objection à la possibilité de la guérison de la périencéphalite. Il ne s'agit, en effet, que des premières périodes, dont les symptômes pourraient être et ont été expliqués par de simples troubles circulatoires. Les objections véritables, à mon avis, sont basées sur la variété des formes, sur leurs intermittences et leurs transformations. Tous ces caractères appartiennent aux vésanies ; il est difficile de les considérer comme expressions symptomatiques d'une périencéphalite chronique diffuse.

Il y a en outre deux objections qui me semblent des plus graves.

La première est le fait si fréquent de la dissociation de la folie et de la démence paralytique dans ce qu'on appelle les rémissions : on voit, en effet, la folie guérir et la démence paralytique poursuivre son cours.

La seconde objection est fournie par les cas dans lesquels la folie paralytique se termine par la démence simple sans paralysie.

On trouve dans les asiles quelques vieux malades qui, à leur entrée, ont été regardés par des médecins expérimentés comme des paralytiques. Ces malades, au bout d'un temps plus ou moins long, sont tombés dans la démence sans paralysie, comme s'ils avaient été de *simples vésaniques*. Ils ont eu dix ans, quinze ans auparavant, selon l'expression de M. Christian, leur *phase de paralysie générale*, mais ils ont cessé d'être paralytiques. Or, comment admettre une périencéphalite qui se terminerait comme une simple vésanie ?

©BIUM

laquelle on a donné pour cette raison la dénomination de pseudo-paralytique.

Or, cette opinion soulève de graves objections.

1° Elle rend inévitables, comme dans l'observation de Tuczek, des erreurs de diagnostic qui ne peuvent être reconnues qu'après la terminaison de la maladie.

2° Dans d'autres cas, plus nombreux, elle force de suspendre le diagnostic et de rester dans le doute pendant toute la durée de l'accès, ou au moins jusqu'à la constatation certaine des symptômes de démence et de paralysie.

3° On arrive en outre ainsi à faire classer dans le cadre nosologique, à côté l'une de l'autre et comme distinctes, deux maladies ayant non seulement les mêmes symptômes, mais très souvent la même terminaison : conséquence qui paraît difficilement acceptable.

L'observation de M. Tuczek et tous les cas de guérison publiés jusqu'ici ne me paraissent donc pas pouvoir être expliqués par des erreurs de diagnostic, et il me semble que la théorie des pseudo-folies paralytiques, des folies avec syndrome paralytique, apporte dans cette question des éléments de confusion.

D'après la seconde opinion, celle que j'ai soutenue, il y aurait lieu aussi de séparer de la paralysie générale, une espèce spéciale de folie, que j'ai proposé de désigner sous la dénomination de *folie paralytique*, en me fondant sur les cas nombreux dans lesquels elle précède ou complique la paralysie générale.

Sur ce point, à part la question de dénomination, les deux opinions sont d'accord; mais elles diffèrent essentiellement par ce fait que la folie paralytique comprendrait toutes les formes vésaniques de la paralysie générale, et que, par conséquent, il n'y aurait plus lieu d'admettre une *pseudo-folie paralytique*. Il ne resterait donc qu'une seule espèce de folie paralytique, toujours de même na-

©BIUM

ture, et qui tantôt précéderait et tantôt compliquerait la démence paralytique, c'est-à-dire la paralysie générale réduite aux seuls symptômes que tout le monde s'accorde à regarder comme essentiels : la démence et la paralysie.

Ainsi disparaîtrait l'objection relative aux erreurs inévitables de diagnostic, et on ne serait plus conduit à classer dans le cadre nosologique et comme distinctes deux maladies ayant les mêmes symptômes et très souvent la même terminaison.

Nota. — Je dois rappeler l'opinion émise par un certain nombre d'auteurs qui n'ont voulu voir dans les guérisons temporaires de la paralysie générale que de simples rémissions.

Ces auteurs exigeraient, pour que la guérison pût être considérée comme telle, qu'elle eût au moins duré plusieurs années. On supposerait que des lésions de la périencéphalite chronique plus ou moins limitées pourraient persister à l'état latent, et, quand la maladie reparaîtrait, au lieu d'une récidive on ne voudrait voir qu'une simple rechute. M. Calmeil a depuis longtemps tranché cette question.

Un malade atteint de paralysie générale était sorti de Charenton après un accès de six mois. Son intelligence était intacte et il avait pu reprendre toutes ses affaires. La guérison ne fut pas de longue durée et, à la suite d'une congestion cérébrale, ce malade fut ramené à l'asile dans un état de démence paralytique.

M. Calmeil considère que, dans ce cas, il y a eu réellement *guérison d'une première attaque de périencéphalite* et que le malade a eu ensuite une véritable récidive.

M. Tuczek, à propos de la question des rémissions, dit, en parlant du malade observé par lui, « que s'il survenait une récidive, rien n'autoriserait à voir dans

©BIUM

ce cas une continuité de la première attaque ». La seconde attaque devrait, à son avis, être considérée comme une *seconde maladie.*

Quelle que soit la durée de la guérison, la question, en effet, est de savoir si tous les symptômes psychiques et somatiques ont ou non disparu.

Dans le premier mémoire que j'ai publié sur les rémissions, en 1855, j'ai cru pouvoir établir qu'elles étaient caractérisées par la cessation du délire et la persistance de la démence, et depuis lors cette opinion me semble avoir été complètement confirmée par l'observation clinique. « On est généralement d'accord, dit M. Christian, sur la signification des rémissions ; elles sont caractérisées surtout par *la disparition du délire ;* ce qui persiste, c'est l'affaiblissement intellectuel, la *démence* seule ou avec quelques troubles de la motilité (1). »

Il paraît donc qu'il y a lieu de maintenir la distinction entre les rémissions et les guérisons temporaires, quelle que soit d'ailleurs leur durée.

En admettant la persistance d'une partie des lésions à l'état latent quand tous les symptômes ont disparu, on fait d'ailleurs une pure hypothèse ; on sait combien le malade qui a une première congestion cérébrale est exposé a en avoir une seconde. Or les liens étroits qui unissent la congestion cérébrale à la paralysie générale expliquent très bien la fréquence des récidives chez les malades guéris.

(1) *Annales médico-psychologique*, 1884, t. XI, p. 371.

©BIUM

LA FOLIE DU ROI LOUIS II

DE BAVIÈRE (1)

Par le Dr WILLIAM W. IRELAND

TRADUIT DE L'ANGLAIS

Par le Dr Victor PARANT

Directeur médecin de la maison de santé de Toulouse.

Les circonstances tragiques qui ont entouré la mort du roi Louis II de Bavière, ont attiré l'attention de tout le monde civilisé. Les journaux ont déjà publié bien des articles sur ce sujet; nous avons pensé néanmoins qu'il convenait de rappeler, dans un journal spécial de médecine mentale, ce grand drame historique, qui doit occuper une place à part dans les archives de la folie. Il est probable que des raisons d'État empêcheront les médecins qui y ont été mêlés de publier ce qu'ils en savent. Nos principales sources d'information ont été trois brochures allemandes (2), l'édition extraordinaire du *Berliner-Börsen Zeitung*, du 15 juin 1886, et toute une collection d'articles pris dans les journaux anglais et américains.

L'étude de ce fait, intéressante à cause du rang qu'occupait l'infortuné prince et du caractère émouvant de la

(1) Extrait de *The Journal of Mental Science*, octobre 1886.

(2) *Die Letzten Tage König Ludwig's II von Bayern*, par R. Graser, Stuttgart, 1886. — *Zur Königs-Katastrophe in Baiern*, par le baron Mundy, Vienne, 1886. — *König Ludwig II von Bayern*. Sein Leben, Wirken und Tod geschildert von George Morin. Munich, 1886.

©BIUM

catastrophe qui a mis fin à sa vie, est bien digne de l'attention des psychologues. Remarquons d'abord que les circonstances ont aidé plutôt qu'empêché l'évolution d'une prédisposition héréditaire à la folie. La famille de Wittelsbach est une des plus anciennes familles régnantes de l'Europe. Le duc de Bavière, l'un des plus remarquables parmi les hommes de la guerre de Trente ans, devint, en 1623, électeur de l'Empire germanique. Gustave de Suède, lorsqu'il entra à Munich en 1632, après la fuite de l'Électeur, admira le bon goût qui se révélait dans l'ornementation de son palais. Il demanda qui en était l'architecte. « L'Électeur, lui répondit-on, n'en a pas d'autre que lui-même. » Et le roi répliqua : « Je serais bien aise de le tenir pour l'envoyer à Stockholm. » Ainsi donc il semble que le goût de l'architecture décorative se soit montré, dès cette époque reculée, dans cette famille princière. Maximilien-Joseph Ier fut fait roi par Napoléon Ier après la bataille d'Austerlitz, et, pour prix de son alliance, il reçut en même temps le Tyrol. Ce prince manifesta de mainte façon le goût de sa famille pour les beaux-arts. Il devint acquéreur des marbres d'Egine, des peintures de Dürer, de la galerie de Dusseldorff. Son fils, Louis Ier, dépensa des millions à orner Munich de monuments splendides, dans les styles grec et italien. Il fut le protecteur de Cornelius et de Kaulbach. Ses fantaisies d'artiste, les scandales et les imprudences où l'entraîna sa maîtresse, Lola Montès, amenèrent sa déposition dans l'orageuse année 1848. Il eut pour successeur son fils, Maximilien II, dont le règne, à cause de ses tendances à la réaction, fut impopulaire. Le frère de Maximilien fut roi de Grèce ; mais il revint en Bavière en 1862, époque où ses sujets se débarrassèrent aisément de lui sans la moindre cérémonie.

Maximilien épousa Marie de Hohenzollern, fille du

©BIUM

prince Frédéric-Guillaume, le plus jeune fils de Frédéric-Guillaume II de Prusse. Cette femme passe pour avoir introduit la folie dans la famille. Que cela soit vrai ou non, la *Frankfürter Zeitung* constate que la tante paternelle du roi, la princesse Alexandra, fut mise en traitement, vers 1850, dans l'asile d'Illenau. Elle était possédée de l'idée qu'elle avait avalé un fauteuil en verre. La reine n'eut que deux enfants, Louis, né le 25 août 1845, et le prince Othon, né le 27 avril 1848. Lorsque Louis monta sur le trône, à la mort de son père, en 1864, personne ne songea à la fatalité suspendue sur ces deux frères, qui se ressemblaient beaucoup et qui étaient très attachés l'un à l'autre. Louis II était alors âgé de dix-neuf ans. Grand, bien fait de sa personne, doué de beaucoup de vigueur, il avait une éducation soignée et possédait beaucoup de qualités heureuses de l'esprit. On ne soupçonna pas que ses goûts héréditaires pour la musique et pour les arts, que son désir de s'entourer d'objets remarquables, deviendraient une passion dévorante qui dépasserait les bornes de la raison.

Le jeune roi fut fiancé, en 1866, à la duchesse Sophie, fille du duc Max et sœur de l'empereur actuel d'Autriche. Les fiançailles donnèrent lieu à de grandes réjouissances en Bavière. Le vieux roi, Louis Ier, avait beaucoup d'affection pour son petit-fils. Frappé de sa ressemblance avec l'Adonis d'une fresque de Pompéi, surtout dans l'expression passionnée du regard, il composa à cette occasion un sonnet qui fut publié le 27 février 1867, dans *Allgemeine Augsburg Zeitung;* il y promettait un heureux avenir au jeune roi et à sa fiancée. Vers le même temps, le Dr Morel étant allé à Munich pour l'affaire Chorinski, vit le roi de Bavière, et fut également frappé de l'expression de son regard. « Il a des yeux, dit-il, qui parlent de folie à venir. »

©BIUM

On raconte des histoires romanesques sur l'attachement du roi pour la duchesse Sophie ; mais dans sa vie tout était romanesque. La duchesse avait l'air indompté d'une nymphe des bois ; elle aimait passionnément les courses en forêt, les chiens, les chevaux, les excitations de la chasse. Comme elle vivait sur les bords d'une pièce d'eau très pittoresque, et que souvent elle s'élançait dans un léger esquif, on l'appelait *La dame du Lac*. Louis se plaisait à aller la trouver secrètement pour lui faire sa cour, et s'il avait un reproche à lui faire, c'était de se montrer trop réservée. Tandis que les préparatifs du mariage touchaient à leur terme, Louis, qui aimait beaucoup à arriver à l'improviste près de ceux qu'il affectionnait, pour leur causer d'agréables surprises, se déguisa un jour en ménestrel et vint à la tête d'une troupe de musiciens ambulants, donner une sérénade à sa fiancée. Il traversa un bois sauvage pour s'approcher du château où elle demeurait avec son père. Il avait un peu d'avance sur les musiciens. Que voit-il dans une clairière? Sa fiancée, dont les doigts se jouaient dans les boucles de cheveux du page qui l'avait accompagnée dans sa promenade à cheval. Elle se tenait auprès de ce jeune homme, assis sur un rocher, et il lui avait passé le bras autour de la taille. Le roi se précipita pour les tuer tous deux, et, comme il était grand et fort, il aurait pu le faire, si les musiciens ne fussent venus à leur secours. Louis dénonça le fait au père de la jeune fille, un Allemand aux façons brusques. Elle opposa des dénégations formelles et dit que le roi, sujet aux hallucinations, avait cru voir ce qui n'était jamais arrivé. Les *Débats* disent qu'elle était éprise non pas d'un page, mais de son chapelain particulier. Peu de temps après elle épousa un gentilhomme français.

Que cette anecdote soit vraie ou non, Louis commença vers cette époque à fuir la société des femmes. Il refusa

©BIUM

toute proposition de mariage et repoussa avec indignation les autres avances qui lui furent faites. D'après le *Boston Post*, il avait pris, pour lui faire ses lectures, une actrice fameuse, femme d'une beauté remarquable, qui remplissait ses fonctions presque jour et nuit. Pendant qu'elle lisait, il avait l'habitude de se coucher et il lui ordonnait de s'asseoir près du lit. Un soir, en lisant une tragédie, elle se leva, pour mieux rendre la scène, puis, soit par hasard, soit avec intention, elle vint se rasseoir sur le bord du lit du côté des pieds. Immédiatement, le roi lui ordonna de quitter de suite le royaume, parce qu'elle avait porté atteinte à sa dignité en touchant le lit royal. Elle dut partir, quoiqu'elle fût l'actrice la plus populaire de Munich.

On raconte qu'un jour le roi, s'adressant brusquement à son secrétaire, qui vivait avec sa famille près de l'une des résidences royales, lui dit : « J'ai remarqué l'attitude de votre femme. ». Le secrétaire garda le silence, ne sachant quoi répondre ; et Louis lui dit encore d'un ton sévère : « J'ai remarqué l'attitude de votre femme. » Le secrétaire, recouvrant sa présence d'esprit, répondit alors qu'il ferait en sorte que cela ne se reproduisît jamais.

Le roi Louis devint l'ami enthousiaste de Richard Wagner, dont les idées exaltées et la musique bruyante étaient tout à fait propres à lui frapper l'imagination. Il contribua largement à édifier le vaste théâtre de Bayreuth, et fit représenter avec une mise en scène aussi grandiose que possible, les opéras du grand compositeur. Louis aimait à personnifier en lui les héros de Wagner. Il lui arrivait souvent d'endosser la robe de pèlerin de Tannhaüser ou l'armure du chevalier Tristan ; mais son personnage favori était Lohengrin, fils du roi Parsifal, dont les gestes sont racontés dans un vieux poème bavarois. Cette légende fut ressuscitée dans

©BIUM

l'opéra bien connu de Wagner, et le roi Louis, monté dans un bateau sur le lac de Starnberg, déclamait souvent le rôle du chevalier. Trouvant que le lac ordinaire était un cadre trop vulgaire pour le haut personnage qu'il s'agissait de représenter, le roi fit construire un vaste réservoir sur le toit du château de Munich, et là, revêtu d'une armure brillante, il naviguait dans une barque, ayant devant lui un cygne empaillé. Voulant que l'eau fut bleue, il la fit colorer avec du sulfate de cuivre. Malheureusement, la solution corroda le métal de la toiture, en sorte que l'eau se mit à ruisseler à travers le palais du roi et détériora des ameublements splendides. Un opticien fut alors chargé de donner à l'eau une teinte bleue à l'aide de la lumière colorée. Le roi se plaignit ensuite que l'eau fût trop calme, et des hommes de peine furent occupés à l'agiter avec des rames ; ils réussirent si bien à produire des vagues, que le roi fut jeté à l'eau, ce qui le décida à abandonner ses déclamations nautiques sur le haut du palais. Dans une autre occasion, le roi, représentant le génie des montagnes, se fit porter en litière par six hommes sur les Alpes bavaroises.

Son intimité avec Wagner, plus avantageuse pour le musicien que pour le roi, cessa à la fin de 1865. La rupture fut amenée soit par la clameur populaire, soit par quelque intrigue de cour, soit encore parce que Louis finit par se lasser de la personnalité altière du compositeur. Le roi, cependant, continua d'être en correspondance avec Wagner ; à l'occasion, il lui rendait visite à la frontière de ses Etats, et quand celui-ci mourut, en 1883, il en montra, dit-on, beaucoup de chagrin. Le roi conçut d'autres chaudes amitiés pour des artistes et des acteurs, à qui il lui arrivait d'écrire de longues lettres. Ces amitiés durèrent peu de temps ; parfois même elles cessaient brusquement : le roi en

©BIUM

venait à remarquer « que c'était là se mêler à des gens bien communs ». Depuis son enfance il était très hautain, et trouvait que c'était bien de la liberté de la part d'un médecin, que de lui tâter le pouls quand il était malade.

On doit remarquer que tout ceci ne constitue pas une description continue de la névrose du roi, mais seulement une série d'anecdotes et d'observations dont la plupart sont sans date. Nous pouvons néanmoins tenir pour certain que cette maladie commença dans la jeunesse et qu'elle progressa lentement, mais d'une manière continuelle. Ce fut d'abord une humeur capricieuse, guidée seulement par les goûts et les aversions, qui ne laissait supporter ni retard ni refus dans la satisfaction des fantaisies ; puis se produisit une diminution graduelle de l'équilibre mental et de l'empire sur soi-même ; et finalement des hallucinations vinrent tout compliquer. Louis avait d'orageux accès de colère et de violents emportements contre ses serviteurs ; il alla jusqu'à donner l'ordre de mettre à mort ceux qui l'avaient offensé en dehors des murs de son palais.

D'après le rapport médical, lu au Landtag de Bavière, les symptômes de folie ont été nettement reconnus à partir de 1880. Le baron Mundy est d'avis que le roi était aliéné au moins dix ans avant sa mort.

Les peuples allemands ont un singulier respect pour les purs avantages de la naissance et du rang. Ils sont disposés, plus que bien d'autres peuples, à s'incliner devant le déploiement et l'étalage de la puissance de ceux qui les gouvernent. Tout le monde se prêta donc avec une merveilleuse patience aux caprices bizarres du roi (1). La nature élevée de ses goûts, le patronage

(1) En opposition avec ce fait, on peut mettre le prompt traitement de George III, et la guérison obtenue par les soins du Dr Willis.

©BIUM

qu'il accordait aux arts, inspirèrent le respect et l'admiration. Pendant longtemps, il fut sobre dans le boire et le manger et n'eut point de vices grossiers.

La vanité est d'ordinaire le côté faible des hommes doués de goûts artistiques ; cependant le roi sembla ne tenir aucun compte de la sympathie ou de l'admiration des autres hommes ; il ne s'en servait que pour mieux satisfaire ses rêves d'art et de belles choses. Il détestait d'être vu ; il ne jouissait des pièces de théâtre et des opéras que s'ils étaient joués dans une salle à moitié obscure où il était seul à prendre place. Un jour, au théâtre de la Cour, l'auditoire tout entier, autrement dit le roi, s'endormit pendant la pièce qui était jouée après la représentation publique. Personne n'osa le réveiller, et il dormit plusieurs heures. Quand sa majesté ouvrit les yeux, la pièce fut reprise au point où il avait cessé de la suivre, et ne finit qu'assez tard le lendemain.

Aux dîners de la Cour, on disposait des vases de fleurs et des amas de mets de manière à cacher les convives, afin que le roi ne fût point importuné par leur vue. Un orchestre dominait les bruits de la conversation. Pendant les dernières années, comme l'amour de la solitude croissait chez le roi, sa table à manger montait à l'aide d'un mécanisme, à travers le plancher, et tout était disposé pour qu'il pût prendre ses repas sans voir une figure humaine. Quand il avait besoin de quelque chose, il fallait qu'il l'eût à l'instant même. Quand une idée lui venait, il fallait qu'elle fût immédiatement mise à exécution. S'il lisait quelques détails sur une œuvre d'architecture, il commandait un train spécial pour aller la voir. Il ordonnait souvent d'éveiller ses écuyers au milieu de la nuit, pour qu'ils vinssent jouer au billard avec lui ; il chassa l'un d'eux qui était venu avec la cravate de travers. Souvent il dormait tout le jour, et veillait toute la nuit, tantôt lisant, tantôt s'en allant er-

©BIUM

rer à la clarté de la lune au milieu des sites grandioses qui entouraient ses châteaux ; en hiver, il se faisait conduire en traîneau dans les routes de montagne. Les paysans voyaient de temps à autre une apparition merveilleuse glisser en quelque sorte au milieu d'eux ; c'étaient les écuyers, les quatre chevaux parés de plumes, lancés au grand galop, la voiture, chef-d'œuvre d'élégance, illuminée à la lumière électrique, dans laquelle le roi était assis tout seul. De nombreux ouvriers étaient employés à tenir les routes en bon état, de crainte que le roi ne vînt à verser.

Son goût le plus dispendieux était celui de bâtir de nouveaux palais. Il fit construire le colossal château de Neuschwanstein, sur un rocher à pic, en face du vieux château de Hohenschwangau ; il fit élever encore une reproduction du palais d'été de l'Empereur de Chine et plusieurs châteaux nouveaux dans des sites perdus au milieu des montagnes. Ces demeures étaient décorées avec un goût rare ; il ne connaissait point de bornes à la dépense. Il n'est pas douteux que sur les millions ainsi follement prodigués, de grosses sommes ne soient restées entre les mains de ceux qui avaient à exécuter les projets artistiques du roi. Le docteur Schleiss, chirurgien du roi, qui semble avoir été le premier à soupçonner son état de folie, bien que pendant plusieurs années il l'eût peu vu, a tenu, dit-on, les propos suivants : « Le roi a ses manies ; il est extravagant et enthousiaste à l'excès ; il a un amour passionné pour l'architecture et les beaux-arts. Il faut rejeter le blâme de ses excentricités sur ceux qui ont été autour de lui depuis tant d'années. Ces mercenaires, ces gens égoïstes, menteurs, serviles, n'ont fait que donner de la force à ses caprices, et augmenter l'activité dévorante de ses passions. Ils le pillaient et le poussaient à d'énormes dépenses ». Le docteur Schleiss a expliqué plus tard que les journaux,

©BIUM

en disant qu'il regardait le roi seulement comme un excentrique, n'ont point donné son opinion véritable ; mais celles de ses paroles que nous venons de transcrire doivent être considérées comme l'expression de la vérité. Les calculs de l'intérêt personnel, les éloges enthousiastes des architectes, des peintres, des sculpteurs qui avaient des entrevues avec le roi, la crainte de causer un scandale énorme, ces raisons, jointes à ce que le genre de vie retirée du roi jetait comme un voile sur toutes ses actions, ont fait pendant longtemps que son état d'esprit ne fut connu que d'un petit nombre de personnes.

D'autres raisons, d'ordre politique, firent également que l'on s'efforça de dissimuler la réalité. Divers journaux ont publié de temps à autre quelques détails sur les actes étranges et les bizarreries du roi de Bavière ; leurs articles furent souvent l'objet de démentis. Un correspondant du *Standard*, après des recherches personnelles faites à Munich, au sujet de la reproduction récente d'articles hostiles au roi Louis, se disait encore, à la date du 20 janvier dernier, en mesure d'affirmer, d'après des renseignements certains, que ces articles étaient sans fondement ; que les ministres de Bavière, loin de pousser le roi à abdiquer, avaient discuté l'opportunité de poursuivre, pour diffamation, ceux des journaux d'Allemagne ou d'Autriche qui avaient publié les articles en question. Mais les plus hautes autorités sont parfois plus portées à cacher la vérité qu'à la dire. La folie du mystérieux roi et sa déchéance morale avaient été, depuis deux ans, dénoncées sans ambages dans un feuilleton du *Social Demokrat*, de Zurich (21 février 1884). Des exemplaires de ce journal passèrent de main en main et furent lus à Munich avec curiosité. Le dérangement d'esprit du pauvre roi s'aggravait chaque jour. Et ce n'était un secret pour personne que son frère Othon avait été aliéné pendant plusieurs années, et qu'il

©BIUM

avait fallu le séquestrer, le tenant sous une étroite surveillance.

L'aversion que le roi avait d'être vu alla en augmentant. En dernier lieu la seule femme qu'il pût tolérer était la princesse Gisèle, fille de l'empereur d'Autriche, mariée au prince Louis, second fils de son oncle Luitpold. Elle avait captivé ses bonnes grâces. Il s'était mis à lui envoyer des présents par ses écuyers, à toute heure du jour et de la nuit.

Le messager avait ordre de ne remettre le présent qu'à la princesse elle-même ; celle-ci devait ainsi se lever parfois au milieu de son sommeil, pour recevoir un bouquet ou tout autre témoignage de l'affection du roi. Louis avait depuis longtemps l'habitude de boire un bon nombre de verres de champagne pour se donner de l'aplomb avant d'accorder ses audiences publiques aux ambassadeurs. Ses ministres trouvèrent des difficultés de plus en plus grandes à avoir des entrevues avec lui. Quelquefois il interrompait la conversation avec eux pour réciter des morceaux de poésie. Pendant plusieurs années, il tint les conseils assis derrière un écran. Le dernier secrétaire du cabinet, Schneider, n'a jamais vu le roi face à face. Ses ministres disent toutefois que ses questions et ses remarques dénotaient encore du savoir et de la finesse. En dernier lieu il n'avait presque plus de relations qu'avec les serviteurs d'un rang inférieur. Il eut des préférences soudaines pour des soldats de sa garde, qu'il chargeait d'un service auprès de lui, et qu'il chassait au bout de quelques jours. Pendant plusieurs années son chambellan, Meyer, pour se présenter devant lui, devait se masquer de noir, parce que son royal maître n'aimait pas son visage. Un serviteur, que le roi trouvait stupide, dut se mettre sur le front un sceau noir, pour indiquer qu'il avait des lacunes dans le cerveau. Le roi se levait généralement à trois heures de

©BIUM

l'après-midi ; il sonnait son valet de chambre qui entrait en s'inclinant très bas ; il recevait les ordres du roi, sur une tablette tenue sur les genoux. Louis lui posait quelquefois jusqu'à vingt questions. Quand elles étaient écrites, le roi disait : « Maintenant, répondez ». Son service une fois terminé, le valet de chambre devait sortir à reculons, en s'inclinant profondément. On raconte qu'un jour, Louis, trouvant qu'un laquais ne s'était pas incliné assez bas, lui cria avec colère : « Courbez-vous davantage ! » L'homme se courba, s'inclina presque jusqu'à ce que son visage touchât terre, et alors le roi lui donna un coup de pied dans le menton. Il est constaté, par le rapport lu devant le Landtag de Bavière, que vingt-deux serviteurs ont déclaré comme témoins qu'ils avaient été battus, frappés du pied, lancés contre le mur ou maltraités d'autre manière. Quelques-uns d'entre eux avaient reçu en compensation une grosse somme d'argent. Souvent le roi donnait des ordres à travers la porte fermée ; les serviteurs frappaient un coup pour montrer qu'ils avaient compris.

La dégradation se montra de plus en plus dans les habitudes du roi. Il se mit à manger sans mesure et à boire avec excès, surtout du vin blanc du Rhin, mêlé de champagne et parfumé à la violette. On dut lui retirer les armes de sous la main. Il ordonna plusieurs fois de charger de fers des serviteurs qui l'avaient offensé, et de les mettre au pain et à l'eau ; il ordonna d'en mettre d'autres à mort et de jeter leurs corps dans le lac. Par bonheur, il n'insistait pas en voyant que ses ordres n'étaient pas exécutés. Toutefois il donna l'ordre de jeter en prison un secrétaire d'Etat, von Ziegler, et chaque jour il fallait lui envoyer un rapport imaginaire sur l'état de ce personnage. Un jour, il envoya à un officier de haut rang, à Munich, un soldat porteur d'une lettre ainsi conçue : « Le porteur a dîné avec moi hier soir ; qu'il

©BIUM

soit immédiatement fusillé. » Quand le ministre des finances lui annonça que le budget était en déficit, et qu'il ne pouvait plus lui donner d'argent pour bâtir ses palais, le roi fit dire au conseil des ministres de fustiger ce chien et de lui arracher les yeux. On a montré ainsi trois ordres, signés de la main de Louis, pour l'exécution de ministres qui l'avaient offensé. Il avait en grande haine le prince royal d'Allemagne, qui venait chaque année inspecter l'armée bavaroise. Il ordonna à plusieurs reprises à son chambellan, Hesselschwerdt, d'envoyer une troupe d'hommes s'emparer du prince, et de le jeter dans un cachot où on le laisserait souffrir de la faim et de la soif. D'autres ordres du même genre furent donnés contre des princes et des ministres de Bavière.

Les serviteurs du roi ont attesté que pendant plusieurs années de suite il avait éprouvé de grandes douleurs derrière la tête, et qu'il fallait y appliquer de la glace. Il souffrait d'insomnies persistantes, pour lesquelles il prit du chloral. Il eut de fréquents accès d'excitation motrice, dans lesquels il sautait, dansait, gambadait de côté et d'autre. Quelquefois alors il s'arrachait les cheveux et la barbe. D'autres fois il restait immobile à la même place.

Il avait fréquemment des illusions sensorielles et des hallucinations. Souvent il entendait des pas, des voix. Quand il gelait ou neigeait, il se croyait auprès de la mer. Il avait coutume de s'incliner devant certains arbres, certains buissons ; il ôtait son chapeau devant les bustes, et faisait mettre ses serviteurs à genoux devant une statue qu'il croyait être celle de Marie-Antoinette. Il disait à un laquais de prendre des objets qui n'y étaient pas, et si cet homme paraissait dans l'embarras, il le menaçait de l'étrangler. Il croyait voir des couteaux devant ses yeux.

Il faut bien se rappeler que tous ces symptômes,

©BIUM

toutes ces actions, réunis comme ils le sont en quelques phrases, ne représentent pas toute la vie de l'infortuné prince. Ils s'étendent à plusieurs années et sont mêlés à des actions plus sensées. Nous n'avons aucun moyen de déterminer le rapport de fréquence qu'ils avaient avec les autres idées, les autres faits et gestes du roi. Que Louis ait pu si longtemps conserver le pouvoir dans de telles conditions, c'est un fait historique qui peut sembler des plus étranges et des plus inconcevables. Nous ne sommes nullement surpris d'apprendre que la fortune privée du roi et sa liste civile fussent administrés avec une négligence extrême, et qu'après la catastrophe terminale le chef de l'opposition ait fait une violente sortie contre les ministres de Bavière, sortie qui amena une vive réplique de la part de von Lutz. Un roi devenu incapable de gouverner trouve facilement des gens disposés à le faire à sa place ; et si ce n'eût été l'importunité de ses créanciers, l'extravagance de ses demandes au Trésor, ses menaces de faire pendre le ministre des finances s'il n'en obtenait pas de l'argent, Louis II pourrait encore avoir son nom inscrit dans *l'Almanach de Gotha*, en qualité de roi de Bavière, comte Palatin du Rhin, colonel d'infanterie de lanciers, de hussards dans les armées d'Autriche, de Prusse, de Russie, etc. Le roi avait été pris d'une ardente admiration pour l'étalage de puissance du grand roi Louis XIV ; il lisait tout ce qu'il pouvait se procurer sur lui et sa Cour, y compris même les désastres que son propre ancêtre, l'électeur de Bavière, avait eu à supporter, à la suite de son alliance avec la France. On dit qu'il avait l'habitude d'errer la nuit, vêtu comme le grand monarque, dont il avait le portrait allégorique, représentant le soleil, dans l'une de ses splendides chambres. Son admiration s'étendait jusqu'à Louis XVI et à Marie-Antoinette. Ayant appris que l'on repré-

©BIUM

sentait à Vienne un drame relatif à Mme de Pompadour, il fit immédiatement partir un envoyé spécial pour s'en procurer une copie ; mais ni le compositeur ni le directeur du théâtre ne voulurent la donner. On obtint néanmoins cette copie en engageant des sténographes qui recueillirent les paroles pendant que l'on jouait la pièce. Il bâtit dans une île le palais de Herren Chiemsee, qui est la reproduction du palais de Versailles, pièce par pièce. Il était allé lui-même plusieurs fois à Versailles, incognito, pour mieux faire la comparaison; ses plans de décoration, pour l'intérieur, remplissaient son ministre de désespoir. Il envoya des agents aux princes étrangers, au Brésil, à Stockholm, à Constantinople, à Téhéran, pour leur emprunter de l'argent. Il donna des instructions à l'un de ses serviteurs pour organiser une bande de voleurs, chargée de piller les banques de Vienne, de Berlin et de Stuttgart.

Le baron Mundy affirme qu'au mois de mars 1886 le Dr von Gudden, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Munich, fut consulté et déclara que l'état du roi ne constituait pas simplement de l'excentricité, mais bien une véritable aliénation mentale. Malgré cette déclaration, Louis resta en possession de ses droits légaux comme roi encore plus de trois mois, pendant lesquels il continua de rendre exécutoires les actes législatifs votés par le parlement de Bavière ; ce n'est guère qu'au commencement de juin que les ministres bavarois se montrèrent enfin disposés à user de l'article de la constitution qui pourvoyait à la proclamation d'un régent en cas de maladie grave du roi. Le 9 juin, le prince Luitpold, oncle du roi, troisième fils de Louis Ier, fut nommé régent. La veille, quatre médecins avaient, sous la foi du serment, certifié que le roi était aliéné. Nous transcrivons leur certificat :

« 1° Sa Majesté est dans un état avancé de folie ; elle

©BIUM

« est atteinte de cette forme de maladie mentale qui « est bien connue des médecins aliénistes sous le nom « paranoia (*démence avec délire*).

« 2° Par suite de l'aggravation graduelle et cons- « tante de la maladie, qui dure depuis plusieurs années « déjà, Sa Majesté est incurable : on ne peut prévoir « pour l'avenir qu'un affaiblissement de plus en plus « grand des facultés intellectuelles.

« 3° Cette maladie exclut complètement le libre « exercice de la volonté ; par conséquent le roi n'est « pas capable d'exercer le gouvernement. Cette situa- « tion se prolongera non seulement pendant plus d'une « année, mais durant toute la vie du roi. »

Signé : GUDDEN. GRASHEY.
HAGEN. HUBRICH.

Le 9 juin une commission se rendit à Hohenschwangau, pour communiquer au roi les dispositions prises à son égard. Louis, qui se trouvait alors dans le château voisin de Neuschwanstein, fut averti par son cocher de ce qui se préparait contre lui. Il reçut la nouvelle avec calme, et prépara aussitôt ses moyens de résistance. Il réunit toute la gendarmerie d'alentour, lança une proclamation faisant appel à son armée pour le défendre, et fit demander à Kempten un régiment de chasseurs. Mais l'officier qui commandait ce régiment, ayant eu connaissance de la proclamation de la régence, ne bougea pas. Lorsque trois des membres de la députation arrivèrent le lendemain matin à Neuschwanstein, ils se virent refuser l'entrée, sauf le comte de Holnstein, qui ressortit bientôt, après avoir eu avec Louis une entrevue courte et pleine de défiance. Les commissaires retournèrent au vieux château, et quelques instants après un sergent de gendarmerie se présenta, avec un ordre écrit du roi pour les arrêter tous. Comme ils n'a-

©BIUM

vaient point d'escorte armée, et que le sergent était accompagné de forces suffisantes, ils jugèrent à propos de céder, et ils furent conduits sous bonne garde à Neuschwanstein. Environ une heure et demie plus tard, trois autres membres de la députation, parmi lesquels le Dr Gudden et le Dr Müller, furent également arrêtés et enfermés dans le château. Le roi avait ordonné de leur arracher les yeux et de leur déchirer la chair sur les os. Au bout de deux heures, les gendarmes ayant eu connaissance de la proclamation de la régence, les commissaires furent délivrés de la situation dangereuse où ils se trouvaient, au pouvoir d'un maître devenu aliéné. Ils partirent immédiatement sans s'occuper de leurs bagages, et leurs voitures parcoururent en un rien de temps la distance qui les séparait de Munich. Le même jour le palais fut cerné de gendarmes, sous les ordres du régent, et tous les serviteurs, excepté deux, durent quitter le vaste édifice. A trois heures du matin, le 12 juin, les commissaires vinrent de nouveau au palais. Le roi était dans la salle de musique, lorsque deux gardiens s'approchèrent de lui. Il se leva aussitôt, disant : « Oh ! les voici déjà ! » Il se laissa conduire au bas de l'escalier, au pied duquel il rencontra les commissaires. D'un ton calme il dit qu'il n'avait pas les moyens de résister aux mesures prises contre lui ; qu'il ne savait pas qui avait pu tourner contre lui l'empire d'Allemagne, dont il avait toujours été l'un des soutiens, pour qu'il laissât de pareilles choses s'accomplir. Ce qui lui faisait le plus de peine, c'était d'être déclaré aliéné, et d'être regardé comme tel par son peuple. Alors il tendit la main à Nickel, l'un de ses serviteurs, le remercia de ses bons services, et monta seul dans une voiture, sur le siège de laquelle un des gardiens avait pris place à côté du cocher. Les personnes qui l'entouraient sanglotaient tout haut. Un grand nombre de gens attendaient

©BIUM

la voiture dans le village. Le roi les salua d'une façon amicale, et tous pleurèrent jusqu'à ce qu'ils l'eussent perdu de vue. On le conduisit en six heures au château de Berg (1). Il était accompagné par le Dr Gudden, avec une suite de serviteurs. Cette prompte et sommaire déposition fit naître bien des mécontentements, surtout parmi les gens de la campagne. Le roi avait reçu des offres de secours, et s'il se fût mis dans la tête de s'échapper dans le trajet vers Berg, quelque malheur aurait pu s'ensuivre. Il exprima son approbation pour les arrangements faits dans le château, conformément à ses goûts, et s'entretint amicalement avec le Dr Gudden, ainsi qu'avec le Dr Müller, qui avait été envoyé comme adjoint. Le dimanche, 13, vers midi, il fit une promenade avec le Dr Gudden ; il avait l'air tout à fait calme et amical. Vers six heures et demie du soir, il demanda à faire une autre promenade dans le parc, et le Dr Gudden partit encore avec lui. Le Dr Müller envoya deux gardiens derrière eux ; mais, sur la demande du roi, ils s'en retournèrent. Comme le roi n'était pas rentré pour le souper, à huit heures du soir, on se mit à sa recherche. On trouva près du lac de Starnberg la canne du roi et le chapeau de Gudden ; on envoya alors un bateau le long du rivage, et vers dix heures et demie on découvrit deux corps qui flottaient la face dans l'eau. L'examen des lieux et l'étude des circonstances démontrèrent que Louis avait dû entraîner le docteur vers le lac où il s'était précipité. Gudden l'avait suivi dans l'eau et l'avait saisi ; mais Louis avait retiré son pardessus et son habit. Le Dr Gudden, âgé de soixante-deux ans, dut perdre connaissance, ou bien le roi qui n'avait que trente-deux ans et était très vigoureux, le maintint sous l'eau jusqu'à ce qu'il fût asphyxié. Comme

(1) Sur le lac de Starnberg, à dix lieues de Munich.

©BIUM

Louis était bon nageur, que l'endroit où l'on trouva les cadavres n'avait guère que trois pieds de profondeur, et que c'était à vingt pas du rivage, il n'est pas douteux que ce roi détrôné n'ait cherché et trouvé la mort dans le lac de Starnberg. Le corps du médecin dévoué, qui, fidèle à sa profession, n'avait pensé qu'à son devoir, fut trouvé plus près du rivage, à un mètre environ du corps de son royal malade. Il présentait sur le nez quatre égratignures et sur le front une contusion que le Dr Gudden avait reçues dans la lutte. La montre du roi s'était arrêtée à sept heures moins six, l'eau ayant pénétré entre le verre et le cadran.

Il semblerait qu'en cédant aux désirs du roi et en donnant l'ordre aux gardiens de ne pas les suivre dans la promenade, le Dr Gudden n'a pas songé au danger d'un suicide ; et cependant l'on dit que Louis avait plusieurs fois parlé d'en finir avec la vie ; il avait demandé à être conduit au sommet d'une tour ; et même, depuis qu'il était arrivé à Berg, on lui avait avait refusé l'usage d'un couteau pointu. Il semble étrange que le médecin expérimenté d'un grand asile n'ait pas redouté une agression violente de la part d'un aliéné qu'il avait si récemment fait priver de la liberté et qui venait, trois jours auparavant, de donner l'ordre qu'on lui arrachât les yeux. En outre, même en admettant qu'il y eût autour du château un cordon de surveillance suffisant pour empêcher le roi de s'évader, une tentative d'évasion même sans violences, eût été, à tout le moins, une affaire malencontreuse et déplorable.

La terrible mort du roi ne réussit pas à imposer silence à ceux qui doutaient encore qu'il fût aliéné. Aussi pensa-t-on qu'il était nécessaire, pour trancher la question d'une manière évidente, de faire examiner le corps par des médecins connus pour leur expérience en anatomie pathologique.

©BIUM

Ceux-ci trouvèrent dans le crâne, dans le cerveau et dans les méninges, des altérations considérables, ayant le caractère des dégénérescences. On les regarda comme dues en partie à un vice d'organisation congénitale, et en partie à une inflammation chronique.

Parmi les détails de l'autopsie qui ont été imprimés, nous notons que la longueur totale du corps était de 191 centimètres (six pieds) ; le tour de la poitrine était de 103 centimètres. Comparé à la grandeur du corps, le crâne était petit. Il était asymétrique ; le diamètre occipito-frontal avait à gauche 17, 2, à droite 17, 9. La voûte était extraordinairement mince. Le tissu osseux de la face intérieure du crâne présentait des altérations. Sur la table interne de l'os frontal était une production osseuse de 2 millimètres d'épaisseur, autour de laquelle le tissu de l'os était poreux et friable. Sur le rocher était une saillie qui pénétrait d'un centimètre environ dans le lobe temporo-sphénoïdal. La pie-mère était épaissie, surtout dans la région frontale, où elle était rugueuse et contenait beaucoup de sang. L'arachnoïde était épaissie, sans présenter de plaques laiteuses. A la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante la pie-mère et l'arachnoïde étaient devenues épaisses et rugueuses dans l'étendue d'une pièce de 1 franc ; en appuyant sur la table interne du crâne elles avaient en ce point déterminé la résorption de l'os.

Le cerveau pesait 1,349 grammes ; il était plein de sang et un peu ramolli.

L'estomac présentait des traces de catarrhe chronique.

Si le défaut de symétrie et le développement défectueux de la base du crâne constituaient des anomalies originelles, les altérations des parties molles indiquaient bien une action morbide récente. En dehors de ce que nous venons de voir, les résultats de l'autopsie, tels

©BIUM

qu'ils ont été publiés, ne contiennent rien de spécial.

Au cours de cette relation rapide, nous nous sommes préoccupé de donner des faits, des détails, plutôt que de faire des réflexions ; mais il est difficile de n'être point frappé d'étonnement en présence d'une histoire si étrange. Comment la Bavière a-t-elle pu, pendant tant d'années, être gouvernée par un roi aliéné, qui l'a traitée comme on traite un bien héréditaire de famille ! Comment à peine est-elle délivrée de Louis II, les généraux de son armée et les autres fonctionnaires peuvent-ils être appelés à prêter serment d'obéissance à son frère Othon, qui est, et qui a été depuis si longtemps plus aliéné que Louis lui-même ! N'est-ce pas abuser du droit divin et de la sainteté d'un serment, que de faire roi un homme connu pour être notoirement incapable de régner, et d'obliger un peuple à lui promettre obéissance, alors que l'on sait que jamais ce peuple ne pourra être appelé à tenir cette promesse ?

N'est-ce pas, en outre, profondément contraire aux traditions du droit divin que la maladie en vienne à imposer ses lois inexorables dans les palais des rois ? Si les princes allemands ne rompent pas avec certains de leurs préjugés ; s'ils ne se montrent pas plus sages et moins exclusifs dans leurs mariages, n'ont-ils pas à craindre qu'un peuple aussi éclairé que le peuple allemand ne se charge de leur enseigner ce qu'ils n'auront pas appris eux-mêmes, et, pour emprunter une expression de Schiller, de rendre, pour eux, plus facile d'être de simples hommes, et plus difficile d'être des rois.

©BIUM

MOUVEMENT
DE
L'ALIÉNATION MENTALE A PARIS
(1872-1885)

Par M. le Dr Augustin PLANÈS
Ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine.

Pendant mon internat à l'infirmerie spéciale près le dépôt de la Préfecture de police, quand il fallut penser à choisir un sujet de thèse, mon regretté Maître, Legrand du Saulle, me conseilla vivement de mettre à profit cette situation pour réunir et faire connaître des documents puisés aux sources officielles qui pourraient intéresser ceux qui s'occupent d'aliénation mentale. Il s'agissait de parcourir les dossiers médicaux que cette administration conserve depuis 1871 (ceux antérieurs ont été détruits pendant la Commune), et grâce à eux de rechercher, entre autres choses : 1° si le nombre des aliénés augmente toujours, ainsi qu'on se plaît à le dire généralement ; 2° dans quelle mesure y contribue chaque sexe ; 3° s'il y a des formes d'aliénation mentale qui sont en voie d'augmentation ou de diminution de fréquence, etc.... Quelque long et pénible qu'ait été le travail que je consacrai à cette thèse (1), j'en fus suffi-

(1) *Quelques considérations sur la folie à Paris*, observée à l'infirmerie spéciale du dépôt, près la Préfecture de police (1872-1885); par le Dr A. Planès. Thèse de Paris, 1886.

©BIUM

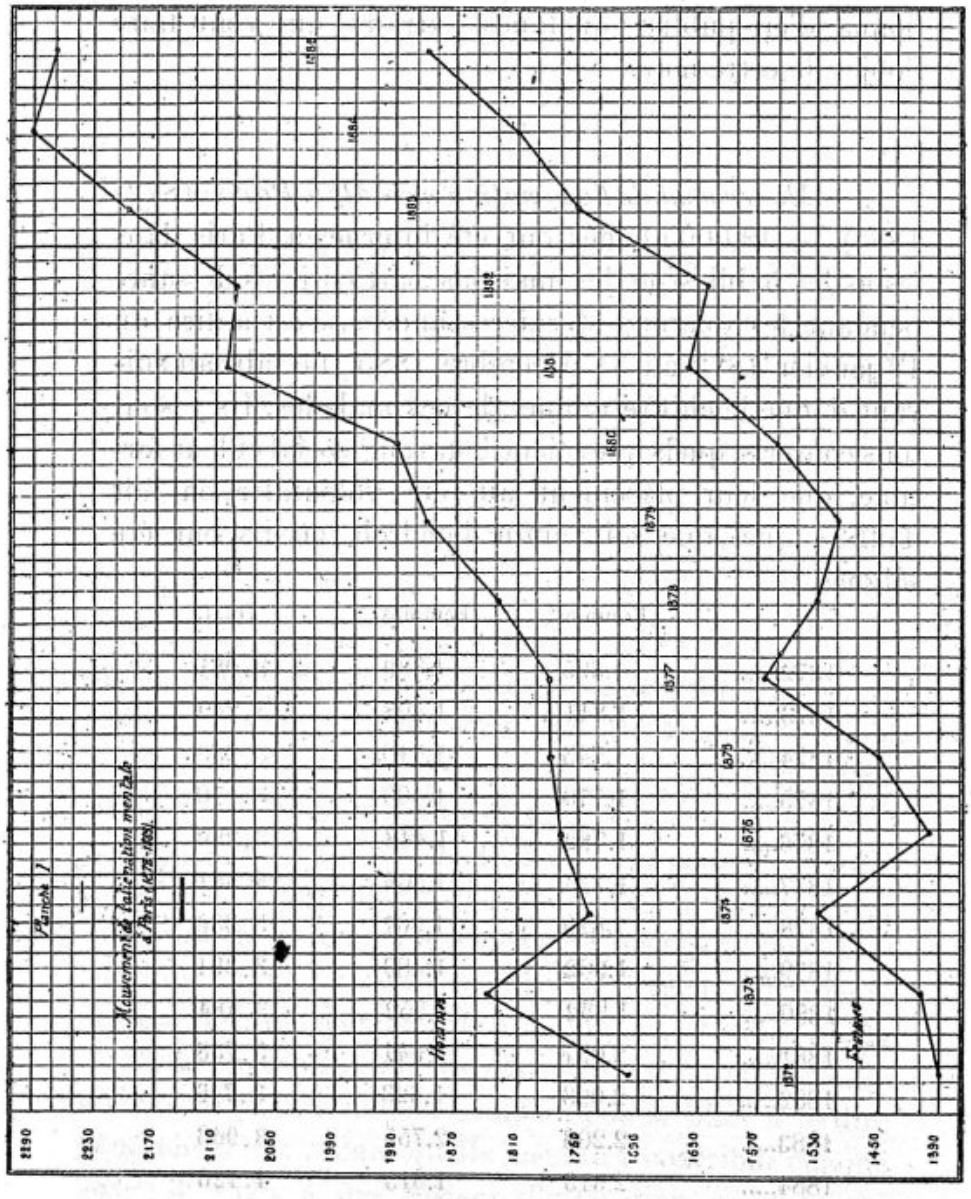
samment récompensé par le conseil flatteur qu'on me donna d'en publier quelques extraits qui vont faire l'objet de cette note.

I.— *Mouvement de l'aliénation mentale à Paris* (1872-1885). — 49,000 aliénés ont été internés à Paris dans les asiles publics ou les maisons particulières de santé pendant les quatorze dernières années, c'est-à-dire du 1er janvier 1872 au 31 décembre 1885. Le tableau suivant donne le chiffre annuel de ces malades. Ils y sont tous compris, quels que soient leur rang social et leur fortune, que leur placement ait été volontaire ou fait d'office, quel que soit enfin l'endroit où ils ont été soignés.

	Hommes.	Femmes.	Total.
1872.....	1.695	1.389	3.084
1873.....	1.841	1.408	3.249
1874.....	1.743	1.510	3.253
1875.....	1.770	1.400	3.170
1876.....	1.782	1.448	3.230
1877.....	1.776	1.565	3.341
1878.....	1.829	1.507	3.336
1879.....	1.902	1.489	3.391
1880.....	1.932	1.552	3.484
1881.....	2.097	1.641	3.738
1882.....	2.093	1.623	3.716
1883.....	2.208	2.755	3.963
1884.....	2.313	1.813	4.126
1885.....	2.289	1.897	4.186
			49.267

Un tracé graphique aidant mieux la compréhension de tous ces chiffres fait l'objet de la planche I.

©BIUM



On voit d'après le tableau précédent qu'en 1872, le nombre des malades internés a été un peu au-dessous de la moyenne ordinaire, mais il faut se rappeler que Paris venait d'être en proie à la guerre et à la Commune. Un grand nombre de personnes s'étaient éloignées et n'étaient pas encore rentrées. On m'a fait remarquer

©BIUM

aussi que beaucoup d'aliénés avaient probablement été tués pendant ces événements, car, en pareil cas, ils se mettent souvent au premier rang et y trouvent facilement la mort. Que de fous encore et d'alcooliques parmi les victimes de la Commune ! En 1873, au contraire, il y a une poussée anormale, comme une sorte de compensation, surtout pour les hommes. Pour les femmes, elle s'est produite aussi, mais l'année suivante seulement, en 1874. Jusqu'en 1878, on ne peut noter que des variations sans importance ; en 1870 et 1880, il y a une légère augmentation qui s'accentue ensuite d'une façon assez marquée et se continue sans interruption jusqu'à l'année dernière. De 3,170 en 1875 (année la plus faible) le nombre des aliénés s'est trouvé porté à 4,186, c'est-à-dire un tiers en plus. Inutile de faire remarquer combien cette progression est considérable !

Mais ces considérations faites en dehors du chiffre de la population parisienne ne pourraient suffire à montrer que les cas de folie ont augmenté de fréquence ; pour mettre ce fait en lumière, il faut rapprocher le nombre des cas d'aliénation du nombre d'habitants au milieu desquels ils se sont produits. Or, on sait que le recensement n'a été fait qu'en 1872, 1876 et 1881 : nous aurions besoin aussi de celui de 1885, mais il n'y en a pas eu, et pour le remplacer nous prendrons le résultat de celui de 1886, ce qui ne constituera qu'une légère cause d'erreur. Qu'on nous permette de rappeler le chiffre de la population habitant Paris à ces diverses dates :

	Hommes.	Femmes.
1872	927.224	924.568
1876	980.838	1.007.968
1881	1.113 328	1.126 602
1886	1.103.014	1.157.931

En divisant ces divers nombres par la quantité annuel-

©BIUM

lement correspondante de cas d'aliénation mentale, on trouve facilement quelle est la proportion d'hommes ou de femmes pour un cas de folie pendant ces diverses années.

	Hommes.	Femmes.
1872	547	665
1876	550	696
1881	530	686
1886	481	610

Ces chiffres nous paraissent prouver d'une façon irréfutable que le nombre de cas d'aliénation mentale s'est accru à Paris surtout depuis quelques années, puisque la proportion par nombre d'habitants s'est sensiblement élevée.

Nous avons cherché s'il y avait des formes cliniques plus particulièrement responsables de ce fait. Nous donnerons plus de détails quand nous nous occuperons de chacune d'elles en particulier, mais dès à présent on peut dire que ce sont surtout les alcooliques, les adultes affectés de débilité mentale et les malades en proie à des affections cérébrales d'ordre sénile qui sont la cause de cette augmentation du nombre des aliénés hommes. Nous verrons en effet plus loin, à propos des alcooliques, que les malades de ce genre deviennent de jour en jour plus nombreux, ce qu'on doit attribuer sans hésitation à la mauvaise qualité des alcools d'industrie livrés au commerce. Quant aux débiles et aux séniles. ils sont également faibles d'esprit, quoique pour des raisons différentes. Mal armés pour la lutte, leur insuffisance éclate en raison de la difficulté des temps, et comme il paraît que les affaires sont actuellement en souffrance à Paris, depuis le krach de la Bourse en 1882, il n'y a rien d'étonnant qu'ils ne viennent échouer en plus grand nombre dans les asiles. Pour les femmes, nous avons trouvé que l'augmentation était due au plus

©BIUM

grand nombre de malades affectées de délire des persécutions, de mélancolie et de paralysie générale:

On peut invoquer aussi des raisons plus générales. L'usage de plus en plus répandu des chemins de fer a, par exemple, attiré à Paris nombre de fous qui n'y seraient jamais venus autrefois, par exemple : les mégalomanes qui viennent apporter leurs inventions et y développer leurs plans; les persécutés qui se déplacent sans cesse pour tâcher de mettre fin à leurs maux et qui justifient si bien cette épithète d'aliénés migrateurs dont s'est servi M. Foville, etc.

Il est à remarquer qu'il n'y a pas eu d'augmentation sensible du nombre des internements ni l'année de l'Exposition universelle de 1878, ni les suivantes, et cependant on aurait pu s'y attendre, étant donnée la quantité non seulement d'étrangers visiteurs, mais d'ouvriers qui ont été attirés à Paris par cet événement. Il est surprenant, en particulier, qu'il n'y ait pas eu plus de cas d'alcoolisme, ainsi que nous le verrons plus loin.

Cette augmentation du nombre des aliénés s'est donc produite en dehors de toute grande commotion publique. C'est qu'en effet il n'en est pas besoin, ainsi que c'est démontré par cette période de quatorze années exemptes de révolution et ainsi que l'avait si bien décrit Legrand du Saulle au lendemain de la Commune :

« On croit généralement et l'on répète sans cesse que les événements politiques exercent une influence très marquée sur le développement de la folie, entraînent une élévation considérable du chiffre des aliénés et conduisent aux catastrophes cérébrales les plus inattendues, c'est là une erreur. Les révolutions et les émeutes ne frappent que l'intelligence des individus prédisposés et ne font que précipiter l'échéance d'une infortune qui devait entrer dans les choses prévues. Une cause efficiente tout autre que la chute d'un trône ou la fusil-

©BIUM

lade de la rue aurait identiquement produit le même résultat.

« Pour imprimer sur le cerveau humain une tache pathologique, il faut plus qu'une commotion politique ; il faut une altération continue, lente et progressive de l'éducation, des habitudes et des mœurs publiques ; il faut des surexcitations passionnelles prolongées, des dépenses excessives d'activité cérébrale ou des vices crapuleux. C'est alors que, sous l'influence de ces causes perturbatrices, les fonctions du système nerveux se modifient et se dépravent, que la folie éclate et que le suicide augmente (1). »

M. Lunier s'est occupé de rechercher (2), il y a quelques années, dans les *Annales médico-psychologiques*, si le nombre des aliénés était en voie d'augmentation pour toute la France, et il a calculé pour cela le rapport des nouveaux admis aux malades déjà en traitement. Il a trouvé qu'il était de 12,5 pour 100 en 1842, de 5,7 pour 100 en 1861 et seulement de 1,70 en 1882. « Le chiffre des admissions, conclut-il, tend donc à rester stationnaire et il l'est déjà, je le répète, dans la plupart des départements qui ont des asiles bien organisés et où le service fonctionne régulièrement depuis un certain nombre d'années. Est-il de meilleure preuve que l'augmentation des cas de folie, en admettant qu'elle soit réelle, est dans tous les cas beaucoup moins considérable qu'on le pense généralement? »

Les recensements fournissaient cependant à M. Lunier des nombres en progression constante et, pour ne citer que les chiffres qui correspondent à la période qui

(1) Legrand du Saulle. De l'état mental des habitants de Paris pendant les événements de 1870-71. Appendice au *Traité sur le délire des persécutions.*

(2) M. Lunier. Mouvement de l'aliénation mentale en France de 1835 à 1882. *Annales méd.-psych.* n° de septembre 1884.

©BIUM

nous intéresse, il y avait en traitement, au 1er janvier 1872, 37,273 aliénés et 49,012 au 1er janvier 1882. Pour expliquer cette différence, il se fonde alors en particulier sur les modifications successivement introduites dans ce service.

Nous ne pouvons nous rallier à cette interprétation de M. Lunier, car aucune critique de ce genre ne peut être adressée à notre statistique, et il nous paraît hors de toute contestation que le nombre des aliénés s'est accru à Paris depuis une quinzaine d'années et dans des proportions qui sont même assez considérables.

II. — *Fréquence relative de la folie dans les deux sexes.* — Nos 49,000 malades se répartissent en 27,270 hommes et 21,997 femmes. La folie est donc plus commune chez l'homme que chez la femme à Paris, et nous verrons qu'il en est de même ailleurs. Si on cherche la proportion pour 100, on trouve exactement 56,5 hommes et 43,5 femmes ; ou bien 129 hommes pour 100 femmes.

Les auteurs qui se sont occupés de statistiques des aliénés sont arrivés à des résultats semblables et, cependant, le contraire de cette vérité est assez généralement admis. Ce qui a pu induire en erreur, c'est qu'on a jugé d'après le nombre des aliénés en traitement. Ce qui donne, au contraire, la mesure exacte de la fréquence de la folie, ce n'est pas le nombre des présents à l'asile, mais celui des entrants.

M. Lunier, dans son étude sur le mouvement de l'aliénation en France, en se basant sur les recensements faits depuis 1835 jusqu'à 1882, a trouvé que pour 100 hommes internés il y avait 110 femmes, tandis qu'il y a eu 114 admissions d'hommes pour 100 de femmes. « La raison de ces différences, dit-il, est facile à comprendre. La folie névrose qui domine chez la

©BIUM

femme guérit rarement et n'abrège pas notablement l'existence de celles qui en sont atteintes. Chez l'homme, au contraire, ce qu'on observe le plus fréquemment, c'est la paralysie générale qui tue presque toujours en quelques années et la folie alcoolique dont on ne guérit guère définitivement, je le veux bien, mais qui donne lieu dans les asiles à un grand mouvement d'entrées et de sorties.

« Les restants, en fin d'année, ne comprennent donc qu'un nombre relativement peu élevé de paralytiques et d'alcooliques, tandis qu'on y relève un très grand nombre de folies névroses chroniques et incurables, qui tendent de plus en plus à encombrer nos asiles (1). »

C'est aussi de la comparaison du nombre des admissions d'hommes et de femmes dans les asiles anglais, depuis leur ouverture jusqu'au 1er janvier 1884, qui a été de 36,044 pour les hommes et de 31,832 pour les femmes, que le Dr Thurnam a conclu à une plus grande fréquence de la folie parmi le sexe masculin en Angleterre, exprimée par le rapport de 53 à 47, ou de 113 hommes pour 100 femmes.

Ces résultats, qui ont été obtenus comme les nôtres sur une très grande quantité d'aliénés, donnent une proportion d'hommes moins élevée que celle à laquelle nous sommes arrivé. Cela tient probablement à ce qu'il y a à Paris un nombre très considérable d'alcooliques, qui se recrutent de beaucoup surtout parmi les hommes.

En résumé, il paraît indéniable que la folie est moins fréquente parmi les femmes, mais a pour elles le triste privilège de les retenir plus longtemps dans les maisons de santé. Les hommes, au contraire, en seraient atteints plus fréquemment ; mais, chez eux, le dénoue-

(1) Lunier. Mouvement de l'aliénation mentale en France depuis 1835 à 1882. In *Annales méd.-psych.* septembre 1884.

©BIUM

ment se produirait à brève échéance, tantôt par la guérison, comme pour ceux qui ne sont que peu imprégnés d'alcool, souvent aussi par la mort, ainsi qu'il arrive pour les paralytiques généraux ou les alcooliques par trop intoxiqués.

La preuve de cette assertion se trouve d'ailleurs dans une statistique de M. Legoyt sur la folie en France (1). D'après lui, pendant la période quinquennale de 1876 à 1880, 106,162 hommes et 119,400 femmes ont été en traitement dans les asiles. Ces malades ont fourni une proportion de 1 guérison sur 12,53 pour les hommes et seulement 1 sur 16,25 pour les femmes. Pendant ce même laps de temps, il s'est produit parmi ces mêmes malades 1 décès sur 6,9 pour les hommes et 1 seulement sur 9,5 pour les femmes.

Ces résultats indiquent de la façon la plus nette que l'issue de la maladie est plus prompte, par la guérison ou le décès, chez l'homme que chez la femme dont le traitement se prolonge plus longtemps.

Cette opinion de la fréquence plus grande de la folie chez l'homme trouve aussi sa confirmation dans les nombreuses statistiques faites à propos de suicides, dont il faut si souvent chercher la cause dans l'aliénation mentale. M. Legoyt, dans son article suicide du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, donne pour 100 une proportion de 78,1 hommes pour 21,9 femmes pendant la période 1879-1880 en France. Ce fait est général pour tous les pays.

Les considérations précédentes ont été basées sur le nombre total des aliénés de toute condition, internés à Paris dans les asiles publics ou les maisons particulières de 1872 à 1885. Il est évident qu'il nous était à

(1) Legoyt. *Revue scientifique*. 1884, p. 432.

©BIUM

peu près impossible d'avoir des renseignements sur des malades disséminés ainsi de tous côtés dans des conditions aussi différentes. Nous ne voulions pas cependant nous restreindre à d'aussi brèves généralités. Pour faire une étude plus détaillée de la folie à Paris dans les dernières années il a donc fallu restreindre notre champ d'observation que nous avons limité aux malades ayant passé par l'infimerie spéciale. Ils constituent encore la grande majorité puisqu'ils se sont élevés au chiffre de 32,000, près des deux tiers du chiffre total : sur ceux-là nous avons eu tous les renseignements médicaux désirables et le diagnostic précis ; c'est sur eux que reposera le reste de cette étude.

On voit donc que ce n'est pas la quantité de malades examinés qui fait défaut à notre statistique, mais ce qui lui donne surtout une grande valeur, c'est que, pendant cette période des quatorze dernières années, il n'y a que trois aliénistes et de la plus haute valeur qui ont rédigé les certificats dont nous nous sommes servi : ce sont Lasègue, Legrand du Saulle et Paul Garnier. De plus, pendant ce laps de temps considérable, aucune modification importante n'a été introduite dans le fonctionnement de ce service. Notre statistique a donc été faite dans de bonnes conditions, puisqu'elle repose sur des documents dus à un très petit nombre d'auteurs et ayant vu le jour sous les mêmes règlements.

(*A suivre.*)

©BIUM

DE
L'INTOXICATION PROFESSIONNELLE
DES DÉGUSTATEURS DE VINS ET DE LIQUEURS

Par M. le Dr DONNET
Médecin en chef de l'asile de Bordeaux

Dans la chronique des *Annales médico-psychologiques* de novembre 1886, M. le Dr Foville mentionne, d'après l'*Union médicale*, une maladie par intoxication qui affecte le système nerveux des buveurs de thé, cette maladie à laquelle les médecins anglais et américains donnent le nom de théisme, se produirait aussi chez les simples dégustateurs.

M. le Dr Foville se demande si cette intoxication professionnelle ne se produit pas dans les pays de grande production vinicole, chez ceux qui dégustent les vins?

Nous sommes en mesure de répondre affirmativement à cette question, la profession de dégustateur étant très répandue à Bordeaux.

Dans toutes les grandes maisons de commerce de liquides, on choisit parmi les employés, courtiers ou maîtres de chai, celui dont le sens du goût paraît particulièrement développé et on en fait un dégustateur; c'est à lui qu'on réserve le soin de distinguer la qualité des liquides qui passent dans la maison, de les classer, afin d'en tirer au point de vue commercial le meilleur parti possible.

©BIUM

Ces dégustateurs sont souvent pris parmi les meilleurs employés, la plupart sont sobres et prennent contre les dangers qu'ils courent, toutes les précautions possibles, ils n'avalent pas les liquides qu'ils dégustent, ils ne boivent pas avec le client et, cependant, ils sont exposés assez souvent aux accidents de l'alcoolisme. Les renseignements que nous avons recueillis de nos confrères de Bordeaux, aussi bien que les faits constatés par nous-même, tendent à prouver que les symptômes non équivoques cérébraux et gastriques de l'empoisonnement alcoolique, se produisent chez des personnes qui ne se livrent à aucun excès alcoolique, en dehors de la dégustation. Les goûts, les habitudes, l'éducation de quelques-uns de ces malades, ne permettent pas d'attribuer les accidents à des habitudes d'intempérance.

Je dois ajouter que les dégustateurs ne se bornent pas ordinairement à déguster des vins, leur goût s'exerce aussi sur d'autres liquides, l'eau-de-vie et le rhum spécialement. Tous ces liquides subissent presque toujours dans les chais certaines préparations, où l'alcool d'industrie joue un rôle important ; aussi est-il assez difficile de distinguer, dans la pratique, les accidents qui doivent être exclusivement attribués à tel ou tel liquide ; c'est l'alcool qui doit être rendu le plus souvent responsable.

Quand le dégustateur n'est pas courtier et qu'il se livre à son occupation dans le laboratoire du patron, il peut ne pas avaler les liquides qu'il déguste, l'intoxication se produit plus lentement que chez le courtier, qui est souvent obligé, devant le client, d'avaler le liquide dont il cherche à faire valoir les qualités.

M. le Dr Morache dans une très intéressante note qu'il nous a communiquée, dit qu'il a vu dans sa pratique, deux cas très nets d'alcoolisme, survenus chez des

©BIUM

dégustateurs de négociants en vin, chez l'un et l'autre de ces malades, il a constaté des troubles gastriques et cérébraux.

Je citerai très succintement l'observation des trois malades que j'ai observés, à eux trois ils résument à peu près les différents types de dégustateurs.

1re Observation. — M. B... est un jeune homme de trente deux ans, appartenant à une très bonne famille, sans antécédents héréditaires, mais d'un tempérament névropathique, il a reçu une très bonne et très sérieuse éducation. Marié, à vingt-quatre ans, avec la fille d'un grand négociant en vins de Bordeaux, il fut remarqué par son beau-père pour la finesse de son goût et employé par lui à la dégustation des vins.

Chaque jour, il dégustait 30 et 40 barriques de vin et quelquefois, mais rarement, du cognac et du rhum ; il m'a affirmé qu'il crachait toujours la gorgée de liquide qu'il promenait quelques secondes dans sa bouche et ne se laissait jamais allé à l'avaler, même lorsqu'il le trouvait bon.

Avant de se livrer à ce genre d'occupation, M. B... avait un caractère des plus doux, il aimait beaucoup sa femme et se laissait aisément conduire par elle.

Après deux ans environ de cette occupation, le caractère de M. B... s'aigrit, la plus petite contradiction l'irrite, il devient exigeant, colère et brutal, il arrive même à donner des coups à cette femme pour laquelle il était plein de respect ; ces brutalités se répètent assez souvent, pour que Mme B... refuse d'habiter plus longtemps avec son mari.

Je vois ce jeune homme depuis environ cinq mois et j'ai constaté chez lui les symptômes certains de l'empoisonnement alcoolique.

Les accidents avaient débuté par de l'anorexie, de

©BIUM

l'insomnie et de la perversion du sens du goût, puis étaient survenus quelques sentiments de jalousie, des illusions de la sensibilité générale, et même des idées de persécution. La nuit, le malade est pris de frayeurs subites qui ne seraient pas dues, selon lui, aux hallucinations caractéristiques de l'alcoolisme, mais à des anxiétés précordiales, des menaces de syncope et des sensations d'étouffement.

Depuis que M. B... a cessé ses occupations et ne déguste plus, il va de mieux en mieux; il a bien encore conservé une certaine susceptibilité nerveuse, une tendance facile aux larmes et à la tristesse, mais cet état peut être rattaché à la préoccupation qu'il a de rentrer dans les bonnes grâces de sa femme. Le souvenir des actes de brutalité auxquels il s'est livré redouble sa tristesse, car ces actes répugnent à son caractère et n'ont jamais été dans ses habitudes.

2e Observation. — M. V..., âgé de soixante-deux ans, a été beaucoup plus atteint, parce qu'il exerce sa profession depuis de très longues années; le délire alcoolique a été assez violent pour nécessiter deux fois sa séquestration dans un asile d'aliénés.

M. V... est d'un caractère doux et bienveillant; depuis l'âge de dix-huit ans, il se livre à la dégustation des vins et des liqueurs, dans les maisons dont il est le courtier. Il avoue qu'il lui arrivait quelquefois d'avaler les liquides qu'il dégustait, quelquefois aussi il s'abandonnait avec les clients à quelques libations un peu trop copieuses, sans arriver jamais, dit-il, jusqu'à l'ivresse.

En ce moment, il fait encore quelques affaires, il ne boit plus, ni ne déguste les liquides qu'il vend, il n'a plus de délire, mais le tremblement musculaire a persisté, l'intelligence est faible, les idées un peu puériles; il a, en somme, quelques symptômes de démence, la mé-

©BIUM

moire est peu sûre, la sensibilité morale trop prompte à s'éveiller.

M. V... a conservé toute la vigueur de ses sentiments affectifs, c'est pour assurer le bien-être de sa femme et de ses enfants qu'il se refuse un repos dont il aurait grand besoin. L'empoisonnement alcoolique n'a pas été la conséquence d'une vie irrégulière et d'une disposition à l'intempérance, il était relativement sobre, c'est bien pour accomplir son devoir professionnel qu'il est arrivé à cet état d'intoxication.

3e Observation. — M. T... est un homme de trente-neuf ans, très attaché, lui aussi, à ses devoirs et à ses affections de famille, il est maître de chai depuis douze ans; en raison du développement de son goût, les négociants chez lesquels il a été en service, l'ont employé à déguster les vins et les liquides de toute provenance passant dans leur maison. M. T... n'a jamais de relations avec le client, il n'est donc pas obligé de boire et ne boit pas en effet; il n'avale jamais les liquides qu'il déguste et cependant, presque à son insu, des accidents d'alcoolisme se sont développés chez lui : il ne dort pas, il a, pendant la nuit surtout, quelques hallucinations terrifiantes de la vue, le jour il croit voir partout des gendarmes ou des gens de police qui viennent l'arrêter, son regard est inquiet, défiant, il soupçonne tous ceux qui l'environnent de nourrir des sentiments hostiles contre lui, cependant il continue ses occupations sans qu'on s'aperçoive du délire dont il est atteint, sa volonté résiste encore, ce n'est qu'aux personnes avec lesquelles il vit dans l'intimité qu'il fait la confidence de ses terreurs et de ses défiances.

L'appétit de M. T... a beaucoup diminué, il a le matin des hoquets et des envies de vomir, avant l'ingestion d'aucun aliment.

Très effrayé d'un état qui durait depuis plusieurs

©BIUM

mois et ne se rendant pas bien compte de sa cause, T... vint avec sa femme à mon cabinet de consultation. Ils furent très surpris l'un et l'autre de ce que j'attribuais cette indisposition à une profession, que je l'engageais à abandonner, pour guérir vite et éviter une intoxication plus grave.

Ce malade a suivi mon avis, je l'ai revu toutes les semaines depuis plus d'un mois, à chaque visite j'ai constaté les progrès de la guérison. Tout accident a maintenant disparu, l'appétit et le sommeil sont redevenus réguliers.

M. le Dr Morache, dans la note que j'ai déjà citée, disait aussi que les deux malades qu'il avait soignés, pour troubles gastriques et cérébraux contractés dans l'exercice de leur profession de dégustateurs, s'étaient très bien trouvés de l'abandon de cette profession.

Un de ces malades, le moins atteint, ne dégustait que les vins, il paraît complétement guéri. Le plus atteint dégustait aussi des liqueurs et particulièrement du bitter, mais en même temps qu'il abandonnait sa profession et éprouvait une amélioration sérieuse, il a été envahi par une tuberculose aiguë, à laquelle il a succombé.

On ne saurait donc mettre en doute la possibilité de l'intoxication alcoolique par la simple dégustation, c'est un véritable empoisonnement professionnel auquel certains sujets des plus sobres, des plus laborieux, des plus attachés à leurs devoirs de famille, ne peuvent se soustraire qu'en abandonnant leur profession. Cet empoisonnement porte son action sur tous les organes, mais spécialement sur le cerveau.

Si les vins dégustés étaient vraiment purs, leur dégustation produirait-elle ces ravages? Je ne le pense pas; je crois qu'il est plus juste d'attribuer la plus

©BIUM

grande responsabilité de ces accidents à l'alcool d'industrie, si souvent employé à la confection de toutes les boissons et même du vin. C'est donc l'alcool qui doit être chargé du poids de tous ces méfaits et l'Académie de médecine a bien agi en traitant le vinage comme il le mérite, c'est-à-dire comme une véritable sophistication, dangereuse pour la santé publique.

L'alcool est l'agent le plus important du développement des maladies les plus graves, il étend sa funeste influence sur toutes les classes de la société et atteint la famille dans la source même de la vie, il est le facteur le plus sérieux de nos discordes civiles et de la misère, il empoisonne le travail lui-même, en faisant subir son influence à des hommes laborieux et sobres, obligés de vivre à son contact.

Si je ne craignais de sortir du cadre que je me suis tracé, je pourrais étendre les effets de la dégustation aux gens du monde, qui abusent sans s'en douter, des boissons alcooliques.

A Bordeaux, on a pour le vin un véritable culte; à la table des gens riches, on met son amour-propre à servir les vins des plus grands crus du pays, on s'applique à reconnaître à chacun les goûts les plus exquis; on possède un vocabulaire spécial, pour en exprimer toutes les nuances, aussi consomme-t-on souvent beaucoup par petites fractions. M. le Dr Morache nous dit dans sa note, qu'il n'est pas rare de rencontrer dans le monde, des hommes de haute situation, absorbant un litre et demi de vin à chaque repas, aussi, ajoute-t-il, l'alcoolisme sous toutes ses formes est très fréquent à Bordeaux; « si on y n'observe pas beaucoup plus qu'ailleurs les formes cérébrales, on y trouve un nombre absolument anormal de gens et du meilleur monde, atteints des symptômes initiaux, gastriques, hépatiques, circulatoires, néphrétiques des alcooliques; on soigne

©BIUM

beaucoup de néphrétiques, de glycosuriques, de diabétiques. Les statistiques prouvent que Bordeaux est de toutes les villes du *monde*, celle où on meurt le plus par apoplexie ».

On peut ajouter qu'on trouve fréquemment chez des hommes encore jeunes, des symptômes d'affaiblissement intellectuel, qu'on ne peut attribuer qu'à des habitudes d'intempérance presque inconscientes et au trop grand bien-être.

Ces accidents se multiplieront certainement et s'aggraveront, avec les progrès rapides d'une industrie, qui trouve le moyen de substituer ses produits artificiels, aux produits naturels détruits par le phylloxéra et autres fléaux déchaînés sur la vigne.

©BIUM

DE LA

DÉGUSTATION DES VINS

EN BOURGOGNE

DANS SES RAPPORTS AVEC L'ALCOOLISME PROFESSIONNEL

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL
Directeur médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Dijon.

Dans sa dernière chronique, M. le Dr Foville, signalant la maladie des buveurs de thé, dit qu'elle a été observée en premier lieu chez les dégustateurs, qu'à ce point de vue elle doit être considérée comme une maladie professionnelle, et il se demande s'il n'en serait pas de même pour les dégustateurs de vins dans les pays de grande production vinicole, si, par exemple, dans la Gironde ou la Côte-d'Or, des symptômes d'intoxication ne se produisent pas 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. Après avoir ainsi posé la question, le savant aliéniste sollicite une réponse des médecins les mieux placés pour observer des faits propres à la résoudre. Je m'empresse de faire connaître les éléments d'appréciation que j'ai recueillis en Bourgogne.

Je dirai tout d'abord, qu'attaché à l'asile de Dijon, depuis plus de quatre ans, jamais mon attention n'a été attirée sur ce côté de l'alcoolisme ; jamais, durant

©BIUM

ce laps de temps relativement prolongé, aucun cas n'est venu éveiller en moi le soupçon que le métier de dégustateur était susceptible d'entraîner une intoxication professionnelle. C'est à M. Foville que je dois l'idée première des recherches que j'ai entreprises. Or, de mon arrivée à la Chartreuse jusqu'à ce jour, l'asile a reçu de la Côte-d'Or 378 aliénés hommes, dont 121 alcooliques ; dans ce département les dégustateurs de profession sont très nombreux, le fait que pas un d'eux n'a été isolé en plus de quatre ans, ne milite pas en faveur d'une intoxication professionnelle, ou, tout au moins, prouverait sa rareté.

Privé ainsi de toute donnée personnelle, j'ai dû demander à une enquête les renseignements qui me faisaient défaut et, cette enquête, je l'ai menée tout à la fois auprès des vieux médecins exerçant depuis longtemps dans ce pays, auprès des grands négociants en vins de Bourgogne et enfin auprès des dégustateurs eux-mêmes, trois catégories d'individus bien aptes à m'éclairer. Eh bien! interrogés isolément, ils se sont tous trouvés d'accord : hommes de science et hommes d'affaires ont émis des appréciations identiques. Si le consentement universel est le criterium de la vérité, comme le croyait Malebranche, ce que nous allons dire doit en être l'expression.

Les dégustateurs dans la Côte-d'Or appartiennent à deux catégories, qu'il importe de distinguer pour la solution que nous cherchons : je les classerai sous les dénominations de dégustateurs d'occasion et de dégustateurs de profession. Le dégustateur d'occasion est un homme dont l'occupation principale n'est pas la dégustation et le commerce des vins ; il exerce un autre métier, presque toujours il est tonnelier, mais il est connaisseur et déguste le cas échéant. Il est heureux de profiter de ses bonnes fortunes, pour savourer les grands

©BIUM

crus de Bourgogne, aussi boit-il en dégustant. La quantité absorbée pour chaque échantillon n'est peut-être pas très considérable, mais que l'opération se renouvelle fréquemment, et tel est souvent le cas à Dijon, le dégustateur d'occasion sera comme le marchand de vins, qui trinque avec le client en trempant les lèvres dans son verre et en absorbant chaque fois une minime quantité d'alcool. C'est-à-dire dans les meilleures conditions pour s'intoxiquer, ainsi que l'enseignait Lasègue, d'autant plus que les bourgognes sont très capiteux. L'alcoolisme n'est donc pas rare parmi les tonneliers, alors même qu'ils ne sont point adonnés aux boissons fortes. Cela est tout aussi vrai des employés de l'octroi qui dégustent par le même procédé et qui sont, eux aussi, des dégustateurs d'occasion. Dernièrement, les négociants en vins fins de Dijon ont dû adresser une plainte collective à l'administration des contributions indirectes. Aux octrois de la gare et de la ville, sous prétexte de dégustation, les employés soutiraient de chaque pièce 300 ou 400 grammes de vin ; avec des crus comme le Clos-Vougeot ou le Musigny, il en résultait une perte sérieuse pour le commerce.

L'alcoolisme ainsi produit peut-il être appelé de l'alcoolisme professionnel? Je ne le crois pas, car ces dégustateurs s'intoxiquent par plaisir, non par une nécessité de leur métier. En effet, pour déguster, il n'est nullement nécessaire d'avaler. La preuve nous en est fournie par les vrais dégustateurs, les dégustateurs de profession, dont nous avons maintenant à nous occuper.

Ceux-ci sont parfois obligés d'opérer des journées entières. S'ils absorbaient une quantité même très minime de chaque échantillon de vin, au bout de quelques heures ils seraient complètement ivres, incapables de continuer leur travail ; aussi se bornent-ils à agiter

©BIUM

vivement le liquide dans leur bouche et à le cracher, sans en déglutir une seule goutte. Quelques-uns, après chaque essai ou série d'essais, se rincent la bouche avec de l'eau, mais c'est le très petit nombre, et cette précaution n'est même pas nécessaire. En procédant ainsi, l'ivresse ne survient jamais. Après une journée de dégustation, la tête est aussi libre que le matin, et le dégustateur, s'il ne boit pas en dehors de ses fonctions, ne sera pas atteint d'alcoolisme. Non seulement il n'est pas nécessaire d'avaler pour déguster, ainsi que je l'ai dit, mais les grands dégustateurs bourguignons, ceux qui jouissent dans le pays d'une réputation incontestée, ne dégustent bien qu'à la condition de ne pas déglutir. Quand il s'agit d'opérations très délicates, de déterminer les variétés d'un cru et l'année, ils s'exposeraient à se tromper en *goûtant* au lieu de *déguster*. Il est à signaler, en outre, qu'en Bourgogne, les dégustateurs de profession ne sont pas des buveurs. A les entendre, ils tiennent même de leur profession une certaine répulsion pour les liqueurs fortes. Si la dégustation n'alcoolise pas, elle chauffe, disent-ils, l'estomac, donne le dégoût du vin et une appétence particulière pour les boissons rafraîchissantes ; par là s'expliquerait peut-être ce fait que, durant plus de quatre ans, je n'ai eu à l'asile aucun cas d'alcoolisme parmi ces individus.

Ainsi le dégustateur qui exerce strictement sa profession, c'est-à-dire qui *déguste* et ne *goûte* pas les vins, ne s'intoxique jamais. Ce qui se produit quelquefois dans ce pays pour la dégustation des vins blancs en est une preuve. Tandis que tous les dégustateurs de profession me déclaraient pouvoir opérer indéfiniment sur les vins rouges sans la moindre incommodité, certains avouaient que les vins blancs et surtout les vins blancs mousseux les fatiguaient. Avec ces vins une opération

©BIUM

de plus de quelques heures serait impraticable. Le malaise éprouvé consiste en lourdeur de tête, étourdissement, trouble de la vue, titubation. C'est là, sans conteste, de l'ivresse. Cette action toute spéciale de ces vins me frappa. Certes, je n'en saisissais pas le pourquoi, car, en Bourgogne, le degré alcoolique des vins blancs n'est pas plus élevé que celui des vins rouges ; mais prenant le fait brutal qui m'était signalé, considérant que dans ce pays le commerce des vins blancs n'est guère que le vingt-cinquième de celui des vins rouges, je me demandais si le dégustateur bourguignon ne se trouverait pas exposé à l'alcoolisme professionnel, au cas où il aurait eu à déguster autant des premiers que des seconds. Eh bien ! en serrant de près la question, je n'ai pas tardé à me convaincre que la dégustation de ces vins n'occasionne quelques symptômes d'intoxication que chez les dégustateurs qui en absorbent, et qui en absorbent parce qu'ils n'ont pas un grand nombre d'échantillons à essayer. Ils deviennent pour ces vins, si je puis ainsi dire, des dégustateurs d'occasion et se comportent vis-à-vis d'eux en simples tonneliers ou en simples employés de l'octroi. Un grand négociant de Dijon me tenait à ce propos un langage caractéristique : « Pour les vins blancs nous profitons des rares occasions pour en boire un peu. Quant aux vins blancs mousseux, il est de règle d'en avaler ; on ne les apprécie bien qu'à cette condition, et puis ils chatouillent le gosier. »

Il disait vrai. Dans la Côte-d'Or tous les dégustateurs *goûtent* les vins mousseux, et ne les apprécient bien qu'à cette condition. C'est l'inverse de ce que nous avons vu pour les autres vins. Ils ne s'alcoolisent pourtant pas, bien que depuis une quinzaine d'années, le commerce de ces vins ait pris une grande extension en Bourgogne, car ils n'ont à opérer que sur un très petit nom-

©BIUM

bre d'échantillons. En effet, les vins blancs et rouges de ce pays sont des vins naturels, il faut déguster chaque pièce ; les vins mousseux sont des vins de fabrication. Ils sont préparés dans des foudres qui contiennent de 6,000 à 10,000 litres, et ne sont dégustés qu'après la mise en bouteilles. Il suffit, selon l'expression locale, de casser une bouteille, pour juger de la valeur de tout un foudre. On opère alors comme pour la bière d'un brassin. Il est évident que ce mode de dégustation n'est inoffensif que par sa rareté, et que s'il était pratiqué en grand, il engendrerait de toute nécessité l'alcoolisme professionnel. Mais est-il vrai que les vins blancs mousseux ne peuvent s'apprécier qu'à la condition d'en avaler? Ne serait-ce pas plutôt en Bourgogne le résultat d'une habitude, et si le dégustateur bourguignon était obligé d'opérer sur un nombre d'échantillons égal à celui des vins rouges, ne s'habituerait-il pas par les mêmes raisons à faire pour les uns ce qu'il fait pour les autres? Telle est l'opinion de certains dégustateurs, et je crois qu'ils ont raison, d'autant plus que tous sont d'accord à reconnaître qu'on peut se dispenser de déglutir les vins blancs non mousseux qu'ils avalent, du moins un certain nombre d'entre eux, par une habitude née de la rareté relative de cette dégustation. Il doit en être de même pour les vins blancs mousseux. J'ignore comment les choses se passent en Champagne ; il y aurait là une enquête intéressante à entreprendre.

Dans tous les cas, je crois pouvoir conclure que la dégustation des vins en Bourgogne n'expose pas à l'alcoolisme professionnel : celle des vins rouges et blancs non mousseux, parce qu'elle s'opère sans déglutition qui seule paraît susceptible d'entraîner l'intoxication ; celle des vins blancs mousseux, parce que, bien qu'accompagnée de déglutition, elle s'exerce dans des limites trop restreintes. Il existe donc sous ce rapport une

©BIUM

grande différence entre les dégustateurs et les distillateurs. Chez ces derniers, en Bourgogne, l'alcoolisme professionnel n'est pas rare et se manifesterait de préférence, si j'en crois mes informations, par des névrites périphériques. Cette intoxication se comprend, le distillateur est exposé à absorber sans cesse par les voies respiratoires des vapeurs d'alcool dont on connaît les propriétés toxiques. Ne suffit-il pas parfois de transvaser de l'eau-de-vie pour s'enivrer? Mais je ne vois pas du tout par quel mécanisme le dégustateur qui ne déglutit pas s'empoisonnerait. Comment l'alcool s'introduirait-il dans l'économie? Aussi ne suis-je pas étonné de ce fait universellement reconnu en Bourgogne, que le dégustateur qui n'avale aucune goutte de vin peut opérer des journées entières sans le moindre signe d'ivresse et ne s'alcoolise jamais.

Puisque les dégustateurs de thé sont sujets à une intoxication professionnelle, nous apprend M. Foville, ils courent un danger auquel, sans aucun doute, ne sont point exposés les dégustateurs de vin en Bourgogne, qui ne s'alcoolisent dans l'exercice de leurs fonctions, que par leur faute. Mais comment dégustent-ils? Sont-ils, oui ou non, obligés de déglutir pour apprécier les échantillons? Je n'ai rien trouvé dans la chronique de M. Foville qui permette de répondre à cette question capitale d'après tout ce que nous venons de dire. Or, il résulterait des renseignements qui m'ont été fournis par un négociant, aujourd'hui retiré à Dijon, mais ayant longtemps séjourné en Chine, que les thés ne sont pas *dégustés* mais *goûtés;* pour se prononcer sur leur qualité, il serait indispensable d'en boire. Dès lors ce cas viendrait confirmer nos observations dans la Côte-d'Or, et l'on pourrait poser en principe que la dégustation n'entraîne d'intoxication professionnelle que quand elle est associée à l'ingurgitation. Lorsque cette ingurgitation

©BIUM

est de nécessité absolue, comme elle le serait pour le thé, il est juste de considérer comme une maladie professionnelle l'empoisonnement qu'elle occasionne soit à la longue, soit par sa fréquente répétition. Mais serait-il exact d'appliquer cette dénomination à l'intoxication d'un dégustateur bourguignon, qui au lieu de remplir strictement ses fonctions, de déguster, a goûté, parce qu'il y trouvait son plaisir, les vins qu'il avait à apprécier? Je ne le pense pas. A mon avis ce dégustateur n'est qu'un buveur; un buveur d'une espèce particulière, si on veut, mais en réalité un buveur.

©BIUM

Archives cliniques

17

ASILE DU MANS. — M. LE Dr MORDRET.

Attaques épileptiformes et hémorrhagie cérébrale.

SOMMAIRE. — Excès alcooliques anciens. — Affaiblissement intellectuel. — Aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité. — Attaques épileptiformes suivies de coma prolongé. — Mort. — Autopsie : foyers hémorrhagiques anciens dans la substance blanche des deux hémisphères du cerveau et dans la couche optique gauche. Cœur hypertrophié ; ossification des valvules sigmoïdes ; artère coronaire athéromateuse.

P. (Louis), âgé de soixante et un ans, veuf, cantinier et tambour maître en retraite, entré à l'asile d'aliénés de la Sarthe le 19 novembre 1876.

Le certificat d'admission est ainsi conçu : « Violent, cherche à quitter son logement, menace les personnes qui couchent dans la même chambre que lui ; dernièrement s'est levé la nuit et a voulu frapper avec un couteau son voisin de lit. » Signé : Poipault, Dr médecin au Mans.

Cet homme demeurait chez un logeur qui, pour 1 fr. 25 cent. par jour, fournissait à tous ses besoins.

Le malade est fort calme à l'asile ; c'est un homme vigoureux, paraissant se bien porter ; son intelligence est un peu affaiblie, il manque de volonté, d'initiative, cependant il ne déraisonne pas. Il affirme n'avoir nul souvenir des faits qu'on lui reproche et ajoute que de-

©BIUM

puis quelque temps il tombe du mal, qu'il a un accès tous les deux à trois mois, et qu'il ne lui reste ensuite aucun souvenir de ce qui s'est passé. — Cet homme est un vieil alcoolique, il en convient, mais assure que depuis longtemps il ne boit plus ou presque plus, ne pouvant le faire faute de ressources. — Il affirme aussi qu'il n'y a point de fous dans sa famille.

P... ne présente aucune lésion apparente du mouvement ou de la sensibilité; il y a seulement chez lui un peu de dépression générale, un commencement de démence. — Ce malade se fait vite au régime de l'asile, il se trouve ici bien plus heureux que chez son logeur et redoute son renvoi. — Il est bon travailleur, s'occupe au bûcher ou au jardin, fait toutes sortes de corvées, est doux avec les autres malades, mais sans frayer beaucoup avec eux ; il est docile, ne récrimine jamais.

Diagnostic : démence à son début, épilepsie à vérifier.

Le 29 décembre, violente et soudaine attaque d'épilepsie.

Le malade dans sa chute se blesse assez grièvement à la tête. — Ecume sanglante à la bouche, — mouvements toniques, peu de secousses cloniques, — visage coloré, — pas de déviation de la face. — Le coma est profond, mais interrompu par une série de petites attaques subintrantes. — Le thorax fait saillie, le ventre est déprimé, une selle involontaire a eu lieu au début.

Lavement salé; — application soutenue de sinapismes qu'on promène sur les membres inférieurs.

Après deux jours passés dans cet état comateux, le malade reprend peu à peu connaissance ; à partir de ce moment, prompt retour de l'intelligence, — aucune trace de paralysie ne persiste, il retourne au travail.

Le 14 janvier au soir, nouvelle attaque aussi soudaine que la précédente, mais en apparence moins violente. — Quelques convulsions seulement ; un peu d'écume à

©BIUM

la bouche. — P... tombe promptement dans le coma ; pouls régulier ; face pâle cette fois. — Même traitement que ci-dessus ; — mort sans avoir repris connaissance le 17, à 8 heures du matin.

Autopsie le 18, vingt-six heures après la mort.

Cerveau. — Peu de liquide s'écoule à l'incision de la dure-mère. — L'arachnoïde est assez résistante, assez pâle et comme infiltrée; elle ne présente aucune adhérence à la substance cérébrale. — Le cerveau est bien développé dans son ensemble ; il est assez volumineux, mais un peu œdématié, un peu dur ; il rebondit légèrement sous la pression du doigt. Il paraît asymétrique, l'hémisphère gauche étant plus développé que le droit. Un examen plus détaillé donne lieu aux remarques suivantes :

Le lobe frontal gauche est comme soulevé et tuméfié à sa partie supérieure et externe, les circonvolutions sont comme tassées les unes sur les autres, il en est de même pour le lobe occipital gauche.

Du côté droit, ce lobe présente vers son milieu une dépression manifeste, dans le périmètre de laquelle les circonvolutions sont peu profondes et comme ramollies. On dirait que le cerveau a subi en cette place une forte compression extérieure, ce qui n'est pas, car il n'existe sur les parois du crâne aucune saillie qui corresponde à cette dépression. En revanche le lobe moyen est soulevé, ce qui donne à la ligne qui contourne à droite le bord externe du cerveau, la forme d'une S italique.

Cette asymétrie des deux côtés du cerveau n'est que la manifestation périphérique des lésions centrales qui restent à décrire.

A. *Côté gauche.* — 1° Dans l'épaisseur du lobe frontal est un énorme caillot de sang, ayant le volume d'un œuf de poule. Ce caillot est rouge brun, mou et entouré d'une très petite quantité de sérum encore coloré qui s'é-

©BIUM

chappe à la coupe. Il n'a que des adhérences très faibles à la substance cérébrale et s'en détache complètement par un lavage. Il reste alors un vaste foyer hémorrhagique, qui occupe presque toute la substance centrale du lobe et dont les parois molles et diffluentes sont comme tomenteuses, sans tractus qui les réunissent, sans fausse membrane qui les tapisse. L'examen le plus minutieux ne peut faire découvrir le vaisseau qui a fourni le sang, c'est sans doute une hémorrhagie interstitielle et capillaire qui s'est produite. — L'excavation est limitée à sa partie externe par la substance grise qui n'est point atteinte, et à sa partie inférieure et interne par le ventricule latéral avec lequel elle ne communique pas.

2° Du même côté, à la partie supérieure du lobe occipital, existe un second foyer plus ancien, du volume d'un œuf de pigeon et dont la réparation s'est déjà effectuée en partie. Ce foyer est, en effet, tapissé par une fausse membrane lisse nacrée et contenant un liquide jaunâtre, ce qui lui donne l'apparence d'un kyste. — Ce foyer a comme le précédent son siège dans la substance blanche, cependant il semble avoir atteint la substance grise qui dans le fond des circonvolutions se trouve réduite à peu près à la moitié de son épaisseur.

3° La cavité ventriculaire paraît normale, elle n'est point déformée, le liquide qu'elle contient est citrin et ne la remplit que médiocrement; la toile choroïde bien étalée est seulement un peu injectée.

4° Dans l'épaisseur de la couche optique on trouve encore les traces de plusieurs foyers hémorragiques plus petits et dont quatre au moins ont le volume d'un grain de chènevis à celui d'un petit pois. Il en existe du reste un bien plus grand nombre, car la couche optique présente à la coupe l'aspect d'une substance criblée de petits trous presque imperceptibles. Les foyers principaux ne contenaient pas de sang, mais un peu plus de liquide

©BIUM

jaune brun transparent, visqueux, ayant presque l'aspect colloïde.

5° Par contre les coupes du corps strié ont laissé sourdre une certaine quantité de sang foncé, mais il n'y avait aucune cavité, aucun foyer dans cet organe.

B. *Côté droit.* — 1° Au niveau de la dépression déjà indiquée se trouvait un troisième foyer hémorrhagique ancien et en voie de réparation. Sa cavité, qui était encore de la capacité d'une très grosse noix, avait dû être bien plus considérable, puisque l'affaissement du cerveau la déprimait d'autant. — Ce dernier foyer occupait en effet toute l'épaisseur de la substance blanche, étant limité en dedans et en bas par le ventricule latéral avec lequel il communiquait, et s'étendant au dehors jusqu'à la substance grise ramollie, désagrégée, amincie, de sorte qu'il s'ouvrait presque à l'extérieur: la substance corticale était si molle à son niveau qu'elle s'est déchirée quand on a renversé la coupe. — La fausse membrane qui tapissait ce foyer était plus organisée du côté ventriculaire qu'en dehors et en haut, elle semblait se continuer avec la membrane qui recouvre cette cavité.

2° Les parois du ventricule droit présentaient une teinte bien plus foncée que celles de l'autre côté; elles étaient très lisses, très nacrées; les vaisseaux très injectés formaient un lacis noir, assez serré sur toute leur surface et qui se prolongeait en se diluant dans le foyer hémorrhagique. — La toile choroïdienne était aussi injectée. — Le liquide a paru le même dans les deux ventricules, seulement il se répandait à droite dans la cavité hémorrhagique attenante.

3° La couche optique et le corps strié ne contenaient de ce côté aucun foyer hémorrhagique, leur texture a même paru saine.

C. — La protubérance, le bulbe, les pédoncules, le cervelet ne contenaient pas trace d'hémorrhagie. Ces di-

©BIUM

verses parties ont paru saines. — Il n'y avait non plus aucune lésion apparente à l'origine des nerfs. — Les artères de la base du cerveau étaient toutes plus ou moins athéromateuses.

Poitrine. — Pas d'épanchement dans la péricarde. — Cœur hypertrophié, double à peu près du volume normal ; la paroi ventriculaire gauche est surtout très épaisse. — Pas de lésions de la valvule auriculo-ventriculaire gauche, si ce n'est un peu d'injection et quelques granulations cartilagineuses dans l'épaisseur de cette valvule. — Les valvules sigmoïdes étaient au contraire très ossifiées ; à la coupe on a trouvé un arc osseux complet occupant la moitié du bord libre de la valvule médiane. L'ossification était presque aussi étendue, mais plus irrégulière, dans les deux autres valvules. — Les parois de l'artère coronaire étaient aussi athéromateuses. — Rien à la valvule triscupide. — Coloration rouge lie de vin des valvules sygmoïdes de l'artère pulmonaire.

Poumons sains, sauf quelques vieilles adhérences pleurales et un peu d'engouement hypostatique.

Abdomen, rien à noter.

Remarques. — Cette autopsie m'a paru intéressante, moins peut-être par la gravité et le nombre des lésions observées que par l'absence, durant la vie, de la plupart des symptômes qui se rattachent d'ordinaire à ces lésions.

Voilà en effet un homme dont le segment supérieur du cerveau, c'est-à-dire toute la portion de cet organe située au-dessus du centre ovale, était le siège de trois vastes foyers hémorrhagiques qui ont détruit une partie notable de la substance blanche, qui ont même intéressé la couche corticale dans une assez grande étendue. De plus une des couches optiques était comme farcie de petits noyaux hémorrhagiques. Une seule de ces lésions était récente, celle qui l'a tué ; et cet homme avait

©BIUM

éprouvé les autres sans conserver de troubles permanents de la motilité ni de la sensibilité.

Au moment où se firent les grands épanchements, la pression intra-crânienne dut être énorme et cependant il n'y eut point d'apoplexie franche, mais des attaques d'épilepsie parfaitement caractérisées qui, après un temps variable, quelques heures à quelques jours, n'ont laissé d'autres traces qu'un peu de faiblesse intellectuelle. Tout porte donc à croire que si la dernière hémorrhagie n'eût pas été mortelle, elle se fût terminée comme les précédentes par un prompt retour des facultés, car elle avait donné lieu aux mêmes symptômes de début. — Telle n'est pas assurément la symptomatologie habituelle des apoplexies cérébrales. Dans les cas graves, le malade tombe foudroyé à l'état de masse inerte, la résolution est complète, il n'y a pas de convulsions. Ce n'est qu'un peu plus tard qu'on en observe parfois, encore sont-elles d'ordinaire très faibles et faut-il le plus souvent les provoquer par une excitation périphérique qui détermine les réflexes. Quand la santé se rétablit, les symptômes de paralysie disparaissent lentement et graduellement, la sensibilité revient la première, puis quelques mouvements ont lieu ; le malade reste longtemps hémiplégique, quelquefois toujours. Ce n'est que dans les cas très légers, et dans lesquels l'hémorrhagie est même contestable, que la paralysie disparaît complètement et en entier. Il paraît en effet que, dans ces cas, il n'y a eu le plus souvent qu'une congestion apoplectiforme. On comprend mal qu'un grand délabrement du cerveau puisse exister sans entraîner des symptômes durables.

Le fait ici ne saurait pourtant être mis en doute. Il est certain que le malade a succombé à une série d'attaques épileptiques déterminées par une vaste hémorrhagie cérébrale, d'où il faut bien conclure que ses pré-

©BIUM

cédentes attaques d'épilepsie ont dû coïncider avec ses précédentes hémorrhagies. — Il est également certain que le malade s'est toujours relevé promptement, ainsi que le font la plupart des épileptiques, et qu'il ne lui est resté après chaque accident aucune lésion bien appréciable de la sensibilité ni de la motilité. Le faut-il attribuer à ce que les foyers n'occupaient ni les centres sensibles, ni les centres moteurs? Mais ils n'occupaient sans doute pas non plus les centres intellectuels, car ses facultés intellectuelles n'étaient elles-mêmes que peu troublées. Cependant une couche optique était en partie désorganisée et ni la sensibilité générale, ni la sensibilité sensoriale n'ont été compromises, on ne s'est pas aperçu qu'elles fussent moindre d'un côté que de l'autre et si cet homme n'avait pas une sensibilité exquise, il avait celle qu'ont en général les personnes de sa classe, si bien qu'aucune remarque n'a pu être faite sur ce point.

Bien que les corps striés fussent restés sains, bien que les parties médianes du cerveau le fussent aussi, il paraît cependant extraordinaire que des lésions aussi étendues que celles qui ont été constatées (je ne parle pas de la plus récente) aient exercé une si faible action sur l'ensemble des fonctions de l'encéphale, alors qu'on voit celles-ci être profondément et durablement altérées par une lésion qui semble bien moins étendue et bien moins importante.

Comment se fait-il aussi que le malade ait toujours eu des attaques d'épilepsie et non des attaques d'apoplexie franche? Ce fait peut-il s'expliquer par le siège de l'apoplexie? Je ne le crois pas, puisque ce siège n'a pas toujours été le même. — Si l'on admet la théorie congestive de l'apoplexie et de la connexité de la cause de l'apoplexie et de la congestion cérébrale, on est conduit à se demander pourquoi les convulsions sont si rares

©BIUM

dans l'hémorrhagie, pourquoi celles-ci ne déterminent pas plus souvent l'épilepsie, alors que cette dernière s'accompagne d'ordinaire de signes congestifs. — Si l'on se réfert à la théorie de l'anémie cérébrale, l'embarras n'est pas moindre. Une hémorrhagie, surtout quand elle est brusque et considérable, détermine une anémie momentanée du réseau vasculaire de l'encéphale et c'est cette anémie qui devient la véritable cause de l'apoplexie; en supprimant pour un moment l'innervation centrale, elle produit la résolution générale, d'où l'apoplexie, la congestion veineuse consécutive, le coma. — Mais cette anémie peut tout aussi bien être invoquée comme cause de l'épilepsie, et c'est ce qu'a fait Tenner. — On explique plus généralement aujourd'hui l'attaque d'épilepsie par la théorie de Schrœder-van-der-Kolk ; d'après elle, l'épilepsie a son origine dans une irritation congestive bulbaire, irritation qui provoque seule les convulsions, le bulbe étant le centre de tous les mouvements réflexes. Mais en même temps cette irritation se communique aux filets sympathiques et par eux aux vaso-moteurs, d'où le resserrement des capillaires artériels, la pâleur de la face, l'anémie du cerveau et par suite la cessation de ses fonctions, c'est-à-dire la perte de connaissance, la résolution complète. Cependant le tétanisme du début et en particulier celui du cou (trachélisme de Marshall-Hal) empêche le retour du sang veineux cérébral au cœur, provoque le resserrement de la glotte, détermine l'asphyxie et la congestion veineuse du cerveau; d'autre part, l'épuisement nerveux des vaso-moteurs fait bientôt cesser le spasme artériel, une dilatation lui succède, les capillaires se gorgent aussi de sang, la congestion devient générale, le malade a des convulsions cloniques et tombe dans le coma. — Telle est à peu près cette théorie qui, quelque rationnelle qu'elle soit, n'explique pas mieux que les autres la

©BIUM

rareté des convulsions dans l'hémorrhagie cérébrale. — Dans le cas en question, cette théorie est du reste insuffisante, car le bulbe était précisément un des organes restés sains et l'on peut tout au plus admettre qu'il ait été au moment de chaque attaque le siège d'une hyperémie passagère. Mais alors cette hyperémie devrait le plus souvent laisser des traces et être le fait habituel dans l'hémorrhagie cérébrale et non l'exception.

Je n'insiste pas sur les lésions cardiaques et vasculaires ; il ne paraît pas douteux, en effet, que celles-ci ne doivent être invoquées comme l'une des causes prédisposantes les plus actives des hémorrhagies cérébrales chez ce malade.

En quelques mots, dans ce fait, les symptômes observés pendant la vie m'ont semblé assez souvent en désaccord avec les lésions anatomiques constatées à l'autopsie ; ce fait se prête mal aux interprétations théoriques le plus communément admises pour expliquer la genèse de l'épilepsie ; c'est en cela qu'il m'a paru avoir de l'intérêt et mériter d'être communiqué.

©BIUM

Législation.

LES MÉDECINS SECRÉTAIRES DES COMMISSIONS PERMANENTES

D'APRÈS L'ARTICLE II DU PROJET DE LA COMMISSION SÉNATORIALE

Par M. le Dr CONSTANS

Inspecteur général honoraire du service des aliénés

La loi de 1838, sur les aliénés, est condamnée ; elle n'attend plus que celle qui doit la remplacer.

Les projets abondent ; il est vrai que s'ils ne pèchent pas par le nombre, il est permis de faire quelques réserves sur la qualité.

Le meilleur est incontestablement celui de la commission sénatoriale ; c'est donc lui qui a le plus de chances d'être tout d'abord discuté et peut-être adopté.

Il y a deux ans qu'il a été déposé sur le bureau du Sénat et quelques sénateurs viennent de demander sa mise à l'ordre du jour ; mais elle a été ajournée.

Est-ce un mal ?

MM. les sénateurs comprenant l'importance de la question et s'y intéressant, veulent sans doute la méditer encore.

Peut-être même, à l'imitation de leurs devanciers de 1838, veulent-ils attendre un temps plus calme, pour ouvrir une discussion qui ne saurait admettre ni politique, ni esprit de parti.

©BIUM

En attendant, il me semble que les médecins d'asiles, eux qui possèdent la théorie et la pratique, feraient sagement d'en dire leur opinion, soit sur l'ensemble du projet, soit sur un de ses articles, à leur choix.

Une pareille étude ne serait pas sans utilité ; car, si le projet a ses partisans, il a aussi des adversaires.

Il en est qui croient qu'il sera inexécutable ; ou tout au moins d'une exécution bien difficile, dans ses parties les plus essentielles.

Tout en souhaitant me tromper, je dois avouer que je suis l'un de ces derniers.

Une étude générale du projet a bien été faite par un de nos confrères des plus autorisés, M. le Dr Baume, mais ce n'est qu'une rapide analyse.

Il est loin de tout approuver, mais il n'entre point dans les détails pratiques ; il a eu tort, car ses longs services et son expérience lui ont donné une autorité qui pouvait se faire écouter.

En bien des questions, il est des manières de voir qui, excellentes en théorie, sont inexécutables en pratique.

Si quelques-uns des articles du projet sénatorial étaient dans ce cas, il serait donc bon de le dire ; c'est ce que je veux essayer de faire.

Voulant laisser le champ libre à ceux qui voudront me suivre, je ne m'arrêterai que sur un seul article, l'article 11 : *Recrutement des médecins-secrétaires des commissions permanentes et leurs attributions.*

Avant d'aller plus loin, je prie mes confrères des asiles de me permettre une réflexion :

Pourquoi pas un seul d'entre eux, que je sache, ne s'est-il encore livré à l'appréciation à laquelle je les convie?

Pourquoi le Dr Baume, directeur-médecin *en retraite*, est-il le seul qui s'en soit occupé?

©BIUM

Est-ce parce qu'il est en retraite?

Est-ce donc que l'on craint de se compromettre?

Ce serait se faire, bien gratuitement, une fâcheuse idée de l'administration supérieure.

Comment pourraient-ils se compromettre? Est-ce qu'il n'est pas de leur devoir d'appeler de leurs vœux tout ce qui peut être utile aux aliénés et de s'efforcer d'en écarter tout ce qui peut être préjudiciable ou inutile?

Est-ce que les législateurs qui vont faire la loi pourraient trouver mauvais qu'on cherchât à jeter quelque lumière sur des questions si peu connues du public?

L'article 11 du projet compose ainsi la commission permanente : Un membre du tribunal civil,

Un membre de la commission départementale du conseil général,

Un membre du conseil de préfecture,

Un membre ou ancien membre du conseil de discipline des avocats,

Un avoué ou ancien avoué,

Un notaire ou ancien notaire.

Et enfin, un docteur en médecine, nommé par le ministre de l'Intérieur et qui sera le secrétaire de ladite commission permanente.

Si l'asile est départemental, sa commission de surveillance fera partie de la commission permanente.

Si c'est un quartier d'hospice, deux des membres de la commission administrative seulement y seront appelés.

Il en sera de même pour les commissions de contrôle des asiles privés, faisant fonctions d'asiles publics.

Comme il y aura aussi une commission permanente dans les départements ne renfermant aucun asile, il y

©BIUM

aura donc des commissions composées de sept, de douze et de neuf membres.

Ce ne sera peut-être pas la plus nombreuse qui fonctionnera le mieux.

Il y aurait bien des choses à dire sur le recrutement de ces commissions ; déjà celui des commissions de surveillance n'est pas toujours facile, car tous les asiles ne sont pas dans les chefs-lieux de département ou même d'arrondissement, et c'est cependant dans l'un ou l'autre que la commission permanente aura son siège.

Peut-on être bien certain de trouver toujours, dans une petite ville, après y avoir prélevé le personnel d'une commission de surveillance, celui de la commission permanente ?

Si l'avocat, l'avoué, le notaire exercent encore, ils pourront très bien ne pas avoir le temps ; s'ils sont retirés, ils se trouveront trop fatigués ou trop âgés, pour aliéner même une partie du repos qu'ils ont voulu se donner.

Il est donc hors de doute que dans plus d'un cas, le recrutement de l'une des deux commissions nuira à celui de l'autre.

Prenons comme exemple le département de l'Aisne : son asile, Prémontré, est à 30 kil. de Laon ; sa commission de surveillance se recrute parmi des personnes plus ou moins voisines de l'asile ; la commission permanente siégera à Laon.

De même qu'il sera peu facile pour ses membres et le parquet de se rendre souvent à Prémontré, il le sera tout aussi peu pour les membres de la commission de surveillance, d'aller à Laon, assister aux séances, nécessairement assez fréquentes, de la commission permanente.

D'où certainement des défections et des refus de concours.

©BIUM

Et cela n'arrivera pas seulement dans le département de l'Aisne, et pour Prémontré.

Seront dans le même cas, parmi les asiles publics :

Bonnneval (Eure-et-Loir).
Cadillac (Gironde),
Saint-Dizier (Haute-Marne),
La Charité (Nièvre),
Armentières (Nord),
Bailleul (Nord),
Saint-Venant (Pas-de-Calais),

Et parmi les asiles privés, faisant fonctions d'asiles publics :

La Cellette (Corrèze),
Leyme (Lot),
Etc. etc, etc, et j'en oublie probablement.

Je m'aperçois, un peu tard je le reconnais, que je viens de glaner dans un champ réservé, je me hâte donc de rentrer dans mes limites.

Dans un délai de cinq jours, après réception de l'avis d'un placement, le médecin-secrétaire et un autre membre de la commission devront se rendre à l'asile désigné, pour y examiner le malade nouvellement admis, ou plutôt entré, puisque son admission n'est encore que provisoire.

La même obligation est imposée au Procureur de la République...

Pour MM. du parquet, je me bornerai à répéter ce qu'a dit le Dr Blanche, dans son rapport à l'Académie de médecine, sur le projet présenté par le ministre de l'Intérieur, antérieurement à la rédaction de la commission sénatoriale : « A MM. les magistrats du parquet, je laisse le soin de donner leur opinion sur la possibilité matérielle de remplir leurs nouveaux devoirs. »

©BIUM

Si je mentionne cette observation, c'est qu'elle est également applicable au médecin-secrétaire.

D'après M. le Dr Th. Roussel, le savant et laborieux rapporteur de la commission sénatoriale, les médecins-secrétaires seront classés et rétribués de la manière suivante :

12 de 1re	classe à.....	6,000 fr.
16 de 2e	— à.....	5,000
18 de 3e	— à.....	4,000
21 de 4e	— à.....	3,000

Dans les vingt-deux départements qui ne renferment pas d'asiles, il y en aura :

5 de 3e	classe à.....	4,000 fr.
7 de 4e	— à.....	3,000
10 de 5e	— à.....	2,000

Soit : quatre-vingt neuf ou quatre-vingt dix médecins-secrétaires, dont soixante-sept ou soixante-huit pour les départements dans lesquels il y a des asiles.

En réalité, il n'y a, en y comprenant l'Algérie et le Morbihan, que soixante-quatre départements possédant un ou plusieurs asiles et vingt-cinq qui n'en ont d'aucune catégorie.

Il est donc probable qu'il entre dans les prévisions de doter Paris, c'est-à-dire le département de la Seine, de trois ou quatre médecins-secrétaires, ce qui ne sera assurément pas trop.

Mais je crains qu'on se trompe, si l'on pense qu'un seul médecin-secrétaire pourra suffire dans tous les autres départements ; par exemple :

Dans la Seine-Inférieure, le Rhône, les Bouches-du-Rhône, le Nord, où les admisions annuelles attei-

©BIUM

gnent le chiffre de quatre à cinq cents et se répartissent dans plusieurs établissements éloignés les uns des autres.

Il aura déjà fort à faire, ce médecin-secrétaire, dans les départements où il ne se produit que deux cent cinquante ou trois cents admissions, réparties aussi dans deux ou trois asiles qui ne sont guère voisins, comme dans les Côtes-du-Nord, la Manche, la Gironde.

Le recrutement de ces médecins-secrétaires se fera, pour les trois quarts, parmi les médecins en chef ou adjoints des asiles publics et parmi ceux qui auront subi le concours pour les fonctions d'adjoint.

Soit : soixante-dix fonctionnaires à créer dans ce personnel, car il faudra remplacer immédiatement dans les asiles, les médecins qu'on leur aura pris.

Mais où les trouvera-t-on?

Pour les vingt-deux ou vingt-cinq, formant le quart pris en dehors de la spécialité, il n'y aura point de difficultés ; comme ils seront probablement destinés aux départements sans asiles, on les trouvera dans les villes où siégeront les commissions permanentes, parmi les médecins les moins occupés, ce qui ordinairement veut dire : ceux qui inspirent le moins de confiance.

Pour les trois quarts, les aliénistes, le recrutement sera moins facile, moins assuré.

Le nombre des internes employés dans les asiles, est tout au plus de soixante ou soixante-dix, et comme la durée de l'internat est de trois ans, ce n'est donc que sur le tiers de ces jeunes gens que l'on peut compter chaque année.

Encore faut-il ne pas perdre de vue que tous ceux qui passent par l'internat des asiles, ne se destinent pas à la spécialité.

©BIUM

Mais, admettons vingt candidats par an, ils devront suffire aux vacances survenant dans les asiles, parmi les médecins-adjoints et aux besoins du nouveau service.

Quand ce nouveau service sera complètement organisé et pourvu, ce sera peut-être possible; mais en attendant, combien faudra-t-il d'années pour lui fournir tout son personnel médical?

Ira-t-on chercher les anciens internes, sortis des asiles depuis plusieurs années?

Mais presque tous seront engagés dans une autre voie, et si quelques-uns répondent à l'appel, ce seront ceux qui auront vainement cherché et attendu des clients.

Une partie du personnel nouveau sera immédiatement nommée titulaire des secrétariats des commissions, aussitôt après avoir été jugée admissible au titre d'adjoint.

Une autre partie ira remplacer dans les asiles, les médecins qui seront aussi appelés à ces mêmes fonctions de secrétaire, sans doute dans les centres les plus importants.

Quels seront les médecins d'asiles qui pourront accepter ces fonctions? A coup sûr, ce ne seront pas ceux auxquels une longue expérience aura fait acquérir une juste notoriété et une autorité scientifique indiscutable.

J'ai dit plus haut quels seront les traitements des médecins secrétaires; il suffit de les comparer à ceux des médecins d'asiles, pour se rendre compte de ce qui arrivera nécessairement.

Dans les asiles, les traitements sont les suivants :

Classe exceptionnelle	8,000 fr.
1re classe.....	7,000
2me —	6,000
3me —	5,000
4me —	4.000
5me —	3,000

©BIUM

A cela il faut ajouter que dans les asiles, les médecins de toutes classes sont logés, chauffés et jouissent de quelques autres petits avantages qui, bien qu'ils ne figurent pas dans le règlement, sont très justement tolérés.

Les médecins adjoints ont des avantages analogues ; ceux de première classe, un traitement de 3,000 francs et quelques-uns de classe exceptionnelle, 4,000.

De plus, s'ils ne sont pas mariés, ils sont autorisés à se faire nourrir par l'asile, au régime des pensionnaires de première classe, moyennant un prix de pension très modéré, assez généralement : 50 francs par mois.

Ainsi, le traitement de première classe des médecins-secrétaires, 6,000 francs, ne sera guère plus que l'équivalent du traitement d'un médecin d'asile, à 4,000 fr. c'est-à-dire de quatrième classe.

On prétendra peut-être que j'exagère, puisque dans le règlement des retraites, les avantages en nature ne sont comptés que pour un dixième du traitement.

Qu'on me dise alors où un médecin pourra, avec 400 ou 500 francs, se loger, se chauffer, etc.

Donc, je maintiens qu'il n'y aura que le médecin de quatrième classe qui pourra trouver un petit avantage à laisser un asile pour occuper un emploi de médecin-secrétaire de première classe.

Si après avoir regardé en haut, nous regardons en bas, il sera tout aussi évident qu'un médecin d'asile, chef ou adjoint, ne voudra pas échanger sa situation contre celle de médecin-secrétaire, au traitement immédiatement supérieur à celui que lui donne l'asile.

Les deux dernières classes, troisième et quatrième du médecin-secrétaire, ne pourront donc être acceptées que par les tout nouveaux admissibles aux fonctions d'ad-

©BIUM

joint, qui formeront ainsi plus de la moitié du nouveau personnel.

D'après l'esprit de la loi, les idées de défiance qui l'ont dictée et l'effet moral, en conséquence, nécessaire à produire, il semble que ces places ne devraient être occupées que par la tête de la spécialité et elles ne le seront que par la queue.

Quoique factice, l'opinion qui a cours sur les asiles, s'en contentera-t-elle?

La question des traitements impose donc les jeunes, au choix à faire.

A un certain point de vue, c'est heureux; car beaucoup d'entre eux auront besoin d'une robuste santé et d'une bonne dose d'activité, pour suffire aux courses qu'ils devront faire et au travail de cabinet dont ils seront chargés.

Les considérations qui précèdent ne sont pas les seules dont on doit tenir compte :

Très généralement, les jeunes médecins d'asiles, les adjoints, c'est une justice à leur rendre, désirent travailler, s'élever encore dans leur spécialité; toute leur collaboration avec les commissions permanentes ne les mènera pas loin dans cette voie d'études, dont les moyens n'existent que dans l'asile.

Ne serait-il point possible que pour plusieurs, les meilleurs, ce soit encore là une cause d'éloignement des nouveaux emplois?

Si tous les acceptaient, ce serait fâcheux pour le service des asiles qui ne pourraient qu'y perdre, dans la valeur de leur personnel médical.

Car c'est surtout pendant qu'il est encore jeune, que ce personnel cherche et peut chercher, avec le plus de fruit, à étendre ses connaissances.

©BIUM

Si ces jeunes médecins-secrétaires sont pris parmi les internes récemment jugés admissibles à l'adjonction, mais n'en ayant pas rempli les fonctions, quels directeurs-médecins feront-ils quand on les enverra diriger un asile? car il est probable qu'il y aura un roulement entre les asiles et les secrétariats des commissions.

Je ne veux pas m'arrêter à ce qu'il pourra y avoir de choquant à les voir comme secrétaires, venir dans les asiles où ils étaient internes hier, contrôler et contredire peut-être les affirmations de leur chef de la veille.

Il me reste à voir quelle sera leur tâche et le plus ou moins de facilités qu'ils auront à la remplir :

Régulièrement, chaque trimestre, ils devront, avec un autre membre de la commission, faire une visite générale de l'asile ou des asiles de leur circonscription, et en faire un rapport à soumettre à la commission.

Cette visite, pour remplir le vœu de la loi, devra être bien faite, et pour être bien faite, elle exigera, même dans les asiles de moyenne importance, l'emploi de plusieurs jours.

Dans les cinq jours de la réception des pièces transmises par le préfet, annonçant le placement d'un aliéné, toujours avec un autre membre de la commission, ils devront se rendre à l'asile et y constater l'état mental de la personne désignée.

En faire rapport, et s'il y a eu plusieurs admis à examiner, faire un rapport sur chacun, quel qu'en soit le nombre.

Tout en examinant les personnes récemment admises, aussi bien que pendant les visites trimestrielles, il faudra écouter toutes les réclamations, prendre les renseignements que ces réclamations pourront nécessiter et en faire rapport.

Donner son avis, et par conséquent examiner, sur

©BIUM

toutes requêtes adressées à la commission par des aliénés ou en leur faveur.

Donner également son avis sur les maintenues, sur des demandes de sortie, ce qui ne saurait se faire sans examen préalable.

Enfin, étudier toutes les questions relatives à l'état mental que la commission aura à résoudre; car il est hors de doute que ce sera le médecin-secrétaire qui devra donner les conclusions et rédiger les délibérations.

En outre de cela, s'il y a des malades traités à domicile, il faudra les visiter, où qu'ils se trouvent, au moins tous les trois mois, et s'ils sont peu nombreux maintenant, il est présumable que les exigences de la loi nouvelle les multiplieront.

Il faudra aussi s'enquérir de tous les aliénés restés libres dans le département et en dresser un état général.

Visiter les dépôts provisoires établis dans les hôpitaux et hospices et les présumés aliénés qui s'y trouveront, et toujours en faire rapport.

Participer à l'organisation et surveiller le fonctionnement du patronage des aliénés.

Et en fin d'année, faire un rapport général sur l'ensemble du service de la circonscription.

En raison de la spécialité et du titre officiel, on sera bien appelé quelquefois devant les tribunaux et aussi dans les prisons pour examiner les détenus suspects d'aliénation.

Supposons maintenant que dans l'asile ou les asiles d'un département, il entre, ce qui n'est pas rare, cent quatre-vingts malades par an; soit en moyenne, un tous les deux jours environ.

On peut admettre que pour ne pas trop multiplier ses courses, le médecin-secrétaire, après avoir reçu avis d'une admission, attendra jusqu'à l'extrême limite qui

©BIUM

lui est accordée, c'est-à-dire le cinquième jour, pour aller faire sa constatation.

Alors il pourra voir trois ou quatre malades, quelquefois plus, en une seule visite.

Mais il n'en sera pas toujours ainsi ; il y a des aliénés qui ne se livrent pas à première vue, ni même le premier jour ; s'il en rencontre un de ceux-ci, il devra donc le revoir une ou plusieurs fois, avant de pouvoir donner une conclusion à son rapport.

Et ce sera un malade de plus à visiter, à interroger peut-être très longuement, pour la visite suivante.

Si l'asile est dans la ville ou dans le voisinage, on pourra s'en tirer sans trop de peine ou de temps; mais s'il est éloigné, s'il y a deux ou trois asiles, à six, dix ou quinze kilomètres, ou plus, l'un de l'autre?

Si au lieu de cent quatre-vingts admissions par an, il s'en fait deux cent cinquante ou trois cents, dans le département et dispersées sur plusiers points?

Il sera bien difficile alors au médecin-secrétaire d'ajourner ses visites au cinquième jour et ses courses devront se multiplier ; à moins d'employer plusieurs jours à chaque visite, ce qui du reste sera forcé pour quelques asiles.

Si nombreuses ou si longues que soient ces visites, le travail du cabinet ne s'en trouvera pas diminué; bien au contraire, il sera d'autant plus chargé.

Le tableau suivant, qui laisse la Seine en dehors, peut donner un aperçu des distances à parcourir, pour faire les visites prescrites :

©BIUM

	au chef-lieu du département ou à courte distance.	dans l'arrondissement du chef lieu mais dans la campagne à 4, 6, 10, 20 ou 30 kilom.	dans les autres arrondissements au chef-lieu ou à courte distance	dans l'arrondissement mais à la campagne à 2, 4, 6, 15, 20 30 et 40 kil.
Asiles publics....	15	17	3	8
Quartiers d'hospices.....	10	»	1	1
Asiles privés faisant fonctions d'asiles publics	8	4	2	4
	33	21	6	13

Ensemble : soixante-treize établissements,

Sur lesquels trente-quatre sont à des distances plus ou moins grandes des lieux de réunion des commissions permanentes.

A ce chiffre trente-quatre, il faut ajouter dix maisons de santé, qui sont dans les mêmes conditions de distances.

Soit, sur quatre-vingt-dix-sept établissements de toutes catégories, quarante-quatre plus ou moins excentriques.

J'ai voulu me restreindre à cette question du médecin-secrétaire, je n'irai donc pas plus loin; ce n'est pourtant pas qu'il manque d'articles encore, dans ce projet de loi, qui semblent provoquer la critique; je laisse à d'autres le soin de répondre à cette provocation.

Compliquer les rouages d'une machine ne passe pas pour être le moyen de l'améliorer; c'est cependant ce qu'on veut faire ici.

Mais on dit, c'est la seule explication : que les légis-

©BIUM

lateurs de 1838 se sont plus préoccupés des devoirs d'assistance et des besoins de la sécurité publique, que des périls de la liberté individuelle.

On pourrait leur en faire honneur; mais ce qui est bien certain, c'est qu'on peut, dès aujourd'hui, faire le reproche inverse au projet de la commission sénatoriale.

C'est en vain qu'on accumulera contrôle sur contrôle, qu'on traitera le médecin d'asile en suspect ; les cas ne manqueront pas, dans lesquels il faudra encore s'en rapporter à lui, si l'on ne veut pas exposer la société à tous les risques des aberrations d'aliénés des plus dangereux.

Car, ces aliénés-là ne seront pas toujours reconnus comme tels, au cours des visites plus ou moins rapides du procureur de la République et même du médecin-secrétaire, si habile qu'il soit.

Ce sont ces aliénés qui, le plus souvent, font croire qu'ils jouissent de toute leur raison.

Ne sait-on pas, en effet, que les médecins désignés comme experts par les tribunaux, sont très souvent obligés de visiter les inculpés plusieurs fois, avant de pouvoir formuler une opinion ?

Ne sait-on pas également que quand la justice place un prévenu en observation dans un asile, le médecin ne peut quelquefois donner un avis positif qu'après une surveillance continue, de tous les jours, pendant des semaines ou des mois ?

Comment feront donc le procureur de la République et le médecin-secrétaire, pour dire toujours, au pied levé, si un homme est fou ou ne l'est pas?

Si le projet de loi de la commission sénatoriale devient la loi, elle sera bien ou mal exécutée.

Bien : elle éloignera des asiles, les placements trop

©BIUM

tardifs augmenteront encore, et avec eux, l'incurabilité et les crimes.

Mal : on n'aura rien gagné et elle ne fera qu'augmenter le nombre des lois que M. Picot a appelées des lois *d'apparences*.

Répondant à l'enquête de 1869, le préfet de la Charente et notre regretté confrère, le Dr Auzouy, avaient dit : si les commissions de surveillance sont insuffisantes, parce qu'elles n'ont pas de pouvoirs assez étendus, n'est il pas facile de leur en donner de plus étendus ? n'aurait-on même pas pu leur adjoindre des magistrats... ?

Là, peut-être, était la vraie et la plus pratique des solutions.

Au moins on n'aurait pas amoindri le médecin, dont l'autorité dans son asile est si nécessaire qu'on peut dire qu'elle est le premier de tous les *médicaments*.

On n'aurait ainsi rien compliqué ; on n'aurait pas augmenté les dépenses, et les garanties seraient tout aussi réelles sans que personne s'en trouve amoindri.

S'il est exact, comme on l'a dit, qu'il y a des médecins d'asiles qui s'applaudissent de ce que l'organisation proposée diminuera leurs responsabilités, eh bien ! tant pis pour eux ; ceux-là ne savent pas comprendre que la responsabilité stimule et élève, et que son absence engourdit et rabaisse.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 JUILLET 1886.

Présidence de M. SEMELAIGNE.

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

M. LE PRÉSIDENT informe la Société que M. le Dr W. Dektereff, médecin à l'asile clinique des aliénés de Saint-Pétersbourg, assiste à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Palmieri, de Naples, invitant la Société à prendre part à la souscription ouverte pour l'érection d'un monument à la mémoire du Dr Miraglia.

2° Le bulletin du manicome de Fleurent

3° Un travail de M. Clark Bell sur une classification des maladies mentales pouvant servir aux statistiques internationales.

4° Une lettre de M. le Dr Larroque, lauréat du prix Esquirol, sollicitant le titre de membre titulaire de la Société. Cette demande est accordée à l'unanimité des membres présents.

M. LE PRÉSIDENT présente les félicitations de la société à M. Paul Garnier, nommé médecin en chef de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, à M. Séglas, nommé médecin adjoint de l'hospice de Bicêtre et à M. Rouillard, nommé chef de clinique adjoint des maladies mentales.

©BIUM

Observation de perversion sexuelle chez un ivrogne.

M. Riu présente un cylindre en fonte du poids de trois cent cinquante grammes, dans lequel un ivrogne avait introduit sa verge, et dont le sujet n'a pu être débarrassé que par l'amputation du gland. Ce cylindre est long de cinq centimètres et demi et présente une épaisseur de sept millimètres. - – Le diamètre, abstraction faite de l'épaisseur des parois, est de deux centimètres et demi d'un côté et de deux centimètres seulement à l'autre extrémité.

L'opération a été faite avec le concours de M. le Dr Vincent de Villeneuve d'Ingré et de M. Millier interne du quartier d'aliénés des hospices d'Orléans. Le malade, guéri aujourd'hui, se souvient des circonstances qui ont déterminé l'accident. Il s'était couché à quelques cents mètres de la ville, dans un terrain vague où l'on jette toutes sortes de débris et où il a trouvé, par hasard, ce morceau de cylindre en fonte. Il était ivre : il a introduit sa verge à l'état de flaccité dans le tuyau. Après quelques minutes de masturbation il s'est endormi. En s'éveillant, le gland qui dépassait le tuyau était resté turgescent et il lui a été impossible de se débarrasser du cylindre.

Epilepsie jacksonnienne ; hémorrhagie du lobule pariétal supérieur de l'hémisphère gauche ; présentation des pièces anatomiques.

M. Riu présente en outre l'hémisphère cérébral gauche d'une malade, R..., décédée dans son service le 12 mai 1886.

R... avait eu, le 12 mars 1886, quelques secousses avec parésie du membre supérieur droit. — Le 7 mai, cette malade avait eu trois crises successives d'épilepsie Jacksonienne, dans la même journée, à une heure d'intervalle environ : Chute sur le côté droit, sans perte de connaissance ; pâleur de la face ; contraction des muscles de la face ; écume à la bouche ; mouvements convulsifs des deux membres supérieurs.

La pièce anatomique présentée par le Dr Riu présente

©BIUM

une lésion produite par une hémorrhagie siégeant sur le lobule pariétal supérieur de l'hémisphère gauche. Le foyer hémorrhagique était du volume d'une grosse noix.

M. Riu se propose de communiquer l'observation de la malade dans un travail plus complet qui sera lu plus tard.

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

M. J. FALRET. — Je vous demande pardon de revenir encore sur plusieurs points qui résultent de notre discussion, que je n'ai pas à me repentir d'avoir soulevée, d'autant plus qu'elle me paraît à l'ordre du jour, à en juger par les travaux actuels, français et étrangers, qui paraissent converger sur ce sujet. Elle a soulevé ici une divergence d'opinions bien marquée : les uns, avec Pinel et Esquirol, tout en reconnaissant l'influence de l'hérédité comme cause, ne pensent pas qu'elle imprime un cachet spécial aux formes morbides ; les autres, avec Morel, M. Magnan et moi, admettent au contraire l'existence d'une folie héréditaire à signes caractéristiques. — Des objections contre cette opinion ont été présentées par MM. Bouchereau, Cotard, Christian et Charpentier.

M. Magnan, dans la dernière séance, a résumé très nettement ces opinions et je n'y reviendrai pas. Mais il y a quelques points sur lesquels M. Magnan et moi nous ne sommes pas d'accord, et, tout d'abord, sur la différence à établir entre l'état physiologique et l'état pathologique, au point de vue de l'hérédité. Il m'a semblé que M. Magnan, étendant trop la sphère de la folie héréditaire, comprenait parmi les troubles pathologiques certaines bizarreries, émotions ou craintes qui ne suffisent pas pour caractériser un état de folie, comme la crainte de se couper la gorge en se rasant, de se jeter par une fenêtre en s'en approchant. Il convient, je crois, de ne pas fusionner trop intimement ces états demi physiologiques avec la folie héréditaire proprement dite.

Le second point sur lequel je m'écarte de M. Magnan concerne les limites de la folie héréditaire qui constitue

©BIUM

selon lui la première catégorie des folies, les autres étant constituées par les folies avec lésions, les folies vésaniques et les folies intermittentes. On peut se demander si tous les aliénés classés dans cette première classe des folies héréditaires doivent réellement en faire partie. J'admets sans doute qu'on peut proclamer ces malades comme appartenant à la grande famille des héréditaires, mais à la condition d'y introduire, comme dans les classifications des sciences naturelles, de grandes divisions. Certes M. Magnan a raison quand il dit qu'il ne faut pas diviser les faits à l'infini et transformer de simples détails en espèces pathologiques ; mais je réponds : nous avons des groupes de maladies mentales généralement admis qu'il faut conserver, et dans tous ces groupes des formes qui portent l'empreinte de l'hérédité. Ainsi, les paralysies générales à empreinte héréditaire se font remarquer par leurs rémissions fréquentes et prolongées, par leur longue durée, par la prédominance des troubles psychiques sur les troubles physiques. Dans le groupe des persécutés sont surtout héréditaires les persécutés persécuteurs, les persécutés qui ne passent pas par les périodes successives d'état vague, d'état hallucinatoire, d'état de systématisation et d'idées de grandeur, qui n'ont jamais d'hallucinations et qui restent souvent pendant très longtemps à la première période, dans la forme vague sans systématisation précise. Ces héréditaires présentent des phénomènes congestifs fréquents, personnifient leur délire, entament des procès, poursuivent des vengeances ; enfin, s'ils constituent une variété dans le délire de persécution, ils doivent néanmoins faire partie de ce groupe et il ne faut pas encore les classer parmi les folies héréditaires. De même pour certains épileptiques héréditaires ; de même pour ces hystériques héréditaires, qui deviennent aliénées, à hystérie fruste, à symptômes isolés d'hystérie avec signes physiques peu prononcés, à terminaison souvent rapide par la stupeur ou la démence précoce ; de tels héréditaires doivent rester dans leurs groupes respectifs et non faire partie de la folie héréditaire proprement dite. De même encore les hypochondriaques avec idées absolument absurdes, qui se plaignent, par exemple, d'avoir des vers qui leur rongent les intestins, ou qui préten-

©BIUM

dent que le sperme circule avec leur sang, tous ces malades ont l'empreinte de l'hérédité morbide, mais ce n'est pas une raison suffisante pour les englober dans la folie héréditaire en général, ou bien alors, il n'existerait plus qu'une seule espèce de folie, la folie héréditaire. Sans doute M. Magnan ne va pas aussi loin; mais sa famille des héréditaires reste encore beaucoup trop vaste et embrasse trop de faits disparates!

Je suis d'accord avec M. Magnan à propos des stigmates psychiques présentés par ces aliénés. Ils restent lucides jusqu'à la fin de leur vie, tout en présentant des idées absurdes qui germent dans leur esprit du jour au lendemain, entraînant immédiatement chez eux la conviction la plus profonde, et souvent remplacées tout à coup par d'autres idées délirantes, tout aussi bizarres que les précédentes. Ces malades ont rarement des hallucinations et présentent surtout des actes impulsifs; enfin, ils sont rémittents et périodiques au plus haut degré. J'admets entièrement tous ces caractères sur lesquels M. Magnan insiste avec raison; mais, je le répète, il faut établir parmi les aliénés qui présentent ces caractères communs, de nombreuses divisions. Je n'admets pas plus que lui les monomanies, ni les espèces variant à l'infini, suivant l'objet du délire; mais il est néanmoins, parmi ces espèces décrites séparément, quelques variétés vraiment naturelles qui doivent être conservées, telles que la folie avec conscience, la folie du doute, le délire émotif, etc., etc. Ces formes doivent être, selon moi, distinguées nettement de la folie héréditaire proprement dite. C'est certainement un progrès d'admettre, comme l'a fait M. Magnan, une folie héréditaire spéciale, à côté des autres formes mentales, anciennement admises, mais à la condition de reconnaître dans cette grande famille des aliénés héréditaires des espèces et des variétés secondaires. Je me suis efforcé moi-même d'établir un certain nombre de caractères appartenant aux dégénérés et aux héréditaires en général; mais ce n'est pas une raison suffisante pour ne pas introduire parmi eux des divisions et des subdivisions ayant une individualité propre, tout en présentant les caractères communs à tous les héréditaires. Je terminerai ici le résumé que j'ai voulu faire des analogies et des diffé-

©BIUM

rences principales qui existent entre l'opinion de M. Magnan et la mienne, relativement aux folies héréditaires. Mais il est un autre point de la pathologie mentale sur lequel nous avons également, M. Magnan et moi, des analogies et des divergences d'opinion. Je veux parler de la grande catégorie d'aliénés à laquelle M. Magnan donne le nom générique trop étendu de délirants chroniques et qui, selon moi, doit conserver le titre moins compréhensif de délire de persécution. La discussion sur la folie héréditaire étant actuellement à peu près terminée, je proposerai à la société de mettre à l'ordre du jour de ses discussions le délire chronique, ou délire de persécution.

Cette proposition est acceptée par la Société et M. Paul Garnier s'inscrit pour parler sur ce sujet.

La séance est levée à 6 heures.

Charpentier.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 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 remerciement de M. le Dr Larroque, nommé membre titulaire dans la précédente séance.

2° Une lettre de M. Catsaras, d'Athènes, sollicitant le titre de membre associé étranger. Cettre lettre est accompagnée d'un travail imprimé : *De la curabilité de la sclérose en plaques.*

La correspondance imprimée comprend :

Un travail de M. Mabille, médecin de l'asile de Lafont, *sur la situation de l'alcoolisme dans la Charente-Inférieure.*

©BIUM

M. FALRET présente, au nom de M. Pottier, un de ses élèves, sa thèse inaugurale sur *les aliénés persécuteurs*. Dans ce travail, l'auteur distingue nettement du type classique du persécuté avec hallucinations, l'aliéné persécuteur, sans hallucinations, héréditaire, de par les troubles physiques, intellectuels et moraux qu'il manifeste.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. V. Oudart, membre associé étranger, inspecteur général du service des aliénés en Belgique. Ce collègue distingué est décédé le 6 août dernier, à l'âge de soixante et onze ans

Rapport de candidature.

M. MAGNAN. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Dagonet, Garnier et Magnan, pour faire un rapport sur la candidature de M. Catsaras au titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

M. le Dr Catsaras, professeur agrégé à la faculté d'Athènes, est chargé du cours des maladies du système nerveux et l'année dernière son enseignement a porté sur les localisations cérébrales et médullaires. Il fait suivre, selon les méthodes les plus récentes, ses descriptions de l'examen des pièces anatomo-pathologiques et de projections qui lui permettent de donner à ses démonstrations la précision réclamée dans cet ordre de recherches.

En dehors de la thèse du doctorat sur les ecchynocoques du foie, de la thèse d'agrégation sur la sclérose en plaques, M. Catsaras a publié plusieurs travaux parmi lesquels je citerai un article, la paraplégie ataxique ou tabétique (*France médicale* 24 juillet 1884), un second travail dans le même recueil (17 juillet 1884) sur un cas d'hémiplégie gauche avec aphasie chez un malade qui n'était pas gaucher ; enfin un mémoire sur la curabilité de la sclérose en plaques publié dans les *Archives de neurologie* 1885, n° 28. Dans ce dernier travail, l'auteur fait observer que si la plupart des syndromes qui composent la sclérose en plaques peuvent s'amender et disparaître, il semblait à *priori* possible d'admettre la guérison de cette affection. Il rappelle un

©BIUM

exemple publié par Wilson et il rapporte avec détails une observation recueillie à Athènes sur un jeune homme de dix-huit ans, chez lequel le tremblement dans les mouvements intentionnels, un strabisme interne avec nystagmus, des attaques apoplectiformes disparurent successivement, de même qu'un accès mélancolique qui était venu compliquer les troubles physiques.

L'auteur suppose que la plupart des tubes nerveux ne sont qu'incomplètement altérés, que le cylindre d'axe persiste et qu'un travail de réparation s'effectue, produisant la gaine de myéline autour des cylindres axes conservés.

Ce fait est intéressant, mais en raison de l'âge du sujet, qui pourrait faire songer à des phénomènes nerveux de nature différente, il demande à être confirmé par d'autres observations du même genre.

Le travail sur la paraplégie ataxique est basé sur un cas de paraplégie survenue brusquement chez un homme de trente-deux ans, en proie depuis quatre ans à des accès de douleurs fulgurantes. La faiblesse musculaire s'est amendée au bout de vingt-cinq jours, mais le malade est resté franchement ataxique. M. Catsaras rappelle un cas analogue de M. Charcot, dans lequel le sujet a également guéri de sa paraplégie, tout en restant ataxique. Ces faits se rapprochent des cas déjà connus de paralysie générale, accompagnés d'attaques spinales épileptiformes ou apoplectiformes (1).

Dans le second article publié par M. Catsaras dans la *France médicale*, il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, chez lequel se produit d'abord, sans phénomènes prémonitoires, une hémiplégie faciale gauche qui disparaît au bout de quinze jours. Un mois après, le sujet est frappé subitement d'une attaque apoplectique qui le laisse hémiplégique gauche et aphasique, n'ayant plus à son service que deux mots qu'il emploie à tout propos; il peut lire, écrire et comprend ce qu'on lui dit. Au bout de quinze jours, l'amélioration est tellement marquée qu'il peut reprendre ses occupations de courtier. Cinq

(1) Magnan. — Note sur les attaques spinales dans certains cas de paralysie générale. Mémoires et comptes rendus de la Société de Biologie, 1876, p. 25.

©BIUM

semaines après, il a pendant la nuit une attaque apoplectiforme qui ne laisse aucune trace. Deux mois plus tard, nouvelle attaque apoplectiforme suivie d'hémiplégie gauche et de trouble profond du langage. Le malade ne peut ni parler, ni écrire, ni lire, ni comprendre ce qu'on lui dit. L'auteur pense devoir rattacher ces phénomènes à une vaste lésion corticale occupant une grande partie de la zone motrice, le pied de la troisième circonvolution de Broca, le pli courbe, la première temporale et enfin peut-être le pied de la deuxième circonvolution frontale de l'hémisphère droit. Malgré l'absence d'autopsie, ce fait mérite de fixer l'attention d'autant mieux que le malade n'était pas gaucher.

Cet exposé rapide des travaux si pleins d'originalité de M. Catsaras, l'enseignement dont il est chargé à Athènes, nous font pressentir l'utile collaboration qu'il peut apporter à la Société, et nous vous demandons de vouloir bien lui accorder vos suffrages pour le titre de membre associé étranger.

Les conclusions du rapport de M. Magnan sont adoptées, et M. Catsaras est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre associé étranger.

Du délire chronique.

M. Paul Garnier. — Messieurs, la Société médico-psychologique semblant obéir à la préoccupation de provoquer une sorte de revision de la nomenclature des états vésaniques, a inscrit à son ordre du jour la discussion sur le « *délire chronique* », pour faire suite aux brillants débats sur les « *dégénérés héréditaires.* »

Que celle-ci intervienne alors que ceux-ci se poursuivent encore, je crois qu'il convient de s'en applaudir plutôt que de s'en plaindre ; car il s'agit là de deux formes d'aliénation mentale qui n'ont une véritable indépendance et une individualité propre, qu'en raison même du relief donné à leurs dissemblances.

En clinique mentale, comme en pathologie ordinaire, il existe des maladies à invasion brusque et inopinée, à marche essentiellement irrégulière, ne procédant guère, dans tout l'ensemble de leurs manifestations, que par

©BIUM

surprise, par heurts, et par à-coups, maladies soustraites à toute loi évolutive et échappant à toute prévision.

A côté des individus qui nous offrent les exemples de ces formes capricieuses des troubles de l'esprit, on en voit d'autres chez lesquels l'affection mentale ne se développe qu'après une incubation prolongée et ne poursuit son cours que lentement, régulièrement, méthodiquement, franchissant, une à une, des étapes invariablement les mêmes et nous offrant, en quelque sorte, le spectacle de l'ordre dans le désordre.

Ici plus d'imprévu, plus d'indécision : le processus psychopathique est tellement net et défini que l'on peut prédire la série des phases successives que va parcourir le délire, depuis le stade initial jusqu'à une terminaison inexorablement la même.

Est-ce donc là le résultat de circonstances purement fortuites ? mais le hasard n'a guère d'existence scientifique ; y faire appel, c'est tenter de masquer notre ignorance, concernant des causes qui nous échappent, si ce n'est déjà faire l'aveu de cette ignorance.

Assurément, on doit reconnaître comme fort indécises encore les données que nous possédons sur le mode d'action des causes qui président au développement de la folie, en général, ou d'une maladie mentale en particulier.

En dehors de certaines circonstances étiologiques, nettement déterminées et strictement isolées dans leurs effets, comme les intoxications à complications délirantes qui représentent plus, en quelque sorte, les conditions expérimentales des perturbations psychiques, qu'un véritable processus morbide, que d'obscurités autour de cette intéressante question de la détermination nosologique individuelle, de la spécialisation vésanique, si je puis ainsi dire.

En vertu de quelle disposition intime de son organisation cérébrale, un individu appartient-il à telle catégorie d'aliénés plutôt qu'à telle autre ? Pourquoi celui-ci, par exemple, ne sera-t-il jamais, dans ses manifestations délirantes, qu'un irrégulier, un intermittent, un paroxystique et par quelle raison mystérieuse celui-ci, procédant tout à fait à l'inverse du premier, progressera-t-il, selon un mode uniforme et continu, dans la

©BIUM

voie de la folie chronique, où les périodes s'étagent dans une coordination rigoureuse?

Se borner à déclarer que c'est là simple affaire de tempérament individuel, c'est uniquement rappeler une vérité banale, qui ne saurait beaucoup élucider le problème, si, après l'avoir énoncée, on ne cherche pas à discerner le pourquoi et le comment de ces aptitudes morbides différentes. Il faut pénétrer plus avant et tenter d'analyser ce que comporte cette notion synthétique et vague, afin de surprendre le secret de ces différences constitutionnelles, la prédisposition étant déjà, elle-même, un effet et un résultat avant de devenir, à son tour, une cause plus ou moins active.

Ce sera pour Morel, en dépit des critiques dont ses idées sont encore l'objet, un inoubliable titre de gloire d'avoir su remonter au principe même de cette différenciation, en rattachant tout un grand groupe de déviations à l'hérédité, agissant, non plus simplement comme un facteur étiologique banal, mais comme une cause efficiente, c'est-à-dire capable de produire, à elle seule, et de toutes pièces, une entité nosologique parfaitement distincte et toujours reconnaissable d'après des symptômes caractéristiques et une évolution spéciale. Aussi bien, puisque je fais ici allusion à la *folie héréditaire*, permettez-moi, Messieurs, de profiter de ce que la discussion n'est pas encore close sur ce sujet, pour entrer un peu dans le débat.

Des diverses opinions qui viennent d'être, tour à tour, éloquemment exprimées, au sein de la Société, il résulte que la théorie de Morel, reprise et développée depuis avec une si grande rigueur clinique par mon excellent maître, M. Magnan, n'est point universellement acceptée, bien qu'à vrai dire, on s'en prenne moins à la chose en elle-même qu'au terme choisi pour la désigner.

Quelque résolu partisan que l'on soit des idées du médecin de Saint-Yon, on ne peut, en effet, méconnaître que l'expression « *folie héréditaire* » prête, dans une certaine mesure, à l'équivoque, reproche que l'on est en droit d'adresser, d'ailleurs, à tant d'autres vocables qui n'en sont pas moins devenus d'un usage courant et avec lesquels tout le monde finit par se comprendre. Si j'accorde que cette dénomination n'échappe pas à toute cri-

©BIUM

tique, il faut convenir toutefois qu'elle ne saurait donner lieu à une confusion qu'auprès de ceux qui ne sont pas initiés à nos habitudes de langage. Son emploi, assure M. Charpentier, oblige à faire constamment un effort sur soi-même pour se rappeler que les autres folies reconnaissent néanmoins pour cause l'hérédité ; et il en résulte, selon lui, que, en parlant des folies qui ne porteront pas le nom d'héréditaires, on sera obligé de dire qu'elles sont héréditaires, tout en ne l'étant pas, ce qui lui paraît peu propre à éclairer la question. Mais qu'il me permette de lui faire remarquer que, à ce compte-là, il n'y aurait plus de raison d'admettre, comme on l'a toujours fait jusqu'ici, deux ordres de causes, rayonnant sur la pathologie entière : les causes prédisposantes et les causes déterminantes ou efficientes.

Du fait que l'on retrouve, à tout instant, dans le développement de diverses formes de troubles intellectuels, un appoint fourni par l'excitant alcoolique, venant figurer et se perdre dans l'ensemble des causes prédisposantes communes et ne s'imposant en rien à la symptomatologie de la perturbation mentale, ainsi née d'un complexus étiologique, il ne vient pas à la pensée de nier la réalité d'une folie alcoolique, c'est-à-dire, de méconnaître que, dans d'autres circonstances, l'agent toxique puisse produire un délire à caractères définis, distincts et lui appartenant en propre.

Après avoir adressé ses plus vives attaques à la dénomination « *folie héréditaire* » et au principe même de la théorie ; après avoir déclaré que cette expression comporte autant d'illogisme que de confusion, M. Charpentier aboutit à cette conclusion, à savoir que tous les aliénistes s'entendent, lorsqu'ils disent d'un aliéné : c'*est un héréditaire*. Convenez que c'est bien là quelque chose ! J'estime, en tous les cas, qu'un tel aveu est précieux dans la bouche d'un adversaire aussi résolu.

C'est qu'en effet, tout médecin familiarisé avec l'étude de la pathologie mentale ne saurait se méprendre sur la véritable valeur terminologique du mot héréditaire.

Le sens qui s'y trouve attaché, depuis les travaux de Morel, en fait un synonyme de dégénérescence.

Pour qu'on n'en ignore, M. Magnan a pris l'habitude,

©BIUM

au cours de son enseignement, d'associer et de combiner les deux termes : *Héréditaires dégénérés;* mais il est incontestable que le premier renferme implicitement le second. Pourtant la réciproque n'est pas absolument vraie. En dehors de la dégénérescence héréditaire, diathèse transmise, il y a la dégénérescence accidentelle ou diathèse acquise par le fait d'un traumatisme, d'une affection aiguë du jeune âge. Et, c'est principalement sur l'existence de cette dernière que l'on s'est fondé pour contester l'action de l'hérédité comme facteur essentiellement dégénératif. Mais, de ce qu'il existe quelques conditions biopathologiques capables de reproduire, en raison même de certaines analogies d'influence, la plupart des traits essentiels de la dégénérescence héréditaire, s'ensuit-il que celle-ci doive être rayée du cadre nosologique? De même, disait le professeur Lasègue, que les enfants dont le cerveau est mal conformé restent sujets, pendant toute leur vie, à des troubles encéphaliques, de même ceux qui ont traversé, au premier âge, une maladie cérébrale indélébile restent des infirmes intellectuels.

Je crois que c'est à cette proposition de ce maître regretté qu'il faut s'en tenir.

Cependant il y a place, en cette question, pour une réserve importante. L'avis exprimé par MM. Cotard, Christian et Bouchereau est que la part la plus grande, dans le développement de la dégénérescence mentale, revient au côté individuel, c'est-à-dire à toute influence fâcheuse s'exerçant sur la descendance, soit pendant la vie intra-utérine, soit pendant le premier âge. Il me semble que c'est aller un peu loin. Qu'un enfant, dit M. Cotard, soit frappé d'une maladie cérébrale, et il va se produire chez lui tout un ensemble de phénomènes qu'on n'observe point chez l'individu frappé plus tardivement. — Rien n'est plus exact. Mais est-ce bien toujours le premier sujet venu qui se trouve ainsi atteint, dès les premiers mois ou les premières années de son existence, de cette affection encéphalique? n'est-ce pas, souvent, au contraire, que celui-là était marqué d'avance pour cette aventure morbide par une disposition congénitale qui en a préparé l'explosion? A tout instant, ne nous arrive-t-il pas de saisir le lien qui rattache ces ac-

©BIUM

cidents précoces à l'hérédité et en présence dans certaines familles de ces véritables hécatombes d'enfants tous enlevés par des affections plus ou moins similaires des centres nerveux, ne jetons-nous pas, instinctivement, sur le passé ancestral, un regard investigateur et n'apprenons-nous pas, ainsi, chaque jour, à rattacher beaucoup de ces maladies infantiles à une tare héréditaire ? Ce qui est non moins vrai, c'est que beaucoup de maladies aiguës de l'enfance n'ont un si grave retentissement cérébral et ne déséquilibrent si fortement ceux qu'elles frappent que grâce à la connivence d'une instabilité préexistante. N'est-ce pas là que réside le secret de ces différences considérables dans les effets d'une même affection sur tel ou tel sujet ? A provocation égale, que de dissemblances dans le mode de réaction. C'est une loi, en pathologie, de ne pas mesurer seulement les conséquences d'une maladie quelconque à son intensité intrinsèque, mais encore et surtout au degré de susceptibilité et de résistance qu'offre le support.

En un mot, tout en reconnaissant qu'en fait de dégénérescence mentale, il y a des congénitaux, des infantiles et des juvéniles, je pense que c'est à la transmission héréditaire que revient le premier rang et que c'est elle, encore, qui nous offre le type le plus achevé des dégradations physiques, intellectuelles et morales qu'un principe dégénératif soit capable de réaliser ; que c'est elle, enfin, qui nous donne le tableau le plus complet de ces anomalies de la sensibilité morale et affective, de ces *tics moraux*, à peu près introuvables en dehors d'elle.

Quand on voit un enfant de cinq ans, de quatre ans, même, manifester les plus bizarres impulsions, les plus étranges obsessions, n'est-on pas certain, *à priori*, d'avoir devant soi un être qui a reçu avec la vie le plus triste patrimoine morbide ?

C'est l'hérédité et ce ne peut être que l'hérédité qui dépose, dans ces jeunes cerveaux, ces ferments d'idées fixes, impulsives, dont l'apparition, à cet âge, nous déconcerte toujours et devient inexplicable dès que l'on n'admet plus la présence d'un *levain* héréditaire.

Si les congénitaux, les infantiles et les juvéniles dont M. Bouchereau, M. Cotard et M. Christian ont parlé,

©BIUM

très justement, doivent prendre rang à côté des *héréditaires* dégénérés, il faut se garder d'accorder une trop grande importance à la diathèse acquise, aux dépens de la diathèse transmise.

Mais, quel que soit le point de vue pathogénique auquel on se place, la clinique, elle, nous autorise pleinement à englober, en nous basant sur la similitude de caractères généraux essentiels, tous ces êtres marqués d'une tare indélébile et frappés de déséquilibration mentale, dans un vaste groupe, sous le nom de *dégénérés héréditaires*.

Parmi ces caractères généraux essentiels, je n'ai à rappeler ici que ceux qui ont trait à la forme et à l'évolution de la vésanie, née sur ce terrain de choix, pour m'en servir, tout à l'heure, comme de point de comparaison.

Un mot peut suffire à les résumer : *Irrégularité*. Sur le fond d'instabilité et de désharmonie psychique, propre aux héréditaires, le délire éclate soudainement, en s'affranchissant de toute phase incubatoire : c'est un véritable accès par la brusquerie du début et aussi, généralement, par l'évolution rapide et la subite disparition des troubles intellectuels. Les idées délirantes se montrent, sur la scène morbide, pêle-mêle, se combinant et s'enchevêtrant dans le plus complet désordre, créant un aspect des plus protéiformes où les divagations peuvent être, tour à tour, et, d'un instant à l'autre, de nature dépressive, expansive, hypochondriaque, mystique et où prédomine le caractère instinctif, impulsif et souvent automatique des déterminations morbides dont, fait digne de remarque, l'aliéné au milieu du trouble même le plus grand, a souvent pleine conscience.

Une particularité qui distingue encore ces malades, c'est la facilité avec laquelle les phénomènes psychiques se compliquent d'accidents somatiques, d'ictus congestifs vertigineux ou épileptiformes, d'apparence redoutable.

Si les rémissions sont fréquentes, si elles sont subites et inattendues, c'est pour laisser le sujet toujours sous le coup d'une rechute, sous la menace d'un nouveau paroxysme.

Combien différent est le tableau clinique, lorsque, abandonnant les *dégénérés héréditaires*, nous passons à

©BIUM

un autre groupe non moins vaste et à délimitation certainement plus précise.

En 1852, paraissait dans les *Archives générales de médecine* un mémoire du professeur Lasègue : *du délire de persécutions*, véritable chef-d'œuvre d'analyse de psychologie morbide et d'observation clinique.

Un complexus symptomatique tiré du groupe confus et hétérogène de la *mélancolie* de Pinel et d'Esquirol, se trouvait, de ce jour, nettement isolé et constitué à l'état d'unité nosologique.

Dans cette description magistrale, notre maître regretté établit que les idées de persécution peuvent bien être constatées dans la plupart des maladies mentales, mais que dans le genre nouveau qu'il met en lumière, ces conceptions sont absolument prédominantes, fixes, persistantes, organisées en système et sont l'essence même de la maladie. Il montre que le délire de persécutions débute par une phase d'incubation, caractérisée par une inquiétude vague, un malaise confus, par une hésitation prolongée dans le choix des interprétations qui devront fournir au malade l'explication du trouble profond qu'il éprouve ; qu'à cette période prodromique, où déjà les hallucinations auditives tendent à apparaître, succède la période de systématisation dans laquelle l'aliéné construit tout un roman pathologique sans cesse alimenté par des troubles sensoriels et dans le cercle duquel il s'enferme désormais. Le type vous est trop familier à tous, pour qu'il soit besoin d'insister.

Peu d'innovations nosographiques ont eu un succès égal à celui qu'obtint la création du « *délire des persécutions*, » et le mémoire de l'éminent professeur devint rapidement classique.

L'édifice construit alors reste toujours debout ; quelques additions y ont été faites et l'observation a permis d'y apporter un couronnement, mais elle n'a point montré qu'il fallût toucher à la base.

En suivant, pendant des années, les malades atteints de *délire de persécutions*, on remarque que le fond morbide tend peu à peu à se modifier : c'est une autre période qui se dessine et s'annonce, laquelle n'est pas sans apporter quelque changement à l'allure délirante, puisque ce sont des idées expansives qui viennent se faire

©BIUM

jour à travers les sentiments pénibles vers lesquels convergeaient jusque-là toutes les manifestations morbides.

Déjà Spielman, en 1855, appelait l'attention dans son *Traité du diagnostic des maladies mentales*, sur cette tendance que présentent les persécutés à verser dans les idées de grandeur, et Morel la signalait, également, dans ses ouvrages. Mais il appartenait à M. A. Foville de montrer bien clairement que ce mélange, cette association d'idées ambitieuses et d'idées mélancoliques, loin d'être une circonstance fortuite, accidentelle, est, au contraire, un fait constant, une véritable loi nosologique.

Avec une grande finesse d'analyse, il a saisi le travail mental spécial, le procédé syllogistique, le mécanisme psychologique en vertu duquel les conceptions ambitieuses viennent se greffer sur le délire des persécutions, celles-ci, non moins systématisées et coordonnées que celui-là ; il a fait voir comment le malade arrive à s'attribuer des talents, une fortune, des titres imaginaires et à se revêtir enfin d'une personnalité nouvelle qui explique pour lui l'acharnement qu'on met à le poursuivre. Désormais sa qualité va être proportionnée à la grandeur de ses infortunes.

Le nom de *mégalomanie* employé par M. Dagonet, pour désigner ce délire, ne saurait donc s'appliquer à une entité distincte ; le délire des grandeurs n'est pas une monomanie, il n'est qu'un aspect, qu'une phase déterminée d'une maladie mentale à marche chronique dont il représente le plus haut degré de systématisation, en impliquant nécessairement comme phase antécédente, le délire des persécutions.

Pendant un temps, dont la durée est variable, les deux ordres d'idées coexistent, plus ou moins étroitement combinées ; mais insensiblement, les sentiments tristes et dépressifs s'émoussent, s'atténuent, s'effacent devant les conceptions orgueilleuses qui tendent à prédominer, bien que les rêves de grandeur soient troublés par de dures réalités qui provoquent des protestations et que le bonheur soit loin d'être sans mélange, car, comme le remarque Calmeil, « les souverains des Petites-Maisons déplorent parfois, avec amertume, l'injustice de leurs prétendus sujets. »

©BIUM

Mais, dès lors, la vraie saillie délirante est le fait des idées expansives. Paré de sa personnalité nouvelle, l'aliéné ne vous entretient plus guère que de ses visées ambitieuses ; peu à peu les idées de persécution sont abandonnées sur la route du délire, et si quelques-unes s'attardent et l'accompagnent jusqu'au terme, elles ne sont plus qu'un pâle reflet d'un passé déjà lointain. A cette date de sa maladie, l'individu représente bien nettement tous les dehors de la folie des grandeurs ; c'est un mégalomane, si on ne le considère qu'à ce moment de son affection mentale, mais l'enquête rétrospective nous montre quelles infortunes, quels tourments il a traversés pour aboutir à cette apothéose.

Tout près de celle-ci, du reste, est la chute dans la démence terminale. A mesure qu'il grandit dans sa propre estime, qu'il se hausse sur un piédestal, l'aliéné descend dans l'échelle intellectuelle ; son activité cérébrale faiblit visiblement.

Il semble bien, du reste, que le passage des idées de persécution aux idées de grandeur marque une rupture encore plus profonde avec le possible et le vraisemblable. Le persécuté peut encore trouver des oreilles complaisantes disposées à écouter ses plaintes et ses récriminations, des personnes assez crédules pour épouser sa cause, le mégalomane heurte trop violemment, dans la plupart des cas, la réalité extérieure pour avoir quelque chance de recruter des adhérents.

Toujours est-il qu'après un intervalle variable, il se manifeste dans l'échafaudage du délire, des signes de décrépitude. Parfois, celle-ci est relativement précoce et le *délire est vieux avant l'âge*, mais, le plus généralement, elle est fort tardive, surtout quand l'on sait se reporter au véritable début de l'affection mentale qui remonte à vingt, trente, quarante ans et plus, comme il m'a été donné de le constater fréquemment, lors de mes visites d'inspection à la maison nationale de Charonton, dans les services de MM. Christian et Ritti.

Peu à peu, les idées perdent de leur coordination ; on ne saisit plus le lien qui les enchaînait étroitement et visiblement autrefois ; l'édifice s'ébranle, se disloque, se dissocie pièce à pièce, et bientôt il n'en subsistera plus que des vestiges plus ou moins informes. Celui que

©BIUM

nous avons connu inquiet, tout d'abord, puis persécuté, puis mégalomane est devenu un dément.

— Voilà donc une maladie mentale dont la tendance à la chronicité s'affirme par une évolution progressive, systématique, par la succession de quatre stades nettement définis et apparaissant invariablement dans le même ordre.

1° La première période dite d'incubation, où le malade troublé, inquiet, concentré, replié sur lui-même, en état permanent d'éréthisme psycho-sensoriel, aborde, après des hésitations plus ou moins longues, les interprétations délirantes.

2° La deuxième période constituée par l'organisation d'un délire de persécution, où les idées maladives sans cesse alimentées par des troubles sensoriels, prennent corps, s'installent, se coordonnent et se systématisent.

3° La troisième période caractérisée par l'intervention d'idées de grandeur marquant la systématisation ultime du délire et la transformation du moi maladif.

4° La quatrième période, phase terminale de l'évolution vésanique, où l'échafaudage délirant s'écroule pièce à pièce, et, où tout dénonce la déchéance mentale, la démence irrémédiable.

Nous sommes loin, on le voit, de cette irrégularité, que nous constations à propos du délire des dégénérés héréditaires : là, tout était livré à l'aventure, au désordre ; ici, au contraire, la marche de la vésanie est soumise à des lois immuables et c'est lentement, progressivement, méthodiquement que l'affection mentale déroule magistralement ses périodes, sans laisser place à l'imprévu, ni du reste à l'espoir d'une rétrocession, si ce n'est au début.

Aujourd'hui que cette espèce nosologique est bien connue, le délire des persécutions, pas plus que le délire des grandeurs ne sauraient être envisagés comme des entités cliniques, irréductibles, puisqu'ils ne sont, l'un et l'autre que des aspect différents d'une même maladie dont ils traduisent seulement une saillie symptomatique aux deux temps principaux de son évolution.

Et puisqu'il s'agit là d'une seule et même maladie, il convenait de la désigner par un seul et même nom, et

©BIUM

le vocable choisi devait autant que possible énoncer la particularité essentielle, le mode évolutif.

La dénomination de « *délire chronique* », appliquée par M. Magnan et ses élèves à ce long processus vésanique, satisfait, à peu près, à cette exigence. On doit convenir cependant qu'elle n'échappe pas à toute contestation, et on peut lui adresser le reproche de donner plutôt l'idée d'un délire quelconque, à longue durée, que d'une espèce nosologique distincte, à marche chronique, c'est vrai, mais aussi et avant tout, à évolution progressive spéciale, par stades apparaissant toujours dans un ordre fatal. L'expression : *psychose systématique progressive* indiquerait peut-être mieux le fait de cette modalité évolutive, mais elle est déjà plus compliquée, et partant, d'un emploi moins commode que celle de « *délire chronique* », qui a l'avantage de marquer nettement l'opposition avec la folie des dégénérés, où la forme paroxystique et rémittente est la loi.

Et maintenant, Messieurs, est-ce à dire qu'avec les divisions proposées, nous devions toujours être certains de classer tous les faits et de n'en laisser aucun en dehors de nos catégories? La clinique mentale est trop féconde en combinaisons multiples, et formée d'éléments trop mobiles, pour qu'il ne se présente pas à l'observation, de temps à autre, des types indécis qui ne rentrent qu'avec effort dans nos cadres toujours plus ou moins arbitrairement tracés.

En matière morbide, l'absolu n'existe pas et c'est avec le relatif qu'il faut compter. Mais, sans prétendre, en rien, à la rigueur des classifications et des nomenclatures, précision qui est le lot des sciences naturelles, nous ne devons pas cesser de poursuivre, avec le plus grand soin, l'étude des caractères généraux des espèces morbides et de nous assurer, ainsi, quels sont les genres irréductibles, afin d'éviter de voir autant d'entités cliniques distinctes, des variétés de monomanie, là où il n'y a, en réalité, que des symptômes saillants et prédominants.

Est-il nécessaire d'insister sur l'utilité qu'il y a pour la sûreté du pronostic, à pouvoir discerner, d'après les caractères généraux, ci-dessus exposés, si tel délire ambitieux, par exemple, s'est développé suivant l'ordre

©BIUM

évolutif propre au délire chronique; ou bien, au contraire, s'il est né de toutes pièces, sans phase préparatoire, et si, en somme, il est sans tenant et aboutissant?

Dans le premier cas l'incurabilité est la règle, comme je me suis efforcé de le montrer, il y a une dizaine d'années; dans le second, ce n'est ni plus ni moins qu'une aventure délirante, sinon sans conséquence, du moins, le plus souvent, sans lendemain.

Je suis convaincu, pour ma part, que, en dehors des délires liés aux intoxications, aux névroses, aux lésions organiques de l'encéphale et des formes élémentaires, comme la manie et la mélancolie; la division des aliénés, en ces deux grandes classes : 1° *Les dégénérés héréditaires*; 2° *Les délirants chroniques*, est, à un point de vue généralisateur, une conception que l'observation clinique légitime et qui ne peut être que féconde en résultats pratiques.

Il est vrai que M. Magnan admet, entre ces deux grands groupes, un type intermédiaire, pour donner place aux folies intermittentes; mais au risque d'encourir le reproche de me montrer, ici, plus royaliste que le roi, il me paraît que les aliénés intermittents ne se trouvent point à égale distance des délirants chroniques et des dégénérés héréditaires et qu'ils se rapprochent, au contraire, tellement de ces derniers qu'ils vont à peu près se confondre avec eux, en formant, si l'on veut, un *sous-genre* avec les trois modalités caractéristiques, *paroxystique simple, périodique, alternante ou circulaire.*

Il me semble que pour constituer l'essence d'une maladie à accès nettement définis, il est besoin d'une tare constitutionnelle, d'un vice diathésique qui, tantôt sommeillant, tantôt en activité, peut donner seul, la raison de ces retours subits, se renouvelant à des intervalles plus ou moins rapprochés et sous une forme plus ou moins identique et ne pouvant être mieux comparés qu'aux accès d'une névrose, laquelle n'en existe pas moins, d'une manière permanente, pour ne pas être sans cesse en état de manifestation bruyante.

Chez les *intermittents*, l'instabilité mentale, la désharmonie morale peut être moins évidente, moins accusée que chez les dégénérés héréditaires, mais elle m'a toujours paru exister dans une certaine mesure.

©BIUM

L'observation a depuis longtemps prouvé, d'ailleurs, que dans l'immense majorité des cas, ces malades sont véritablement *imprégnés* d'hérédité.

Messieurs, j'aurais eu à m'occuper, au cours de cet exposé, de bien d'autres particularités intéressantes, mais j'ai dû me borner à suivre les grandes lignes, pour ne pas lui donner une étendue démesurée.

Il m'eût fallu parler, notamment, de ces aliénés persécutés persécuteurs qui diffèrent si visiblement des persécutés ordinaires, c'est-à-dire des délirants chroniques et qui s'en écartent même à tel point que, pour la plupart, ils doivent être séparés de ce groupe pour être classés parmi les héréditaires.

Obligé de me limiter, je ne pouvais guère que poser les termes de la question, sauf à vous demander de bénéficier, à nouveau, de votre bienveillante attention, si la discussion m'amène à développer plus spécialement et plus complètement certains points de ce vaste sujet.

M. FALRET s'inscrit pour traiter de ce sujet à la prochaine séance.

De la suggestion. — Action des médicaments à distance chez des hystéro-épileptiques. — Action de l'aimant et des métaux. — Hémorrhagies cutanées. — Changements psychiques et somatiques.

M. JULES VOISIN. — Les faits que je rapporte ont déjà été observés par d'autres observateurs (1), mais leur interprétation est différente de la mienne. Le mode d'expérimentation employé doit être la cause de cette différence. Nos expérimentations ont porté sur quatre points : 1° l'action des médicaments à distance ; 2° l'action des métaux : or, argent, mercure ; 3° l'action de l'aimant ; 4° la suggestion directe.

Avant de tenter toute expérience, j'ai eu soin de bien déterminer l'état dans lequel se trouvaient mes malades : c'est là un point très important à déterminer et que tout expérimentateur ne doit pas négliger. Chez le malade V... cette précaution est d'autant plus importante que

(1) *Congrès de Grenoble*, 1885. MM. Bourru et Burot, et *Société de Biologie*, 1885. M. Bourru.

©BIUM

ce malade est d'une sensibilité extraordinaire. Il passe d'un état à un autre avec la plus grande facilité sous l'influence d'une légère excitation et qui peut parfois passer inaperçue de la part de l'expérimentateur. Généralement on est prévenu que le malade passe de l'état somnambulique à l'état de catalepsie ou de léthargie par un grand soupir ou une grande inspiration. Il en est de même pour son passage de l'état de veille dans l'un de ces états. — Tout changement d'état était signalé aussi par une modification de la respiration chez E. H... L'excitant est variable : tantôt c'est le contact d'une pièce d'or, tantôt c'est le frôlement d'un objet sur la face dorsale de la main, tantôt c'est un souffle, tantôt c'est la fermeture ou l'ouverture d'une paupière ou encore la compression du globe oculaire.

Le plus grand silence aussi régnait pendant tout le temps des expériences. Il était recommandé aux assistants de ne pas faire part de leurs impressions même à voix base, car ces sujets plongés dans le sommeil hypnotiques sont susceptibles de tout entendre, dans n'importe quel état. Eudoxie H... montre que, même en catalepsie, les sujets sont sensibles aux suggestions. Les objets étaient préparés d'avance et cachés, pour que leur vue ne fût pas une cause de suggestion et que le bruit occasionné par leur préparation ne mît pas le malade en éveil.

Pour l'expérimentation des médicaments à distance, voici ce que je fis pour V... Des flacons de couleur sombre furent bouchés, cachetés et numérotés ; les numéros correspondaient à une liste de médicaments que mon interne en pharmacie seul connaissait. Quand je présentais ces flacons à mon malade, je ne savais donc pas quelle substance ils renfermaient. Pour Eudoxie H... j'annonçai le médicament et ses effets, et avec un flacon vide j'obtins des résultats au bout de 10 minutes à peu près, quoique ma malade fût en catalepsie et non en somnambulisme.

Voici les résumés des expériences qui furent faites sur V... en présence de M. Féré, médecin de la Salpêtrière et de MM. Chaslin, Sollier et Artaud, internes de l'hospice.

V... est mis en léthargie, on applique sans mot dire

©BIUM

sur sa nuque ou sur son bras les flacons les uns après les autres pendant plusieurs jours consécutifs, et on n'observe aucun phénomène. Un jour, en tenant un flacon appliqué devant lui, je dis : Je crois que ce flacon a de l'odeur ; aussitôt V... fait des inspirations bruyantes et a des efforts de vomissements. M. Féré ajoute : Il ne manque plus que le vomissement — aussitôt il se produit. — Or ce flacon que je croyais être un flacon contenant de l'ipéca, était un flacon vide. La suggestion ou l'auto-suggestion était manifeste dans ce cas.

Dans l'état somnambulique il ne se produit aussi aucun effet.

Enfin, dans l'état de veille, quand on présente un flacon à ce malade et qu'on lui demande de nous indiquer par les symptômes qu'il présentera, la nature du médicament, nous voyons V... s'hypnotiser en regardant ce flacon et nous donner invariablement des vomissements.

Nous fîmes coucher V... sur un lit, sous l'oreiller duquel on avait mis un jour un flacon d'alcool, un autre jour un flacon d'ipéca, enfin une troisième fois un aimant, et jamais nous ne vîmes se développer, soit à l'état de veille ou à l'état d'hypnotisme, des symptômes d'empoisonnement ou des symptômes d'attraction.

Pour moi, les flacons n'ont agi que par suggestion et je crois l'avoir démontré. Les expériences que j'ai faites sur Eudoxie H..., la dormeuse de la Salpêtrière, viennent encore à l'appui de cette théorie.

L'*aimant* appliqué contre V..., sans qu'il s'en doute, n'a jamais rien produit non plus, et cela aussi bien à l'état de veille qu'à l'état léthargique ou à l'état somnambulique. La polarisation psychique ne fut pas obtenue non plus. Un aimant, au contraire, placé devant les yeux de V... à l'état de veille, l'attire, il se précipite vers l'instrument les yeux fixes et une attaque se produit. La suggestion paraît encore la cause ici de ce phénomène.

J'ai recherché aussi l'action des métaux. Je savais déjà que l'or le brûlait et, d'après la thèse de M. Berjon, (1), j'ai appris qu'un thermomètre à mercure appliqué

(1) Berjon. *La grande hystérie chez l'homme*. 1886.

©BIUM

dans l'aisselle lui produisait la même sensation. Je pris des pièces d'or, je les appliquai sur sa main ou sur n'importe qu'elle partie du corps, quand il était à l'état de veille, et chaque fois je produisis la brûlure — rougeur de la peau et même vésication. Le contact de l'or amenait quelque fois une attaque. La vue aussi de l'or l'indisposait, le mettait mal à l'aise, et ma montre ou ma chaîne ont très souvent provoqué une attaque. Mais si on applique cet or sur sa main, sans qu'il s'en doute, on ne produit aucun effet. C'est ce que je fis le 15 septembre en mettant sous des bougies des pièces d'or et d'argent, et en les appliquant directement sur sa main. La bougie a-t-elle été cause d'une suggestion et, par ce fait, cause de l'absence de toute manifestation ? Si j'endors le malade et que je lui suggère que l'or ne peut le brûler, une fois réveillé on applique impunément ma montre, ma chaîne ou des pièces d'or sur sa main. Si au contraire je lui ai suggéré que l'argent doit le brûler, aussitôt réveillé, l'argent pour lequel il était insensible jusqu'alors, le brûle à son tour.

Un thermomètre à mercure même dans son étui, placé dans son aisselle, le brûle. La peau rougit immédiatement. Je prends une baguette de verre pour voir si le verre est cause de la brûlure. Je ne produis aucun effet. Alors, sans rien dire et sans que le malade s'en aperçoive, je mets l'étui vide sous l'aisselle et j'obtiens encore la brûlure. N'est-ce pas là un effet péremptoire dû à la suggestion ?

Dois-je, en m'appuyant sur ces faits, nier ce que l'Ecole de la Salpêtrière nous a appris sur les effets physiques des métaux et des aimants, et avec Bernheim (1) rapporter tous les phénomènes constatés chez les hystériques à la suggestion ? Il me faut d'autres observations pour me convaincre absolument. — Mais ce que je puis affirmer, c'est que par la suggestion je produis des effets physiques et que par cette même suggestion je puis empêcher des effets physiques de se produire, et que les phénomènes divers observés chez les hystériques sont augmentés ou entretenus par la suggestion.

(1) Bernheim. — *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique.* Paris, 1886.

©BIUM

La suggestion directe chez V... est d'une facilité étonnante, mais en revanche, la suggestion mentale à distance n'a pu être provoquée. — La suggestion est de courte durée. Par l'éducation, nous pourrions peut-être la rendre plus durable. Généralement, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, V... n'exécutait plus ce qu'on lui avait commandé. C'est ainsi que les suggestions relatives à sa conduite : « *être poli, être économe, bien travailler, ne pas fumer*, etc., » duraient tout au plus la journée. Mais quand on avait soin chaque jour de lui faire les mêmes suggestions, on était étonné de sa docilité. Ceci nous montre qu'au point de vue pédagogique, on peut utiliser la suggestion.

Nous reproduisîmes sur ce malade les expériences de M. Mabille (1) : les hémorrhagies cutanées par suggestion. (Voir l'observation, 11 octobre.)

Tout individu qui a déjà endormi V... peut toujours l'endormir et lui faire des suggestions malgré la recommandation contraire d'un des hypnotiseurs. La suggestion dans ce cas est difficile, il y a une très grande résistance de la part du somnambule. Quand les deux suggestions sont contraires, le sujet manifeste sa résistance par des impatiences et par un refus catégorique. Il vous dit : « *Non, vous n'êtes pas le maître*, » et enfin, si vous le pressez trop vivement, il y a une lutte mentale qui peut se terminer par une léthargie complète avec arrêt du cœur et de la respiration et crachements de sang au réveil. Il y a donc là un trouble circulatoire considérable des plus dangereux.

Sous l'influence de la suggestion, nous pouvons changer l'état de la sensibilité générale et de la sensibilité sensitivo-sensorielle du sujet, l'état de sa motilité ; nous pouvons enfin modifier sa personnalité, lui suggérer l'idée qu'il est docteur, général, etc. Eh bien, cette faciliter de changer la manière d'être du sujet ne nous explique-t-elle pas en partie ces changements d'état du sujet, portés à six par MM. Bourru et Burot ?

Une idée triste chez lui amène toujours l'image de la vipère et, consécutivement, une attaque à la suite de laquelle il est paralysé des deux jambes et est transporté

(1) Berjon. *La grande hystérie chez l'homme*. Thèse 1886, p. 37

©BIUM

à Saint-Urbain, âgé de quatorze ans, ne sachant ni lire ni écrire.

Une idée gaie amène l'image de libations, de festins, et le voilà après une attaque transporté à Rochefort, hémiplégique et hémianesthésique droit, ayant le verbe haut et insolent.

La vue de l'aimant lui produit une attaque, et il se trouve transporté à l'hospice de Bicêtre, hémiplégique et hémianesthésique gauche, avec le caractère doux et docile. Il est bon de noter que c'est à Bicêtre que, pour la première fois, il vit un aimant.

Si on suggère au malade à l'état de somnambule de se transporter soit à Saint-Urbain, soit à Rochefort, soit à Bonneval, etc., etc., nous obtenons les mêmes résultats. Le malade a une attaque après laquelle il présente l'état décrit plus haut. Pour revenir à l'état normal, il présente en ébauche toujours aussi une attaque. Tous ces changements d'état sont donc consécutifs à des attaques convulsives s'accompagnant d'hallucinations et sont les mêmes.

Le malade est comme figé dans son état physique et mental, n'ayant aucune conscience de ses états antérieurs. Ne pouvons-nous pas considérer ces états comme étant la dernière phase d'une attaque hystérique, phase de délire hallucinatoire, qui durerait plusieurs semaines ou plusieurs mois, au lieu de durer plusieurs heures ou plusieurs jours, comme cela a lieu chez la plupart des hystériques ou des épileptiques ? Dans ces cas, les idées dominantes ou les hallucinations ou le souvenir joueraient le rôle de suggestion ou d'auto-suggestion.

Observation I. — Hystéro-épilepsie. — Suggestion. — Action des métaux, de l'aimant et des médicaments à distance. — Hémorrhagies cutanées. — Modifications somatiques et psychiques. (Observation rédigée par M. Chaslin, interne du service). Voir pour les antécédents : Jules Voisin : *Archives de Neurologie et Annales médico-psycholiques*, 1885.

23 septembre. L. V... paraît être dans son état normal, il est doux, docile ; anesthésie droite ; l'œil droit ne perçoit pas le violet.

Sur la main droite, petites phlyctènes amenées par le contact d'une pièce d'or qu'on a mise hier sur sa main. La montre de M. Voisin l'attire et, en le touchant avec la chaîne d'or, on produit une contracture du bras

©BIUM

avec ébauche d'attaque traduite par des secousses dans les muscles de la moitié droite de la face.

La compression des globes oculaires amène la léthargie.

Dans cet état, M. Voisin veut répéter les expériences de MM. Bourru et Burot. Il emploie une série de flacons, les uns vides, les autres pleins de substances médicamenteuses, mais tous de couleur sombre et bouchés à la cire par M. le pharmacien du service. Des numéros répondent à un catalogue et on n'annonce rien des numéros ou des flacons. Silence complet.

Le flacon n° 10, au bout de dix minutes, n'a rien produit ;

Flacon n° 0. Le patient se réveille spontanément.

Flacon n° 6. La chaîne de montre de M. J. Voisin effleure le pouce droit de V... ; immédiatement, bouche déviée à droite avec quelques secousses dans les muscles de la partie droite de la figure et dans les muscles du bras et de l'avant-bras ; puis quelques grandes inspirations et soupirs, secousses dans les membres supérieurs et inférieurs droits ; quelques éructations ; grandes inspirations. On enlève le flacon au bout de cinq minutes. Quelques mouvements de déglutition et de gustation. Puis, revenu complètement calme au bout de trois minutes et en léthargie.

Flacon n° 0 que l'on annonce n° 20. Rien au bout de cinq minutes.

Flacon n° 10. Aucune action.

Flacon n° 1. Quelques quintes de toux, mais à ce moment l'armoire où étaient les flacons était ouverte. On peut sentir distinctement dans la pièce l'odeur du bromure d'éthyle qui est renfermé dans un autre flacon bouché simplement comme à l'ordinaire. Puis sommeil léthargique profond. V... se réveille spontanément et a quelques nausées, se détire fortement avec bâillements.

Après quelques minutes de repos, V... est mis en léthargie.

Flacon n° 00. Rien. On s'assure de l'existence du sommeil nerveux en provoquant des contractures, en frôlant légèrement la peau. Le souffle n'a pas d'action. Quelques inspirations profondes et quelques secousses dans la partie droite du corps.

©BIUM

Au bout de cinq minutes, on met le *flacon n° 2*. Rien.

Flacon n° 9. Quelques éructations, quelques mouvements de déglutition ; contractions par intervalles des muscles du bras droit, puis plus rien. A ce moment, grandes inspirations, mouvements de torsion des différents membres, convulsions cloniques légères prédominaient à droite, et enfin V... se réveille (?) *à Saint-Urbain*, les jambes contracturées en extension, suçant ses doigts et faisant une petite voix d'enfant ; il a quatorze ans et ne sait ni lire ni écrire. Au bout d'un instant, attaque avec hallucination, qui montre au patient une vipère prête à le mordre. On parvient à enrayer l'attaque en lui disant que la vipère est morte. Cependant, changement d'état, il est transporté *à Bonneval*. Il est contracturé du bras gauche en extension et complètement insensible de ce membre dont il ignore l'existence ; il a dix-huit ans, sait lire et écrire, ignore le métier de tailleur, ne reconnaît pas M. Voisin et se croit au 7 septembre 1880. Il se trouve très bien avec les fous : « Plus on est de fous, plus on rit, » dit-il ; il est gai, entrain, et raconte ses fredaines avec une infirmière de l'asile. Il ne se souvient pas de Saint-Urbain. La sensibilité est revenue à droite, insensibilité à l'or, ne voit plus le jaune et le bleu à gauche. En frottant le dos de la main gauche, la contracture semble céder, il fait de grandes inspirations, des mouvements de déglutition, des soupirs, des bâillements, puis enfin il repasse à l'état normal.

Replongé en léthargie.

Flacons n° 0, n° 8, n° 7. Rien.

Le *n°* 0 est placé sur la nuque. M. Voisin croyant que c'était le n° 7 (qui contient de l'ipéca) dit tout haut : « Je sens positivement quelque chose. » Le malade fait des mouvements de la bouche, comme s'il goûtait quelque chose ; salivation légère, signes évidents de malaise. M. Féré présent dit à ce moment : « Il ne manque plus que les vomissements ; » immédiatement le malade vomit. Tout le monde est saisi d'étonnement. On regarde le flacon : c'est un vide. Puis V... se réveille.

24 septembre. A l'état de veille, V... prétend que le mercure d'un thermomètre placé dans son aisselle le brûle ; même action du thermomètre placé dans un étui

©BIUM

de carton, même action de l'étui de carton seul, le thermomètre étant enlevé sans que le malade s'en aperçoive. Le thermomètre enfermé dans un étui en bois ne produit pas de brûlure.

Un flacon d'alcool est caché sous un oreiller. V... couché sur le lit pendant une demi-heure ne présente absolument rien de spécial.

Un aimant que l'on approche de V... à son insu ne produit aucun effet. On fait coucher V... sur un lit pendant une heure, un aimant étant caché sous l'oreiller. V... s'endort tranquillement et se réveille à midi pour déjeuner.

25 *septembre*. On place le flacon n° 0 dans la main gauche de V... à l'état normal et on le laisse à lui-même. Peu à peu ses yeux deviennent fixes, ouverts. Puis V... tombe dans un sommeil léthargique profond. Au bout de quelques instants, grandes inspirations précipitées rappelant le bruit de la locomotive, mouvements de déglutition, contracture du bras et de la jambe gauche en extension, tandis que la main droite fait des mouvements de flexion et d'extension du poignet et des doigts ; salivation, les yeux s'entr'ouvrent puis se referment, la respiration devient courte, précipitée et superficielle, et la tête s'incline sur la poitrine.

A ce moment on substitue au premier flacon qui venait de s'échapper, le flacon n° 10. On annonce tout haut que c'est l'antidote du premier flacon, V... marmotte des paroles indistinctes, pousse des soupirs, répond vaguement aux questions. Il dit qu'il n'est pas malade, qu'il n'a pas trop bu, semble voir quelque chose, puis il ouvre les yeux et se croît à Bicêtre, salle Cabanis dans le service de M. Voisin. Il est sensible à droite. A ce moment M. Voisin lui montrant sa montre, il se précipite dessus, les yeux fixés par la montre et cherchant à la toucher du front. On l'arrête, et par la pression sur les globes oculaires, on le plonge en léthargie. La friction légère exercée avec la main sur la nuque le fait passer en somnambulisme ; puis enfin on le réveille en lui soufflant légèrement sur les yeux.

Voici la liste des flacons :

Flacons n^{os} 1 Eau de laurier-cerise.
— 2 Alcool.

©BIUM

Flacons n^{os}	3	Atropine.
—	4	Emétique.
—	5	Eau distillée.
—	6	Cantharides.
—	7	Ipéca.
—	8	Valériane.
—	9	Pilocarpine.
—	10	Rien.
—	0	
—	0.0.	Nitrite d'amyle.
—	000	Huile de croton.
—	XX	Teinture d'opium.

27 septembre. Une fois endormi, à la suite de quelques expériences de suggestion, V... s'agite, présente des convulsions légères cloniques dans les membres droits et dans la moitié correspondante de la face, puis il devient contracturé des deux jambes en extension avec insensibilité complète des deux membres inférieurs, la sensibilité persistant partout ailleurs. Il est à Bonneval au mois d'avril 1879, venant de Saint-Urbain qu'il a quitté depuis un mois et demi. Il ne sait pas lire, il épèle seulement, il ne fait que des bâtons et ne sait écrire que A B, mais pas C. Il apprend le métier de tailleur et sait faire des culottes. Il répond à toutes les questions avec une voix d'enfant. Puis sa physionomie change, il a quelques secousses dans les membres ; puis il a l'air de s'endormir un instant, entrant en partie en résolution. Puis les yeux deviennent fixes, les pupilles se dilatent, on peut lui mettre les membres sans résistance dans une position quelconque qu'ils gardent ; le front se plisse, les sourcils sont portés en haut, les paupières se relèvent d'une façon marquée, de telle sorte que les ouvertures palpébrales deviennent plus grandes qu'à l'état normal; spasme passager des masséters qui serrent les mâchoires pendant quelques instants. Tout rentre bientôt dans une apparence normale ; les muscles se détendent, la respiration devient plus accélérée et plus profonde ; V... pousse des soupirs, ne répond pas aux questions ; un instant plus tard, il répond *qu'il est à Rochefort.* Il répond avec brusquerie et insolence et ne reconnaît personne. Il raconte qu'il s'est sauvé de Bicêtre le 2 janvier à six heures du matin, a été à la mairie du quatrième arrondis-

©BIUM

sement de Paris, où il s'est engagé dans l'infanterie de marine. A une question lui demandant où est un de ses amis nommé Raquinard, il répond : « Je ne sais pas où il a f.... le camp, cet enfant de g.... là. »

Sensibilité intacte sur la moitié gauche du corps. V... envoie au diable ceux qui lui bouchent l'œil gauche. L'œil droit est incapable de distinguer les objets. Hémiplégie droite, flasque, absolue, avec perte de toute espèce de sensibilité. Il lit bien avec l'œil qui reste intact et il répond qu'il a vingt-deux ans et qu'il est à l'hôpital militaire de Rochefort. Il veut enfoncer sa baïonnette dans le ventre de M. Berjon qu'il gratifie d'épithètes malsonnantes. Pour lui M. Bourru n'est pas un mauvais diable, mais il veut f... les quatre fers en l'air à Berjon.

Avant d'avoir été à Bicêtre, il a été à Chartres jusqu'à vingt-un ans; il n'a jamais, dit-il, bougé de Chartres, n'a jamais été ni à Bonneval ni à Saint-Dizier, mais il se rappelle vaguement Saint-Urbain où il prétend avoir été élevé, avoir appris le métier de vigneron et où il buvait du bon vin. Puis de là il est retourné à Chartres, il a été un peu malade, aussi a-t-il été à Bicêtre quelques jours, puis enfin est venu à Rochefort où il est présentement. — Il ignore la perte de l'usage de sa main droite, il a les deux mains comme tout le monde et quand on lui dit : donne-moi les mains, il donne deux fois la main gauche en disant : *voilà les deux*.

Avec l'œil gauche il voit double un porte-plume qu'on tient à distance, mais quand on le lui donne à tenir, il reconnaît qu'il n'y en a qu'un, sans chercher à s'expliquer le phénomène. Au bout de quelques minutes, il est pris d'une agitation légère avec respiration haletante, il ferme les yeux, puis bâille, se détire et revient enfin à l'état normal.

Pendant qu'on lui cautérise avec de l'acide azotique deux verrues qu'il a aux mains, M. Artaud, à son insu, lui applique une pièce d'or sur l'apophyse mastoïde droite.

V... remis en somnambulisme, on lui suggère que l'or n'a plus d'action sur lui, mais bien l'argent; puis on supprime l'action des métaux, y compris la montre et la chaîne de M. Voisin.

©BIUM

28 septembre. A la place où la veille la pièce d'or a été maintenue quelques instants (apophyse mastoïde), on voit une rubéfaction bien franche, sans vésication, comme cela avait lieu ordinairement. — Rien ailleurs.

Un aimant est placé sur une table en face de V... Au bout de quelques instants, V... l'aperçoit, les yeux deviennent fixes, il se précipite comme attiré par l'aimant, il tombe en léthargie, et on le fait passer en somnambulisme. En cet état, on n'observe pas de transfert de la sensibilité sous l'influence de l'aimant, pas de polarisation psychique. L'idée de tristesse provoquée amène la peur de la vipère, commencement d'attaque arrêtée par l'affirmation que la vipère est morte.

On suggère à V... de travailler à étendre le linge à Bicêtre ; ce qu'il fait immédiatement, parcourant la pièce en faisant le geste de piquer les épingles de bois sur le linge. — On lui fait rétablir ensuite le cours de sa vie que voici.

A Nogent, 1882, trois jours de prison pour vol en août. Va à Paris, à la préfecture, puis à Lariboisière, puis à la préfecture d'où il est envoyé à Saint-Anne.

Avant Nogent, il a travaillé au jardinage à Bourg de 1881-82. Pendant 1879-80-81, il est resté à Bonneval.

29 septembre. V... est en état de veille, à l'état ordinaire. On colle sous deux bougies pareilles, une pièce d'or et sous l'autre une pièce d'argent. Appliquées sur la peau, ces pièces de monnaie ne font aucun effet. Une pièce d'or libre produit immédiatement de la douleur comme par brûlure, — l'autre pièce d'or, mise entre deux pains azymes et appliquée sur la peau, ne produit rien.

Pendant l'expérience il passe à l'état de Saint-Urbain, parce qu'on lui a parlé de la vipère : une attaque bientôt arrêtée se produit avant ce changement d'état. Puis de grandes expirations soufflantes, imitant le train de la locomotive, coïncident avec le passage de V... à l'état de Rochefort. On répète l'expérience de la diplopie pour la contrôler : il voit bien deux objets, quand on lui en présente un, quand il a les deux yeux ouverts, mais si on bouche momentanément l'œil droit avec la main, il reconnaît immédiatement qu'il n'y a qu'un objet.

Puis agitation, bruit imitant la locomotive et il est à

©BIUM

La Rochelle, militaire ; enfin il a passé à la Salpêtrière après avoir présenté les phénomènes suivants : une armoire où se trouvent rangés des flacons est ouverte accidentellement devant ses yeux ; il renifle fortement en regardant les flacons ; semble goûter quelque chose, puis salive et vomit sans qu'aucun mot ait été prononcé.

Une fois reposé à l'état normal, on le met en catalepsie ; l'aimant n'attire nullement son bras étendu et immobile. Enfin, avant de le réveiller, on lui suggère que les verrues que l'on vient de brûler ne lui feront aucun mal.

1^er^ octobre. La suggestion d'aller à la selle est suivie d'effet immédiat, aussitôt après le réveil de V... qui, d'après son dire, n'aurait pas eu de garde-robe depuis vingt-six jours.

Aucune trace de brûlure produite par l'or, excepté par la pièce qu'on a mise sans la cacher sur sa main et qui a amené une petite vésication de la dimension de la pièce de 20 fr.

V... n'a nullement souffert des cautérisations de ses verrues.

2 octobre. On fait à V... la suggestion de ne pas fumer, de ne pas lire de journaux et de ne pas, le soir, manger les fruits qu'il doit aller déballer et ranger chez M. Voisin.

3 octobre. Les suggestions de la veille ont été suivies d'effet.

4 octobre. Mêmes suggestions ; en outre M. Voisin lui enjoint d'aller à la garde-robe chaque matin.

5 octobre. Endormi, V... répond qu'il ne veut plus revenir le matin, comme d'habitude, voir M. Voisin ; mais, sur suggestion réitérée, il dit à voix haute qu'il viendra, mais ajoute aussitôt à voix basse: non, je ne viendrai pas, non, non. V... se tord sur le lit, quand on lui dit qu'il aille à la garde-robe ; il répond qu'il a trop souffert le matin sans avoir pu avoir de selles, qu'il a craché le sang et qu'il aime mieux aller se jeter à l'eau.

Il se met à pleurer et, malgré toutes les suggestions, ne promet pas d'être raisonnable dans la journée ; au moment où on croit lui avoir arraché son assentiment, il s'échappe et refuse. On le surveille. M. Féré, chez qui la veille, V... s'est comporté d'une façon contraire à ses habitudes, l'endort et parvient à lui faire promettre à

©BIUM

peu près de ne ne pas faire de bêtises. M. Voisin était absent ce jour-là.

Réveillé, le malade dit qu'il s'ennuie de ne rien faire, qu'il va aller se promener du côté de la Bièvre ou du canal Saint-Martin ; il a l'air très sombre ; l'intervention de M. Garnier qui lui promet de s'occuper de lui pour une place, le calme un peu ; il finit par promettre d'être raisonnable, après trois quarts d'heure d'exhortations, se plaignant toujours d'avoir trop souffert le matin. Enfin, il part, l'air très sombre, son attitude contrastant complètement avec ses allures bon enfant ordinaires.

6 octobre. Endormi par M. Voisin, V... répond qu'il ne veut plus venir le matin ; on ne réussit pas à lui faire avouer qui lui a donné cette suggestion, contraire à celle de M. Voisin. Il trépigne, pleure et se met la figure en sang à coups de poing ; se mord les doigts pour ne pas répondre. Quand on lui fait défense d'aller se promener du côté de l'Ecole pratique, il trépigne et ne veut pas promettre. Le nom de M. B... le met dans le même état, et quoique M. Voisin lui présente M. Artaud comme étant M. B... qui vient pour le délier de sa promesse de lui obéir à lui B..., il ne veut pas céder et révéler le nom de la personne étrangère au service qui le suggestionne.

La lutte entre les deux suggestions contraires le met dans un état d'angoisse tel, qu'il trépigne, frappe le sol des pieds avec violence, s'arrache les cheveux et se donne des coups de poing. Puis il a une attaque à forme épileptique, sans cris ; puis il passe dans un état grave de léthargie vraie, avec suspension momentanée du pouls et de la respiration, les yeux ouverts. Enfin, au bout d'un certain temps, il revient à lui complètement, en crachant du sang. Il s'en va brusquement, malgré tout ce qu'on peut lui dire pour le retenir ; il répond qu'il tuera quelqu'un, si on l'empêche de sortir ; il répète qu'il va finir par se jeter à l'eau ou par tuer M. B.....

7 octobre. Il a repris son aspect ordinaire et bon enfant. Il a passé la veille toute la journée chez lui, à dormir, sur le conseil de M. Voisin. Au moment où il s'endort, sensation de vive brûlure à la main gauche, due à la chaîne de montre de M. Voisin qui, en se penchant, l'a effleuré. Une fois endormi, V... est docile et quand M. Voisin lui

©BIUM

dit : « Tu m'obéiras bien, » il répond tout bas : « Ah, sacré borgne, sacré borgne ! » On lui enjoint de ne plus faire de tentatives pour aller à la selle ; le mot de garde-robe le met d'abord dans un violent état d'agitation avec grimaces et trépignements, mais en insistant, il se met à rire et répète avec satisfaction : « Je n'irai pas à la selle. »

On lui enjoint d'être poli, économe, de ne pas fumer et d'aller travailler chez M. F..., d'être bien portant et de ne pas cracher de sang. Enfin, on le réveille, et il a sa mine bon enfant habituelle, sauf qu'il se refuse à manger.

8 octobre. Mêmes suggestions. En somnambulisme, V... manifeste une vive haine contre M. B... et menace de le tuer ; c'est lui B... qui l'a suggestionné en sens contraire de M. Voisin pour le faire entrer à la Pitié, et lui a interdit de manger de la viande.

9 octobre. Même état. — Ne crache plus de sang, a été économe, poli ; n'a pas fumé ; « c'est mauvais de fumer, » dit-il.

10 octobre. Même état.

11 *octobre.* V... est endormi ; on lui demande ce qu'il a fait hier ; il raconte qu'il a déménagé M. F..., mais il a eu le malheur de casser une colonne en marbre. A ce moment, il fond en larmes et commence une attaque, à la suite de laquelle il voit la vipère. Il se trouve paralysé des deux membres inférieurs. Il est à Saint-Urbain. La pression des globes oculaires le fait passer de nouveau à Rochefort par suggestion. Il est à l'hôpital, hémiplégique droit avec contracture : il a le verbe haut, il se croit en état de faire l'exercice malgré sa contracture. Quand on lui demande la main droite, il présente la gauche ; et en lui demandant la gauche ensuite, il représente la gauche en disant : « Voilà les deux mains. » Au bout de quelque temps, ébauche d'attaque, les yeux tournés en haut et mouvements de la mâchoire inférieure en bas et en avant. Après cela, il se trouve à Lafond ; il vient de se faire arracher une dent par M. Remadier et M. Mabille vient de sortir. Il montre son bras gauche où M. Mabille avait tracé un V... M. Voisin lui dit que M. Mabille obtenait, quand il le voulait, un V rouge et sanguinolent sur son bras gauche. Il lui

©BIUM

répète qu'il veut que dans un quart d'heure le V soit marqué à la place où, au moyen d'un bon plié en quatre, il trace un V. sur la peau. M. Voisin insiste. V... devient agité, commence par refuser, dit que M. Mabille est un fou ; il a les yeux fixés, puis il frotte son avant-bras gauche contre le tronc ; il s'agite, est pris de nausées et de vomissements. Enfin il revient à l'état normal. Au bout de quelques instants, il se frotte l'avant-bras gauche, crie, trépigne, manifeste une violente douleur avec l'étonnement que lui cause ce qui lui arrive. Le V est marqué par un trait rouge sur la peau. V... ne sait pas ce que c'est.

Malgré la suggestion qu'on lui fait, de nouveau endormi, il continue à souffrir du bras ; mais il se rend très bien compte que c'est une expérience qu'on vient de faire sur lui, quoiqu'il ne dise rien et n'en laisse rien paraître.

Les jours suivants, V... est tout à fait comme à l'ordinaire, familier, aimable et bon enfant. Il n'a pas vu M. B... On peut par suggestions, en somnambulisme, faire le transfert de tous les phénomènes d'hémianesthésie pour vingt-quatre heures. Même suggestion à l'état de veille, mais effet moins durable.

On examine plus soigneusement le 20 octobre son état physique, et voici ce qu'on trouve : anesthésie totale des membres supérieurs et inférieurs droits, au tact, à la douleur, à la température ; perte du sens musculaire. V... ne sait pas trouver sa main droite avec la gauche, s'il ne la voit pas. L'œil droit ne perçoit que le rouge.

Rétrécissement extrême du champ visuel, moins marqué pour l'œil gauche.

Ouïe, goût, odorat diminués à droite.

Toute excitation légère de chatouillement sur un point quelconque du corps, fût-ce à droite, provoque la contraction du muscle sousjacent, et on ne peut la faire cesser qu'en excitant de la même façon l'antagoniste.

En même temps, V..., s'il parlait, s'arrête, fait des mouvements de torsion des membres supérieurs, et étend la jambe du même côté que celui où on a produit le chatouillement. Il a les yeux fixes et semble avoir perdu la relation avec les objets extérieurs. Si on insiste,

©BIUM

il tombe en attaque. Si on suspend, grande inspiration et passage en léthargie.

V. étant en léthargie avec résolution musculaire, le même phénomène d'excitabilité au frôlement de la peau se constate ; il pousse des soupirs pendant ce temps, et au moment où l'on défait la contracture, il passe en somnambulisme, c'est-à-dire qu'il n'est plus en résolution et qu'il répond aux questions. C'est le même état que lorsqu'on a fait des frictions sur la nuque. Etant dans cet état de somnambulisme, même effet produit et pas d'autre. Mais ce qu'il y a de spécial, c'est que si on le fait compter des nombres, il s'arrête au moment où on produit cette contraction et il ne reprend qu'au moment où, ayant défait la première, on en reproduit ou défait de nouveau une seconde. — Cette excitation périphérique le fait donc passer de léthargie avec résolution en somnabulisme, et réciproquement. Si on met V... en état de catalepsie par l'ouverture des paupières, les membres de V... sont très rigides, et si on produit la même excitation cutanée, on obtient une contracture extrêmement rigide qui ne cesse qu'on replongeant V... en léthargie.

OBSERVATION II. — Hystérie. — Attaque de sommeil de seize jours de durée. — Etat cataleptoïde. — Suggestion. — Action des médicaments à distance. (Observation rédigée par M. Artaud, externe du service.)

L'observation de cette malade a été décrite en détails, dans l'Iconographie de la Salpêtrière, par M. Bourneville qui a suivi Eudoxie pendant plusieurs années (1).

L'état général de la malade est toujours le même, depuis son entrée qui remonte à vingt-quatre ans. Elle est âgée de quarante-sept ans, très grosse, toujours couchée à cause de la paraplégie des membres inférieurs, elle est très simple d'esprit, assez propre, exactement telle que l'a décrite M. Bourneville dans l'ouvrage cité plus haut. A part une attaque de sommeil (ou deux parfois), dans le courant de l'année, rien ne vient troubler la monotonie de l'existence d'Eudoxie H...

Elle n'avait rien présenté de particulier depuis le

(1) Iconographie photographique de la Salpêtrière, Bourneville. 1879-1880, p. 118.

©BIUM

mois de février dernier, époque de sa dernière attaque de sommeil, quand vers six heures du soir, elle a été prise, le 27 juillet 1886, d'un accès de fou rire avec agitation, hallucinations de la vue (pigeons, puces, chiens) sans arrêt jusqu'à dix heures du soir, moment où, exténuée, elle tomba lourdement sur son oreiller et s'endormit. C'est toujours ainsi d'ailleurs que débutent les attaques. La nuit s'est passée sans accidents.

28 juillet. A la visite : Pouls 84 ; respiration bruyante (20 ins. par minute), stertor et bave spumeuse abondante, les paupières abaissées sont agitées de petits tremblements : elles sont dures à relever et, en y regardant de près, on voit que la pupille est dilatée, mais qu'elle se contracte brusquement aussitôt qu'on soulève la paupière.

La malade est dans un état cataleptoïde ; les membres conservent la position qu'on leur donne ; il y a de la raideur, mais pas de contracture. Le soulèvement et l'abaissement de la paupière sont sur eux sans effet.

L'anesthésie est complète : ni la piqûre, ni aucune excitation ne provoque une réaction quelconque ; il n'y a pas même de sang à la piqûre.

Pas d'excitabilité neuro-musculaire.

L'œil ouvert, la malade ne fixe rien ; cependant une bougie allumée, approchée du globe oculaire, contracte la pupille et amène des larmes.

Mutisme absolu ; impossibilité de la tirer de son état.

La malade a de très nombreux points hystérogènes, dont la pression provoque de la suffocation et une ébauche d'attaque, si on persiste. Ces ébauches d'attaque (clownisme) surviennent naturellement de temps en temps, et consistent en une projection du thorax en avant, les bras étendus en même temps que les jambes raidies se soulèvent ; c'est une *salutation* avec ronflement qui dure quelques secondes, et la malade retombe lourdement sur son lit.

Pendant ses attaques, Eudoxie s'alimente : elle prend du bouillon, un litre de lait, du vin, des pruneaux cuits et bien écrasés (elle rejette les noyaux, s'il s'en trouve), du café au lait avec pain bien trempé et écrasé, 250 gr. de Bordeaux. La malade rejette ce qui lui déplaît. Quelques rares vomissements se présentent.

©BIUM

Un lavement tous les deux jours.

29 juillet. L'état est absolument le même que hier. Nous commençons les expériences.

1° On applique un flacon de *pilocarpine* sur le point ovarique gauche ; au bout de dix minutes ou un quart d'heure, la malade qui avait la peau sèche tout à l'heure paraît avoir les mains un peu moites. La salivation n'a pas augmenté.

2° Par l'application d'un flacon d'*alcool* sur le même point, nous provoquons une salivation plus abondante, du mâchonnement, une modification du rythme respiratoire qui, de vingt, s'élève à vingt-quatre insp. par minute et de sus-thoracique devient abdominal. Au bout de dix minutes, la main droite présente du tremblement éthylique qui paraît bientôt à gauche. Ce tremblement persiste quelque temps après l'enlèvement du flacon.

3° Un flacon *d'eau de laurier-cerise* succède aux précédents, le petit tremblement des mains reparaît, mais se transforme rapidement en mouvements tétaniques des membres supérieurs avec secousses thoraciques.

On enlève le flacon, et la malade revient bientôt à son état primitif.

30 juillet. Même état général.

1° Un flacon d'*atropine* sur le point ovarique gauche ne donne rien au bout de vingt minutes. Les pupilles ne sont pas modifiées.

On l'applique sur le globe oculaire droit : la respiration se modifie bientôt, elle s'abaisse à douze insp. par minute, puis de sus-thoracique devient brusquement abdominale avec vingt-quatre insp. par minute après un gros soupir.

Plus de stertor. — Plus d'écume.

Plus de salutations. — Pouls 80.

Oscillations des paupières moins sensibles et moins étendues.

Même état cataleptoïde.

Au bout de vingt minutes, la pupille n'est nullement dilatée.

Les changements d'état que nous venons de provoquer ainsi (phénomènes respiratoires et autres) semblent devoir être attribués à la pression du flacon sur le globe

©BIUM

oculaire, car nous les avons reproduits dans la suite en le pressant avec le doigt.

2° On applique ensuite de nouveau un flacon d'*alcool* sur le ventre. La salive spumeuse reparaît au bout de dix minutes.

Soupirs, inspirations prolongées de moment en moment, entre lesquels le type abdominal reparaît.

Au bout de douze minutes, revient le mouvement éthylique des mains et le tremblement des paupières s'accentue.

31 juillet. On répète les mêmes expériences qui donnent les mêmes résultats. Les salutations qui ont reparu dans la journée d'hier, mais moins fréquentes, cessent aujourd'hui à partir de midi.

Le soir, quelques accès de rire.

1er août. Même état, il n'y a plus de salutations.

2 août. La malade est comme hier.

On élève les bras, ils restent levés en catalepsie pendant trente-cinq minutes.

Pendant les quinze premières, ils se sont abaissés doucement, mais ensuite ils ont présenté un tremblement graduellement progressif, jusqu'à ce qu'ils se soient reposés sur le lit ; pendant les trois dernières minutes, le tremblement est même devenu très violent.

3 août. La malade est toujours parfaitement immobile. La respiration est lente, insensible, sans bruit. On soulève la paupière gauche et on approche de l'œil la flamme d'une bougie : la pupille se dilate ; la respiration devient anxieuse, bruyante, stertorale, l'écume reparaît.

C'est comme si on avait pressé un point hystérogène. En comprimant, en effet, le point ovarique gauche, on provoque la respiration anxieuse et une salutation ; une autre, par pression du point sous le sein droit. La pression des globes oculaires ralentit la respiration et supprime la bave. On applique alors sur l'estomac de la malade un paquet d'*émétique*. Il y a quelques mouvements des mâchoires, de la langue, des lèvres ; claquements des dents ; tremblement de la tête ; une salivation abondante ; mais pas de vomissements. Enfin, tout rentre dans le calme. La respiration devient tout à fait douce après deux ou trois grands soupirs. La salivation

©BIUM

cesse. La malade reprend l'aspect qu'elle présentait au début des expériences.

4 août. Pouls 84. — Respiration 28. — Même état général. L'*ammoniaque* provoque un spasme, du hoquet, des larmes. La respiration est devenue bruyante, susthoracique, la bave spumeuse abondante.

L'*éther* est sans effet.

Un grand soupir prélude toujours aux modifications dans l'état de la malade.

Nous avons jusqu'ici provoqué, comme on l'a vu, des changements d'état chez notre malade. Mais sont-ce bien les médicaments qui ont agi? C'est que la malade pourrait bien entendre ce qui se dit et se passe autour d'elle, et les effets produits ne seraient que les résultats d'une auto-suggestion. On a toujours chuchoté autour du lit ; on a prononcé les noms des médicaments, on s'est communiqué près d'elle ses impressions, on a fait des réflexions sur les symptômes attendus, on a prononcé les mots d'ivresse, de mouvements choréiques, etc. Sans le savoir, on annonçait peut-être ainsi à Eudoxie l'effet des médicaments, et bien qu'on ait toujours parlé à voix basse, elle peut avoir entendu.

On sera muet désormais.

5 août. On répète les diverses expériences précédentes sur la malade, dont l'état n'a pas changé, mais sans résultat, cette fois.

Il faut changer de tactique et suggestionner directement la malade. On annoncera désormais l'effet des médicaments, sans les mettre en scène, bien entendu.

7 août. C'est ainsi qu'on applique sur l'estomac un *morceau de savon,* en disant que cet *alcool* en flacon va sans doute lui donner comme les jours précédents du tremblement d'ivrogne, et tous les phénomènes déjà obtenus avec l'acool ne tardent pas à se reproduire. Quelqu'un dit cependant que cela jusqu'ici ne prouve rien, et qu'il ne serait convaincu de l'effet du médicament à travers le flacon que si le tremblement était suffisamment généralisé, s'il paraissait dans les pieds, par exemple.

Au bout de quelques minutes, les pieds, les jambes, tout le corps tremblote.

On cesse alors l'expérience, car « il ne faut pas abuser

©BIUM

des médicaments, même à distance, sur des malades aussi sensibles. »

La malade est redevenue calme ; pourtant au bout de quelques instants, sa physionomie change d'expression : elle rougit un peu, remue les lèvres, sourit d'abord et finit par rire aux éclats. C'est un fou rire qui l'engoue et la suffoque.

Pendant son accès de rire, la sensibilité est revenue, on la pique et elle retire les mains ; elle tourne la tête, si on lui pique la joue. Elle sent même les mouches auxquelles elle était tout à l'heure insensible et secoue la tête pour les chasser.

Bientôt, tout cesse, la malade reprend son faciès habituel et rentre dans l'insensibilité.

8 août. On applique sur l'estomac d'Eudoxie, dont l'état est toujours le même, un flacon vide, mais en ayant soin d'annoncer qu'il renferme un médicament actif qui probablement provoquera des nausées et peut-être du vomissement.

Alors, de lente et silencieuse, la respiration devient forte et sonore, une salive abondante et spumeuse s'écoule par saccades, la malade faisant des mouvements de la langue ; au bout de vingt minutes, des nausées surviennent, quelques efforts de vomissement suivent, mais sans effet d'abord, puis, devenus enfin plus violents, ils finissent par se couronner de succès.

9 août. Rien de nouveau.

10 août. Vers midi et demi, accès de rire. Plus de catalepsie. Rire saccadé par accès, pendant les intervalles desquels elle chante « tra la la », ou elle crie « à l'assassin ! » « mon beau-père m'a perdue » — « à l'assassin ! » — « Bonjour, madame, comment vous portez-vous ? » — « Je vais me sauver pour aller trouver ma sœur. » — « Voilà des puces, des pupuces », et de rire ! Elle est en plein délire.

Elle commence à *savonner*, c'est-à-dire à frotter et à rouler son drap entre ses mains. Ce mouvement est généralement le signal du réveil, d'autant plus qu'elle a reconnu et nommé une surveillante et une infirmière.

La sensibilité est revenue, elle chasse les mouches qui se posent sur sa figure ; elle se plaint si on la pique et le sang vient à la piqûre.

©BIUM

Ce ne sera pas encore le réveil pourtant, car fatiguée de rire, elle retombe sur son oreiller et est sur le point de se rendormir ; elle entend cependant encore, et quelqu'un lui ayant adressé la parole, elle se tourne vers la personne qui parle, ouvre la bouche pour lui répondre, ne peut articuler un son, la regarde tristement et se met à verser de grosses larmes. Puis elle redevient insensible, l'attaque de sommeil, un moment interrompue, la reprend avec tout son cortège de phénomènes cités plus haut.

11 août. Rien depuis hier soir, calme absolu, sommeil tranquille, pas de clignotement des paupières.

La malade, pendant ses attaques de sommeil, semble être sous l'impression d'une hallucination pénible, dans laquelle son beau-père paraît jouer le rôle principal.

Nous lui annonçons ce matin qu'on va lui administrer de l'*hellébore* et que, sous l'influence de ce médicament, son beau-père va disparaître, qu'elle redeviendra tranquille d'esprit, que tous ses mauvais souvenirs disparaîtront, que ce médicament la réveillera, lui donnera quelques mouvements des mains. Les paupières s'agitent bientôt de tremblements rapides. Elle pousse de gros soupirs. La respiration devient abdominale.

Mouvements des lèvres comme pour parler.

Remue un peu les doigts.

12 août. Elle a eu hier vers une heure un réveil avec accès de rire, absolument comme avant-hier ; elle était aussi dans le même état, physique. Cela dura jusqu'au soir.

Nuit calme.

Ce matin, grande agitation, rire. Elle apostrophe sa mère et ne parle que d'elle et qu'à elle dans son délire. Regard fixe. Sensibilité revenue, mais inconsciente, pas de sensation de douleur. La compression des globes oculaires provoque une oppression vive, et la malade gémit. On lui met une montre à l'oreille, elle écoute, s'arrête, revient absolument à la réalité, parle sensément et reconnaît tout le monde pendant près de dix minutes.

De nouveau des plaintes, des gémissements, son regard redevient fixe ; l'état cataleptoïde reparaît ; elle prononce de temps en temps « maman ». Nous lui recommandons en partant d'être triste demain à la visite.

©BIUM

13 août. Il paraît qu'hier, vers 2 ou 3 heures, la malade a eu des vomissements avec souffrance vive. Nous la trouvons ce matin éveillée, sans catalepsie, sensibilité revenue, mais extrêmement sombre, parlant bas, sans même articuler les sons.

Il faut qu'elle soit gaie demain à notre arrivée.

14 Août. Elle rit toute la matinée, s'amuse comme un enfant sur son lit, mais ne parle pas, elle ne prononce pas même un mot, elle ne peut pas parler.

Nous lui suggérons qu'elle va boire du champagne, on lui donne un verre et on fait le geste d'y verser quelque chose d'une bouteille, une clef tient lieu de bouteille. Elle boit ainsi de son verre vide, ne tarde pas à rire plus fort et donne bientôt des signes d'ivresse manifeste.

La parole lui revient alors, elle parle haut et bien, demande sa sœur ; on la lui présente dans une infirmière, elle la reconnaît, l'embrasse et l'invite à boire avec elle.

On lui dit qu'elle a des poux, des puces ; elle essaye de les prendre en roulant de droite et de gauche sur son lit, comme ivre.

On lui fait manger de l'aloès pour du sucre, elle le remue dans son verre avec une cuiller, ramasse les plus petits morceaux, les mange en faisant une horrible grimace, mais en prend encore et mange toujours : c'est du sucre.

17 août. Rien de particulier, la malade fait le bébé, l'enfant.

18 août. Sensibilité très obtuse, perception lente, il faut près d'une minute pour qu'elle sente la piqûre d'une épingle. Elle fait toujours l'enfant ; prend encore de l'aloès pour du sucre ; se regarde agréablement dans la glace, s'y reconnaît et s'y adresse des civilités.

19 août. Parle toujours extrêmement bas comme un enfant, en sifflant, zézayant, on la comprend à peine.

La compression des points hystérogènes l'oppresse vivement.

Sensibilité toujours obtuse. Pas de sang à la piqûre.

Grandes inspirations de temps en temps avec expirations bruyantes.

Pupille normale, mais très contractile.

On lui applique sur le ventre un flacon d'eau pure en

©BIUM

lui disant que c'est de l'alcool : au bout de 10 minutes, tremblement, mouvements vifs des membres ; la voix lui revient, elle voit sa mère, lui demande de ses nouvelles, rit. Elle commence à parler de son beau-père, dit que c'est lui qui l'a rendue malade. Mais au milieu de son delire vrai ou faux (elle a bien l'air de faire la bête), aussitôt qu'on l'interroge sur son passé, elle prend un air niais et on n'en peut rien tirer que des « J'ai connaissance de rien du tout ; je ne me souviens de rien du tout » chantés sur tous les tons en dodelinant de la tête.

30 août. Etat normal. — Bien réveillée. — S'occupe de sa toilette. — Est tout à fait comme avant son sommeil.

M. Ch. Féré. — Les observations que vient de présenter M. Voisin montrent clairement que, chez le nommé V..., on peut provoquer un grand nombre de phénomènes physiologiques, par suggestion : ce fait qui avait été méconnu est incontestable. Elles prouvent encore que la suggestion peut, chez ce même sujet, supprimer certains effets physiologiques ; il n'y a pas lieu de s'en étonner, si comme j'ai essayé de le démontrer (1) le processus physiologique de la suggestion peut être rapproché de celui de l'attention. Lorsqu'un individu quelconque est expressément prévenu qu'il va subir une excitation et que cette excitation sera faite dans un temps donné, il peut arriver que cet individu réagisse avant l'excitation ; la suggestion d'une sensation fictive peut être rapprochée de ce phénomène. Si au contraire le même individu est prévenu, de telle sorte qu'il puisse croire que la même excitation n'aura pas lieu, on voit que le temps de réaction est considérablement allongé, et même la réaction peut manquer si l'excitation a été très faible : il n'y a pas loin de là à la suggestion d'une anesthésie. Mais quand on a établi que la suggestion est capable de déterminer une réaction quelconque en dehors de toute excitation réelle, on a prouvé que la représentation mentale peut remplacer l'excitation ;

(1) *La médecine d'imagination* (*Progrès médical*. 1886, n° 36).

©BIUM

mais on n'a pas prouvé que ce qu'une représentation mentale peut faire, l'excitation réelle ne peut pas le faire. C'est pourtant ce que prétendent ceux qui soutiennent que c'est exclusivement à la suggestion que sont dus les effets de l'aimant et des autres esthésiogènes.

De ce que la suggestion peut produire les effets attribués par quelques observateurs à l'action des médicaments à distance, il n'en découle pas nécessairement que cette action soit nulle. Je l'ai déjà recherchée sur plusieurs sujets sans l'observer, mais je ne la nie pas. C'est une question qui mérite d'être étudiée de près, elle n'est en effet peut-être pas sans rapport avec une autre question, la question des médicaments à petites doses, dans la discussion de laquelle on n'a pas toujours apporté la rigueur scientifique désirable. Il serait intéressant de rechercher si les doses infinitésimales, comme les médicaments à distance, n'agissent pas principalement sur les névropathes, sur les sujets hyperexcitables à tous les agents physiques : on pourrait citer un certain nombre de faits d'intolérance en faveur de cette opinion. Qu'elle est la part de l'imagination dans ces phénomènes ?

M. Marcel Briand. — J'appelle toute l'attention de la Société sur les faits fort instructifs que vient de nous rapporter M. Voisin. Ils constituent un appoint très appréciable à l'opinion de M. Bernheim, de Nancy, qui attribue à la suggestion la production de beaucoup de ces phénomènes si singuliers qu'on observe chez les hystériques. Je ne crois pas que les tendances du professeur de Nancy infirment en rien les magistrales doctrines de la Salpêtrière, il n'y a là qu'une nouvelle interprétation à joindre à celles déjà données ; mais j'avoue que lorsqu'on examine de près certains hystériques, on est souvent tenté d'aller chercher fort loin des explications que la suggestion, qui nous réserve encore bien des surprises, ne peut fournir. J'incline, pour ma part, à penser qu'il en est en particulier de même pour les si singulières manifestations du malade de M. Bourru. J'observe en ce moment, dans mon service à Villejuif, une de ces hystériques sur les bras de laquelle il suffit d'appliquer une feuille de papier à cigarettes mouillée, pour voir le lendemain l'épiderme soulevé dans

©BIUM

toute l'étendue de ce nouveau vésicatoire (Il est bien entendu que pour faire réussir l'expérience, il faut, la la malade endormie, lui suggérer l'idée qu'elle porte un vésicatoire). Inversement, il m'est arrivé de lui appliquer, dans une circonstance, une rondelle d'emplâtre vésicant, en lui suggérant l'idée qu'il s'agissait d'une simple feuille de papier qui resterait sans effet, et de constater le lendemain que la peau n'avait subi en cet endroit aucune modification.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

Le « Mental science ».

ANNÉE 1885.

Remarques pratiques sur l'emploi de l'électricité dans les maladies mentales; par M. le Dr A. de Watteville (nº de janvier).

Ce mémoire contient quelques préceptes utiles sur le maniement des appareils et l'application des diverses méthodes d'électrisation. Sans entrer dans des détails techniques qui nous entraîneraient trop loin, nous noterons que l'auteur recommande la galvanisation ou l'emploi de courants constants, toutes les fois qu'il s'agit de modifier la nutrition et la circulation des organes profonds. Le courant doit avoir une force déterminée, et cette force est plus en rapport avec le nombre des éléments qu'avec leur dimension. L'appareil doit être muni d'un collecteur qui sert à limiter à volonté ce nombre et par suite l'effet produit. Il doit être aussi pourvu d'un commutateur qui permet d'intervertir les pôles sans déplacer les électrodes, et d'un galvanomètre qui fournit des indications exactes sur l'intensité du courant.

Pour la faradisation, tout appareil bien construit est convenable. Comme pile, M. de Watteville donne la préférence à un couple de Léclanché, au chlorure d'argent. Les piles au sulfate de mercure, qui veulent être rechargées légèrement à chaque séance, seront employées dans les cas où l'appareil n'est pas constamment mis en usage. La longueur des deux circuits doit être suffisante, pour que le second donne une bonne étincelle sur la peau et pour que le premier détermine des contractions musculaires. Notre confrère attache peu d'importance au sens du courant, et la doctrine de l'électrotonus ne lui paraît pas

©BIUM

avoir un grand intérêt pratique. Pour lui, il a obtenu les meilleurs résultats en appliquant successivement les deux pôles sur chaque point. Il est bon de savoir toutefois que le cathode a une action locale plus intense, tant au point de vue de l'effet chimique que de la stimulation. A la fin de ce travail sont formulées les indications principales des deux procédés thérapeutiques :

1° La galvanisation directe de la tête et du cou est utile pour rétablir l'équilibre dans l'innervation cérébrale, en modifiant la nutrition des centres nerveux.

2° En combinant la galvanisation de la moelle avec la faradisation générale, on stimule l'innervation spinale et périphérique et on la régularise indirectement en améliorant sa nutrition.

3° Lorsque les troubles cérébraux sont liés à une altération fonctionnelle des organes viscéraux, la galvano-faradisation (par une méthode spéciale à l'auteur) peut rendre des services.

4° L'électrisation trouve encore son emploi pour combattre certains symptômes. On n'oubliera pas que la faradisation générale est un excellent tonique et qu'elle excite puissamment la nutrition. Dans certains cas, l'usage opportun de l'électricité procure le sommeil aux malades.

Observations cliniques sur le sang des aliénés; par M. le Dr Rutherford-Macphail (n° de janvier).

Les travaux publiés jusqu'à ce jour sur l'hématologie des aliénés sont peu nombreux. Aussi les recherches consciencieuses auxquelles vient de se livrer M. le Dr Macphail méritent-elles une mention toute spéciale. Son mémoire récompensé par la Société médico-psychologique, se distingue tout d'abord par son importance. Il ne comprend pas moins de 420 observations qui ont été faites sur plusieurs catégories de sujets : 1° 15 individus sains d'esprit; 2° 40 déments âgés de 20 à 60 ans; 3° 15 paralysés généraux divisés en trois séries : au moment de l'admission, six mois après l'entrée, dans la dernière période de la maladie; 4° 25 épileptiques plus ou moins anciens, soumis à l'action du bromure; 5° 6 aliénés atteints de manie périodique; 6° 30 aliénés des deux sexes récemment admis et atteints d'affections mentales diverses; 7° 10 individus des deux sexes sortis guéris.

On a déterminé chez chaque sujet la proportion de l'hémo-

©BIUM

globine, des hématies et des globules blancs par rapport à ces derniers. Les globules rouges ont été dénombrés à l'aide de l'hémacitomètre de Gower. Un instrument spécial, que l'auteur ne décrit pas, lui a servi à mesurer la quantité d'hémoglobine contenue dans les hématies. La méthode consiste à diluer un volume donné de sang et à le comparer avec une solution titrée. Chaque observation, faite avec le plus grand soin, n'a pas demandé moins d'une demi-heure.

Les résultats fournis par l'étude du sang des maniaques ne sont pas décisifs, mais son examen dans les autres formes mentales a été plus fructueux. Il a permis à M. Macphail de poser quelques conclusions fort intéressantes que nous reproduirons intégralement :

S'il n'est pas prouvé que l'anémie, par elle-même, est une cause de folie, il est certain qu'une condition anémique du sang est fréquemment asssociée aux maladies mentales.

Chez les déments, le sang est pauvre en hémoglobine et en hématies ; cette altération augmente avec l'âge.

Les masturbateurs présentent un appauvrissement marqué du sang.

Les éléments du sang sont inférieurs à la normale chez les paralysés généraux ; cette diminution s'observe surtout dans les périodes actives de la paralysie.

Bien que le sang des épileptiques soit pauvre en hémoglobine et en globules rouges, ce caractère est moins marqué chez eux que chez les déments du même âge.

L'administration prolongée et permanente du bromure de potassium n'exerce aucune influence sur la composition du liquide sanguin.

Cette composition s'altère à la suite d'accès d'agitation prolongée.

Le sang d'un nombre donné de malades récemment admis a été trouvé plus pauvre qu'à l'état normal.

Chez les aliénés qui guérissent, le sang se reconstitue progressivement et il présente, au moment de la sortie, une composition voisine de la normale.

Il paraît y avoir chez ces aliénés une relation constante entre l'augmentation du poids du corps, la reconstitution des éléments du sang et l'amélioration mentale.

Bien que chez tous les convalescents, le sang ait une tendance à se reconstituer, ce phénomène est activé par un traitement tonique.

©BIUM

Les médications les plus aptes à produire ce résultat sont, par ordre d'efficacité : 1° le fer, la quinine et la strychnine associés ; 2° le fer et la quinine ; 3° le fer ; 4° l'extrait de malt.

L'efficacité de l'arsenic est douteux ; celle du quassia et de l'huile de foie de morue est nulle.

Maladies utérines et aliénation mentale ; par M. le Dr Joseph Wiglesworth (n° de janvier).

« Cherchez la femme », a dit un magistrat célèbre. « Cherchez l'utérus », pourrait dire le médecin avec non moins de justesse. Tous les praticiens savent quel rôle important jouent les organes génitaux dans la pathologie de la femme, combien de fois une symptomatologie obscure a pu être interprétée, un diagnostic définitivement posé, après une simple exploration au spéculum. M. Wiglesworth vient affirmer que la pathologie mentale ne fait pas exception et les chiffres imposants qu'il apporte à l'appui de sa thèse, démontrent pleinement la solidarité fréquente des lésions utérines et de la folie. Le mode d'action des premières ne peut pas toujours être déterminé directement. D'après l'auteur, elles peuvent produire l'aliénation mentale par deux procédés : par irritation ou par débilitation physique. Dans le premier cas, la forme du trouble mental est la manie ; dans le second, c'est la dépression.

Son travail se divise en deux parties : une partie pathologique, où sont relatés les examens nécropsiques de 109 aliénées décédées, et une partie clinique, où est étudié l'état de l'utérus et de ses annexes chez 65 femmes atteintes d'affections mentales diverses. Voici quelques chiffres intéressants empruntés à ces deux paragraphes :

Sur 109 femmes décédées à l'asile, 42 avaient les organes génitaux sains ou sans lésions notables ; 67 offraient des anomalies plus ou moins graves. En déduisant de ces 67 cas 22 chez lesquels on ne peut admettre un rapport possible entre la maladie mentale et l'affection utérine (déformation légère, lésions consécutives à l'accouchement, tubercules liés à un état diathésique), il reste 45 femmes qui ont présenté des lésions congénitales ou des anomalies acquises importantes. Chez une mélancolique, l'utérus était absent. La conformation conique du col avec ouverture très petite, en trou d'épingle, est un vice congénital fréquemment constaté, mais il n'a présenté une réelle importance que chez 4 aliénées. On a trouvé chez 40 femmes des anomalies acquises. Nous les indiquons ci-après :

©BIUM

Rétroversion	4	Fibrome utérin	6
Rétroflexion	5	Péritonite chronique	6
Rétroversion et rétroflexion combinées	1	Hypertrophie et induration des lèvres du col.	1
Prolapsus	1	Cancer de l'utérus	1
Augmentation de volume de l'utérus congénitale	1	Affections des ovaires et des trompes (inflammation, tumeurs cystiques, etc.)	9
Augmentation de volume de l'utérus par arrêt d'involution	5		
			40

L'examen au spéculum, pratiqué sur 65 aliénées, n'est pas moins instructif. Cette opération, pour être bien faite, nécessite quelques précautions préliminaires. Il importe que le rectum soit vidé rigoureusement. A cet effet, la femme est purgée la veille et prend un lavement le jour même de l'examen. Il est absolument nécessaire qu'elle soit endormie, et notre confrère a fait choix de l'éther comme anesthésique. Son exploration, en effet, doit être longue et douloureuse. Il ne se borne pas à l'introduction du spéculum, au toucher vaginal et à la mensuration utérine; il applique encore la méthode bi-polaire d'exploration qui consiste à introduire deux doigts dans le rectum, tandis que l'autre main presse la paroi abdominale au-dessus du pubis. On se rend mieux compte, par ce procédé, de l'état des organes contenus dans la cavité pelvienne. Les recherches de M. Wiglesworth l'ont conduit aux résultats suivants :

Sur les 65 aliénées qu'il a examinées, 30 ont présenté des lésions ou des malformations dignes d'être mentionnées. Sur ce nombre 4, toutes nullipares, offraient un vice congénital (utérus incomplètement développé et imperforé, col conique, antéflexion du corps; col conique avec contraction de l'orifice). Les 26 autres avaient des lésions acquises réparties comme il suit :

Antéflexion	7	Hypertrophie du col avec contraction de l'ouverture	1
Antéflexion et antéversion combinées	1	Pelvi-péritonite chronique	1
Rétroflexion	4	Maladies des ovaires	3
Prolapsus	1	(Prolapsus-hypertrophie)	
Ulcérations du col	5		
Fibrome utérin	2		
Subinvolution	1		
			26

Chez 5 malades seulement on observait un délire où les organes sexuels étaient impliqués. L'une avait une subinvolution

©BIUM

de l'utérus. Traitée avec quelques succès par la cautérisation directe du fond avec le nitrate d'argent, elle a vu son état mental s'améliorer passagèrement, mais ses conceptions délirantes n'ont pas tardé à reparaître. Il est vrai que son affection mentale était ancienne. Une autre, atteinte de rétroflexion, offrait cette particularité curieuse que le délire s'amendait par l'application d'un pessaire. Malheureusement elle était indocile; elle a refusé de se soumettre au traitement et est devenue incurable. La troisième avait une tumeur fibreuse et prétendait qu'on la torturait avec des instruments. Les deux dernières, qui présentaient une antéflexion de l'utérus, avaient, à chaque époque menstruelle, la sensation d'une parturition imminente.

Quelques rapports du delirium tremens avec l'aliénation mentale; par M. le Dr G. Savage (n° de janvier).

Dans cette note courte mais substantielle, notre savant confrère de Londres fait quelques remarques sur le delirium tremens lié au nervosisme.

Première question. Le delirium tremens se montre-t-il plus fréquemment chez les individus à type nervosique? Une question semblable a été posée relativement à l'association du délire avec la fièvre. Elle est délicate et a besoin d'être encore étudiée. L'aliéniste est surtout en contact avec des familles d'aliénés et doit compléter son expérience, pour pouvoir répondre, par celle des médecins voués à la pratique ordinaire. Néanmoins, M. Savage croit pouvoir affirmer que le delirium tremens est une affection commune chez les nervosiques.

Deuxième question. Le nervosisme affecte-t-il le delirium tremens dans sa forme, sa durée ou ses conséquences? Il l'affecte d'abord dans sa cause, ou plutôt dans sa production. On sait en effet que, chez les individus prédisposés héréditairement, une dose très faible d'alcool ou d'un stimulant quelconque suffit pour provoquer des troubles mentaux. Mais cette aptitude curieuse n'appartient pas seulement à ces malades; on la constate encore chez certains sujets qu'un traumatisme, une dégénérescence organique du cerveau (paralysie générale), ont frappés d'instabilité nerveuse.

Chez tous ces aliénés l'excès de boisson peut être suivi d'une secousse morale, qui laisse après elle un état dépressif de courte durée. C'est ce trouble mental qui aboutit subitement à un accès de delirium tremens. L'attaque peut suivre son cours

©BIUM

ordinaire, mais son caractère peut changer rapidement et alors les terreurs classiques de l'alcoolisme font place à la manie bruyante ou à la mélancolie simple. La première rappelle souvent la paralysie générale au début, mais il faut bien savoir qu'elle est curable et qu'il faut veiller par une alimentation bien réglée à la conservation des forces physiques. Autrement la mort arrive, surtout si le malade refuse la nourriture. Quelquefois la manie devient chronique et l'on se trouve bien de l'application répétée de vésicatoires sur le crâne.

Lorsque c'est la forme dépressive qui apparaît, elle peut se compliquer de tendances suicides et homicides. Ces aliénés qui accusent des conceptions délirantes où domine le poison ou la conspiration, doivent être soumis à une observation prolongée.

Le delirium tremens peut être le premier trouble vésanique qui se manifeste chez un nervosique héréditaire. Il est tout d'abord susceptible de guérison, mais son retour répété finit par frapper le malade d'instabilité nerveuse, de perversion graduelle des facultés et tend enfin à créer chez lui les formes chroniques et incurables de la folie.

L'alcool dans les asiles, considéré surtout comme boisson alimentaire; par M. le Dr D. Hack Tuke (n° de janvier).

On n'a pas oublié les essais tentés l'an dernier dans divers asiles du Royaume-Uni pour arriver à la suppression complète de la bière dans le régime diététique. L'éminent directeur du *Mental Science* a pris à cœur la solution de cette question grave, et il a ouvert une enquête pour pouvoir apprécier, à l'aide de documents certains, l'utilité de l'innovation proposée. Une circulaire a été adressée à tous les directeurs des asiles de comté et de bourg, ainsi que des hôpitaux enregistrés de la Grande-Bretagne et de l'Irlande. Elle contient un questionnaire complet, où figurent tous les renseignements susceptibles d'éclairer la question : population nourrie de l'asile, gardiens et malades; coût hebdomadaire de la bière, suivant qu'elle est fabriquée ou non dans l'établissement; compensation en argent ou en nature, allouée aux employés privés de cette boisson; résultat définitif de la diète imposée aux malades.

Nous dirons tout de suite que M. Tuke a été surpris de l'extension prise par la réforme, cent vingt-neuf circulaires avaient été envoyées; 100 directeurs ont répondu : 66 en Angleterre et dans le pays de Galles, 18 en Ecosse et 16 en Irlande. Dans la moitié de ces asiles, la bière est encore allouée aux

©BIUM

aliénés ; les cinquante autres l'ont supprimée. Il faut signaler néanmoins deux directeurs qui sont revenus sur leur opinion. Ce sont les Drs Ashe de l'asile criminel de Dundrum et Claye Shaw, de Middlesex. Le premier a trouvé la privation de bière décidément nuisible à la santé de ses pensionnaires ; le second s'est vu menacé d'une insurrection. Huit médecins ont déclaré que cette privation n'exerçait pas une influence sensible sur l'état physique et mental des aliénés. Enfin, dans trente asiles, elle a paru donner des résultats excellents, surtout au point de vue de la discipline et du bon ordre. Il est bon de remarquer, néanmoins, que dans onze de ces asiles, la bière n'avait jamais été allouée et que dès lors aucune comparaison utile n'a pu y être faite.

L'économie réalisée par la suppression proposée n'est pas sans importance, puisque la dépense totale nécessitée par cet article dans les asiles d'Angleterre et d'Irlande, n'est pas moindre de 32,000 livres. Partout où la réforme est réalisée, les gardiens doivent être astreints au même régime que les malades et recevoir une indemnité pécuniaire.

Notre distingué confrère estime qu'il faut se défendre d'un sentimentalisme outré, et qu'on ne doit pas hésiter à adopter cette innovation, si la santé des malades n'en souffre pas et si leur situation mentale et la tenue de l'asile s'améliorent. L'augmentation des autres articles de régime pour les aliénés, l'allocation pécuniaire des gardiens coûteront moins cher que la boisson spiritueuse et l'asile y trouvera son compte ; mais il est bien entendu que ces compensations devront être assurées au personnel et aux malades.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

The Blot upon the Brain : studies in history and psychology ; par M. le Dr William Ireland. — Vol. in-8° édit., Bell et Bradfute. Edimbourg. 1885.

Sous ce titre original tiré d'un vers de Tennyson et qui semble avoir pour pendant, dans notre langue, l'expression si pittoresque de *cerveau fêlé*, M. Ireland, à qui la psychiatrie est redevable déjà d'un ouvrage très estimé sur l'idiotie et l'imbécillité, a réuni en volume une série d'articles publiés dans ces dernières années, soit par le *Journal of mental science*, soit par le *Brain* ; toutefois le médecin d'Edimbourg les a revus, augmentés, modifiés, et les retouches sont telles que le livre a toute la saveur d'une première publication. Il se divise en deux parties, comme l'indique le sous-titre. La première, relative à des questions historiques envisagées dans leurs rapports avec la pathologie mentale, débute par un mémoire sur les hallucinations, où se trouvent clairement exposées et analysées les théories les plus récentes, celles de Meynert, de Luys et Ritti, de Tamburini, et que suivent des biographies intéressantes de Mahomet, Luther, Swedenborg et Jeanne d'Arc. L'auteur restant toujours dans le domaine de l'histoire, étudie ensuite, au point de vue pathologique, les Césars, les familles royales de Russie et d'Espagne, Mohammed Toghlak, sultan de l'Inde et enfin saint François Xavier.

La seconde partie de l'œuvre, plus attrayante pour le clinicien, comprend sept chapitres. Les deux premiers consacrés aux idées fixes et à la folie à deux, résument l'état actuel de nos connaissances. Je regrette seulement que M. Ireland place l'agoraphobie parmi les obsessions intellectuelles ; elle tient à un trouble de l'émotivité, tandis que, à mon avis du moins, l'idée fixe tire son origine d'une perturbation de la représentation mentale. Le médecin anglais s'attaque ensuite à la doctrine de l'inconscience qu'il nie absolument. Il réfute vivement, mais aussi avec esprit et courtoisie, les arguments de ses deux compatriotes Hamilton et Carpenter. Nulle part

©BIUM

cependant, il ne parle du livre si connu de M. de Hartmann. Je crois qu'il a le tort d'identifier deux choses qui me paraissent très différentes, l'impression et la sensation, aussi est-il logiquement conduit à supposer la conscience partout où il y a vie. On lira tout ce chapitre avec le plus vif intérêt ; alors même qu'on sera convaincu que la vie inconsciente de l'esprit est la plus importante des deux et que le sens intime n'est qu'un élément surajouté, dont la disparition ne modifierait en rien l'évolution de l'humanité. J'ai moins goûté les trois mémoires sur la pensée et la parole, le dualisme fonctionnel du cerveau et les gauchers ; l'auteur cède trop à la tendance de développer outre mesure les points secondaires, sans les rattacher étroitement à l'objet principal, en mettant en relief leurs connexions ; il en résulte parfois une certaine difficulté à suivre l'enchaînement des idées, mais par contre ces chapitres sont riches de détails instructifs et d'observations curieuses. Il me reste à signaler un dernier article du plus vif intérêt, sur le fait si bizarre de *l'écriture à miroir* décrit, en 1879, par Erlenmeyer. Je pense avec M. Ireland que l'écriture à miroir n'est que la contre-partie de l'écriture ordinaire, et que les gauchers qui s'y abandonnent inconsciemment ne font qu'obéir, sans s'en douter, à une tendance acquise à exécuter certains mouvements musculaires. La comparaison de la natation, donnée par l'auteur, est très exacte ; dans cet exercice, les mouvements du bras gauche ne sont, en effet, que la contre-partie de ceux du bras droit.

Le nouveau livre de M. Ireland n'est pas une œuvre de haute science ; les questions y sont plutôt exposées et résumées que discutées et résolues, d'ailleurs l'auteur dit lui-même dans sa préface, qu'il l'a écrit autant pour les gens du monde que pour les médecins. Malgré les réserves faites, je crois que ni les uns ni les autres chez nous ne regretteront le temps consacré à le lire, d'autant plus que M. Ireland, très au courant de tous nos travaux, se plaît à rendre justice au mérite des aliénistes français et proclame, comme un de ses maîtres, M. le professeur Ball.

Dr E. Marandon de Montyel.

©BIUM

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Du délire chez les dégénérés. Observations prises à l'asile Saint-Anne (1885-1886); par le Dr M. Legrain. Un vol. in-8°. Paris 1886. Bureaux du Progrès médical.

— De la coexistence de plusieurs délires d'origine différente, ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné; par le Dr Lucien Dericq. Paris 1886. Delahaye et Lecrosnier.

— Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'uréthane; par MM. Mairet et Combemale. Montpellier, chez Camille Coulet; et Paris, chez Delahaye et Lecrosnier 1886.

— Du suicide dans le délire ou folie des persécutions ; par le Dr Abel Meilhon. Thèse de Bordeaux 1886.

— Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par pulvérisation d'éther et de méthyle; par le Dr A. G. Raison. Paris 1886. Bureaux du Progrès médical.

— Rémissions dans le cours de la paralysie générale, monographie ; par le Dr B. Larroque. Paris 1886. Rougier et Cie.

— Twenty-Eigt Annual Report of the general Board of Commissionérs in Lunacy for Scotland (Vingt-huitième Rapport annuel du bureau des *Commissionners in lunacy* d'Écosse). 1886, Édinburgh.

— The value of the knee phenomenon in diagnosis of diseases of the nervous system (Valeur du phénomène du genou dans le diagnostic des maladies du système nerveux); par le Dr Philippe Zenner. Chicago, 1886.

— Report on classification of mental diseases as a basis. of international Statistics of the Insane (Rapport sur la classification des maladies mentales, comme base d'une statistique internationale des aliénés), présenté à la Société de médecine mentale belge, par Clark Bell, délégué international de l'Amérique du Nord. Broch. in-8°.

— Zur Lehre von den Localisationen in Grossihrn (Contribution à la doctrine des localisations cérébrales) ; par le Dr Ad. Buffet. Luxembourg, 1886. Imprimerie Schrœll.

— Zur medicinischen statistik (sur la statistique médicale); par I. Apella. Berlin, 1886. Imprimerie Hermann.

— Arbitrio ad Imputabilità (Libre arbitre et imputabilité); par le Dr Michetti. Pesaro. 1886. Imprimerie Frederici.

— Manicomio di S. Niccolo in Sienna. Resoconto Satistico. — Clinico dall'anno 1864 all'anno 1885. Compte rendu de l'asile Saint-Nicolas à Sienne, de 1864 à 1885; par le Dr Paoli Funaioli. Sienne, 1886.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— M. le Dr Taty (Théodore-Jean-Marie), ancien interne de l'asile de Bron, est nommé, pour deux ans, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Lemoine, appelé à d'autres fonctions.

— M. le Dr Pichon, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, a obtenu, après concours, la bourse annuelle de voyage (2.000 fr.).

— *Arrêté du 29 octobre* 1886 : M. le Dr Laffite, directeur médecin en chef de l'asile Saint-Luc, près Pau, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé directeur-médecin en chef honoraire;

M. le Dr Marandon de Montyel, directeur médecin en chef de l'asile de Dijon, est nommé directeur médecin en chef de l'asile Saint-Luc.

— *Arrêté du 5 novembre* 1886 : M. le Dr Dumas, médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise), est nommé directeur médecin en chef de l'asile de Dijon, et placé dans la 2me classe de son grade (6,000 fr.)

— *Arrêté du 15 novembre* 1886 : M. le Dr Nollet, médecin adjoint à l'asile de Dijon, est nommé médecin adjoint à l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), en remplacement de M. le Dr Vidal.

— *Arrêté du 20 novembre* 1886 : M. le Dr Bellat, médecin adjoint à l'asile de Prémontré, est nommé médecin adjoint à l'asile de Dijon.

NÉCROLOGIE.

Victor Oudart. — La Belgique a fait récemment une grande perte dans la personne de M. Oudart, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés, décédé le 6 août dernier après une maladie de quelques jours. Né en 1815, Oudart était entré fort jeune dans l'administration ; il en avait gravi peu à peu tous les échelons, et il était arrivé, par son travail et son mérite, aux fonctions les plus élevées. En 1853, il avait été adjoint comme secrétaire à la commission permanente d'inspection de surveillance des établissements d'aliénés ; dans cette commission il devint le collaborateur assidu et dévoué de Guislain, et depuis cette époque il garda la plus grande part dans l'administration des asiles d'aliénés. Nommé en 1868 inspecteur des établissements de bienfaissance et des

©BIUM

asiles d'aliénés, il fut promu inspecteur général en 1875, et directeur général en 1879. Pendant toute cette période, Oudart fut l'âme de cet important service, et il le dirigea avec une activité, un talent, et une intégrité, auxquels nos confrères belges ont rendu hommage. Son nom reste attaché à deux œuvres capitales : la création de l'asile de Tournai, et la colonisation des aliénés. Gheel avait en lui un partisan convaincu ; non content de tout faire pour en assurer le développement et la prospérité, il chercha à créer des colonies semblables sur d'autres points du territoire belge. La colonie du Lierneux, dans la province de Liège, fut fondée grâce à son énergique initiative. Il n'a pas vécu assez longtemps pour voir le succès définitif de cette création ; mais les résultats déjà obtenus permettent d'augurer un plein succès dans l'avenir.

M. Oudart a peu écrit : quelques rapports sur la situation des asiles d'aliénés, et quelques relations de visites faites aux asiles étrangers. Au congrès d'Anvers (1885), il fit une lecture sur la colonisation des aliénés.

M. Oudart était associé étranger de la Société médico-psychologique, depuis le 12 décembre 1881. J. Ch.

Dr John Gray. — Nous apprenons, à la dernière heure, la mort du Dr John Gray, directeur-médecin de l'asile des aliénés d'Utica, le plus ancien des asiles de l'Etat de New-York.

Le Dr John Gray avait une réputation très étendue comme médecin spécialiste ; il était l'éditeur de l'*American Journal of Insanity* qui est imprimé à l'asile même d'Utica. Il a joué un rôle très important dans l'Association américaine des médecins des asiles d'aliénés, et a soutenu de nombreuses polémiques sur les questions relatives à la législation, à l'assistance des aliénés ; dans ces discussions il se montrait constamment le défenseur des traditions et des résultats acquis, contre les tendances à tout bouleverser, sous prétexte que le régime établi n'était qu'une source d'abus.

Le 16 mars 1882, le Dr J. Gray, tranquillement assis à son bureau, avait vu entrer un homme inconnu qui lui avait tiré en pleine figure un coup de pistolet ; la blessure heureusement ne fut pas mortelle ; il fut reconnu, croyons-nous, que le nommé Remshaw, qui avait fait le coup, sans connaître le Dr Gray, était un aliéné persécuté ; il est probable que son délire lui avait inspiré cet acte, par une sorte de crainte préventive d'être un jour placé à l'asile.

Le Dr J. Gray était membre associé étranger de la Société médico-psychologique de Paris.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle,

©BIUM

le mardi 22 décembre 1886, sous la présidence de M. Trélat.

Nous relevons parmi les prix décernés, ceux qui ont été accordés à des travaux relatifs à la pathologie mentale et nerveuse.

Prix Amussat. — 1.500 francs. — Ce prix a été décerné à M. le Dr G. Assaky, professeur agrégé à la faculté de Lille pour un mémoire qui a pour titre : *De la suture des nerfs à distance.*

Prix Civrieux. — 1,000 francs. — Question : *La migraine.*

Douze mémoires ont concouru. L'Académie partage le prix entre : M. le Dr Thomas (L.), de Paris, auteur du travail inscrit sous le n° 9, avec cette devise : *Heterocrania... haud leve malum, quamvis intermittit, quamvis exiguum esse prima specie videtur;* et M. le Dr Régeard, , de Paris, auteur du mémoire n° 11, portant cette épigraphe : *Sublatâ causâ tollitur effectus.*

Des mentions honorables à MM. les Drs Liégeois, à Bainville-aux-Saules (Vosges), et Martin (Georges) de Bordeaux.

Prix Falret. — 1,000 francs. — Question : *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.* L'Académie n'a reçu aucun mémoire. Le même sujet est remis au concours pour 1888.

Prix Godard. — 1,000 francs, — Un prix de 500 francs a été décerné à Mlle Klumpke, de Paris, pour son travail intitulé : *Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial.*

Prix Portal. — 600 francs. — Question : *Le goître exophthalmique.*

Trois mémoires sont parvenus à la Compagnie sur cette question. L'Académie décerne le prix à M. le Dr Liégeois, de Bainville-aux-Saules (Vosges), auteur d'un travail inscrit sous le n° 2, portant la devise suivante : *Quidquid inest certi medicinae; observationibus magnâ ex parte debetur et earum præsidio instructamens, potissimam rationem assequitur.* » (Baglivi.)

Dans la même séance l'Académie a fait connaître les prix proposés pour 1887, 1888 et 1889. Nous avons publié dans le numéro de novembre 1886 des *Annales* (p. 483), les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse proposées pour les deux premières années; voici celles proposées pour 1889 :

Prix de l'Académie. — 1,000 francs. — Question : *Physiologie du nerf pneumogastrique.*

Prix Civrieux. — 1,000 francs. — *Des troubles de la sensibilité dans le tabes.*

CRÉATION AU MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR D'UNE DIRECTION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Un décret en date du 4 novembre 1886 a organisé, sur de nouvelles bases, l'administration centrale du Ministère de l'In-

©BIUM

térieur, et y a créé une direction spéciale portant le titre de Direction de l'assistance publique.

Le service des aliénés fait partie de cette direction et se trouve compris dans les attributions du premier Bureau.

Un second décret du même jour met à la tête de ce nouveau service M. Cazelles, préfet des Bouches-du-Rhône.

M. Cazelles est docteur en médecine, et a été interne des hôpitaux de Paris.

MÉDECIN D'ASILE EXEMPTÉ DES FONCTIONS DE JURÉ.

Un de nos confrères, médecin en chef d'un grand quartier d'hospice spécialement consacré aux aliénés, nous fait savoir qu'ayant été appelé à faire partie du jury, lors de la dernière session de la cour d'assises de la ville qu'il habite, il a pu être dispensé par la Cour, en raison de son service. Il a invoqué, à l'appui de sa demande, ses obligations légales et réglementaires, définies surtout aux articles 8, 11, 12, 18 § 1 de la loi du 30 juin 1838, et aux articles 8, 9 et 10 de l'ordonnance du 18 décembre 1839.

Nous faisons mention de ce fait, pensant qu'il pourra intéresser nos confrères, et être invoqué dans certains cas, comme un précédent, par le personnel des asiles.

Nous devons ajouter que, dans cette même session des assises, le confrère dont nous parlons devait être entendu comme expert dans une affaire médico-légale très importante. On peut se demander si cette coïncidence n'a pas été pour quelque chose dans la dispense des fonctions de juré qui lui a été accordée par la Cour.

FAITS DIVERS.

— On lit dans le *Progrès médical* (n° du 4 décembre 1886):

« Conformément aux votes du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de Paris, le service de M. Bourneville à Bicêtre, comprenant les épileptiques adultes, les enfants idiots, imbéciles, arriérés, épileptiques, hystériques et pervers, va être dédoublé le 1er janvier prochain. Il s'ensuit la création d'une nouvelle place de médecin aliéniste qui sera mise au concours soit à la fin de décembre, soit au commencement de l'année. Avis aux candidats. »

— D'après une statistique récente, il y aurait aux Etats-Unis 18 asiles-écoles pour les enfants idiots, les imbéciles, etc.

— Le prochain Congrès des aliénistes russes examinera la question des établissements spécialement destinés aux criminels atteints d'aliénation mentale.

— Le nombre des suicides dans l'armée allemande tend à augmenter; pendant les huit premiers mois de l'année 1886,

©BIUM

on a enregistré 149 suicides dans le corps d'armée de la Prusse, du Wurtemberg, de la Saxe et de la Bavière.

ENSEIGNEMENT.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Clinique des maladies mentales* (Asile Sainte-Anne). — M. le professeur BALL reprendra ses leçons de clinique des maladies mentales le dimanche 9 janvier, à 10 heures, et les continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

SORBONNE. — *Cours complémentaire de psychologie expérimentale.* — M. Th. Ribot, dans ce cours qui a lieu tous les lundis à 3 heures, traite *des mouvements et de leur rôle en psychologie.*

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. JULES SOURY, maître de conférences près la section des sciences historiques et philologiques, fera l'*histoire des doctrines psychologiques contemporaines* et en particulier celle des théories de l'aphasie motrice et sensorielle, les lundis à 4 h. 1/2; il étudiera chez Luciani et Seppilli diverses questions de *psychologie physiologique*, les vendredis à 4 h. 1/2.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Prix proposés pour 1888. — PRIX AUBANEL. — 2400 francs. — Question *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (DE TOURS). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues dans les facultés de médecine de France, sur une question de pathologie mentale et nerveuse. — Les mémoires imprimés et les thèses devront avoir été publiés en 1887.

Prix proposé pour 1889. — PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *Rechercher s'il existe des caractères anatomiques, physiologiques ou psychologiques, propres aux criminels.*

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés, pour les prix de 1888, le 31 décembre 1887 et, pour le prix Belhomme, le 31 décembre 1888, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire-général de la société. Les mémoires manuscrits, seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

Paris. — Imprimerie de G. Rougier et Cie, rue Cassette, 1.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DE L'ALIÉNATION MENTALE ET DE LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

DES TROUBLES PSYCHIQUES DANS L'IMPALUDISME

Par le Dr Georges LEMOINE
Professeur agrégé à la Faculté de Lille,
Médecin adjoint à l'asile d'Armentières
et **J. CHAUMIER**
Interne à l'asile de Bron.

La fièvre intermittente d'origine paludéenne présente toujours dans son évolution la plus simple deux phases bien distinctes. La première, période d'état, est caractérisée par des accès fébriles, bénins ou pernicieux selon les cas, se reproduisant à intervalles réguliers ; la seconde, période de déclin, voit ces accès perdre peu à peu leur intensité puis leur régularité, et disparaître enfin complètement. Dans toutes les deux le délire peut se montrer ; mais tandis que dans la première il revêt plus volontiers les caractères bruyants du délire des

©BIUM

pyrexies, dans la seconde il est plus calme, s'établit plus lentement et présente de la tendance à la chronicité. Le délire violent et de courte durée qui accompagne l'accès de fièvre, n'est qu'un épiphénomène assez fréquent; celui de la convalescence est une complication de la maladie, un trouble mental persistant qui relève de l'aliéniste. Bien que le premier ne soit pas considéré généralement comme du domaine de la médecine mentale, nous avons tenu à l'étudier ici, pour le mettre en parallèle avec le délire consécutif, convaincus que l'un et l'autre ont entre eux de nombreux rapports et qu'ils ne sont que deux expressions différentes du phénomène.

En dehors de ces deux cas, on voit parfois des troubles intellectuels variés survenir chez de vieux paludéens arrivés à la période où la maladie n'existe plus qu'à l'état latent, et chez lesquels les accès fébriles sont en général remplacés par des accidents larvés. Ces malades que des rechutes nombreuses ont anémiés depuis longtemps, finissent par être imprégnés par les produits infectieux de l'impaludisme, de la même manière que les saturnins le sont par le plomb, ou les tuberculeux par les bacilles. Chez eux se produisent des lésions organiques définitives. La rate est leur siège de prédilection; mais les centres nerveux ne sont pas épargnés et leurs altérations expliquent suffisamment soit les troubles de la motilité, soit les troubles psychiques, que peuvent présenter ces malades.

On se trouve parfois en présence d'aliénés, chez lesquels l'examen le plus minutieux ne peut révéler la cause du délire. On note seulement qu'il ont eu autrefois des accès de fièvre intermittente, disparus sans avoir laissé de stigmates physiques. Doit-on, en pareil cas, rattacher à l'impaludisme l'origine des troubles cérébraux? Nous croyons qu'on peut le faire sans crainte d'erreur, lorsqu'il existe encore ou a existé chez le ma-

©BIUM

lade des accidents larvés, et surtout quand son délire se manifeste à intervalles réguliers et devient lui-même une manifestation larvée comparable en tous points à la névralgie intermittente, par exemple.

En résumé, des troubles intellectuels peuvent se montrer à toutes les périodes de l'impaludisme, longtemps même après la disparition des accès fébriles. Comme leurs caractères varient considérablement et que leur pronostic est tout différent selon le moment où ils apparaissent, nous les étudierons successivement :

1° Pendant l'accès fébrile ;

2° Pendant la convalescence de la fièvre intermittente ;

3° Dans l'impaludisme chronique.

Avant d'entrer en matière, disons quelques mots de la façon dont, jusqu'à présent, la question a été envisagée par les auteurs.

I.

HISTORIQUE.

Ne fût-ce que par ses allures bruyantes, le délire qui accompagne si souvent l'accès fébrile ne pouvait passer inaperçu ; aussi le trouve-t-on signalé partout. Mais, si tout le monde en parle, personne ne le décrit, et ce n'est que dans Griesinger que l'on trouve quelques lignes à son sujet. On se contente de le comparer au délire qui se produit dans la période d'état des pyrexies, sans chercher à l'en distinguer. Tout au plus indique-t-on sa signification fâcheuse au point de vue du pronostic.

Les manifestations délirantes qui surviennent pendant la convalescence des accès paludéens, alors que tout danger semble écarté, sont signalées depuis longtemps. Il en est fait mention pour la première fois au

©BIUM

XVII^e siècle par Rivière. Depuis, on les a observées un grand nombre de fois. Mais là encore, bien que les faits connus soient nombreux, personne n'a songé à en tirer une étude d'ensemble, et la question a fait peu de progrès depuis le jour où Baillarger se plaignait de l'oubli presque complet où restait ce point de pathologie.

C'est à Sydenham que l'on fait remonter les premières observations réellement concluantes ; « les fièvres intermittentes, dit-il, celles qui ont duré trop longtemps et surtout les fièvres quartes, sont parfois suivies de manie pouvant durer toute la vie. »

Le premier travail d'ensemble est dû à Sébastian (1). Il rapporte quatre observations de manie consécutive à la fièvre intermittente et remarque que les phénomènes délirants diffèrent peu de ceux de la folie due à toute autre cause ; cependant, dit-il, les malades tombent généralement dans la folie tranquille, ce que nous appelons aujourd'hui la stupeur.

Baillarger, en 1843, publie deux observations de stupeur survenue pendant la convalescence de la fièvre intermittente ; il les accompagne de l'indication de plusieurs faits semblables étudiés avant lui, et essaye d'en donner une interprétation physiologique. Pour lui, les troubles mentaux sont le résultat de l'anémie palustre, et la stupeur est particulièrement en rapport avec l'œdème du cerveau.

Après lui, le silence se fait sur cette question jusqu'en 1861, où Berthier publie dans les *Annales* sept observations de fièvre intermittente suivie d'aliénation. Elles se rapportent toutes à des cas où les troubles psychiques sont survenus *plusieurs années* après le début des accidents palustres, et seraient fort intéressantes si elles étaient moins concises. Tout en admettant l'in-

(1) Sébastian, *Annales méd. psych.*, 1844.— Analyse de Lunier.

©BIUM

fluence de l'impaludisme sur le développement de la folie, l'auteur croit que cette cause d'aliénation est rare, même dans les pays où les fièvres intermittentes sont endémiques.

Dans un mémoire sur la folie consécutive aux maladies aiguës, Christian (1) dit avoir réuni seize observations de folie produite par l'impaludisme, mais il ne consacre que quelques lignes à leur étude ; son travail roulant presque en entier sur le rôle étiologique de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle et des fièvres éruptives par rapport à l'aliénation mentale.

Frérichs rapporte l'observation d'une dame de quarante ans qui, à la suite d'une fièvre intermittente fut frappée d'un affaiblissement de la mémoire et d'une aphonie fortement prononcée.

Le même auteur cite aussi le cas d'une petite fille de neuf ans, dont le développement intellectuel avait jusque-là été normal et qui devint idiote après avoir éprouvé des accès de fièvre tierce avec complications cérébrales. (Frerichs, cité par Ball. — *Dict. Encyclopédique*, article *Mélanémie*.)

Tout récemment, dans une longue étude sur l'influence des maladies aiguës sur la genèse des maladies mentales, Krœpelin (2) essaye de déterminer le rôle de la fièvre intermittente. Elle est, selon lui, la source de symptômes psychiques de trois ordres, suivant sa nature pernicieuse, larvée ou cachectique. Dans la moitié des cas le délire présente le tableau d'une lypémanie exultante ; plus rarement il offre celui de la manie ou de la mélancolie calme. Quant à la stupeur, l'auteur croit qu'elle n'appartient qu'à la cachexie malarienne et se

(1) *Archives générales de médecine*, 1873.
(2) Krœpelin. *Archiv. für Psych. und Nervenh.* T. XI et XII, 1880.

©BIUM

sépare ainsi des aliénistes français qui la décrivent comme consécutive aux accès fébriles. Quelque complet que soit son travail, Krœpelin laisse de côté l'aliénation qui survient en l'absence de toute cachexie chez d'anciens paludéens, chez lesquels des symptômes nerveux variés établissent une transition lente entre les accès fébriles du début et les troubles psychiques tardifs. Cette forme est une des plus intéressantes, car son diagnostic est très délicat. Elle a été peu étudiée jusqu'à présent, aussi est-ce sur elle que nous nous proposons d'insister spécialement dans notre étude clinique.

II

SYMPTOMATOLOGIE

A. — *Troubles psychiques pendant l'accès fébrile.*

L'accès fébrile intermittent, même le plus léger, peut dans certains cas s'accompagner de délire. Cela se voit surtout chez les sujets entachés de nervosisme ou chez les individus faibles et débilités, incapables de résister au moindre accident pathologique. L'intensité du délire est très variable. Quand il débute dans le stade de frisson, il n'est pas en général très marqué ; le malade est agité, pousse quelques cris, prononce des paroles incohérentes, mais répond très bien aux questions qu'on lui pose. Il est surtout en proie à des phénomènes nerveux : angoisse, vertiges, frissons, etc. Quand le stade de froid est remplacé par la période dite de chaleur, aux troubles nerveux proprement dits succède un délire franc ; l'excitation augmente et paraît être entretenue par une céphalalgie violente. La face devient turgescente, la soif est intense, les muqueuses sont sèches. Le délire est bruyant, mais s'exprime beaucoup plus par des paroles que par des actes ; le malade parle, crie et ne cherche

©BIUM

guère à sortir de son lit. Il semble avoir des hallucinations vives mais fugaces de la vue et de l'ouïe. Cet état dure un temps variable, rarement toutefois plus de deux ou trois heures ; il est remplacé par une période de calme et de sommeil, due à l'amendement des symptômes physiques. Le délire peut apparaître avec chaque accès fébrile ; sa gravité est subordonnée à celle de l'accès lui-même et n'est pas telle qu'elle doive nécessairement impliquer un pronostic fâcheux. Il faut faire des réserves quand il s'agit des enfants (Griesinger), car chez eux le délire peut devenir très violent, même avec une fièvre légère, et s'accompagner de perte de connaissance.

C'est dans les accès pernicieux que le délire se montre avec son maximum d'intensité et domine tous les autres symptômes, au point de les effacer et de rendre le diagnostic hésitant. Selon la prédominance des troubles psychiques ou des troubles nerveux cérébro-spinaux, selon l'excitation ou la dépression des malades, les auteurs ont voulu distinguer plusieurs types d'accès pernicieux de forme nerveuse. Colin décrit dans cet ordre d'idées les formes *comateuse*, *délirante* et *convulsive* ; Dutroulau indique seulement les *comateuse* et *ataxique* ; Laveran fait deux groupes des formes *comateuse* et *syncopale* et des formes *délirante* et *convulsive*. Dans son article du dictionnaire, Hirtz réunit tous les accidents pernicieux à type nerveux sous le nom de forme *méningo-spinale*, et Hallopeau adopte à peu près cette manière de voir. Toutes ces classifications n'ont pas, à notre sens, une grande importance et ne sont guère utiles qu'à rendre plus schématiques les descriptions cliniques. Il est bien rare, en effet, d'observer un accès uniquement délirant ou uniquement comateux, et le plus souvent, dans le même accès, des symptômes nerveux variés se surajoutent ou se succèdent. Au reste,

©BIUM

notre but n'est pas de décrire ici tous les accidents nerveux de l'impaludisme et nous nous bornerons à indiquer en quelques mots la place qu'occupent les troubles psychiques dans les formes les plus graves.

Il est rare qu'un accès pernicieux délirant survienne d'emblée ; en général, il est précédé par deux ou trois accès fébriles, pendant lesquels le délire se prépare. Il est annoncé par une excitation générale et par des maux de tête, dont l'intensité va croissant. Puis ce sont des cris de souffrance, des paroles sans suite, des gestes et des tentatives pour sortir du lit ; enfin le délire éclate. Le malade ne reconnaît plus les gens qui l'entourent, et ses conceptions délirantes se succèdent avec rapidité ; il passe sans transition appréciable d'une idée à une autre, paraît incapable de fixer un instant son attention sur l'une d'elles et présente les symptômes de l'excitation maniaque. L'agitation est alors extrême, la face est rouge, brûlante, ruisselante de sueur, les pupilles sont dilatées, les artères battent avec force et l'intensité de ces phénomènes augmente jusqu'à ce que le coma ou des convulsions surviennent. Un collapsus subit et la mort peuvent terminer la scène (Griesinger). Quelquefois la marche des accidents est un peu différente et on observe une série de phases alternantes d'excitation et de stupeur. La terminaison de l'accès se fait de deux manières : si elle doit être favorable, des sueurs générales couvrent le corps, le malade s'assoupit peu à peu et finit par s'endormir ; si elle est funeste, le coma survient et conduit lentement à la mort.

Au lieu de s'établir progressivement, le délire peut aussi se montrer d'emblée très bruyant et très brutal (Bard, *Thèse d'agrégation* 1883) ; souvent il fait explosion au milieu de la nuit, dans les conditions d'obscurité et de pénombre qui semblent si favorables au développement des hallucinations ; le malade est entraîné aux

©BIUM

actes les plus graves et en particulier au suicide (Bard). Cette forme présente les plus grandes analogies avec l'accès délirant qui se montre dans le rhumatisme cérébral : la soudaineté du début, la violence des symptômes, la gravité du pronostic sont les mêmes dans les deux cas. Cette comparaison entre les accidents nerveux du rhumatisme et ceux de l'impaludisme pourrait être facilement poussée plus loin, car ces deux maladies ont dans leurs rapports avec l'aliénation mentale une grande similitude.

Il est bien rare, nous l'avons dit, que le délire se montre seul, en l'absence de tout autre accident nerveux. Des convulsions, des paralysies transitoires, de l'aphasie même peuvent persister après l'accès et donnent la mesure de la violence de l'ébranlement nerveux qui s'est produit. Griesinger, à qui nous empruntons certains de ces détails, insiste sur la fréquence de l'état soporeux à la suite du délire, et du coma final dans les cas mortels. Dans une forme d'accès pernicieux la tendance au sommeil est caractéristique ; déjà pendant le stade de frisson, mais plus souvent au début du stade de chaleur, le malade devient somnolent ; son intelligence s'émousse et se trouble et il tombe dans un sommeil de plomb dont on ne peut le sortir. De l'hébétude persiste après la fin de l'accès et peut durer un certain temps.

En présence de ces accidents, le diagnostic est souvent fort difficile et on peut songer à tout autre chose qu'à un accès pernicieux, surtout si les anamnestiques font défaut. La méningite, le rhumatisme, la fièvre typhoïde, la pneumonie, peuvent donner naissance à des accidents de même genre, d'où la nécessité d'examiner avec soin l'état de tous les organes du malade. Avec le rhumatisme cérébral, le diagnostic est impossible au début de l'accès et ne peut être posé avec certitude qu'à la fin de son évolution ; la distinction avec le délire de

©BIUM

la fièvre typhoïde est plus facile (en n'envisageant que le diagnostic par les troubles intellectuels) : un délire persistant pendant un jour ou deux, avec exacerbation nocturne, doit faire penser à une dothiénentérie plutôt qu'à l'impaludisme; de plus l'agitation est moins vive, mais de plus longue durée, dans la première. L'accès pernicieux est court et violent.

B. — *Troubles psychiques survenant pendant la convalescence des fièvres paludéennes.*

C'est sur eux que l'attention a tout d'abord été attirée. Sydenham, Sébastian, Baillarger, n'ont guère observé dans l'impaludisme que des cas de manie ou de stupeur, survenus chez des sujets en convalescence. La folie post-fébrile est connue depuis longtemps et les médecins du XVIII^e^ siècle, imbus des théories humorales, la faisaient dépendre d'une guérison incomplète : la fièvre n'avait pas été suffisamment « *délayée* », et la matière morbide restée s'était fixée sur le cerveau. L'impaludisme rentre dans la loi commune, qui veut que toutes les pyrexies puissent dans certains cas laisser à leur suite des désordres cérébraux. De toutes les maladies générales la fièvre typhoïde est celle qui occasionne le plus souvent des troubles intellectuels ; comme elle, mais bien plus rarement, les fièvres intermittentes peuvent la faire naître. Ce sont ces désordres psychiques de leur convalescence que nous allons passer en revue.

La folie, quand elle se produit, peut apparaître un temps variable après la fin des accès intermittents. Quelquefois elle se montre immédiatement après leur disparition et même s'établit quand ils existent encore, mais le plus souvent elle ne s'installe guère que pendant cette période de durée indéterminée où le malade ané-

©BIUM

mié, affaibli, sans appétit, est toujours sous l'imminence d'une rechute.

La *stupeur* serait, d'après Sébastian et Baillarger, la forme la plus communément observée à la suite des accès. Sébastian nous montre ses malades restant des journées entières sans remuer, dans une attitude indifférente, paraissant n'avoir aucune conscience du monde extérieur, et devenus ignorants de la vie de relation. Cette phase de stupidité absolue ne durait guère et faisait bientôt place à de l'indifférence physique, à de la tristesse vague et anxieuse. C'est cette demi-stupeur, se rapprochant de la lypémanie, qu'a observée Baillarger. Cet état dure un temps plus ou moins long, et il est rare que le malade ne guérisse pas. La guérison se fait quand il a repris ses forces et qu'il est sorti de l'anémie où l'avait jeté la fièvre.

Ces auteurs ont aussi noté la *manie* à cette période, et nous avons déjà dit que Krœpelin n'avait rencontré qu'elle. Elle peut se montrer sous plusieurs formes, mais le relevé des observations nous apprend que la plus fréquente est la mégalomanie ; la lypémanie vient ensuite, l'excitation maniaque est rare. Dans ces cas le pronostic est plus sombre que dans la stupeur, et la guérison, quand elle se produit, se fait toujours attendre.

Quand au lieu de s'installer quelques jours après la disparition des accès intermittents, les troubles psychiques de la convalescence éclatent pendant qu'ils existent encore pour se prolonger à leur suite, ils ont un caractère plus bruyant. C'est ce qui s'observe dans un cas de Mabille (1), chez un homme de trente-cinq ans où le délire éclata au déclin de la fièvre : il eut des hallucinations effrayantes, un délire d'actes, une grande agitation, mais il finit par guérir ; c'est aussi ce qui

(1) *Annales médic. psych.*, 1881.

©BIUM

a été observé à plusieurs reprises par Krœpelin.

Sébastian décrit une forme caractérisée par des accès de folie survenant tous les jours ou tous les deux jours, à l'heure précise et avec le type de la fièvre qui les a précédés. La manie surtout présente cette tendance à la périodicité. Elle est guérie par le sulfate de quinine. Cette espèce de folie, dit-il, présente tous les caractères d'une fièvre larvée et elle n'est que la continuation de la fièvre qui se localise au cerveau. Depuis Sébastian aucune observation n'a été publiée, à notre connaissance, dans laquelle un délire intermittent ait remplacé les accès fébriles. Ceci nous permet de supposer que cette transformation est au moins un fait rare qu'il serait intéressant d'étudier à nouveau. Nous ferons remarquer à ce propos que dans un certain nombre de cas où des malades non paludéens présentaient des hallucinations ou du délire avec des intermittences régulières, le sulfate de quinine a presque toujours eu une action remarquable. Billod obtint ainsi la guérison d'hallucinations de l'ouïe intermittentes (1). Plus récemment deux faits analogues ont été rapportés par Baillarger (2). Dans le premier, il s'agissait d'un médecin, qui chaque jour à heure fixe. avait des hallucinations de l'ouïe, et dans le second d'une femme qui, tous les deux jours, présentait des accès de mélancolie avec excitation. Ces deux malades, après avoir été rebelles à tout traitement, guérirent rapidement par l'emploi de la quinine. — Ni l'un ni l'autre n'avaient jamais eu de fièvre intermittente, mais il est permis de se demander, en présence de l'action efficace de la quinine, s'ils n'étaient pas en puissance d'un accident larvé spécial d'un type sensoriel.

(1) *Idem*, 1844, page 308.
(2) Baillarger, *Annales médic. psych.*, 1881 et 1882.

©BIUM

C.—*Troubles psychiques dans l'impaludisme chronique.*

Ce sont ceux qui ont été le moins étudiés, probablement parce que la filiation entre les accès fébriles et l'apparition de la folie plusieurs années après leur disparition, ne frappe pas l'esprit et doit être cherchée avec soin pour être mise en lumière. Bien peu d'auteurs s'en sont occupés. Berthier en parle dans son mémoire sur les rapports de la fièvre avec l'aliénation mentale, mais ses observations sont peu concluantes ; Krœpelin est le seul jusqu'à présent qui en ait fait une étude sérieuse; il cite des cas de manie, de mélancolie, de paralysie générale survenus chez d'anciens paludéens. Mais il n'a vu que les désordres intellectuels qui se produisent chez des paludéens cachectiques, et dont le diagnostic est rendu facile par l'existence même de cette cachexie spéciale. Son attention n'a pas été attirée sur les faits où l'aliénation, bien que survenant chez des individus non cachectiques, est reliée aux accès passés de fièvre intermittante par une série de phénomènes larvés qui ne permettent pas de mettre en doute sa nature paludéenne. Nous avons recueilli sept observations de ce genre et il semble que l'histoire pathologique de nos malades soit la même pour tous. Ils ont eu des fièvres intermittentes dans leur jeunesse, puis plus tard des accidents larvés portant sur le système nerveux : céphalalgie, migraine, névralgies diverses, étourdissements, etc., récidivant un nombre de fois variable et cédant à la quinine quand elle était employée. Ces symptômes vont en croissant d'intensité et peu à peu cèdent la place à des désordres intellectuels, soit hallucinations, soit manie, soit toute autre forme. Dans quelques cas, comme pour vérifier le diagnostic, les accès fébriles qui se cachaient, reparaissent et entraînent avec eux une exacerbation du

©BIUM

délire. La folie de ces malades est chronique et n'a aucune tendance à la guérison. C'est qu'elle n'est plus comme celle de l'état aigu ou de la convalescence le résultat d'une cause passagère, mais bien la conséquence d'une longue intoxication et d'altérations profondes qui, pendant des années, se sont développées dans les centres nerveux. La quinine a peu d'action sur elle, pas plus qu'elle n'en a sur les névralgies persistantes, les paralysies et les troubles moteurs variés qui accompagnent l'impaludisme chronique.

L'aliénation consécutive à l'impadulisme est-elle fréquente? C'est une question à laquelle nous ne pouvons répondre avec certitude, étant donnée l'absence de documents pour établir une statistique. Berthier, qui observait à Bourg, dans un milieu de fièvre intermittente, n'en a réuni que huit cas en trois ans. A l'asile de Bron, sur environ 1,400 malades, nous n'en avons trouvé que sept dont la folie reconnaisse cette cause, mais nous devons dire que beaucoup de ces malades n'avaient pas été examinés à ce point de vue, lors de leur entrée à l'asile, et que leur état mental, à l'époque où nous les avons interrogés, rendait impossible toute recherche sur les antécédents. Ce que nous devons dire, c'est que tout en étant une cause d'aliénation peu fréquente, l'impaludisme est une étiologie qui doit être cherchée et dont la constatation sera souvent utile pour le pronostic et le traitement.

Les observations personnelles que nous apportons à l'appui de notre thèse nous paraissent tout à fait concluantes, aussi les donnons-nous avec tous leurs détails (1).

---

(1) Nous prions nos Maîtres, MM. Max-Simon et Pierret, d'accepter nos plus vifs remerciements pour l'obligeance avec laquelle ils ont mis à notre disposition les malades de leurs services.

©BIUM

Observation I[re]. (*Service de M. Max-Simon.*)

Fièvres intermittentes contractées au Mexique. — Névralgie frontale. — Hallucinations. — Réapparition des accès fébriles avec exaltation des idées délirantes.

B... (César), cinquante-cinq ans, cordonnier. Pas d'antécédents héréditaires. Cet homme, vigoureusement constitué, a toujours eu une bonne santé pendant sa jeunesse. Étant soldat, il fit la campagne du Mexique et contracta dans ce pays une fièvre intermittente qui fut très grave. Les accès étaient quotidiens et durèrent pendant plusieurs mois avec des périodes de rémission obtenues par l'emploi du sulfate de quinine. Rentré en France, le malade ne tarda pas à souffrir de violents maux de tête qui, depuis ce moment, ont persisté avec une ténacité singulière et sont même devenus plus violents que par le passé. Cette céphalalgie s'accompagnait souvent de bourdonnements et de sifflements dans les oreilles, qui ont certainement exercé une certaine influence sur le développement des hallucinations de l'ouïe présentées par le malade.

Au service militaire, il prit l'habitude de boire et ne la quitta plus. Depuis quelques années, à la suite d'excès alcooliques, il a des périodes d'excitation pendant lesquelles il devient méchant et frappe les personnes qui l'entourent. La nuit, il a de l'insomnie, voit des bêtes, jette des cris et se croit sur un champ de bataille. Il a des hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Il entre à l'asile de Bron, le 3 janvier 1885. A ce moment, il est dans un état de grande agitation, crie, frappe, converse avec les voix qui lui parlent. Son délire et ses hallucinations augmentent pendant la nuit.

Sous l'influence d'un traitement bien dirigé, tous les symptômes d'origine alcoolique ne tardent pas à disparaître; le sommeil revient, les hallucinations de la vue s'effacent, puis celles de l'ouïe, quoique plus lentement. Le malade était donc dans un état de santé, relativement très bon, quand au mois de mars 1885, il fut pris, sans causes occasionnelles appréciables, d'un accès fébrile présentant les stades de frisson et de chaleur. Un accès semblable reparut régulièrement chaque soir, trois jours de suite, et cessa par l'emploi du sulfate de quinine. Ces accès étaient, à n'en pas douter, de nature paludéenne, et le malade lui-même ne s'y trompa pas et reconnut de suite la

©BIUM

fièvre qu'il avait eue au Mexique. Pendant leur durée, il eut un délire assez violent, principalement pendant le stade de chaleur, criant, gesticulant et ayant de nouveau des hallucinations de l'ouïe. Cette agitation disparaissait à la fin de l'accès et faisait place à un certain état d'obnubilation intellectuelle.

Les renseignements que donna le malade, interrogé avec soin à la suite de cette crise, nous apprirent qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, il était sujet à un malaise particulier constitué par une céphalalgie de plus en plus forte, un tremblement généralisé avec sensation de froid et un affaiblissement des facultés intellectuelles très prononcé. Cet accès larvé revient chaque soir pendant deux ou trois jours, puis disparaît sans traitement. Le malade dit y être sujet depuis l'époque où il eut la malaria au Mexique ; rarement une année se passe sans qu'il en ait au moins un. Quelquefois le temps qui sépare le retour de ces phénomènes n'est que de quelques jours, et, pendant cette période, le malade offre de la dépression intellectuelle, entend indistinctement les questions qu'on lui fait et les comprend à peine. Il s'en rend compte et aime mieux garder le silence que répondre mal.

En octobre 1885, survint une deuxième série d'accès intermittents à type quotidien, semblables à ceux du mois de mars et caractérisés par les mêmes troubles intellectuels. Le sulfate de quinine en eut raison en quelques jours. Depuis ce moment, aucune autre manifestation franche de l'impaludisme n'a été observée, mais à plusieurs reprises, le malade s'est plaint des malaises avec frisson et céphalalgie dont nous avons déjà parlé ; l'emploi de la quinine les a, du reste, fort espacés.

En mai 1886, l'examen de la rate montre qu'elle est un peu hypertrophiée et sensible à la pression. Dans le sang on voit des grains de pigment en liberté, mais en petite quantité. État anémique.

Dans l'intervalle de ces divers accès, les troubles psychiques sont peu caractérisés ; il répond bien aux questions, peut soutenir une conversation assez longue et présente seulement un certain affaiblissement de la mémoire. Pas d'idées de persécution, mais une tendance à la défiance, surtout quand il s'agit de répondre sur son histoire médicale.

Cette observation est particulièrement remarquable, en ce sens que la filiation entre la fièvre intermittente

©BIUM

et l'apparition de l'aliénation est facile à suivre. Elles sont reliées l'une à l'autre par toute une série de symptômes, reconnaissant l'impaludisme comme origine et continuant à se manifester après l'apparition du délire. Bien plus, des accès fébriles se montrent encore maintenant et donnent à ce dernier une impulsion nouvelle. On peut dire que, depuis son dernier accès de fièvre jusl'heure actuelle, ce malade n'a pas cessé d'être en puissance d'impaludisme et toute sa vie pathologique a été influencée par lui. Bien qu'il eût autrefois commis des excès de boisson, il est difficile de mettre sur le compte de l'alcoolisme tous les troubles délirants présentés; on peut dire tout au plus qu'il a contribué à donner un cachet particulier aux hallucinations. Ses névralgies qui cédaient à la quinine, ses accès d'excitation intermittents avec fièvre sont nettement du domaine de l'impaludisme, et il n'est pas douteux que ce soit à lui que l'on doive attribuer le développement de son aliénation. — Les observations suivantes sont encore plus démonstratives que celle-ci.

Observation II. (*Service de M. Max-Simon.*)

Fièvres intermittentes contractées en Afrique. — Phénomènes nerveux. — Céphalalgies persistantes, étourdissements, tremblement des membres et de la tête. — Troubles psychiques. Hallucinations, délire des persécutions avec tendance à la démence.

R... (Pierre), soixante-cinq ans, armurier.

Pas d'antécédents héréditaires, pas de traces de syphilis.

Ce malade a eu les fièvres intermittentes en Afrique, pendant son service militaire, mais il ne peut dire sous quel type se présentaient les accès. Toujours est-il qu'à la suite de la malaria, il a été pris, pendant de longues années, de céphalalgies persistantes. Ces douleurs survenaient brusquement, deux ou trois fois par an, et, pendant huit ou quinze jours consécutifs, ne lui laissaient aucun répit; sur vingt-quatre heures, c'est à peine s'il pouvait en trouver quatre de calme. Ces phé-

©BIUM

nomènes se montrèrent jusqu'à l'âge de cinquante-sept ans environ.

Depuis deux ou trois années avant son internement, le malade était sujet à des étourdissements qui n'étaient suivis, ni de perte de connaissance, ni de paralysie musculaire véritable. Son fils, cependant, avait remarqué à la suite de ces attaques une espèce de torpeur, d'apathie physique et morale : le malade exécutait difficilement ses travaux, il comprenait mal les explications qui lui étaient données, puis au bout de quelques jours, tout rentrait dans l'ordre.

Entré à l'asile de Bron, le 12 janvier 1886, le malade présente un délire assez intense. Il se plaint en termes violents de tous les membres de sa famille : sa femme lui ferait des traits, même sous ses yeux ; son fils, non content de l'injurier, le menacerait d'un poignard qu'il tient caché dans sa main. Ses voisins sont aussi du nombre de ses ennemis ; il les entend pendant la nuit comploter contre sa personne, il reconnaît leurs voix et pourrait au besoin les nommer. Plusieurs fois aussi des ennemis invisibles ont essayé de l'asphyxier avec des vapeurs sulfureuses.

En racontant tout cela, le malade est très ému. Ses membres sont agités d'un tremblement rythmique, prédominant du côté droit, et qu'on pourrait, à première vue, mettre sur le compte de l'émotion ; mais pour peu qu'on l'examine, on ne tarde pas à se convaincre que ce tremblement a des caractères bien différents de ceux qu'on observe en pareil cas. En effet, au repos, ce tremblement disparaît ; il diminue ou même cesse complètement sous l'influence de la volonté. Le malade, persuadé qu'il est en excellente santé, dès qu'il s'aperçoit qu'on l'observe, fait des efforts pour dissimuler son tremblement et il y réussit. Mais qu'on attire son attention d'un autre côté, ses membres ne tardent pas à s'agiter de nouveau. Les fortes émotions, la colère exagèrent ce tremblement, qui semble alors se généraliser davantage : les bras et les mains, surtout à droite, sont animés d'un mouvement rythmique analogue à celui de la paralysie agitante. Quant aux membres inférieurs, ils participent aussi au tremblement. Les muscles du cou sont pareillement atteints : la tête oscille d'arrière en avant, comme si le malade faisait un signe d'acquiescement, et la bouche et la mâchoire inférieure tremblent de telle sorte que le malade semble marmotter entre ses lèvres.

Les symptômes de la paralysie agitante, phénomènes de pro-

©BIUM

pulsion, de rétropulsion, sensation de chaleur, font complètement défaut ; il en est de même de ceux de la sclérose en plaques.

Pas de troubles oculo-pupillaires, ni de la sensibilité. Les réflexes rotuliens sont normaux.

L'auscultation ne révèle rien de particulier, ni au cœur, ni au poumon.

La rate est légèrement hypertrophiée.

Vers la fin de janvier, quelques jours après son entrée à l'asile de Bron, le malade a été pris d'un étourdissement que les infirmiers prirent pour une attaque d'apoplexie. Conduit à l'infirmerie, il n'a présenté aucun phénomène de paralysie ; seulement il était dans cet état d'apathie physique et morale dont nous avons parlé plus haut. Le rétablissement, d'ailleurs, ne tarda pas à se produire et on le fit retourner à la divison où il est encore actuellement.

Rien d'intéressant à noter sur l'état physique et intellectuel de notre malade jusqu'au 1er mai. A ce moment, il commence à s'agiter, refuse tout médicament, se plaint de la nourriture, des gardiens, et demande instamment à sortir pour aller surveiller son fils qu'il soupçonne de mal se conduire. On tâche de calmer ses craintes, de lui faire prendre patience, mais tout est inutile ; il déclare qu'à l'avenir il ne reparaîtra plus à la visite, qu'il n'est pas malade et que le médecin est d'accord avec sa famille pour le maintenir en prison.

Actuellement, le malade est toujours excité, il refuse de répondre aux questions, et, si on le presse un peu, ne tarde pas à rentrer en fureur. Les hallucinations de l'ouïe ont disparu ; à leur place se sont montrées des hallucinations de la sensibilité cutanée et de la sensibilité gustative : le malade se plaint de douleurs dans le bras droit occasionnées par de prétendus coups ; il s'imagine qu'on lui donne du bois à manger et de l'urine à boire.

La mémoire paraît émoussée, la volonté moins énergique ; en un mot, le malade offre une tendance marquée à la démence.

OBSERVATION III. (*Service de M. Pierret.*)

Fièvre intermittente à quinze ans. — Névralgies persistantes. — Délire des persécutions et délire des grandeurs.

F... (Marie), quarante-quatre ans, tisseuse. Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle jusqu'à l'âge de quinze ans. A cette époque, elle habitait à la campagne, dans

©BIUM

le département du Rhône et contracta des fièvres intermittentes. Elle ne se rappelle plus quel était leur type, mais elle dit qu'elles disparurent et se montrèrent à nouveau à plusieurs reprises jusqu'à l'âge de vingt ans. Elles furent remplacées par une névralgie du nerf trijumeau, qui siégea d'abord à droite et se manifestait par des douleurs très vives revenant plusieurs fois chaque année. Cette névralgie gagna plus tard la région frontale gauche et finit par disparaître, après avoir duré plus de dix ans. Maintenant encore, elle est sujette aux migraines.

Il y a dix ans environ, alors qu'elle souffrait encore de névralgies, elle commença à présenter des idées de persécution. C'était son mari qui la faisait poursuivre par une bande d'individus qui cherchaient à l'empoisonner, à ameuter les voisins contre elle. Pour lui échapper, elle se sépara volontairement de lui. En janvier 1883, elle fut internée à l'asile de Bron.

Actuellement, sa santé générale est bonne, la menstruation est encore régulière, rien au cœur, pas de troubles moteurs, pupilles égales.

Elle présente le même délire des persécutions qu'au moment de son entrée, mais de plus, elle a greffé sur lui des idées de richesse. Elle est poursuivie par un nommé Sendron, personnage imaginaire, qui est l'auteur de tous ses maux. Il a d'abord cherché à la séduire et à la compromettre ainsi aux yeux de son mari; il l'a suivie pendant plusieurs années, à Châlon, à Tournus et dans toutes les localités qu'elle a habitées. C'est lui qui est la cause de la rupture avec son mari. Elle a hérité d'une fortune de cinq millions qu'elle n'a jamais pu toucher, grâce à l'intervention de Sendron. Mais, pour se venger de lui, elle a légué cette somme à la ville de Lyon, et a été, pour ce fait, décorée de la Légion d'honneur.

Son délire est aussi bien raisonné que possible. Elle raconte e roman qu'elle a imaginé avec beaucoup de précision; elle insiste sur les moindres détails et prévoit les objections. Elle est toujours très calme et demande que justice lui soit rendue.

Aucun signe de démence.

Observation IV. (*Service de M. Pierret.*)

Fièvre intermittente grave à seize ans, récidives. — Céphalalgies consécutives. — Délire mégalomaniaque, affaiblissement intellectuel. — Démence.

D... (Mathieu), soixante-trois ans, tisseur. Le malade n'a pas d'antécédents héréditaires; ses parents sont morts très âgés; ses

©BIUM

frères et sœurs n'ont jamais eu de manifestations nerveuses.

A l'âge de seize ans, pendant qu'il habitait dans le Puy-de-Dôme, il eut des accès de fièvre intermittente qui persistèrent pendant quinze mois environ. D'abord quotidiens, les accès devinrent irréguliers, puis disparurent après avoir présenté une série de rémissions. A vingt ans, il les reprit de nouveau, aussi graves et aussi prolongés. Ils durèrent près de deux ans. Depuis cette époque, il ressentit à plusieurs reprises des douleurs névralgiques dans la région du trijumeau.

Il se maria à vingt-sept ans et eut cinq enfants, quatre sont morts, dont un hydrocéphale.

Depuis 1874, il présenta des désordres psychiques; il dormait mal, son sommeil était troublé par des idées de richesse qui survenaient sous formes de rêves et persistaient après le réveil, pendant une heure ou deux. Pendant le jour, se rendant mieux compte de sa situation, il cherchait à chasser ces idées. Il eut des hallucinations de l'ouïe et des troubles de la vue très singuliers : il ne voyait personne sur une place pleine de monde, et souvent il se croyait seul dans la chambre où il était avec sa famille. Son état s'aggravant, il dut cesser tout travail et rester chez lui; il dit avoir eu par trois fois à cette époque des étourdissements suivis de fourmillements dans les membres et d'un peu de parésie. C'est sur ces entrefaites qu'il rentra à l'asile. Là, ses idées de grandeur et ses hallucinations de la vue disparurent graduellement et firent place à un affaiblissement des facultés intellectuelles, qui alla toujours en augmentant.

Actuellement, il présente des symptômes de démence, il ne sait plus son âge, le millésime de l'année; il a perdu tout sentiment affectif, ne s'inquiète pas de savoir dans quel milieu il se trouve et s'emploie aux travaux de la maison, sans s'occuper autrement de sa position.

Quand on lui pose une question, il fait d'abord une réponse convenable, puis prononce des phrases sans suite et qui n'ont aucun rapport avec la demande qui lui a été faite. Souvent, au milieu de son incohérence, on retrouve quelques restes de ses idées de grandeur et les mots de million et milliard surviennent avec persistance.

La santé générale est très bonne, les pupilles sont régulières, les mouvements des membres ont conservé leur intégrité. On observe seulement un léger embarras de la parole, mais le malade prétend qu'il a toujours existé.

©BIUM

OBSERVATION V. (*Service de M. Max-Simon.*)

Fièvres intermittentes contractées au Sénégal. — Délire des grandeurs et délire des persécutions combinés. — Hallucinations de l'ouïe.

C... (Jean), cordonnier, âgé de cinquante-deux ans. Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'alcoolisme, ni de syphilis, d'après les déclarations du malade, qui donne lui-même les renseignements.

Jusqu'à l'âge de vingt-deux ans, cet homme n'a jamais souffert de la moindre maladie. A cet âge, il serait parti, comme soldat de l'infanterie de marine, au Sénégal, où il serait resté jusqu'à l'âge de trente-quatre ans. Pendant son séjour dans ce pays, il aurait eu différentes maladies. A son dire, il y serait devenu bien vite anémique; puis il aurait été pris de dysenteries qui compromirent gravement sa santé. A peine guéri de cette dernière affection, il contracta les fièvres intermittentes : il avait alors de vingt-neuf à trente ans. Pendant cinq années environ, cette maladie ne lui laissa guère de répit; malgré le traitement au sulfate de quinine, les rémissions étaient rares et de courte durée, les accès revenaient tous les jours. De guerre lasse, le malade âgé alors de trente-quatre ans, songea à revenir en France, et ce n'est qu'à dater de ce moment que sa santé est relativement bonne.

Entré à l'asile de Bron, le 14 janvier 1879, il raconte que, depuis de longues années (1), le gouvernement le poursuit pour le priver de ses droits et de sa liberté, pour l'empêcher de se marier et de procréer. Au lieu de lui payer l'indemnité qui lui était due et qu'il réclamait, le gouvernement l'a fait expulser de son domicile et emprisonner. Le malade, en effet, vient de la maison d'arrêt de Lyon. Et si on l'interroge sur ses maladies antérieures, c'est encore le gouvernement qu'il accuse : c'est lui qui l'a maintenu dans l'anémie, qui lui a donné ces dysenteries, ces fièvres auxquelles il a failli succomber.

Le malade, en outre, a des hallucinations de l'ouïe: il entend des voix qui le menacent, qui lui annoncent une mort prochaine, après avoir souffert tous les tourments, etc...

---

(1) D'après le certificat médical de l'admission à l'asile, l'aliénation remonterait à trois années.

©BIUM

Pendant les sept années qu'il a passées à l'asile, il a toujours présenté le même délire : ce sont toujours les mêmes accusations qu'il profère contre le gouvernement. Pas de maladies incidentes.

Actuellement, il est tranquille; on l'emploie aux travaux de jardinage. Mais il est d'un caractère très défiant : il hésite avant de répondre aux questions et semble réfléchir, en interrogeant du regard son interlocuteur; puis enfin, si on le presse un peu et surtout si son examen est favorable, il finit par répéter les accusations dont nous avons parlé plus haut. Seulement, il ajoute que le gouvernement a un but secret, en le maintenant enfermé à l'asile, sans se plaindre davantage de sa séquestration.

Le malade prétend que ses hallucinations de l'ouïe ont disparu. L'état général est satisfaisant.

La rate paraît petite et dure. Pas de signes de cachexie paludéenne.

OBSERVATION VI. (*Service de M. Pierret.*)

Fièvre intermittente de type tierce à vingt-quatre ans. — Lypémanie. — Hallucinations de l'ouïe.

M... (Jeanne-Françoise), cinquante ans, sans profession.

Un oncle de la malade a été aliéné et interné à l'Antiquaille; son père et sa mère sont morts âgés et n'ont jamais eu de dérangement intellectuel. Elle-même eut, à l'âge de huit ans, des abcès ganglionnaires cervicaux, mais sa santé fut très bonne jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans. A cette époque, elle contracta près de l'Arbresle (Rhône) la fièvre intermittente. L'accès qui, dit-elle, était très violent, revint régulièrement tous les jours, pendant près d'un mois ; la quinine le fit cesser, mais il revint à plusieurs reprises, pendant un an environ, s'établissant à chaque fois pour une durée variable. La malade dit ressentir depuis cette époque ce qu'elle appelle des bouffées de chaleur; le sang lui monte à la tête, le visage devient rouge et elle ressent de la céphalalgie. Ces malaises reviennent à des intervalles irréguliers, mais quelquefois, pendant plusieurs jours de suite, à la même heure.

Sa menstruation fut toujours régulière, cessa à l'âge de trente-deux ans; elle n'eut jamais ni enfants ni fausses-couches.

Depuis plusieurs années, elle montre une inquiétude d'esprit

©BIUM

continuelle, elle se préoccupe et s'alarme sans motif ; la nuit, elle dort peu et s'entend appeler par des voix. Elle a des idées de suicide et a cherché à s'empoisonner. Elle entre à l'asile de Bron, le 2 juin 1883. Elle raconte que, depuis trois ans, elle est constamment triste : si son mari s'absente de la maison, elle est tourmentée de la crainte de ne plus le revoir. Parfois, au milieu de la gaieté la plus vive, il lui vient des pensées tristes, et elle pleure des heures entières. Elle entend les voisins qui lui disent qu'elle est folle, mais c'est la nuit surtout qu'elle entend des voix et qu'elle cause avec elles. Pas d'hallucinations de la vue, pas de délire des grandeurs ni des persécutions. La mémoire est un peu affaiblie.

Physiquement, la santé est assez bonne ; la sensibilité est normale. Elle se plaint de maux de tête et de malaises revenant fréquemment. La rate est normale.

Très améliorée en peu de temps, elle quitte l'asile de Bron, au mois de septembre 1883, mais elle y revient deux mois après dans le même état qu'auparavant.

Actuellement, elle a plus que jamais des hallucinations de l'ouïe et croit à leur réalité ; ce sont bien, dit-elle, des personnes qui me parlent, et je n'ai rien dans les oreilles : elle cause avec les voix, souvent en se disputant, car des idées de persécution ont fini par s'établir chez elle.

La lecture de ces observations montre suffisamment que l'aliénation consécutive à l'impaludisme n'a pas de symptomalogie spéciale. Le délire n'a pas ici, comme chez les alcooliques, des caractères spéciaux. Chacun de nos malades a son délire particulier qui n'a rien de commun avec celui de son voisin, et du reste ce n'est pas en nous basant sur six observations seulement que nous oserions décrire un type mental nouveau, si toutefois il existe. Notons cependant la fréquence des hallucinations de l'ouïe et du délire des persécutions, mais sans y attacher une importance particulière, nos observations ayant pour but unique de montrer le rôle étiologique des fièvres intermittentes et le mode d'apparition des désordres intellectuels.

Nous tenons beaucoup à faire remarquer que dans les

©BIUM

faits que nous venons de rapporter, il ne s'agit pas d'une simple coïncidence entre l'aliénation et l'impaludisme, mais bien d'une relation de cause à effet. Il est évident que la folie peut survenir chez d'anciens paludéens, sans être pour cela d'origine paludéenne. Aussi nous pensons que, tant que de nouvelles recherches n'auront pas éclairci la question complètement, on devra être très réservé pour poser le diagnostic de folie paludéenne. On ne devra le faire, ainsi que nous l'avons déjà dit, que chez des malades ayant présenté, depuis la disparition de leurs accès fébriles, des symptômes variés liés à l'impaludisme et préparant le chemin à l'aliénation. L'apparition de phénomènes intermittents au cours du délire chronique permet aussi d'être très affirmatif, quand il est avéré que le malade a eu autrefois la fièvre des marais.

Comme d'autres maladies générales de nature infectieuse ou toxique, l'impaludisme peut-il amener à la longue les lésions et par suite les symptômes de la paralysie générale? Existe-t-il en un mot une *pseudo-paralysie générale paludéenne*, comme il existe des pseudo-paralysies générales syphilitique et saturnine? C'est une question à laquelle l'anatomie pathologique n'a pas encore répondu et que de son côté la clinique n'a guère étudiée. Elle ne peut être résolue que par l'examen des faits, et ces derniers sont malheureusement fort rares. On ne possède, croyons-nous, la relation d'aucune autopsie de malade atteint de paralysie générale paludéenne, et l'on n'est guère plus riche en documents cliniques, car les quelques observations de ce genre que l'on possède sont fort incomplètes et par conséquent peu probantes. Les quelques faits épars, dont nous avons trouvé la mention, nous permettent cependant de supposer que cette forme de paralysie générale existe, et que si elle n'a pas été constatée plus souvent,

©BIUM

c'est parce qu'elle n'a pas été cherchée. A défaut des faits, la théorie vient confirmer notre manière de voir, car il est probable *a priori* que la fièvre intermittente peut, tout comme les autres maladies générales aiguës ou chroniques, déterminer cette complication.

Berthier, dans le mémoire que nous avons déjà cité, dit qu'en consultant les registres de l'asile d'Auxerre, il y a découvert la mention d'un cas de paralysie générale consécutive à des fièvres périodiques et dont l'autopsie ne révélait en aucune façon les lésions matérielles propres à ce genre d'affection.

Bard (de Beaune), cité par Voisin, a publié un cas de paralysie générale consécutive à une fièvre double tierce guérie en un mois par la quinine. Quinze jours après la fin des accès fébriles, les forces du malade diminuèrent ; il survint de la parésie des membres inférieurs puis des membres supérieurs, puis de l'hésitation et de la lenteur de la parole, du bégayement, de la demi-démence et de la stupeur. Le malade finit par guérir.

Enfin, Krœpelin dit avoir observé deux cas de paralysie générale d'origine palustre, mais sans les publier.

A ceci se résume tout ce qui a été écrit sur ce sujet. Il faut avouer que c'est peu et bien insuffisant pour tenter même d'esquisser cette forme de paralysie générale. Nous ne l'essayerons pas et nous nous contenterons d'apporter une observation personnelle, à laquelle manque encore la sanction de l'autopsie.

OBSERVATION VII. (*Service de M. Max-Simon.*)

Fièvres intermittentes contractées en 1870. — Réapparition des accès vers 1874. — Céphalées en 1877 qui cèdent au traitement par le sulfate de quinine.
En 1885, début de l'aliénation : changement de caractère, dépression morale, céphalalgies, vertiges, étourdissements. — Congestion cérébrale, idées ambitieuses. — Paralysie générale.

P... (Gabriel), trente-huit ans, ouvrier teinturier. Entré à l'asile de Bron en mai 1886. Pas d'antécédents héréditaires :

©BIUM

le père du malade est mort dans un âge avancé d'une affection pulmonaire; la mère a succombé aux suites d'une affection cardiaque; ses frères sont tous vigoureux et bien portants.

Le malade ne présente aucune trace de syphilis et nie d'ailleurs toute contagion. Il a eu trois enfants, tous arrivés à terme, mais tous aussi morts en bas âge. L'alcoolisme est douteux : P... avoue néanmoins, contrairement aux assertions de sa femme, avoir fait quelques écarts de boisson pendant une période de six mois environ.

Cet homme a contracté les fièvres intermittentes en 1870, pendant qu'il était militaire. Au début, les accès revenaient tous les jours, puis, sous l'influence du sulfate de quinine, ils s'espacèrent, affectèrent le type tierce et finirent enfin par disparaître.

De retour dans ses foyers, P... a eu une rechute : les accès fébriles revenaient régulièrement tous les deux jours. Un nouveau traitement n'amena, cette fois, la disparition complète des accès qu'au bout de trois années.

A cette époque (sept. 1877), notre malade, se croyant désormais guéri, se maria, mais il fut pris dans le courant de l'année de douleurs céphaliques qui persistèrent pendant un mois environ et cédèrent après un traitement à base de quinquina. Rien à noter de particulier dans son état jusqu'en janvier 1885. A cette époque, il perd une place lucrative et en éprouve un violent chagrin. Dès lors, sa famille observe chez lui un grand changement dans le caractère : d'humeur gaie et enjouée naguère, il devient mélancolique et taciturne. Par surcroît, les douleurs céphaliques, dont nous avons déjà parlé, reparaissent et s'accompagnent cette fois d'étourdissements et de vertiges. Le malade même aurait eu alors une véritable attaque avec perte de connaissance, à la suite de laquelle sa femme remarqua un léger embarras de la parole; à son dire, « il bégayait et trouvait difficilement le mot à prononcer. »

A partir de ce moment, la céphalée s'établit, revenant deux fois par semaine environ et s'accompagnant fréquemment d'étourdissements.

Au point de vue mental, le malade a toujours conservé son caractère taciturne, mais de plus, il est devenu ombrageux et défiant, et s'irrite pour les motifs les plus futiles.

Au mois de janvier 1886, ses parents le crurent guéri à tout jamais : les douleurs de la tête ayant disparu, la gaîté semblait être revenue. Mais on ne tarda pas à s'apercevoir que le délire

©BIUM

n'avait fait que changer de forme. Le malade est content de lui : il parle volontiers de ses campagnes et de ses succès dans les affaires. En outre, quelques idées d'ambition germent dans son esprit. P... se croyant des aptitudes spéciales pour cette carrière, veut faire de la politique, et, pour mieux y réussir, il suppléera aux connaissances qui lui manquent en s'instruisant dans les livres qui traitent de la question. Mais notre homme ne borne pas là son ambition, il veut aussi faire des affaires et accroître sa fortune. Dès lors, il achète à tort et à travers des marchandises sans jamais se demander s'il pourra les payer.

De guerre lasse, la famille de P... craignant d'être réduite à la misère, le fait entrer à l'asile de Bron le 10 juin 1886.

A ce moment, le malade, outre l'état mental, que nous venons de décrire, présente les autres symptômes de la paralysie générale. Il a de l'insomnie et des troubles de la motilité. Les lèvres, la langue et les extrémités digitales sont animées d'un tremblement bien manifeste. Les troubles de la parole sont aussi bien caractérisés : quand il va parler, il se fait une sorte de trémulation dans les muscles des lèvres et de la langue, qui rend la parole tremblotante. Les pupilles sont inégales. Le facies est celui de la paralysie générale.

1er novembre 1886. Depuis l'entrée du malade à l'asile de Bron, les symptômes physiques se sont accentués. Actuellement les lèvres, la langue et les extrémités des membres supérieurs sont animés d'un tremblement encore plus marqué. La parole est aussi plus hésitante et les troubles oculo-pupillaires ont persisté. La rate est dure, un peu sensible et augmentée de volume. L'examen du sang ne montre pas de pigment.

Du côté de l'intelligence, P... offre le même délire : idées ambitieuses et de satisfaction personnelle. Il est heureux de son sort, mais il demande à sortir pour vendre ou acheter des propriétés imaginaires.

III.

PATHOGÉNIE

Depuis les récentes découvertes de Laveran, Klebs et Tomasi Crudeli, il paraît démontré que la fièvre intermittente est une maladie infectieuse. Elle est due à la présence dans le sang de micro-organismes ayant la

©BIUM

forme de spirilles allongées et dont la multiplication se fait avec une rapidité prodigieuse. Ces parasites exercent sur les globules rouges une action destructive et déterminent l'apparition d'une quantité considérable de grains de pigment hématique.

Dans les cas graves de malaria, le pigment et les spirilles existent partout où pénètre le sang. Ils s'accumulent dans les viscères, surtout dans la rate et dans le foie; mais le cerveau est un des organes où la présence du pigment et le plus facile à constater. Chez les malades morts pendant des accès pernicieux, la substance corticale fortement congestionnée, prend une teinte hortensia et devient même grisâtre par suite de l'accumulation du pigment.

Meckel le premier, sur le cerveau d'une aliénée, vit que les capillaires cérébraux étaient remplis par des grains de pigment noir dispersés ou accumulés par groupes. Planer a observé le même fait sur des sujets qui, depuis plusieurs mois, n'avaient pas eu d'accès. Laveran décrit cette altération en ces termes : « Sur une coupe de circonvolutions cérébrales, tous les petits vaisseaux sont indiqués par un piqueté noir très régulier, formé par des grains pigmentés arrondis, égaux entre eux ; on dirait dans certains cas que les vaisseaux ont été injectés avec une substance transparente tenant en suspension une matière noirâtre pulvérulente. »

Par leur accumulation en un point, ces grains donnent naissance à de petites embolies pigmentaires, décrites d'abord par Planer et Frerichs, et signalées depuis par Virchow, Lancereaux et Laveran. Ces embolies peuvent amener en outre des troubles circulatoires, de petites hémorrhagies, que favoriserait aussi, d'après Heschl, une altération des parois vasculaires due à la présence de pigment dans les cellules connectives de la tunique externe.

©BIUM

Les spirilles de la malaria et les granulations circulent dans le sang et avec lui dans les capillaires cérébraux comme de véritables corps étrangers. Le sang des paludéens est rempli, comme celui des syphilitiques, d'organismes infectieux et de plus il contient, comme celui des saturnins, un corps inerte, nuisible, ayant des tendances à s'accumuler et à entraver la circulation. Les spirilles, êtres vivants, agissent en enlevant aux tissus des principes qui leur sont nécessaires; le pigment n'a qu'une action mécanique.

La quinine, en coupant les accès fébriles, paraît agir comme antiseptique en tuant les spirilles et en empêchant leur multiplication. C'est ce qui résulte du moins des expériences de Binz et des recherches cliniques de Tomasi Crudeli et de Polli. C'est cette action antiparasitaire qui, seule, peut expliquer la guérison rapide par la quinine des troubles moteurs consécutifs à une embolie pigmentaire. Il est probable, en effet, que la formation de ces embolies est favorisée par les spirilles qui s'enroulent autour des grains de pigment et des globules, les rapprochent, les enserrent et les aident à se réunir en une seule masse. Ce sont, dans ces cas, des embolies microbiennes, analogues à celles de la tuberculose; le médicament les dissout en tuant le parasite.

La fièvre elle-même, dans l'impaludisme aigu, n'étant que la manifestation de la présence des spirilles dans le sang, nous croyons pouvoir attribuer, soit à l'existence de ces organismes dans les capillaires cérébraux, soit aux altérations chimiques qu'ils font subir au sang, l'origine des troubles intellectuels observés pendant les accès. Nous ne voulons pas dire par là que l'apparition du délire est due uniquement à cette cause, car alors on nous demanderait pourquoi il n'accompagne pas tous les accès intermittents graves, mais nous pensons qu'elle la provoque chez les sujets qui, par hérédité ou maladies

©BIUM

antérieures, ont ce qu'on peut appeler une faiblesse cérébrale.

La fièvre intermittente est le coup de fouet qui détermine l'explosion des troubles intellectuels. Ce n'est pas à une variété morbide particulière qu'est due la forme délirante de l'accès pernicieux, ou pour prendre un exemple analogue, à la forme ataxique de la fièvre typhoïde, mais bien à une prédisposition spéciale de l'individu. Sur dix hommes, dont la fièvre intermittente reconnaît pourtant une origine commune, il y aura peut-être dix variétés d'accès de fièvre, parce que chacun réagira à sa manière et se comportera d'une façon différente sous l'action du poison.

Quant aux troubles psychiques de la convalescence, il est probable qu'ils reconnaissent des causes multiples : la persistance de la mélanémie, les troubles de la digestion, l'anémie, les lésions intimes des éléments nerveux peuvent être invoqués. Rosenthal a trouvé sur les cerveaux de sujets morts à la suite de dothiénentérie, scarlatine, fièvre puerpérale, etc., des altérations des cellules pyramidales des centres. Elles perdent leurs prolongements, deviennent rondes et subissent une dégénérescence granuleuse. Il n'est pas nécessaire que l'agent infectieux soit toujours présent pour que les désordres mentaux persistent. Pareille chose se voit dans les folies par intoxication lente, par le plomb, l'alcool, etc., où le délire ne cesse pas après l'élimination du poison, ainsi que l'a fait remarquer M. A. Foville (1). Le cachet imprimé sur les tissus par les produits nocifs peut leur survivre indéfiniment.

Cette cause et les lésions internes qui accompagnent toute maladie de longue durée expliquent l'apparition

(1) *Nouveau Dict. de médecine et de chirurgie.* Tome XV page 264. Article *Folie.*

©BIUM

de la folie chez les vieux paludéens, même chez ceux qui n'ont pas l'aspect cachectique. Il est même probable qu'il se fait chez eux de nouvelles poussées microbiennes auxquelles on doit rapporter les accidents larvés. L'impaludisme serait alors comparable à la syphilis et à la tuberculose, qui existent encore à l'état latent alors qu'on les croit disparues, et dont le réveil est parfois terrible. Le système nerveux étant le siège de prédilection de ces manifestations tardives de l'impaludisme, il n'y a rien d'étonnant à ce que les centres psychiques soient touchés chez quelques malades. Les névralgies, la migraine, des paralysies passagères locales ouvrent la marche, les hallucinations puis le délire s'établissent ensuite. C'est ce qui ressort de la lecture de plusieurs de nos observations.

CONCLUSIONS

En terminant cette longue étude nous croyons pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° Un délire violent, mais sans caractères distinctifs bien nets, peut accompagner l'accès de fièvre intermittente chez les sujets prédisposés. Il n'a pas d'autre signification et n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de la fièvre.

2° Chez les mêmes personnes, mais bien plus rarement, la convalescence peut être le point de départ, d'un délire tranquille, stupeur ou manie, de durée indéterminée, et le plus souvent curable.

3° Les anciens paludéens, sujets aux manifestations larvées, sont exposés soit à des troubles intellectuels intermittents, larvés, soit à de la folie chronique. Le diagnostic de cette dernière ne peut se faire que par l'étude des antécédents du malade.

©BIUM

4° Il existe très probablement une forme de pseudo-paralysie générale paludéenne.

5° Il est important, au point de vue du traitement, de rechercher l'impaludisme dans l'étiologie de la folie. La quinine donne de bons résultats dans la folie intermittente et la folie de la convalescence. Son action ne paraît pas efficace quand l'aliénation mentale existe à l'état chronique. Il importe cependant de remarquer que, même dans ce dernier cas, la quinine calme les accès passagers d'agitation, comme s'ils étaient des manifestations larvées de la maladie.

©BIUM

NOTE SUR QUELQUES CAS

DE

FOLIE HÉRÉDITAIRE

CHEZ LES GENS AGÉS

Par le Dr Emmanuel RÉGIS

L'hérédité, qui joue un rôle si important dans la production des maladies, n'a pas uniquement pour effet de créer, chez ses tributaires, une prédisposition morbide. Elle les expose en outre à subir prématurément les atteintes du mal originel. Tels, par exemple, les fils de goutteux, goutteux eux-mêmes parfois dès l'âge de vingt ans.

Cette précocité des accidents diathésiques est si bien l'indice de l'influence héréditaire qu'à elle seule elle suffirait, dans certains cas, pour la dévoiler. Cela est surtout vrai pour l'aliénation mentale, où l'hérédité est pour ainsi dire la règle dans la folie du jeune âge. Tout le monde sait cela aujourd'hui, et les récents travaux d'Hecker et Fink, Sander, Krafft-Ebing, Westphal, Buccola, Morselli, Amadei et Tonnini, Tanzi et Riva à l'étranger ; Magnan, Déjerine, Saury, Legrain, Taty en France, ont mis de nouveau le fait en pleine lumière. Quelques-uns de ces auteurs semblent même établir une relation directe entre le degré d'hérédité et celui de la précocité morbide et M. Saury, en particulier, cite un curieux exemple de mélancolie avec idées de suicide chez un jeune héréditaire de quatre ans.

©BIUM

Le rôle de l'hérédité, dans tous ces cas, est assez facile à saisir, et l'on comprend sans peine qu'un sujet sur qui pèse une tare originelle soit plus exposé que tout autre à succomber au moindre choc, dès les premières étapes de la vie. C'est ce qui fait de la puberté une véritable pierre d'achoppement pour les prédisposés, qui n'y laissent que trop souvent leur raison naissante (hébéphrénie). « En faisant quelques réserves, on peut dire que si la tare héréditaire est grave, le début a lieu à la puberté » (Taty). « Ne faut-il pas vraisemblablement une lourde tare héréditaire, dans les antécédents d'un jeune enfant qui, à propos des perturbations physiologiques de la puberté, ou même sans cette cause, crée de toutes pièces un délire qui pourra parfois le conduire à une démence précoce ? Nous croyons que le délire survenant dans le jeune âge, ne peut trouver sa source que dans l'hérédité et nous le croyons absolument pathognomonique de la dégénérescence mentale » (Legrain).

Ainsi donc, c'est surtout dans les premières périodes de la vie que se manifeste la folie héréditaire. Voilà un fait acquis.

Il semblerait, d'après cela, que l'influence de l'hérédité s'atténue avec les années et que passé l'âge mûr, les accès d'aliénation soient presque toujours de cause accidentelle.

Or, il n'en est rien, et la clinique nous montre que l'hérédité attend parfois le déclin de la vie avant de se manifester.

On sait déjà que pareils à ces tuberculeux séniles qui voient successivement mourir toute leur descendance avant d'être emportés à leur tour, certains individus ne deviennent aliénés que plus ou moins longtemps après leurs enfants.

On sait aussi que c'est seulement à l'âge critique et

©BIUM

sous l'influence de son action perturbatrice sur l'organisme que certaines femmes héréditaires sont prises de folie. Le délire de persécution, en particulier, se développe fréquemment dans ces conditions, et les Allemands le considèrent comme étroitement lié au *klimactérium* (folie typique climatérique).

On sait enfin que chez les dégénérés, des lésions cérébrales multiples, produites par l'âge, peuvent devenir la cause déterminante de délires, ordinairement d'une incohérence proportionnée à l'affaiblissement intellectuel (Legrain).

Ces faits, qui sont hors de doute, établissent que l'hérédité peut encore exercer son action au delà de l'âge mûr, lorsqu'une cause occasionnelle puissante, telle que la ménopause ou une lésion organique des centres nerveux, vient stimuler son influence latente.

Mais il est un ordre de faits plus intéressants encore, en tout cas moins connus, où l'on voit l'hérédité jouer un rôle à peu près exclusif dans le développement de la folie chez les gens âgés.

Ici, il ne s'agit plus de sujets plus ou moins prédisposés, qui deviennent aliénés à l'âge critique ou qui joignent un délire quelconque à leur démence cérébrale ; on se trouve en face d'individus pour la plupart corrects, pondérés, sortis vainqueurs des luttes parfois pénibles de l'existence et qui, parvenus sans encombre au seuil de la vieillesse, sont pris tout à coup, à l'occasion d'un motif futile, d'un accès franc de folie généralisée, sans démence, sans intoxication, sans complication d'aucune sorte. Et lorsque, surpris de la ténacité habituelle des symptômes morbides qui persistent parfois pendant des années à l'état aigu sans modification sérieuse, on scrute avec soin les antécédents de ces malades, on s'aperçoit que ce sont des héréditaires, souvent méconnus, et que l'hérédité constitue à peu près la seule raison d'être et

©BIUM

de leur folie et de son allure stationnaire. Bien plus, il n'est pas rare de constater que l'affection mentale de leurs parents s'est également déclarée à un âge avancé, parfois même sous une forme identique, en sorte qu'ils réalisent pathologiquement deux des lois de l'hérédité établies par Darwin et Hæckel, la loi *d'hérédité homochrome* ou aux périodes correspondantes de la vie, et la loi *d'hérédité homologue* ou similaire.

Deux de ces cas avaient récemment attiré mon attention. En parcourant mes registres d'observations, j'en ai retrouvé quelques autres analogues, et je crois devoir les résumer ici avant d'en faire ressortir les principales particularités.

1° Mme R... est âgée actuellement de cinquante-sept ans. Son père est mort à cinquante-six ans d'une ataxie locomotrice, dont il était atteint depuis de longues années. Sa mère, intelligente, mais un peu bizarre, est morte à soixante-quinze ans d'une maladie de foie. Sa grand'mère maternelle, très exaltée, a été atteinte de dépression mélancolique dans les derniers temps de sa vie, et elle est morte vers soixante-dix ans d'une attaque d'apoplexie. Son frère, très intelligent, est nerveux et bizarre; ses deux filles sont également très intelligentes mais très nerveuses, et sujettes toutes deux, mais surtout l'une d'elles, à des obsessions anxieuses variées qui touchent parfois au délire. Enfin, l'une de ses nièces est atteinte d'épilepsie sous forme de petit mal.

Pour sa part, Mme R... a toujours été le type de la femme intelligente, sérieuse et pondérée. Peu communicative cependant, et d'un caractère concentré. Elle a supporté avec une énergie et une dignité peu communes les nombreuses vicissitudes, morales et matérielles, de son existence, et n'a jamais présenté la moindre incorrection d'esprit ni le moindre accident nerveux. Elle a cessé d'être réglée il y a environ douze ans, et son âge

©BIUM

critique s'est passé comme toutes les autres étapes de sa vie génitale, sans incident notable.

Il y a trois ans, sa plus jeune fille se marie, et le jeune ménage vient habiter près d'elle. Peu après, on remarque qu'elle devient triste; elle semble peinée des marques d'affection que se donnent les nouveaux époux ; suivant son habitude, elle concentre son chagrin en elle-même, cherche à le dissimuler, et l'exalte ainsi de plus en plus, par cette espèce de rumination intime particulière à certains tempéraments. Bref, un jour, sans que l'évolution de ses idées délirantes se soient manifestée au dehors d'une façon très nette, elle fait une tentative de suicide par empoisonnement. C'est à peine encore si la famille ose songer à la folie, tant la malade semble peu déraisonner, et ce n'est qu'après une nouvelle tentative du même genre, accomplie malgré ses promesses, qu'on est obligée de se rendre à l'évidence et qu'on effectue son placement dans une maison de santé.

Deux ans et demi se sont écoulés depuis cette époque, et l'état de M^me^ R... est absolument tel, aujourd'hui, qu'au premier jour. Sa mélancolie offre un caractère anxieux, qui se révèle, extérieurement, par la répétition incessante, douloureuse, d'un même geste et d'une même phrase. Son délire qu'elle n'exprime d'ailleurs que très sobrement, car elle parle à peine, roule sur des idées de culpabilité imaginaire, des appréhensions, des terreurs non motivées ; elle a eu, l'année dernière, une crise tout à fait aiguë, pendant laquelle elle a totalement refusé la nourriture pendant près de deux mois, et il a été nécessaire, pendant ce temps, de l'alimenter à l'aide de la sonde œsophagienne.

En somme, la maladie est toujours à l'état aigu ; aucun signe de chronicité ne s'est produit encore et quant au niveau intellectuel, il est resté, à n'en pas douter, absolument intact.

©BIUM

2° M. H... est un homme de soixante-trois ans, d'une intelligence moyenne, mais d'esprit sérieux, et dont la vie a été aussi calme que régulière. Notaire dans une petite ville de province, il s'est acquitté des devoirs de sa charge avec une honnêteté scrupuleuse, exemplaire, et s'est acquis l'estime de tous ceux qui le connaissent. Marié deux fois, il a eu de son second mariage deux enfants qui jouissent d'une très bonne santé. Lui-même s'est toujours très bien porté et n'a jamais été malade; il était sujet, seulement, à des crises assez violentes et très fréquentes de céphalalgie.

Il y a deux ans, il devient triste tout à coup sans motif sérieux, à l'occasion d'un simple échec de son fils au baccalauréat, et à partir de ce moment sa tristesse s'accroît en même temps que se développent des idées de culpabilité imaginaire, relatives surtout à sa profession. Bien qu'absolument irréprochable au point de vue de la conscience et de l'honnêteté, il s'accuse d'avoir frustré ses clients, d'avoir gratté des mots sur des actes notariés, d'avoir insulté sa servante, d'être un misérable digne du bagne et de l'échafaud. Il croit à chaque instant que les gendarmes viennent le chercher pour le mettre en prison et qu'il va passer en cour d'assises. Il déshonore sa famille et ne mérite pas de vivre. Aussi, essaie-t-il de se suicider en se jetant dans une mare, et n'ayant pu y réussir, il se munit d'un revolver qu'il présente à son fils en le suppliant de le tuer. C'est à ce moment et dans cet état qu'il est conduit dans la maison de santé au mois juin 1885.

Depuis cette époque, l'état du malade n'a pas changé. Sa mélancolie affecte particulièrement la forme gémisseuse; il ne cesse de pleurer et de se lamenter, et pousse parfois, pendant de longues heures, de véritables cris douloureux. Très préoccupé d'avoir offensé Dieu en même temps que la société, il reste des journées entières assis

©BIUM

sur un siège, la tête penchée, les bras ballants, tout en pleurs, marmottant des prières et des oraisons. Il est impossible de le raser parce qu'il cherche toujours à se jeter sous le rasoir, et on a dû, pour ce motif, lui laisser pousser la barbe. La nuit, il se frappe fréquemment la tête contre les murs, et s'écorche le front avec ses mains. Il lui arrive aussi de gâter, non par faiblesse, mais par une espèce d'impulsion délirante, car il fait indistinctement dans son lit, au milieu de sa chambre ou même sur un meuble élevé. Il est intéressant de signaler que les céphalalgies dont il souffrait ont totalement disparu depuis qu'il est devenu aliéné.

Les renseignements qui m'avaient été communiqués dès le début au point de vue de l'hérédité, étaient absolument négatifs. Ce n'est qu'il y a quelques mois que le malade, dans un moment où son délire lui laissait quelque répit, me donna lui-même à cet égard une indication des plus précieuses et des plus formelles. Du côté paternel, son ascendance n'offre rien de particulier, mais du côté maternel l'hérédité est évidente. A la suite de la mort de son mari, survenue par accident, sa mère a été prise à soixante ans, c'est-à-dire au même âge, d'un accès de mélancolie, qui offrait avec le sien les plus grandes analogies. Comme lui, elle passait ses journées à gémir et à pleurer, disant qu'elle était indigne de vivre et suppliant qu'on la tuât ; comme lui, elle demandait à Dieu de la retirer de ce monde et faisait constamment la même prière. Elle mourut au bout de trois ans d'une attaque d'apoplexie.

Ces détails donnés par le malade sur le compte de sa mère, m'ont été confirmés depuis et j'ai pu en vérifier la parfaite exactitude. Il en résulte que M. H... est non seulement un héréditaire, mais encore qu'il a été frappé de folie exactement au même âge que sa mère et d'une façon tout à fait analogue.

©BIUM

Malgré son âge et la durée déjà longue de sa maladie, M. H... ne présente aucun signe de chronicité ni aucun indice d'affaiblissement intellectuel. Il a conservé notamment, une mémoire surprenante, et rappelle les faits et les dates, des plus anciens jusqu'aux plus récents, avec une impeccable précision. La malade de l'observation précédente offre du reste cette même particularité d'une mémoire absolument conservée et aiguisée au plus haut point.

Je résumerai plus brièvement les autres faits.

3° G... cinquante-quatre ans, menuisier, habitant Paris, entre à Sainte-Anne le 18 novembre 1880, dans un état de mélancolie aiguë des mieux caractérisés. Sa mère, atteinte de lypémanie, est morte vers l'âge de soixante ans dans un asile d'aliénés, sans que j'aie pu savoir au juste dans quelles conditions. Il a eu six enfants, dont quatre sont morts en bas âge. Son fils, âgé de vingt-sept ans, est un misérable qui a de mauvais instincts et qui a été plusieurs fois condamné pour vol ; il est sous la surveillance de la police. Sa fille, actuellement mariée, sans enfants, aurait eu avec lui des rapports incestueux à l'âge de neuf ans. Sa femme, qui me rapporte ce honteux détail, s'est séparée de lui après vingt-cinq ans de mariage, parce qu'il était débauché et qu'il lui avait communiqué la blennorrhagie.

Le malade offre tous les caractères de la lypémanie profonde, avec tendance à la stupeur. Il s'imagine que la justice veut le guillotiner, parce qu'il ne travaille plus et qu'il vagabonde. Son patron, dit-il, lui a reproché d'avoir mal fait l'ouvrage qui lui était confié. Il va mourir, et comme il n'y a plus de guillotine, on le tuera avec des armes, avec des poignards.

L'état de G... reste stationnaire pendant trois mois. Dans les premiers jours de février, on constate chez lui l'apparition d'un hématome de l'oreille droite qui, sur-

©BIUM

venu lentement et graduellement, se résorbe en une dizaine de jours sans laisser de trace extérieure bien apparente. En même temps, le malade contracte une pneumonie droite; son état général devient mauvais; il tombe rapidement dans une espèce de marasme fébrile avec eschares; enfin il meurt le 19 février. L'autopsie pratiquée par les docteurs Chambard et Vallon (ce dernier en a rapporté le procès-verbal détaillé dans une note sur l'othématome. *Encéphale* 1881, p. 224) révéla en même temps que l'hépatisation rouge des deux lobes inférieurs du poumon droit, l'existence d'une méningo-encéphalite (suffusions sanguines, adhérences, etc.) surtout marquée dans la région sphénoïdale et plus accusée du côté droit.

G... n'avait présenté, pendant la vie, aucun signe physique de lésion cérébrale.

4° D... (Justine), journalière, âgée de cinquante-sept ans, mariée, entre à l'asile Sainte-Anne, le 25 novembre 1881. Ses grands-parents sont tous morts très âgés. Sa grand'mère paternelle est morte de vieillesse à quatre-vingt-neuf ans ; elle avait eu beaucoup de chagrins et était restée longtemps dans un état marqué de tristesse. Son père est mort d'hémorrhagie cérébrale à soixante-douze ans; sa mère, âgée de quatre-vingt-quatre ans, est toujours vivante. Elle a eu neuf frères et sœurs, dont deux sont morts, l'un à sept ans, d'une affection du cerveau, le second tout enfant, du croup. Les autres sont bien portants. De ses sept enfants, cinq sont vivants, les deux autres sont morts en bas âge.

D... n'a pas eu de maladies graves dans le cours de sa vie. Elle a été réglée à quatorze ans, et l'a toujours été d'une façon normale jusqu'à l'époque de sa ménopause, survenue il y a dix ans. Jamais elle n'a présenté le moindre trouble mental, bien qu'elle n'ait pas été heureuse en ménage et qu'elle ait beaucoup souffert.

©BIUM

Il y a un an et demi environ, sans cause appréciable, elle a été prise d'une crise d'anxiété mélancolique qui a duré un mois à l'état aigu. Elle descendait constamment dans la rue, s'imaginant que son mari venait de partir pour l'Amérique. Au bout de ce temps, les symptômes s'amendèrent en partie, mais à chaque changement de lune (?), disent ses filles, son état se modifiait tout à coup, et l'excitation anxieuse revenait à son maximum. Sa dernière crise remonte à un mois; elle avait toujours peur, elle ne voulait ni dormir, ni se coucher, craignant qu'on n'entrât dans sa chambre pendant la nuit, puis elle en arriva à ne plus manger. Déjà depuis un an elle refusait de se chausser et, dans les derniers jours, elle descendait nu-pieds dans la rue; elle ne rêvait que pénitence et mortifications, elle voulait vivre comme les anachorètes.

A l'asile, les symptômes restent les mêmes. Je note au mois de décembre 1881 les particularités suivantes : État mélancolique anxieux. Réponses brèves, douloureuses. Parle constamment de ses enfants, sur la vie et la santé desquels elle éprouve les plus grandes appréhensions.

Un an plus tard, au moment où je quitte le service, la malade est toujours dans le même état. Son délire est aussi actif, et elle ne paraît pas s'acheminer vers la démence.

5° P... (Jean), âgé de soixante-trois ans, marié, entre à l'asile de X... le 23 mai 1884. Cet individu, qui est régisseur d'une grande propriété, a toujours été très sensé et n'a jamais été malade. Il a perdu un fils, étudiant en médecine, il y a environ quinze ans. Ce malheur l'a beaucoup frappé, mais il a fini par surmonter sa douleur, et depuis longtemps déjà il avait repris son train de vie ordinaire. Il y a deux mois, sans cause appréciable, il devient triste, et tombe peu à peu dans une

©BIUM

mélancolie profonde. Il est pris en même temps d'idées de culpabilité imaginaire. Il s'accuse de n'avoir pas géré ses propriétés avec honnêteté, d'avoir volé son maître, d'avoir péché contre les mœurs ; il croit que sa femme va mourir et redoute toutes sortes de malheurs. Les idées de suicide ne tardent pas à survenir, et un beau jour, il se coupe la gorge avec un rasoir. On nous l'amène avec une profonde entaille au cou ; les lèvres de la plaie suppurent, mais paraissent en bonne voie de guérison.

R... présente tous les signes de la lypémanie aiguë ; il geint et se lamente constamment ; la nuit, il ne ferme pas l'œil et ne cesse de faire, à haute voix, des prières et des sermons, demandant pardon à Dieu de ses fautes et priant pour l'humanité tout entière. Son état prend d'emblée une allure stationnaire et au bout de trois mois, le 22 août 1884, il est transféré dans un autre asile.

Les renseignements qui m'ont été donnés sur sa famille sont très incomplets, mais j'ai appris que sa mère avait été atteinte de mélancolie vers l'âge de soixante ans, et qu'elle avait présenté d'une façon très nette des idées de suicide. Je n'ai pu savoir de quelle façon elle était morte.

6° B... (Louise), veuve R..., couturière, âgée de cinquante-huit ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 23 juillet 1881. Son père est mort dans la démence à l'âge de soixante-quatorze ans ; il était hémiplégique depuis plus de dix ans. L'observation ne signale pas d'autres antécédents héréditaires. La malade a plusieurs enfants, bien portants. Elle a cessé d'être réglée il y a onze ans, et a toujours joui d'une bonne santé.

Il y a cinq mois que sa maladie a commencé. Elle prétend avoir eu vers cette époque des relations avec un homme. Peut-être n'est-ce là qu'une accusation déli-

©BIUM

rante de sa part, car elle avait très bonne conduite. Quoi qu'il en soit, elle s'est mise en tête qu'elle était enceinte, elle ne cessait d'y songer, d'en parler en pleurant ; elle ne dormait plus la nuit, et refusait même de se coucher. Au bout de quelque temps, cette idée ne la quittant pas et, devenant de plus en plus triste, elle a prétendu qu'elle sentait son enfant remuer dans son ventre, qu'elle éprouvait du malaise général et de la gastralgie. Peu à peu sa mélancolie a pris le caractère anxieux, et comme ses filles devenaient très inquiètes, elles l'ont faite admettre à l'hôpital Laennec d'où elle a été transférée à Sainte-Anne.

B,.. est dans un état de lypémanie très marquée, avec prédominance d'idées hypochondriaques et de culpabilité. Elle ne songe qu'à sa grossesse ; elle ne parle que de cela ; elle accumule toutes les preuves pour l'établir, en s'accusant d'infamie et en se lamentant.

Au bout d'un mois les symptômes semblent diminuer d'intensité, et en présence de ce semblant d'amélioration, ses filles la réclament, s'engageant à la surveiller et à lui donner les soins nécessaires. Elle quitte l'asile le 15 septembre 1881.

Tels sont les faits. Relevons-en, maintenant, les principales particularités.

Ce qui frappe avant tout dans la série d'observations qui précéde, c'est la forme constamment mélancolique du délire. En présence de ce fait, je me suis demandé si d'une façon générale l'âge n'avait pas quelque rapport avec la nature du type morbide, et j'ai fait quelques recherches dans ce sens. N'ayant rien trouvé de précis dans les auteurs, notamment dans le mémoire de Willé sur la psychoses de la sénilité et dans la thèse récente de M. Goudal sur l'aliénation mentale chez les vieillards, j'ai procédé à une enquête personnelle. Sur 38 cas de manie pris au hasard, j'en ai

©BIUM

trouvé 4 au-dessus de cinquante ans, soit 10,5 p. 100, tandis que sur 93 cas de mélancolie, il en existait 14, soit 15 p. 100. La différence, comme on le voit, est déjà assez sensible. Elle le devient davantage encore si on y regarde de plus près. En effet, dans les quatre cas de manie cités plus haut, il existe : 1° un individu âgé de soixante-douze ans, qui est atteint depuis plus de trente ans de folie intermittente, et qui en est actuellement à son quinzième ou seizième accès; 2° un second, âgé de cinquante-sept ans, qui a eu également trois accès de manie, dont le premier à vingt-quatre ans; 3° un troisième, âgé de soixante ans, qui présentait de l'affaiblissement intellectuel avec idées de grandeurs incohérentes et symptômes de parésie musculaire, paraissant liés à une affection cérébrale organique en voie d'évolution ; 4° un dernier enfin, âgé de cinquante un ans, dont l'accès a été le type de la manie congestive ou folie paralytique. En somme, aucun cas, sur le nombre, de manie réellement simple et primitive. Les quatorze cas de mélancolie, au contraire, étaient exempts de toute complication, et, à part un ou deux, de précédents morbides. M. Legrain, dans son ouvrage cité, rapporte également quatre cas de folie chez des gens âgés et, dans les trois premiers, il s'agit de délire mélancolique ; un seul, d'ailleurs moins précis, fait mention d'un délire ambitieux incohérent.

Il semble donc que la folie généralisée s'observe plus fréquemment chez les gens âgés sous la forme mélancolique, et que la forme maniaque, plus rare, soit en outre habituellement symptomatique d'une folie à répétition, d'un délire aigu ou d'une affection cérébrale organique.

C'est là, sans doute, une des raisons du type clinique invariablement constaté chez nos malades. Nous verrons d'ailleurs que ce n'est pas la seule cause à inter-

©BIUM

venir, et que l'hérédité en particulier paraît jouer à cet égard un rôle prépondérant.

Quant au caractère même de la mélancolie, il ne présente rien de bien particulier. La forme agitée, à réaction anxieuse ou gémisseuse, est peut-être plus commune que la forme torpide à dépression prédominante, et en ce qui concerne le délire, il roule presque toujours sur des idées de culpabilité et d'appréhension imaginaires. La tendance au suicide est presque constante.

Un second fait qui frappe, dans nos observations, c'est la fréquence des affections cérébrales dans les antécédents de famille des malades. Sauf deux cas, en effet, où la cause de la mort est restée ignorée, on trouve toujours, dans l'ascendance, des accidents apoplectiques mortels. Il est vrai que cinq fois sur six, on note aussi des symptômes de vésanie, mais l'importance étiologique de l'élément congestif n'en reste pas moins évidente, ce qui n'a pas lieu, au moins d'une façon habituelle, dans l'hérédité de la folie pure. Cette particularité, jointe à la constance du délire mélancolique chez nos malades et à la constatation, chez l'un d'eux, d'une méningo-encéphalite ultime, m'a amené à rechercher si les cas de ce genre ne rentraient pas dans ce que M. Mairet a désigné et décrit récemment sous le nom de « démence mélancolique ». Après avoir revu l'ouvrage de l'auteur, j'ai pu m'assurer qu'ils en différaient notablement, car dans les faits rapportés par M. Mairet, il s'agit d'une périencéphalite plus ou moins localisée, dont le symptôme le plus saillant et le plus constant est une démence radicale, à laquelle viennent se joindre habituellement un délire de nature mélancolique et des signes physiques rappelant ceux de la paralysie générale progressive. Nous avons vu au contraire que les sujets dont nous avons rapporté l'histoire ne présentaient aucune trace d'affaiblissement intellectuel ou de parésie muscu-

©BIUM

laire, et que, malgré leur âge et la durée de leur maladie, ils conservaient intact pendant fort longtemps le niveau habituel de leurs facultés. Quoi qu'il en soit, cette fréquence de l'élément cérébral dans leur hérédité est un fait intéressant à signaler. Nous aurons occasion d'y revenir plus tard.

Si l'hérédité, chez nos malades, affecte pour ainsi dire une forme mixte, à la fois congestive et vésanique, il est à remarquer également que c'est à un âge avancé que l'affection mentale s'est déclarée chez les ascendants. Aucun des cas relatés plus haut ne fait exception à cette règle, et c'est presque toujours entre soixante et soixante-dix ans que les troubles psychiques se trouvent signalés chez eux. Or nous avons pu voir que c'est précisément vers cet âge que nos malades ont été frappés de folie. Parfois même, la similitude est complète à cet égard, comme dans l'observation 2, qui peut servir de type clinique. C'est là, à n'en pas douter, un exemple très net de cette hérédité homochrome ou aux périodes correspondantes de la vie dont nous parlions tout à l'heure, et sur laquelle Ribot et Déjerine ont encore insisté dans des travaux récents.

L'analogie héréditaire n'est pas d'ailleurs exclusivement bornée ici à la question d'âge ; le plus souvent, elle s'étend encore à la forme morbide. Dans tous les cas, en effet, où des symptômes de délire ont existé chez les parents, c'est-à-dire cinq fois sur six, il s'est agi, comme chez les enfants, de manifestations lypémaniaques. Dans l'observation 2, le délire mélancolique de la mère et du fils a été à ce point identique qu'on retrouve chez l'un et chez l'autre les mêmes idées délirantes, les mêmes oraisons mystiques, le même dégoût marqué de la vie. On peut donc dire que si dans les faits que nous signalons, l'hérédité est habituellement homochrome, elle est le plus souvent aussi similaire ou homologue.

©BIUM

Les caractères de cette hérédité suffisent à en attester l'influence majeure, et permettent, à mon avis, de lui attribuer le principal rôle dans la production de la folie chez nos malades, ainsi que dans la forme qu'elle affecte et l'âge auquel elle survient. C'est, en effet, une particularité assez curieuse, on en conviendra, que cette apparition inattendue du délire à l'âge du repos de la vie, chez des sujets qui jusqu'alors ont pu surmonter tous les obstacles; et il est impossible de ne pas songer, devant cette anomalie, à ces vieux braves qui, échappés miraculeusement à la mort dans maintes batailles, viennent mourir misérablement chez eux de la plus vulgaire des maladies. On comprend très bien qu'un enfant taré et par conséquent sans force de résistance, succombe au premier choc, dès l'évolution de la puberté; on comprend encore qu'une femme prédisposée, qui a traversé tant bien que mal les premières étapes de sa vie génitale, tombe enfin aliénée sous l'action éminemment perturbatrice de la ménopause. La prédisposition, déjà aiguisée, si l'on peut dire, par les secousses antérieures, a trouvé là enfin un élément suffisant pour se développer.

Mais qu'un individu, manifestement héréditaire, supporte sans défaillance tout ce que la vie peut accumuler de misères et de luttes; si c'est un homme, qu'il perde sans faiblir sa fortune, sa position, ses enfants; si c'est une femme, qu'elle triomphe des grossesses nombreuses, des lactations prolongées, des malheurs conjugaux, de l'âge critique : et tout cela, pour en arriver à succomber, en fin de compte, dans cette période intermédiaire entre la vie active et la vieillesse, où commence le repos de la vie, en vérité, il y a là quelque chose de singulier et qui mérite bien de fixer l'attention. Et comme pour donner plus de relief à cette anomalie apparente, c'est, on l'a vu, à l'occasion d'un motif futile, quelque-

©BIUM

fois même sans motif, pour ainsi dire, que les malades se mettent à délirer.

Quelle cause peut-on donc invoquer dans ces cas, sinon l'effet majeur de l'hérédité qui attend pour ainsi dire son heure avant de se manifester, et qui, aidée ou non par des circonstances occasionnelles, n'éclate qu'à ce moment précis, en vertu de cette mystérieuse influence de l'atavisme qui reproduit chez les descendants, exactement au même âge et dans les mêmes conditions, les particularités physiologiques et pathologiques de leurs ascendants. C'est là, pour nous, la véritable raison de cette homochromie morbide.

On pourra objecter que nous faisons trop bon marché de l'âge critique, dont l'action doit certainement entrer ici en ligne de compte. Nous sommes loin de nier toute l'importance de cette cause, dont nous avons nous-même apprécié l'action dans un autre travail (art. : *Sympatique* (folie) du Dict. Dechambre) ; nous admettons même avec certains auteurs, et notamment avec Skæ, qui a fait de ce sujet une étude spéciale, que l'homme a, comme la femme, sa grande climatérique entre cinquante et soixante ans, et que l'un et l'autre sont souvent pris, à ce moment, d'une folie qui revêt d'habitude la forme mélancolique. Mais il nous paraît difficile d'invoquer chez nos malades une action de ce genre, puisque la ménopause remontait, en moyenne, chez les femmes, à plus de dix ans, et qu'on n'observait chez aucune d'elles les symptômes physiques ou moraux qui accompagnent ou suivent habituellement ce processus physiologique. Tout au plus pourrait-on supposer que cette période de transition intermédiaire entre la vie active et la vieillesse, dont nous avons parlé, est elle-même une période critique, facilement accessible aux troubles intellectuels.

Mais en admettant même cette hypothèse, l'influence

©BIUM

de l'hérédité n'en reste pas moins manifestement prépondérante.

Telles sont les principales particularités que je tenais à relever dans les faits qui précèdent. Je n'ajoute qu'un mot relativement à l'évolution du délire. Ainsi qu'on a pu le voir, dans la plupart des cas, l'accès de mélancolie, quoique se présentant à l'état aigu, accuse une tendance évidente à se prolonger outre mesure ; tantôt il persiste indéfiniment tel quel, pour ainsi dire, si bien qu'au bout d'un an, deux ans et plus, les malades sont exactement dans le même état qu'au début ; d'autres fois la marche n'est pas uniforme, et l'accès est entrecoupé par des périodes d'accalmie ou au contraire d'exacerbation, plus ou moins marquées ; rarement la rémission est assez complète pour constituer une amélioration sérieuse et durable. D'autre part, malgré l'âge déjà avancé des sujets, la tendance à l'affaiblissement intellectuel est loin d'être rapide, et aucun de ceux que j'ai pu suivre n'a présenté de signe de démence, même après plusieurs années. Cette persistance habituelle de l'état aigu, jointe à la longue résistance des malades à la démence, suffisent à séparer les faits que nous étudions des cas de folie généralisée qui surviennent dans la vieillesse proprement dite et que M. Goudal a eu spécialement en vue dans sa thèse. Dans ces cas, lorsqu'un accès de folie éclate, l'observation montre, et M. Goudal a judicieusement insisté sur ce point, que, basé sur un fond de démence, il est en outre promptement suivi de mort ou de guérison, et que cette dernière solution, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, est loin d'être rare.

Il ne nous reste plus qu'à nous demander, maintenant comment se termine l'accès de folie chez nos malades Versent-ils en dernier lieu dans une démence lentement progressive, aboutissant final de tout délire, ou sont-ils

©BIUM

emportés plus ou moins rapidement par quelque complication cérébrale ? Malgré ce que nos documents offrent d'incomplet sur ce point, nous serions assez disposé à admettre cette dernière hypothèse, en raison surtout des particularités héréditaires que nous avons signalées plus haut. La tendance si marquée qu'ont les malades à reproduire exactement les phénomènes observés chez leurs ascendants, permet de penser, en effet, que leur vie peut se terminer de même façon, c'est-à-dire par des accidents cérébraux plus ou moins aigus, et les lésions de méningo-encéphalite observées chez l'un d'eux à l'autopsie viennent, dans une certaine mesure, à l'appui de cette opinion. Je me propose, du reste, de ne pas perdre de vue les faits que j'ai sous les yeux et d'en poursuivre l'étude par la constatation de leur mode habituel de terminaison. Ce sera là le complément pour ainsi dire nécessaire de ces quelques réflexions.

On trouvera, peut-être, que j'ai accordé trop d'importance à de simples observations, et qu'en entrant à leur sujet dans des commentaires si détaillés, j'ai l'air d'en avoir fait presque un groupe à part, alors qu'ils rentrent absolument dans le cadre nosologique commun. Je me hâte de déclarer que je n'ai jamais eu pareille intention, et qu'en rapportant et en commentant les faits qui précèdent, j'ai simplement voulu rappeler certaines particularités cliniques de la folie chez les gens âgés, et notamment le caractère parfois homochrome et homologue de sa transmission héréditaire.

©BIUM

MOUVEMENT

DE

L'ALIÉNATION MENTALE A PARIS

(1872-1885)

Par M. le Dr Augustin PLANÈS
Ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine.

(SUITE ET FIN)

III. — *Influence des saisons sur la fréquence de la folie.* — Pour s'assurer que certaines saisons sont plus favorables à l'éclosion de la folie, il a suffi d'additionner mois par mois le nombre des aliénés qui ont été examinés à l'infirmerie spéciale pendant les quatorze années d'observation.

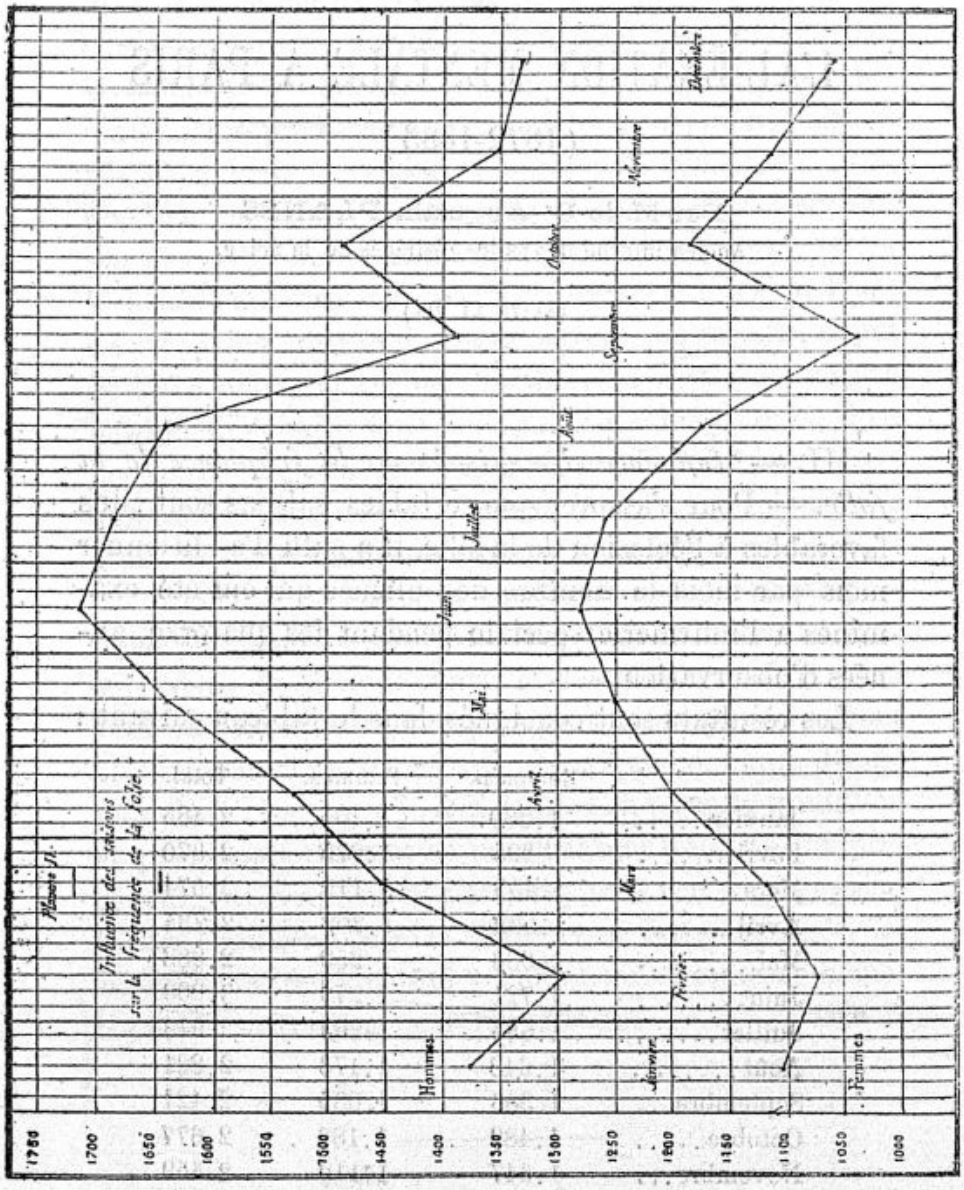
Les résultats sont consignés dans le tableau suivant :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Janvier.....	1.380	1.105	2.485
Février.....	1.295	1.075	2.370
Mars.....	1.455	1.119	2.574
Avril.....	1.532	1.202	2.734
Mai.....	1.638	1.250	2.888
Juin.....	1.721	1.279	3.000
Juillet.....	1.685	1.263	2.948
Août.....	1.648	1.173	2.821
Septembre...	1.386	1.035	2.421
Octobre.....	1.489	1.188	2.677
Novembre...	1.347	1.112	2.459
Décembre...	1.331	1.060	2.391

Dans ce qui suit nous n'avons pas besoin, en décrivant cette marche mensuelle moyenne, de spécifier s'il

©BIUM

s'agit des hommes ou des femmes. Il est à remarquer en effet que la marche mensuelle moyenne est la même pour les deux sexes.



Il suffit de lire les résultats précédents ou de se reporter à notre planche II, pour constater que le nombre des aliénés va régulièrement croissant de jan-

©BIUM

vier à juin. Février seul, trouble l'harmonie de cette progression, mais il faut remarquer qu'il a au moins deux et souvent trois jours de moins que les mois voisins. C'est en juin qu'est atteint le maximum numérique, et ce maximum est d'autant mieux caractérisé que les deux mois voisins ont chacun trente et un jours, tandis qu'il n'en a que trente. Cette différence, qui peut paraître subtile, n'est pas négligeable, si on remarque qu'il y a à cette époque de l'année sept malades internés par jour. A partir de juin, la décroissance se fait régulièment encore ou à peu près jusqu'à la fin de l'année, s'il n'y avait en octobre une augmentation assez considérable sur les mois voisins. Septembre, ainsi que novembre et décembre sont à peu près de la même importance que janvier.

On voit donc que l'influence saisonnière est loin d'être négligeable dans la production de la folie.

En pareil cas, on fait souvent jouer un grand rôle à la température extérieure, et il est assez généralement admis que ce sont surtout les grandes chaleurs qui sont difficiles à supporter pour les cerveaux prédisposés à la perte de la raison. Mais nos résultats nous obligent à soutenir une opinion différente.

En groupant en effet les admissions par trimestres, nous avons obtenu ce qui suit :

	1er trim.	2e trim.	3e trim.	4e trim.
Hommes...	4.130	4.891	4.719	4.167
Femmes ...	3.299	3.731	3.471	3.360

Il est indiscutable que pendant les mois de juillet, août et septembre, les chaleurs sont bien plus fortes et surtout plus continues que pendant les mois d'avril, mai et juin ; cependant les admissions sont plus nombreuses pendant ce second trimestre de l'année. La tem-

©BIUM

pérature extérieure n'est donc plus une raison suffisante à donner.

De même, en octobre, il se produit une augmentation assez notable des cas de folie qu'il est assez difficile d'expliquer.

On se trouve sans doute là en présence d'une influence spéciale, de nature complexe et difficile à analyser, des conditions ambiantes sur les fonctions du système nerveux.

Y aurait-il cependant une catégorie particulière d'aliénés qui serait la cause de cette recrudescence pendant le printemps et l'été? Non. Pour presque tous les genres de folie en effet nous avons trouvé que les cas étaient un peu plus nombreux pendant ces deux trimestres. Néanmoins il faut dire que, du moins pour les hommes, une des principales causes de cette augmentation du nombre des aliénés pendant les mois d'été, c'est que les alcooliques sont beancoup plus nombreux à cette époque. Ainsi que nous le verrons plus tard, quand nous nous occuperons d'eux d'une façon spéciale, c'est aussi en juin qu'ils sont le plus nombreux, mais guère plus qu'en juillet et août. C'est même peut-être à cause de leur fréquence pendant ces deux derniers mois que la différence est aussi peu tranchée pour les hommes entre le 2e et le 3e trimestre. Pour les femmes au contraire, parmi lesquelles on observe peu de cas de ce genre, ce fait se présente d'une façon plus nette.

Peut-être faut-il aussi chercher une partie de la cause dans des raisons sociales plus banales. Qu'il s'agisse d'un persécuté ou d'un lypémaniaque par exemple. Pendant l'hiver, les rigueurs de la température les retiennent chez eux : leur délire évolue à domicile et aucun étranger ne s'occupe d'eux. Pendant la belle saison, au contraire, si, poussés par une hallucination quelconque, ils commettent quelque méfait ou quelque

©BIUM

excentricité dans la rue, le trouble de leurs fonctions cérébrales ne tarde pas à être constaté et ils sont envoyés dans une maison de santé.

M. Legoyt (1), dans son travail, précédemment cité, sur la folie en France, a cherché aussi comment se répartissaient les admissions dans les asiles, entre les divers mois de l'année. Voici les chiffres qu'il donne :

Hiver (décembre, janvier, février).....	22,46
Printemps (mars, avril, mai).....	26,42
Été (juin, juillet, août).....	27,96
Automne (septembro, octobre, nov.)...	23,46

Il attribue cette augmentation pendant les mois d'été à l'élévation de la température. Nous avons dit que cette raison ne nous paraissait pas suffisante, et si les résultats ne paraissent pas concorder avec les nôtres, c'est à cause du groupement particulier des mois, qui n'est pas le même que le nôtre. D'ailleurs si on se reporte aux résultats précédents, on voit que la différence n'est pas très considérable entre les températures du deuxième et du quatrième trimestre composés comme ci-dessus, ou tout au moins qu'elle est loin d'être suffisante pour expliquer l'écart qui existe entre les nombres d'admissions correspondantes.

On peut encore ici s'appuyer sur les statistiques faites à propos des suicides. Nous n'en citerons que deux, parce qu'elles sont toutes récentes.

Des résultats exactement concordants avec les nôtres, ont été publiés en Angleterre. M. Ogle, le Registar general, a communiqué au mois de février 1886 le résultat de ses recherches basées sur 42,630 suicides enregistrés en Angleterre et dans le pays de Galles. « On croit en général, dit le compte rendu, que le sui-

(1) M. Legoyt, *loc. cit.* in *Revue scientifique*.

©BIUM

cide 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 (1). »

D'un autre côté, nous venons de lire dans la *Semaine médicale* (2) un article sur le suicide en France pendant l'année 1884, duquel nous extrayons ce qui suit : Il s'est accompli cette année-là 7.572 suicides qui donnent une proportion de 79 hommes et 21 femmes pour 100, ce qui confirme bien les résultats trouvés par M. Legoyt et que nous avons cités précédemment. La distribution de ces suicides, d'après les mois dans lesquels ils ont eu lieu se fait de la façon suivante :

Janvier	629	
Février.	507	1.847 ou 24 0/0
Mars	711	
Avril.	665	
Mai.	781	2.211 ou 29 0/0
Juin.	765	
Juillet.	790	
Aout.	612	2.004 ou 27 0/0
Septembre . . .	602	
Octobre.	559	
Novembre. . . .	506	1.520 ou 20 0/9
Décembre. . . .	455	

Les statistiques précédentes conduisant exactement aux mêmes résultats, nous croyons qu'il est légitime d'établir que, par ordre d'importance au point de vue qui nous occupe, les différents trimestres de l'année doivent se ranger de la façon suivante : le deuxième ; le troisième ; le premier et le quatrième, ce qui nous autorise à conclure qu'il faut renoncer à la vieille for-

(1) *Semaine médicale*, 24 février 1886, p. 86. Lettres d'Angleterre.

(2) *Semaine médicale*, 31 mars 1886, p. 135.

©BIUM

mule, qui fait coïncider la fréquence de la folie et du suicide avec les fortes chaleurs de l'été. C'est en réalité pendant l'effervescence général du printemps qu'est atteint le maximum des cas de ce genre.

IV. — *Importance des diverses formes d'aliénation mentales.* — Il faut maintenant chercher quelle importance relative doit être attribuée aux divers types morbides. On se heurte alors à une question de doctrine des plus délicates, car pour cataloguer les divers diagnostics, on est obligé d'opter pour une des classifications proposées. Ce serait là trancher une question sur laquelle les divers auteurs ne sont pas encore d'accord, mais nous ne nous sommes pas trouvé dans cette difficile alternative. Les certificats sur lesquels repose notre statistique ayant été faits par MM. Lasègue, Legrand du Saulle et Paul Garnier, nous n'avons eu qu'à établir des catégories basées sur leur manière habituelle de les formuler. C'est surtout d'après le diagnostic en vedette que nous nous sommes guidé pour établir nos groupes cliniques et y répartir les malades. On verra qu'il manque à notre classification une catégorie à laquelle certains auteurs attachent beaucoup d'importance : celle des héréditaires ou des dégénérés. Nous n'avons pu l'y introduire, parce que ce diagnostic n'était pas fréquemment formulé dans les certificats. Les malades de ce genre sont répartis dans les divers autres groupes, suivant la manifestation de leur délire et le symptôme qu'ils présentaient d'une manière plus frappante. C'est ainsi que les dipsomanes ont été rangés parmi les alcooliques, etc.

Nous avons fait deux tableaux distincts pour les hommes et pour les femmes, dans lesquels nous avons fait rentrer les 32,000 malades que nous avions à classer. Nous donnons le chiffre brut que nous a fourni la

©BIUM

statistique et à côté la proportion pour 100 qui fait bien mieux ressortir l'importance relative de chaque groupe.

Hommes.

Alcoolisme	5.063	28
Excitation maniaque	2.679	15
Etats cérébraux séniles	2.491	14
Paralysie générale	2.108	12
Débilité intellectuelle (adultes)	1.488	8
Epilepsie	1.250	7
Mélancolie	1.099	6
Délire des persécutions	1.006	6
Enfants	760	4
		100

Femmes.

Excitation maniaque	2.986	22
Etats cérébraux séniles	2.658	19
Mélancolie	2.038	15
Délire des persécutions	1.607	12
Débilité intellectuelle (adultes)	1.012	7
Hystérie	825	6
Alcoolisme	818	6
Paralysie générale	742	5
Enfants	554	4
Epileptiques	532	4
		100

1° *Alcoolisme.* — Nous avons rangé dans ce groupe toutes les victimes de l'alcool, à tous les degrés de l'intoxication, depuis l'alcoolisme chronique jusqu'au delirium tremens. Voici le tableau annuel des cas de ce genre :

	Hommes.	Femmes.	Total.
1872	261	41	302
1873	333	44	377
1874	298	47	345
1875	311	58	369
1876	335	53	388
1877	302	60	362

©BIUM

1878	319	59	378
1879	356	71	427
1880	355	47	402
1881	401	64	465
1882	442	55	497
1883	482	66	548
1884	444	77	521
1885	424	76	500
	5.063	818	

On voit que l'alcoolisme exerce sans comparaison plus de ravages parmi les hommes que parmi les femmes. Cette intoxication est de beaucoup pour eux la cause la plus fréquente de folie. 5,063 aliénés sur 18,000 lui sont redevables de leur internement, ce qui constitue, ainsi que nous l'avons vu, une proportion de 28 0/0. Et, loin de diminuer, cette proportion de mauvaise augure ne cesse d'augmenter. En effet, de 1872 à 1880 inclusivement, la moyenne annuelle des alcooliques n'a été que de 378, tandis qu'au contraire elle s'est élevée à 506 pendant les cinq dernières années.

C'est donc autant depuis 1880 que le nombre des alcooliques a augmenté, et cependant c'est à peu près depuis lors que le mouvement des affaires s'est ralenti à Paris. Au lieu d'en faire diminuer le nombre, cela n'a eu peut-être pour résultat que de l'augmenter, car, il est bien prouvé que c'est parmi les populations les plus misérables que se recrutent le plus d'alcooliques ; l'ouvrier malheureux cherchant trop souvent l'oubli de son malheur dans la satisfaction de ce vice, au lieu de réparer ses forces par un régime moins malfaisant.

Mais la considération sans contredit la plus importante, c'est qu'il faut se préoccuper non pas de la quantité mais surtout de la qualité de l'alcool ingéré. Or, on sait que depuis que les vignobles français sont ravagés par le phylloxera, on fait subir même aux vins naturels

©BIUM

toutes sortes de préparations, telles que le vinage, le mouillage, le plâtrage, etc..., qui permettent de les mettre en vente à plus bas prix. Ce qui se vend aujourd'hui à Paris sous le nom de vin n'a plus rien de commun avec le produit de la fermentation du raisin : ce n'est qu'un produit de fabrication, dans lequel l'alcool qui y figure est obtenu par des distillations de diverses substances. Ces alcools beaucoup plus toxiques que l'alcool de vin ont une action beaucoup plus nocive sur le système nerveux. C'est à eux que doit être imputé l'alcoolisme, tandis que c'est de l'abus de l'autre que relevait surtout l'ivrognerie. « Ces esprits d'industrie, a dit M. Jules Rochard (1), ne sont pas seulement des produits enivrants, ce sont des poisons... Toute liqueur qui renferme en proportion notable un des alcools supérieurs dont je viens de parler, est une boisson toxique : ce n'est pas seulement l'ivresse qu'elle détermine, c'est un empoisonnement dont les résultats sont terribles pour les familles et pour les nations, alors que ceux qui s'abandonnent à cette passion ne sont plus des individualités isolées et qu'ils forment légion. »

Tout le mal vient donc de ce que pour fabriquer des liqueurs spiritueuses, on a utilisé des liquides qu'on a demandés à la distillation de la betterave et d'autres végétaux sucrés ou féculents et que ces liquides ne contenaient pas seulement de l'alcool de vin, mais aussi d'autres alcools appartenant à cette nombreuse série des alcools qui en renferme tant et qui, eux, sont beaucoup plus toxiques pour le système nerveux. Les résultats constatés à la suite de l'introduction et de l'usage de ces boissons depuis quelques années dans le commerce ont été si effrayants que la question a été portée devant les assemblées gouvernementales et que l'Académie de Mé-

(1) *Revue des Deux Mondes*, 15 avril 1886.

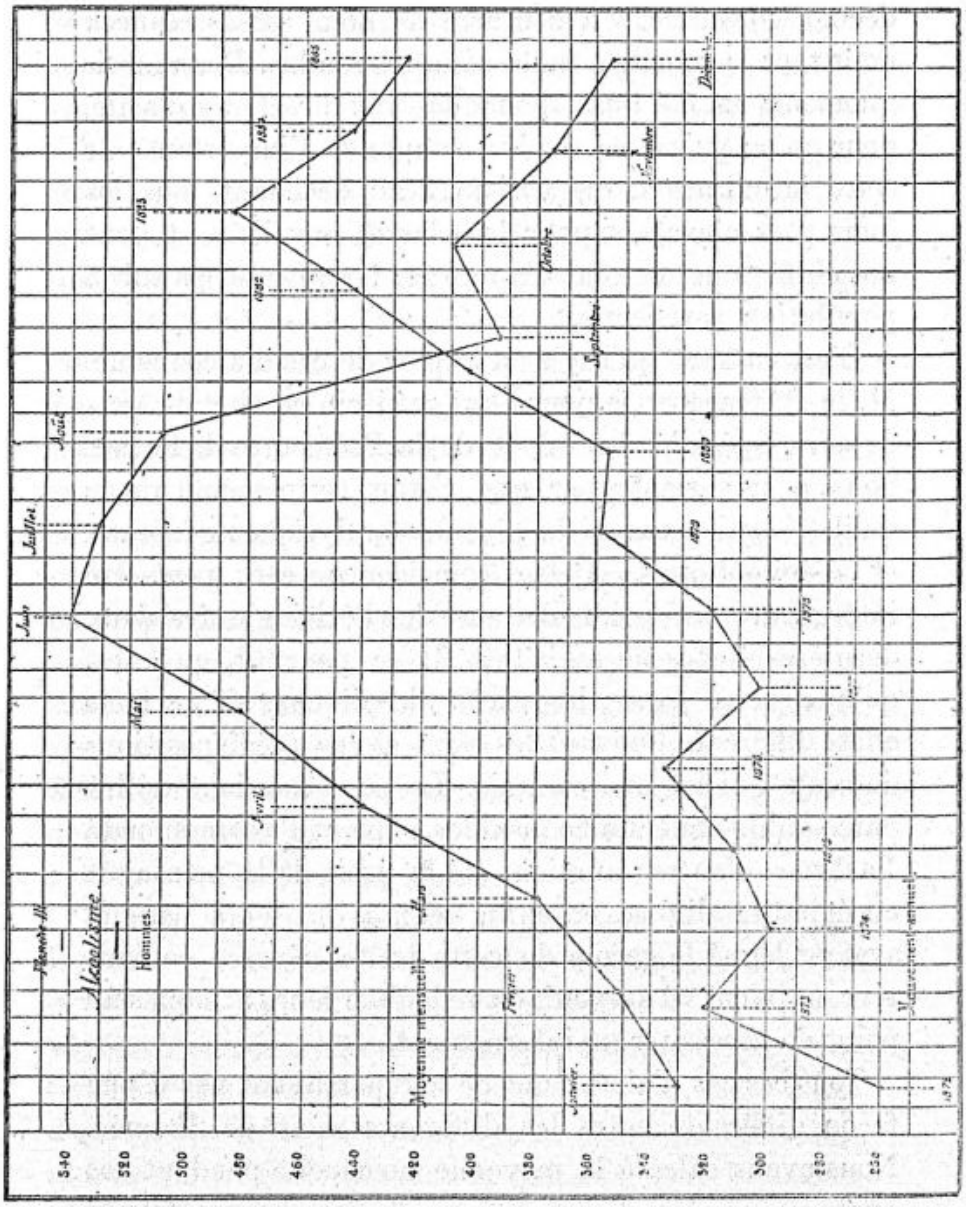
©BIUM

decine, consultée, y a consacré de nombreuses séances dont tout le monde a lu les comptes rendus. Des renseignements ont été aussi demandés aux directeurs d'asile, pour qu'on puisse se rendre compte de l'importance de cette intoxication, qui est un fléau devenant tous les jours plus menaçant pour les classes ouvrières et dont nos chiffres permettent d'apprécier les ravages parmi la population parisienne.

C'est en 1883 qu'il y a eu le plus de cas d'alcoolisme M. le Dr Garnier, aujourd'hui médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de Police, nous a fait remarquer que c'était cette même année qu'il y avait eu aussi le plus de paralytiques généraux et d'épileptiques. Cette coïncidence est peut-être intéressante au point de vue de l'étiologie des deux dernières sortes de maladies. Il se pourrait, en effet, qu'une même cause, les excès alcooliques, ait eu trois effets différents, suivant les tares et les prédispositions de ceux qui les ont commis. Les uns auraient déliré parce qu'ils étaient alcoolisables, suivant l'expression de Lasègue ; d'autres auraient été la proie de la méningo-encéphalite diffuse et, enfin, ceux à qui leurs parents avaient légué le germe de cette triste névrose convulsive, auraient vu survenir ou redoubler leurs attaques au point de nécessiter un internement.

Tous ces cas d'alcoolisme ne se répartissent pas d'une façon différente entre les différents mois de l'année. Nous avons calculé la moyenne mensuelle pendant nos quatorze années d'observation, et nous avons trouvé quelque chose d'analogue à la moyenne mensuelle des aliénés considérés en totalité. Un des tracés de la planche III est la représentation graphique des résultats obtenus. Elle permet de constater que le nombre des cas augmente régulièrement de janvier à juin où est atteint le maximum numérique, juillet ne lui cède le

©BIUM



pas que de très peu et août présente encore une moyenne fort élevée, mais en septembre la diminution est déjà très marquée et se continuerait régulièrement jusqu'à la fin de l'année, s'il n'y avait une petite recrudescence au mois d'octobre.

Ici encore nous nous trouvons en contradiction avec

©BIUM

les opinions généralement admises que c'est pendant les grandes chaleurs que les alcooliques sont les plus nombreux. Il y a donc une cause qui nous est inconnue, mais dont les effets sont cependant bien manifestes. Elle nous oblige en tous cas à rejeter au second plan la température comme cause prédisposante dans l'histoire de l'intoxication qui nous occupe. Pendant le deuxième trimestre de l'année, le nombre des alcooliques est, en effet, un peu plus élevé que pendant le troisième, quoique les chaleurs soient beaucoup moins fortes.

D'ailleurs voici les chiffres que nous avons obtenus :

	1er trim.	2e trim.	3e trim.	4e trim.
Hommes...	1.060	1.461	1.433	1.093
Femmes..	174	225	204	195

L'alcoolisme est d'une bien moins grande importance pour les femmes. Sans leur refuser le mérite d'une tempérance innée, il faut remarquer cependant que par leur position sociale et leurs occupations habituelles, elles sont, bien moins que les hommes, exposées aux dangers de la tentation. Même à Paris où l'indépendance de la femme est assez grande, cette cause de délire ne se place que parmi les moins importantes. Elle n'arrive en effet qu'au septième rang, et la proportion pour 100 aliénées n'est que de 6. Nous avons relevé pour elles les mêmes particularités que pour les hommes ; entre autres, que le nombre tend à s'élever pendant ces dernières années et que dans le trimestre du printemps, on observe plus de cas que pendant les autres.

2° *Excitation maniaque.* — Ce groupe est consacré plutôt à un état symptomatique qu'à une entité morbide. Nous y avons rangé les malades qui présentaient comme symptôme principal l'excitation, sans qu'il soit possible d'en déterminer la nature étiologique. Voici d'ailleurs

©BIUM

les diagnostics relevés à leur sujet sur les certificats : excitation maniaque, manie aiguë ou chronique, délire maniaque.

	Hommes.	Femmes.		Hommes.	Femmes.
1872...	173	228	1879...	237	229
1873...	177	248	1880...	244	222
1874...	179	235	1881...	279	226
1875...	186	233	1882...	217	255
1876...	163	215	1883...	140	154
1877...	161	195	1884...	155	181
1878...	216	224	1885...	153	143
				2.679	2.988

Il est à remarquer que les femmes fournissent plus de cas de ce genre que les hommes : c'est un des rares groupes, avec le suivant, qui présente cette particularité. Cette remarque est d'ailleurs d'observation banale ; il suffit d'avoir parcouru un asile d'aliénés pour avoir été frappé par ce fait, quand on passe des quartiers d'hommes dans les quartiers de femmes. Ces dernières se livrent toujours en plus grand nombre à toutes espèces d'excentricités et de vociférations.

Cet état symptomatique s'aggrave-t-il encore à certains moments de l'année ? Il est probable qu'il faudrait, dans des observations de ce genre, tenir compte de beaucoup de facteurs : la température, la pression barométrique et, sans doute, l'état électrique de l'atmosphère, etc., toutes choses que nous n'aurions pu faire, d'autant plus que les malades ne restaient que très peu de temps à notre disposition. La seule remarque qu'il nous ait été possible de consigner, c'est que conformément à ce que nous avons établi quand nous avons cherché l'influence des saisons sur la fréquence de la folie, les malades de ce genre sont plus nombreux pendant le deuxième trimestre de l'année que pendant les autres. Voici en effet nos résultats.

©BIUM

	1er trim.	2e trim.	3e trim.	4e trim.
Hommes...	634	767	608	663
Femmes....	695	836	745	709

Ce groupe présente encore la particularité bien remarquable, qu'il est le seul dont l'importance diminue aussi bien pour les hommes que pour les femmes pendant ces dernières années. Nous n'avons pas la prétention d'en donner la raison mathématique ; mais, à notre avis, cette diminution n'est peut-être qu'apparente. Quatorze années sont, en effet, un laps de temps considérable pour les sciences médicales et, pendant cette période, la science du pronostic a pu faire des progrès sinon considérables, du moins sensibles. Quelle différence n'y aurait-il pas entre une statistique détaillée des maladies du système nerveux, qu'on ferait à partir d'aujourd'hui et une autre qui aurait été close il y a une vingtaine d'années ! Il ne répugne pas à admettre qu'aujourd'hui, mieux qu'il y a quinze ans, derrière un excité maniaque on ne sache reconnaître un paralytique général à la période de début, une hystérique avec tous ses stigmates, un épileptique qui n'aurait que de simples absences ou des vertiges, etc. ? La raison de cette diminution des excités maniaques est donc simplement, peut-être, qu'au lieu de s'arrêter au symptôme, on a pu remonter à la cause étiologique : espérons pour les progrès de la science que, si cette hypothèse est vraie, cette sorte de défervescence s'accentuera encore.

3° *Accidents cérébraux séniles.* — Ce groupe est réservé à cette catégorie de malades, dont l'intelligence n'a pu résister aux effets de l'âge et qu'on appelle habituellement des séniles. Ils présentent à peu près pour symptômes communs d'avoir perdu la mémoire, la conscience de leur état et la faculté de se diriger, quelquefois même la motilité et la sensibilité sont intéressées.

©BIUM

	Hommes.	Femmes.		Hommes.	Femmes.
1872...	165	161	1879...	146	176
1873...	187	183	1880...	153	179
1874...	153	217	1881...	180	194
1875 ..	184	216	1882...	196	185
1876...	174	191	1883...	205	191
1877...	155	180	1884...	203	188
1878...	184	171	1885...	206	226
				2.491	2 658

C'est un des rares groupes qui, avec le précédent, recrutent plus de cas parmi les femmes que parmi les hommes. Cela provient probablement de ce qu'elles évitent deux affections : l'alcoolisme et la paralysie générale qui, faisant beaucoup plus de victimes parmi les hommes pendant l'âge mûr, n'en laissent parvenir qu'un moins grand nombre à l'âge où les facultés intellectuelles s'affaiblissent.

Quoi qu'il en soit, cette grande quantité de séniles doit trouver aussi un peu sa raison dans les conditions sociales particulières à Paris. Quelle que soit en effet l'affection des enfants pour leurs parents devenus vieux, il leur est difficile, étant donnée l'exiguïté des logements, de les conserver chez eux quand ils exigent une surveillance spéciale. Ils sont donc obligés, dans l'intérêt même des malades, de les placer, afin de leur assurer un bien-être relatif qu'ils ne pourraient leur procurer chez eux.

Nous nous trouvons ici en présence d'une affection sur laquelle l'influence saisonnière n'exerce aucune action : c'est à un moment quelconque de l'année que les accidents éclatent chez ceux dont le système cérébral est en mauvais état, et cela est bien prouvé par notre statistique. En classant, en effet, nos malades par trimestres nous avons trouvé :

	1er trim.	2e trim.	3e trim.	4e trim.
Hommes...	632	620	646	593
Femmes....	676	671	650	661

©BIUM

Au point de vue de la marche annuelle, il est à remarquer que les hommes paraissent être en voie d'augmentation. Peut-être est-ce une des conséquence des difficultés que l'ouvrier trouve en ce moment à Paris? Ceux qui étaient sur le point de passer dans les rangs de la vieillesse ont vu éclater plus rapidement leur insuffisance, étant données les conditions plus difficiles de l'existence.

4° *Paralysie générale.* — Voici, année par année, le relevé de notre statistique relativement à cette maladie :

	Hommes.	Femmes.		Hommes.	Femmes
1872...	138	45	1879...	137	50
1873...	174	36	1880...	136	52
1874...	137	37	1881...	139	50
1875...	155	39	1882...	150	58
1876...	147	46	1883...	191	79
1877...	135	42	1884...	182	72
1878...	145	57	1885...	172	79
				2.108	742

D'après ces chiffres la paralysie générale serait, proportionnellement aux hommes, beaucoup plus fréquente chez les femmes que ne l'indiquent les auteurs, car nous arrivons à plus d'un cas contre trois. Au lieu de cela M. le professeur Ball (Leçons sur les maladies mentales) dit : « Dans les classes inférieures l'homme y est exposé sept fois plus que la femme. Dans les classes supérieures, la femme n'en est presque jamais atteinte, et l'affection est on ne peut plus rare chez les dames d'un rang élevé ou d'une position aisée. » Bayle était arrivé à une proportion de une femme pour huit hommes. Marcé avait établi que dans les asiles publics d'aliénés la proportion des femmes atteintes de paralysie générale serait environ un sixième des cas observés dans les deux sexes : dans les asiles privés elle ne serait que d'un douzième.

Ce résultat quoique surprenant au premier abord, est néanmoins facile à expliquer, si on se rappelle quel est

©BIUM

le rang social des malades de l'Infirmerie Spéciale. Ils appartiennent tous aux classes inférieures, parmi lesquelles la femme mène une existence bien plus semblable à celle des hommes que dans les classes élevées. Elles partagent avec eux leurs rudes labeurs ; comme eux, elles sont obligées de suffire aux besoins de la vie dont elles connaissent les soucis et les déceptions, mais malheureusement pour elles, comme eux aussi, elles vont chez les marchands de vin et commettent les mêmes excès. Puisque ces femmes mènent une vie ainsi semblable à celle des hommes de leur condition, il est tout naturel qu'elles soient affectées des mêmes maladies et qu'elles paient un tribut bien plus élevé à la paralysie générale que dans les rangs élevés de la société. A côté de ces ouvrières menant la vie d'ouvrier, il faut ranger les prostituées de bas étage, en si grand nombre à Paris, et chez lesquelles l'affection qui nous occupe fait énormément de victimes.

C'est pour ces motifs que nous avons obtenu une proportion anormalement élevée de paralysie générale chez la femme : notre statistique donne la mesure de la fréquence relative de cette maladie dans les classes inférieures. Si au contraire on faisait des recherches dans un milieu exclusivement aristocratique, il est probable qu'on arriverait à un résultat anormal en sens inverse et, en effet, à Charenton il paraît n'y avoir qu'une femme pour dix hommes d'après la phrase suivante relevée dans l'article de MM. Christian et Ritti : « Dans une période de cinq années sur un nombre total de 307 paralytiques généraux (279 hommes et 28 femmes) qui ont été traités dans nos services, nous n'avons pas observé une seule fracture (1). »

(1) *Dict. encyclop. des sc. méd.* Art. *Paralysie générale*, à propos des lésions des système osseux.

©BIUM

La paralysie générale est-elle une maladie qui augmente de fréquence, ainsi que le prétendent certains auteurs? « On a prétendu que la paralysie n'existe que depuis le commencement du siècle, disent MM. Christian et Ritti dans l'article que nous venons de citer, et que depuis son apparition elle est devenue progressivement plus fréquente. Calmeil, lui-même, dans sa longue carrière, avait signalé cette augmentation de fréquence... Beaucoup d'auteurs plus récents ont adopté ces idées, même en les exagérant. Nous avons peine à croire que l'augmentation de la paralysie soit aussi considérable, et nous nous demandons si dans les statistiques on ne confond pas avec cette affection une foule d'autres maladies cérébrales n'ayant qu'une ressemblance plus ou moins éloignée avec la paralysie générale. »

Le tableau précédent peut nous permettre de formuler une opinion. Pour ce qui est des hommes, nous ne pouvons que nous rallier à l'opinion de MM. Christian et Ritti, et il nous semble, en effet, que si la paralysie générale est en voie d'augmentation de fréquence pour eux, elle ne l'est pas d'une façon très manifeste. Mais, pour ce qui est des femmes, il nous est impossible de nous conformer à l'avis de ces auteurs, car il suffit de s'en rapporter à nos chiffres pour reconnaître que le nombre des méningo-encéphalites diffuses n'a cessé de s'accroître parmi elles depuis une dizaine d'années. Quant à la raison de cette progression, elle est probablement en grande partie dans ce fait avancé plus haut, que les femmes vivant de plus en plus à Paris de la vie des hommes dans les classes inférieures, elles doivent aussi être affectées des mêmes maladies.

L'importance de l'influence des saisons s'impose dans l'histoire de la paralysie générale, car en groupant par trimestres les cas que nous avons relevés, nous sommes arrivé aux résultats suivants :

©BIUM

	1er trim.	2e trim.	3e trim.	4e trim.
Hommes...	492	606	516	494
Femmes...	187	200	182	173

On voit que le second trimestre l'emporte chez les hommes d'une manière assez notable sur les trois autres. Même singularité, mais moins marquée, il est vrai, pour les femmes. On pourrait peut-être essayer de donner une explication de ce fait, en faisant remarquer que tout ce qui est organisé, est à ce moment de l'année sous l'influence d'une évolution périodique spéciale. On voit en pathologie qu'en cette saison sévissent de préférence certaines maladies, que certaines autres présentent des poussées. Le vulgaire lui-même a traduit cette idée en disant que les humeurs sont en mouvement, et, comme conséquence pratique consacrée par l'usage, que de purgations administrées alors en dehors de toute indication médicale! Ne se pourrait-il que l'évolution de la périencéphalite diffuse ne subisse cette loi générale, et qu'il y ait à ce moment une recrudescence et une marche plus rapides du processus morbide, qui se traduiraient par une exagération des symptômes tant physiques que psychiques spéciaux à cette maladie?

Nous avous dit, à propos de l'alcoolisme, la remarque qui nous avait été faite par M. le Dr Garnier. C'est qu'un fait digne d'être relevé, était que le maximum numérique des cas de paralysie générale avaient été atteint en l'année 1883, l'année même où les cas d'alcoolisme avaient été les plus nombreux. Cette coïncidence est remarquable, et d'autant plus intéressante, que l'on connaît le rôle attribué à l'alcoolisme comme facteur pathogénique de la paralysie générale.

5° *Débilité mentale.* — Ce groupe est consacré aux malades dont le certificat portait : débilité mentale ; débilité ou insuffisance intellectuelle. Ce sont des *adultes*

©BIUM

dont l'intelligence a pu suffire aux besoins de l'enfance et de l'adolescence, ou que leurs parents n'ont pas voulu placer à ce moment, mais qui, se trouvant à un âge plus avancé en présence de difficultés plus considérables, n'ont pu les surmonter et ont été mis en tutelle dans un asile. Nous avons mis les débiles qui ont été internés pendant leur jeune âge dans la catégorie des enfants. Quant à ceux qui ont perdu leur vigueur intellectuelle par suite des progrès de l'âge, nous les avons rangés, ainsi que nous l'avons dit, parmi les états cérébraux séniles.

	Hommes.	Femmes.		Hommes.	Femmes.
1872...	101	67	1879...	82	62
1873...	105	72	1880...	92	73
1874...	81	83	1881...	106	55
1875...	96	65	1882...	144	62
1876 ..	86	74	1883...	124	73
1877...	82	72	1884 ..	142	89
1878...	102	73	1885...	145	92
				1 488	1.002

Le nombre des malades de ce groupe a augmenté pendant les quatre ou cinq dernières années ; cette augmentation est même assez marquée pour les hommes. Il est cependant difficile d'admettre que, comme une maladie épidémique, la débilité a exercé des ravages plus considérables. Mais on peut s'expliquer un peu l'arrivée de ces nouvelles recrues, quand on réfléchit à la crise qui sévit en ce moment sur Paris. Quand le commerce et l'industrie marchent bien, il est besoin d'un nombre considérable de bras, il y a du travail pour tout le monde, même pour les débiles. Qu'arrivent des temps plus difficiles : il faudra lutter pour la vie. C'est alors que le débile mal armé se montre avec son infériorité. De déboire en déboire, il finira par commettre quelque acte

©BIUM

qui l'amènera devant un médecin aliéniste, et son insuffisance bien et dûment constatée, il sera envoyé dans un asile.

6° *Épilepsie.* — Nous avons consacré ce groupe aux malades dont l'état mental était affecté du fait de l'épilepsie. Il comprend par suite ceux dont la raison est obnubilée à la suite de simples vertiges, aussi bien que ceux qui sont en proie à des attaques plus ou moins fréquentes.

	Hommes.	Femmes.		Hommes.	Femmes.
1872...	79	30	1879...	89	42
1873...	90	32	1880...	72	39
1874...	90	34	1881...	95	32
1875...	79	35	1882...	79	36
1876...	78	32	1883...	125	77
1877...	109	44	1884...	100	48
1878...	90	23	1885...	85	46
				1.250	532

On voit que cette névrose se rencontre à peu près deux fois plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Nous verrons plus tard que, par une sorte de compensation, l'hystérie, cette névrose convulsive, assez voisine de celle que nous étudions en ce moment, a une importance assez grande dans l'histoire de l'aliénation chez la femme.

Au point de vue de la marche annuelle, nous ne voyons rien de bien intéressant à noter. Il ne nous semble pas, d'après le relevé précédent, que le nombre de ces cas d'aliénation mentale, relevant du fait de l'épilepsie, soit en voie évidente d'augmentation, pas plus chez l'homme que chez la femme. Une année cependant a fait exception pour le chiffre bien au-dessus de la moyenne d'aliénés épileptiques qu'elle a fournis, c'est l'année 1883, pendant laquelle on a aussi observé un nombre considérable d'alcooliques. Nous avons déjà fait remar-

©BIUM

quer, à propos de l'alcoolisme, que cette coïncidence n'était peut-être pas fortuite et pouvait être intéressante au point de vue pathogénique de l'épilepsie.

7° *Hystérie.* —

TABLEAU ANNUEL.

1872.....	54	1879.....	73
1873.....	52	1880.....	67
1874.....	68	1881.....	80
1875.....	60	1882.....	65
1876.....	47	1883.....	57
1877.....	69	1884.....	57
1878.....	32	1885.....	44
			825

On voit que cette névrose, quoique loin d'être négligeable, n'est pas d'une très grande importance dans l'histoire de l'aliénation chez la femme, puisqu'elle ne fournit qu'une proportion de 6 malades sur 100, et d'ailleurs elle ne paraît être ni en voie d'augmentation ni en voie de diminution. Ce qu'il y a d'assez curieux, ainsi que nous l'avons fait remarquer, c'est qu'elle occupe pour les femmes la même place au point de vue de l'importance que l'épilepsie pour les hommes, cette dernière affection frappant au contraire beaucoup moins de malades parmi elles.

Mélancolie. — Nous avons rangé dans ce groupe toutes les variétés de mélancoliques, avec ou sans hallucination, simplement déprimés ou en état de stupeur.

	Hommes.	Femmes.		Hommes.	Femmes.
1872.....	67	128	1879.....	69	143
1873.....	70	136	1880.....	72	139
1874.....	70	146	1881.....	96	184
1875.....	70	138	1882.....	106	159
1876.....	59	123	1883.....	107	159
1877.....	59	119	1884.....	120	195
1878.....	58	114	1885.....	76	155
				1.099	2.038

©BIUM

Nous sommes en présence d'une modalité clinique qui se rencontre beaucoup plus fréquemment chez les femmes, puisqu'elle compte chez elles à peu près deux fois plus de victimes que chez les hommes. C'est d'ailleurs une des causes les plus importantes de folie pour les femmes : elle se place en effet au troisième rang, et 15 aliénées sur 100 sont affectées de ce genre de délire. Pour les hommes, elle est bien moins importante, puisqu'on la trouve presque au dernier rang, avant le délire des persécutions, et qu'elle donne seulement une proportion de 6 aliénés sur 100.

Cette variété est une de celles qui ont contribué à l'augmentation du nombre des aliénés. Il suffit, en effet, de lire le tableau que nous avons donné plus haut pour voir que, pendant les cinq dernières années, le nombre de cas de ce genre a été notablement supérieur à celui des années précédentes.

Délire des persécutions. — Voici le tableau annuel des malades atteints de délire de persécutions :

	Hommes.	Femmes.		Hommes.	Femmes.
1872.....	79	93	1879.....	60	115
1873.....	82	15	1880.....	73	102
1874	56	113	1881.....	65	119
1875.....	65	76	1882.....	89	104
1876.....	72	131	1883.....	84	138
1877.....	58	124	1884.....	79	137
1878.....	67	86	1885.....	77	154
				1.006	1.604

Comme la précédente, cette affection est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Elle arrive pour elles, au quatrième rang comme cause de la folie, et donne une proportion de 12 pour 100 aliénées, tandis que pour les autres, elle figure tout à fait au dernier rang et ne donne qu'une proportion de 6 pour 100 aliénés.

En admettant, au lieu des résultats précédents, ceux qui sont très approchés de 1,000 hommes et 1,600 fem-

©BIUM

mes, on voit que la proportion des uns aux autres est de 5 pour 8. Ce sont, avec très peu de différence, les résultats auxquels sont arrivés M. Lasègue et M. Legrand du Saulle, dans leurs traités du délire des persécutions. M. Lasègue a trouvé, en effet, 38 hommes pour 58 femmes ou à peu près 4 hommes pour 6 femmes, et M. Legrand du Saulle 59 hommes et 81 femmes ou à peu près 6 hommes pour 8 femmes.

Mais au point de vue de la fréquence de cette variété morbide, nous sommes arrivé à des conclusions assez différentes. Sur 32,000 aliénés des deux sexes, il ne s'est trouvé que 2,600 persécutés, ce qui donne une proportion de 1 sur 13. Ce résultat s'éloigne beaucoup de ceux de MM. Lasègue et Legrand du Saulle qui donnent comme proportion 1 pour 6 1/2, et encore davantage de celui de Moreau (de Tours) qui indique 1 pour 3. Comment expliquer cet écart ? Non par une diminution du nombre des persécutés, car il suffit de jeter les yeux sur le tableau précédent pour voir que ce serait plutôt l'inverse qui se produirait, surtout pour les femmes. On en trouverait d'abord une raison dans l'augmentation des autres genres d'aliénés, comme les alcooliques, les vieillards en démence sénile que leurs familles placent plus volontiers, les enfants imbéciles ou idiots dont on s'occupe tous les jours davantage dans les asiles, etc. En second lieu, il est évident qu'on est aujourd'hui beaucoup moins prodigue de ce diagnostic qui correspond à un type très bien défini et étudié actuellement, tandis qu'autrefois il suffisait qu'un malade accusât une hallucination pénible pour qu'il fût rangé parmi les persécutés.

Enfants. — Nous ne donnons pas le relevé détaillé de ces malades qui n'ont présenté aucune particularité intéressante. Le nombre de leur admission ne s'est pas sensiblement augmenté.

©BIUM

Archives cliniques

18

ASILE SAINT-YON. — Dr L. MARTINENQ,
MÉDECIN ADJOINT.

Cas d'apoplexie hystérique avec autopsie.

SOMMAIRE. — Accès répétés de folie hystérique avec impulsions violentes, actes dangereux. — Dernier accès en 1878. — Anesthésie. — Automutilation. — Après une période d'agitation maniaqne violente, rémission. — Amblyopie. — Attaque d'apoplexie cérébrale : hémiplégie accompagnée d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle et de paralysie hémifaciale. — Disparition de tous ces symptômes après un mois. — Morte d'une attaque un an après. — Autopsie : pas de traces de congestion ou d'hémorrhagie, ancienne ou récente, dans le cerveau.

Mlle J..., couturière, née à Neufchâtel, en avril 1842, entre à l'asile de Saint-Yon en novembre 1875, venant de l'asile Saint-Anne, à Paris.

Pour la seconde fois depuis l'âge de vingt ans, elle est atteinte d'aliénation mentale caractérisée par un état maniaque avec délire général, idées de persécution, illusions et hallucinations de tous les sens, accès de violence et de fureur avec impulsions dangereuses, tremblement de la langue et des mains, céphalalgies et surexcitabilité extrême. (Dr Lucas et Dr Rousselin.)

Des renseignements fournis par la mère nous apprennent que la malade est exempte de véritables antécédents héréditaires, mais a toujours été d'un caractère

©BIUM

fantasque, bizarre et exalté, surtout depuis l'établissement de la menstruation. Depuis quelques années même, celle-ci provoque tous les mois une exagération de cette irritabilité naturelle.

Cet état maniaque s'amende peu à peu, et la malade sort très améliorée au mois de mars 1877.

Le 16 mai 1878, J... est réintégrée à l'asile dans un nouvel état maniaque violent avec délire mystique, idées de persécution et hallucinations de tous les sens. A cette époque, le docteur Corréa certifie que la folie de J... n'est pas alcoolique, et le Dr Rousselin pose le véritable diagnostic en affirmant dans son certificat de vingt-quatre heures (17 mai 1878), que J... est atteinte de « folie hystérique maniaque avec agitation et violence ».

Jusqu'au mois d'avril 1882, cet état maniaque continue sans changement notable. De temps en temps, une courte période d'accalmie s'établit, puis l'excitation reparaît avec les mêmes caractères et la même intensité qu'auparavant. Pendant ces accès, les troubles de la sensibilité dominent la scène et alimentent à chaque instant le délire, provoquant souvent des impulsions dangereuses pour la malade elle-même et pour son entourage. C'est ainsi qu'un jour elle se coupe les deux tiers du lobule de l'oreille gauche, sous prétexte de se l'arrondir. Grâce à l'anesthésie de la région, cette automutilation ne provoque aucune douleur.

Au mois d'avril 1882, époque où nous sommes appelé à lui donner nos soins, nous trouvons J... assez calme, mais d'une irritabilité excessive, d'un caractère violent, acariâtre et méchant. Elle ne peut rester dans une salle sans se disputer et se battre, même sans raison, avec ses compagnes qu'elle accuse de lui nuire et de la dénigrer par derrière. Elle est astucieuse, menteuse, ingénieuse pour le mal et la médisance, dissimulée, querelleuse,

©BIUM

fourbe et comédienne. C'est, en un mot, le type complet du caractère hystérique porté à l'extrême. A chaque instant on est forcé de la changer de quartier, elle prend aussitôt son entourage en grippe, et de guerre lasse, autant pour sa tranquillité que pour celle de tout le monde, on finit par lui assigner une cellule où elle va s'installer volontiers. Cet isolement réussit parfaitement. Un calme à peu près raisonnable règne pendant environ cinq mois, de juillet à décembre 1882, époque où, sans cause appréciable, et à l'occasion de la menstruation, éclate un nouvel accès d'agitation maniaque très intense.

J... n'est plus tenable qu'en cellule capitonnée, elle est d'une violence inouïe, ordurière, dangereuse, se déshabille et déchire ses vêtements, vocifère d'une façon incohérente, menace, chante et se démène jour et nuit, sa couche vole en éclat, la zostère qui la garnit jonche le parquet. Souvent nous la trouvons absolument nue, se roulant par terre, chantant romances et cantiques, riant et gesticulant, ou bien étendue sur le dos, rigide et immobile des heures entières sur un lit de varech, les mains jointes ou croisées sur la poitrine dans l'attitude d'une morte. Elle joue à la sainte.

En fait de traitement, il est inutile de penser à un autre qu'à l'isolement et l'obscurité, car elle refuse violemment tout ce qu'on lui présente, et personne ne peut l'approcher sans la mettre dans une fureur extrême.

Cet état, entrecoupé çà et là de quelques courtes périodes de calme relatif, dure jusqu'au mois d'août 1883.

Vers cette époque le calme s'établit progressivement. Les fonctions se régularisent, J... s'occupe assez raisonnablement à la couture dans sa cellule, qu'elle a convertie en chambre et qu'elle entretient propre et en bon ordre. Le délire a disparu, le caractère même est meilleur. J... vit en assez bonne intelligence avec son entou-

©BIUM

rage. En même temps la santé physique est devenue meilleure, les troubles sensoriels ont disparu, la vue seule est modifiée. Ce trouble de la vue est dû à de l'amblyopie, ainsi qu'à des contractures et à des dilatations successives et inégales des pupilles. Par moment, l'amblyopie est telle qu'elle empêche tout travail. Le traitement par les bromures, la morphine et l'hydrothérapie, améliore cet état.

En octobre 1884, au milieu de cette amélioration générale et sans autre phénomène prodromique qu'une légère hémicrânie avec exagération de l'amblyopie, J... présente un matin tous les symptômes d'une attaque d'apoplexie cérébrale, à savoir : hémiplégie presque complète, accompagnée d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle et de légère contracture principalement au bras, paralysie hémifaciale incomplète du même côté que l'hémiplégie avec inégalité pupillaire et aphasie. L'intelligence est intacte, la conscience entière.

Il est bon de noter ici l'existence de la paralysie hémifaciale, qui n'accompagne que très rarement l'hémiplégie hystérique. C'est dans le cas présent une analogie de plus avec l'apoplexie cérébrale par cause de lésion organique localisée.

Au bout de huit jours, l'hémiplégie a disparu, la sensibilité est revenue, de la paralysie hémifaciale, il ne reste plus qu'un peu de distorsion de la bouche, à l'aphasie a succédé un embarras de la parole remarquablement semblable à celui de la paralysie générale, l'inégalité pupillaire et l'amblyopie persistent, l'intelligence est nette, la malade cause raisonnablement, mange et dort bien.

Un mois après tout est rentré dans l'ordre, mais l'inégalité pupillaire et un léger embarras de la parole persistent. L'état mental et l'état physique se maintiennent ainsi très satisfaisants jusqu'au mois de janvier 1886.

©BIUM

Le 6 janvier 1886, J... a une légère bronchite avec embarras gastrique. Elle est placée à l'infirmerie, et le 10 va très bien, s'occupe avec raison et gaieté, ne se plaint de nulle part, s'alimente bien et cause avec intelligence.

Le 11, après une excellente journée, pendant laquelle elle n'accuse aucun malaise, J... est prise subitement, à neuf heures du soir, d'un engourdissement général avec oppression cardiaque, constriction au creux épigastrique et état syncopal. Elle s'affaisse sans proférer une parole et meurt vers onze heures dans un coma apoplectique.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort.

Encéphale. — L'examen attentif et à la loupe de toutes les parties du cerveau et de ses enveloppes, ne révèle aucune lésion appréciable, autre qu'un léger épaississement avec demi-opacité et traînées laiteuses le long des vaisseaux, dans les parties de la pie-mère qui recouvrent les régions motrices, surtout à droite. A part cela, pas la moindre trace de congestion ou d'hémorrhagie ancienne ou récente, les vaisseaux sont partout en parfait état, il n'existe aucune adhérence pathologique.

Les circonvolutions cérébrales sont remarquablement développées et saines. Le cerveau pèse 1,292 grammes qui se répartissent ainsi : hémisphère gauche, 552 ; hémisphère droit, 565 ; bulbe et protubérance, 24 ; cervelet, 151.

De nombreuses coupes faites avec soin suivant la méthode de Pitres, nous montrent la couche corticale partout normale comme épaisseur, comme coloration et comme consistance, la substance blanche et les noyaux centraux dans un parfait état, enfin, la protubérance, le bulbe et le cervelet dans un état irréprochable.

Poumons. — A l'ouverture des plèvres, il s'écoule environ 250 grammes d'un liquide clair et citrin. On note

©BIUM

quelques adhérences pleurales et pleuro-costales, au sommet gauche principalement. Il existe aux deux sommets quelques amas superficiels de tubercules fibreux et crétacés avec induration fibreuse du parenchyme pulmonaire sous-jacent. Cette lésion ancienne et silencieuse affecte surtout le sommet du poumon gauche. Les autres parties sont absolument saines.

Le cœur, le foie, la rate, le pancréas et les reins n'offrent rien de particulier.

RÉFLEXIONS. — En face des résultats négatifs de cette autopsie, l'hystérie étant hors de doute d'une part, et de l'autre la nature apoplectique des phénomènes paralytiques survenus chez J... étant bien établie, ne sommes-nous pas en droit de qualifier d'*apoplexie hystérique* le cas que nous venons de relater?

Voilà donc un fait de plus à l'appui de l'opinion, souvent émise par de nombreuses observations, sur la nature *essentiellement dynamique* des phénomènes paralytiques que l'on observe dans certaines névroses, et en particulier dans l'hystérie.

Il est évidemment fort surprenant de voir des phénomènes identiques reconnaître pour cause des altérations nerveuses, d'une part facilement palpables, comme les lésions organiques en foyer, et d'autre part, imperceptibles et insaisissables.

Mais en attendant que le microscope ou l'histochimie ait révélé la véritable cause de cette perturbation fonctionnelle du système nerveux, force nous est bien de nous contenter de l'explication timide par l'*altération dynamique* d'un hémisphère cérébral et par une lésion également *dynamique*, qu'il est jusqu'à un certain point possible de localiser, par analogie avec les lésions en foyer du système cérébro-spinal.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 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° Des lettres de MM. Kowalewsky et Catsaras remerciant la Société du titre de membre associé étranger qui leur a été conféré ;

2° Une lettre de M. Wellenbergh, médecin de l'asile d'aliénés d'Utrecht, sollicitant le titre de membre associé étranger. Cette lettre est accompagnée d'une liste des travaux du candidat.

Sur la proposition faite par le bureau, la Société nomme à l'unanimité des membres présents, M. Wellenbergh, membre associé étranger.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année* 1886 ; par le Dr Biaute ;

2° Trois brochures du professeur Bini : *Il progetto di legge suggi alienati, etc.; I mezzi pazzi di fronte alla scienza al diritto alla tutela dell' ordine sociale; la Riforma del manicomio di Firenza, etc;*

3° Le Bulletin du manicome de Fleurent ;

4° Les *Annales médico-chirurgicales*, du Dr Martineau ;

©BIUM

Nomination des commissions des prix Aubanel et Belhomme.

Les commissions chargées de présenter à la Société les questions à proposer pour le prix Aubanel qui doit être décerné en 1888, et pour le prix Belhomme qui doit être décerné en 1889, sont composées ainsi qu'il suit :

Commission du prix Aubanel : MM. Charpentier, Christian, Falret, Garnier et Magnan ;

Commission du prix Belhomme : MM. Bouchereau, Dagonet, Féré, Foville et Séglas.

Du délire chronique (suite).

M. Falret. — Dans sa communication sur le délire chronique, M. Garnier nous a exposé, sous une forme très claire et très littéraire, ses idées et celles de M. Magnan sur cette forme de maladie mentale, qu'il a opposée avec raison à la description de la folie héréditaire, ou folie des dégénérés. Il nous a fait un tableau clinique très exact des caractères différentiels qui séparent nettement l'une de l'autre ces deux espèces de maladies mentales, dont l'une a une évolution régulière et des phases successives possibles à prévoir, tandis que l'autre est surtout caractérisée par l'irrégularité et l'imprévu des manifestations et par la rémittence de tous les symptômes.

J'admets très volontiers, avec MM. Paul Garnier et Magnan, la vérité clinique de cette distinction entre les folies héréditaires et les délires chroniques, envisagés les d'une manière générale.

Mais je crois devoir apporter ici quelques réserves relativement aux opinions exprimées à ce sujet par nos honorables collègues. — Depuis longtemps déjà, j'ai l'habitude, dans mes cours cliniques, de décrire le délire de persécution, comme une espèce distincte de maladie mentale, divisée en quatre périodes successives, qui correspondent à peu près aux périodes admises par MM. Magnan et Garnier pour le délire chronique.

©BIUM

Dans la première période, ou période d'incubation, d'anxiété vague, d'inquiétude indéterminée, ou de simple interprétation délirante, les malades se croient entourés d'influences malfaisantes, s'imaginent qu'on les regarde, qu'on se moque d'eux, qu'on les insulte dans les rues et accusent tous ceux qui les entourent de vouloir leur nuire ou leur faire du mal. A cette période, les idées de persécution sont encore à l'état vague et indéterminé, le délire se concentre presque toujours dans le for intérieur du malade et reste souvent inaperçu.

A la seconde période apparaissent les hallucinations de l'ouïe, qui ne sont souvent qu'une transformation progressive des illusions et des interprétations délirantes, mais qui deviennent bientôt très nettes et consistent presque toujours dans des mots, ou des phrases très courtes et toujours les mêmes.

Le délire se précise alors de plus en plus et tend à se systématiser, soit sous une forme collective, les malades accusant des influences occultes, les sociétés secrètes, la police, les jésuites, les francs maçons, etc., etc., soit sous une forme plus personnifiée, les malades se croyant poursuivis par une personne déterminée, qui devient spécialement l'objet de toutes leurs accusations.

Cette période de systématisation délirante, tantôt rapide, tantôt très lente dans son évolution, se prolonge ainsi pendant de longues années, avant d'arriver au délire chronique, tout à fait stéréotypé, qui constitue la troisième période, dans laquelle le délire devient de plus en plus complexe, s'accompagne d'hallucinations nombreuses de la sensibilité générale, de l'odorat et du goût, mais non de la vue et dans laquelle les hallucinations de l'ouïe, qui dominent toujours la scène pathologique, subissent elles-mêmes une transformation des plus intéressantes à étudier, qui les fait passer du degré d'hallucinations simples et isolées, à l'état de conversation mentale, de monologue, puis de dialogue, d'écho et de dédoublement de la personnalité, dans lequel les voix font la demande et la réponse, représentent la voix du bien et la voix du mal, l'attaque et la défense, la voix de Dieu et la voix du diable, etc., etc.

Cette troisième période du délire chronique et stéréotypé peut se prolonger indéfiniment pendant de longues

©BIUM

années, sans se modifier d'une manière sensible et sans aboutir à une véritable démence.

Mais il est des cas assez nombreux, signalés d'abord par Morel et par M. Foville, et sur lesquels MM. Magnan et Garnier insistent avec raison, dans lesquels une nouvelle transformation se produit et où le délire des grandeurs vient s'ajouter au délire de persécution, sans pourtant l'effacer et le faire disparaître.

Cette transformation s'opère de deux manières, tantôt presque subitement, par exemple dans l'espace d'une nuit, tantôt au contraire plus lentement et d'une manière logique en quelque sorte. Ces persécutés, qui se sont crus pendant longtemps l'objet de l'attention générale, finissent par se demander quelle peut en être la cause et ils arrivent ainsi, par une sorte de déduction logique, à se persuader qu'ils sont de grands personnages et à se créer une personnalité nouvelle.

Mais en ce qui concerne cette transformation du délire de persécution en délire de grandeur, mon observation diffère sur plusieurs points de celle exposée par M. Garnier dans son derniers discours.

Et d'abord, cette transformation, qui est fréquente, est loin, selon moi, d'être constante, et n'a pas lieu dans la majorité des cas. C'est à peine si on l'observe dans le tiers des cas de délire chronique de persécution.

De plus, d'après mon observation personnelle, c'est aussi une erreur de croire que le délire de grandeur, quand il survient à une période avancée du délire de persécution, l'efface complètement et se substitue à lui. C'est, selon moi, un simple délire surajouté, qui ne fait disparaître, ni les idées de persécution anciennes, ni les hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale qui caractérisaient les périodes précédentes. Le tableau de l'état maladif se complète par l'addition d'un nouveau délire, qui donne un aspect extérieur différent à la maladie, mais le fond reste le même et se perpétue ainsi, pendant de longues années, malgré l'apparition du délire de grandeur.

Enfin, un troisième point sur lequel mon observation personnelle diffère encore de celle de MM. Magnan et Garnier, est relatif à la dernière période, dite de démence, admise par nos honorables collègues.

©BIUM

Sans doute l'intelligence des persécutés, arrivés à la dernière période, s'affaiblit lentement et progressivement et leur délire devient de plus en plus complexe, confus, moins bien coordonné ou systématisé ; mais cette période avancée du délire chronique, ou du délire de persécution, ne peut pas être, selon moi, assimilée à une véritable démence.

On observe, en effet, dans tous les asiles, de vieux persécutés, parvenus aux périodes ultimes de leur maladie, aliénés depuis vingt ou trente ans, ou même davantage, qui conservent, malgré l'ancienneté de leur affection, une véritable activité intellectuelle, qui sont encore susceptibles de causer très raisonnablement sur beaucoup de sujets étrangers à leur délire, et qui ne peuvent pas être appelés des déments, dans le sens que nous avons l'habitude d'attacher à ce mot.

Sur ces trois points de la description du délire chronique de persécution, je crois donc devoir m'écarter de l'opinion exprimée par M. Garnier, dans sa dernière communication ; mais j'accepte parfaitement cette description dans son ensemble. Seulement je pense que la dénomination de délire chronique, donnée à cette espèce particulière de maladie mentale, peut prêter à la confusion, et que, sous tous les rapports, il est préférable de conserver à cette forme spéciale de vésanie le nom généralement accepté aujourd'hui de délire de persécution. Je suis donc d'accord avec MM. Magnan et Garnier sur la description générale de cet état mental et sur son évolution, sauf des différences de détail, mais je crois qu'il ne convient pas d'en changer la dénomination.

A cela, on me répondra sans doute que peu importe le nom donné à la maladie, si nous sommes d'accord sur les caractères cliniques de ce délire et sur son évolution ; mais c'est précisément là le point qu'il s'agit maintenant de discuter.

Le délire chronique, tel que le décrivent MM. Magnan et Garnier, ne comprend-il pas des faits plus nombreux et plus complexes que ceux que l'on admet aujourd'hui dans le cadre du délire de persécution ?

A côté du délire de persécution, actuellement bien connu et bien décrit, il existe une autre variété de la mélancolie qui mériterait également d'être nettement

©BIUM

distinguée et étudiée avec plus de soin, dans ses symptômes et dans sa marche, et à laquelle nous donnons le nom de mélancolie anxieuse. Les malades atteints de cette forme spéciale de maladie mentale représentent, à leur première période, les *gémisseurs* de Guislain et de Morel, et les mélancoliques agités d'Esquirol. Ils sont sous le coup d'une anxiété vague et poignante qui se manifeste incessamment chez eux par un besoin de mouvement automatique, par des plaintes, des sanglots et des gémissements continuels, plus ou moins intenses selon les moments où on les observe. Ils ne peuvent se tenir assis et se promènent constamment de long en large, en poussant des soupirs et en prononçant des mots entrecoupés, toujours les mêmes, qu'ils répètent à satiété et qui dénotent l'anxiété pénible qui les domine et qui les oppresse. Ces malades diffèrent essentiellement, sous tous les rapports, des persécutés avec lesquels on a souvent le tort de les confondre, à cause des idées tristes qui les dominent, mais qui ne sont pas du tout de la même nature. Tandis que les persécutés sont actifs, entreprenants, et emploient toutes les ressources de leur esprit pour se plaindre de leurs persécuteurs et pour les poursuivre à leur tour, les mélancoliques anxieux subissent en gémissant les malheurs dont ils se croient menacés et se lamentent sans cesse en disant qu'ils sont perdus, coupables, condamnés, damnés, qu'on va les tuer, les conduire en prison, les torturer, et ils ne cessent de se désespérer en songeant à tous les malheurs qui vont fondre sur eux. Tandis que les persécutés, malgré leur délire partiel, conservent, en grande partie, la lucidité de leur esprit et la faculté de parler raisonnablement sur tous les sujets étrangers à leur délire, les mélancoliques anxieux présentent une grande confusion dans les idées, et une anxiété continuelle qui les empêche de penser à tout autre sujet que leurs préoccupations maladive Tandis que les persécutés sont pleins d'orgueil, accusen les autres, se plaignent de leurs ennemis ou des influences extérieures qui les tourmentent, et cherchent à s'en préserver ou à se venger, les anxieux s'accusent eux-mêmes, sont humbles et craintifs et ne peuvent pas se défendre contre les maux dont ils se sentent menacés. Aussi a-t-on pu dire, avec raison, que les persécutés

©BIUM

devenaient souvent homicides, tandis que la tendance au suicide était la conséquence la plus habituelle de la mélancolie anxieuse.

Eh bien, cette variété de la mélancolie, bien connue dans ses premières périodes, l'est beaucoup moins dans son évolution et dans ses périodes chroniques et mériterait de devenir l'objet d'une étude particulière. Elle guérit souvent, mais dans d'autres cas, moins bien décrits, elle passe à l'état chronique et présente alors des caractères spéciaux sur lesquels M. le Dr Cotard a eu raison d'appeler l'attention des observateurs.

Au délire craintif et anxieux, dans lequel dominaient les idées de ruine, d'indignité, de culpabilité ou les craintes de condamnation ou de damnation, succède un délire plus complexe, plus absurde et plus difficile à guérir, auquel M. Cotard a donné, faute de mieux, le nom de *délire de négation*. Dans cette période chronique, les mélancoliques anxieux continuent à se lamenter et à se plaindre, mais leurs conceptions délirantes se transforment. Ils se croient alors morts vivants, mais immortels. Ils soutiennent que rien n'existe autour d'eux, que tout est modifié, qu'ils sont eux-mêmes métamorphosés, que leur personnalité est changée et ils nient absolument tous les faits qui sont affirmés par les personnes qui leur adressent la parole. Cet état mental particulier, signalé par le Dr Cotard, devrait être étudié avec plus de soin et caractérise, selon moi, la seconde période de la mélancolie anxieuse passée à l'état chronique. Voilà donc une forme bien déterminée de délire chronique, qui mérite d'être soigneusement distinguée du délire chronique de persécution. Mais il y en a d'autres. Les folies hystériques, mystiques, érotiques, et d'autres encore, peuvent également passer à l'état chronique et présenter, dans cette chronicité, des caractères particuliers et une marche spéciale qui mériteraient d'être décrits scientifiquement et d'être nettement séparés du délire chronique de MM. Magnan et Garnier, au lieu d'être confondus, pêle-mêle, comme ils semblent disposés à le faire, sous le terme trop vague et trop compréhensif de délire chronique. C'est là l'écueil que je redoute et le danger contre lequel je tiens à nous prémunir.

©BIUM

Si nos honorables collègues ne comprennent, sous le titre de délire chronique, que les faits bien connus de délire de persécution essentiel et classique, je suis d'accord avec eux sur la description de cet état mental; mais alors, je ne vois pas la nécessité de changer sa dénomination. Mais si, au contraire, comme je le crains, ils englobent, sous ce même nom de délire chronique, des états de trouble mental très divers, dans leurs débuts, comme dans leurs périodes chroniques et dans l'ensemble de leur évolution, je crois qu'il convient de s'élever contre cette confusion, qui pourrait nuire à l'avancement de la science, au lieu de contribuer à ses progrès.

A l'époque de transition où se trouve actuellement notre science spéciale, ce qui nous manque surtout, ce n'est pas l'observation détaillée et clinique des symptômes physiques et psychiques des variétés de maladies mentales, qui a fait dans ces dernières années de véritables progrès, c'est la connaissance exacte de la coordination naturelle de ces divers symptômes, de leur marche et de leur évolution. Nous avons fait un vrai progrès, selon moi, en décrivant avec exactitude les périodes successives du délire de persécution, telles qu'on les observe tous les jours, dans nos asiles et dans la société, et il faut conserver précieusement ce progrès accompli; mais l'on doit chercher à en réaliser d'autres dans la même voie, en décrivant de nouvelles espèces morbides, ayant non seulement un ensemble de symptômes communs, propres à les caractériser, mais une marche et une évolution déterminée, possible à prévoir. Là réside le véritable progrès de notre science spéciale. S'il ne faut pas le compromettre par des divisions et des subdivisions trop multipliées, qui arriveraient à fragmenter à l'infini les classifications et à rendre les variétés presque aussi nombreuses que les individualités morbides, il convient également d'éviter de tomber dans l'écueil contraire et de réunir, sous la dénomination trop vague et trop compréhensive de délire chronique, des faits disparates et des états très divers, qui par l'ensemble de leurs symptômes et surtout par leur évolution spéciale, méritent de constituer des espèces distinctes et de devenir l'objet d'une description particulière.

©BIUM

M. DAGONET. — Messieurs, notre distingué collègue, M. Paul Garnier, nous a lu, dans la dernière séance, un intéressant mémoire sur une forme d'aliénation mentale qui a reçu de MM. les Drs Gérente (*Archives de neurologie* 1883) et Magnan le nom de *Délire chronique*.

Je vous demande la permission de vous présenter quelques observations.

Si j'ai bien compris M. Garnier, il faut entendre sous ce nom de délire chronique une catégorie d'aliénés dont la maladie suit toujours une même évolution, évolution fatale et caractérisée par les trois périodes suivantes :

Période de persécution. — Systématisation commençante.

Période d'ambition. — Systématisation stéréotypée.

Période de démence. — Dissolution du délire.

En suivant pendant des années, dit M. Garnier, les malades atteints du délire de persécution, on remarque que peu à peu le fond morbide change. Une autre période se dessine, des idées expansives viennent se faire jour à travers les sentiments pénibles, vers lesquels convergeaient jusque-là toutes les manifestations morbides. Les idées de persécution sont abandonnées, puis l'individu se présente nettement sous les dehors de la folie des grandeurs ; c'est un mégalomane, si on ne le considère qu'à ce moment de son affection mentale ; mais l'enquête montre quelles infortunes il a traversées pour aboutir à cette apothéose.

Enfin, après un intervalle variable, et même après vingt, trente ans, la maladie se termine par la période de démence.

Le délire des persécutions, le délire des grandeurs, ne sont pas, suivant lui, des entités cliniques, irréductibles ; ils ne sont l'un et l'autre que des aspects différents d'une même maladie, dont ils traduisent seulement une saillie symptomatique aux deux temps principaux de son évolution.

Ainsi, Messieurs, le délire des persécutions n'existe pas plus que la mégalomanie, c'est là simplement l'évolution d'une maladie, pour laquelle on vous propose la dénomination de délire chronique.

Je ne partage pas cette opinion et je crois que les faits concordent peu avec les affirmations de M. Garnier.

©BIUM

Le délire des persécutions, si bien décrit par M. le professeur Lasègue, est un type nosographique, devenu rapidement classique et que nous devons admettre comme entité dans l'état actuel de la science mentale.

En effet, nous voyons fréquemment le délire des persécutions persister pendant de longues années, pendant toute l'existence de l'individu, persister indéfiniment, sans donner lieu, contrairement à l'opinion de M. Garnier, à une transformation du délire, à une période de délire ambitieux.

Un de nos malades, Fr..., en est un exemple. Il est entré à Sainte-Anne en 1879, après avoir été présenté dans plusieurs cliniques comme type du délire des persécutions.

Il a adressé à la Chambre des députés des réclamations sur les infamies dont on ne cesse de l'abreuver. Son délire date de vingt ans environ et persiste sans modifications. Ce malade est devenu plus calme depuis la mort de sa femme qui, atteinte de la même forme d'aliénation, exerçait une influence néfaste sur son mari, et qui, elle aussi, n'a jamais été prise de délire ambitieux.

Un autre de mes malade est, pendant sept ans, atteint d'un délire des persécutions des plus actifs. Il a été souillé par un individu du nom de Michel ; depuis ce temps, on fait partout à son passage des signes équivoques, on l'appelle sodomiste, il l'entend dire par les balayeurs de la rue, par toutes les personnes qu'il rencontre et qu'il ne connaît pas, etc. A bout de patience, il tue de plusieurs coups de revolver celui qu'il croit répandre sur lui ces ignobles propos. Après cet acte, il reprend son calme ; enfermé pendant plusieurs années dans l'asile de son département, il ne présente plus d'idées de persécution, ni d'hallucinations de l'ouïe. A l'asile Sainte-Anne, il réclame sa sortie qui lui est accordée après plusieurs consultations médico-légales. La vie du dehors ne lui convenait pas, il demande à rentrer dans mon service. Sauf la persuasion que les voix qu'il entendait étaient réelles, il ne conserve plus aucun symptôme de son ancien délire. Il n'a pas la moindre idée ambitieuse, c'est un homme modeste, vivant sobrement, bon travailleur, excellent expédition-

©BIUM

naire, qui peut être considéré comme guéri, sans avoir passé par la période de délire ambitieux.

La terminaison du délire des persécutions est la démence, mais celle-ci peut se produire sans avoir été nécessairement précédée de délire mégalomaniaque.

M. Lasègue cite (XV^e observation) (p. 566, *op. cit.*) un délire des persécutions datant de huit ans avec passage du *délire partiel à la démence.*

J'insiste, Messieurs, sur la persistance et la longue durée de ce délire partiel. Le plus grand nombre des malades succombent d'ailleurs à diverses affections intercurrentes, avant d'arriver à la démence.

M. Garnier nous montre lui-même, en ce qui concerne le délire des persécutions, comme tout ce système du délire chronique est peu fondé. Il admet, en effet, dans son mémoire une classe de *persécutés persécuteurs.* (Ils le sont tous plus ou moins.) Ces persécutés persécuteurs ne doivent pas, suivant lui, être confondus avec les persécutés ordinaires qui sont des *délirants chroniques;* car ils font partie d'un autre groupe, le groupe des *héréditaires.* (?) J'avoue ne pas comprendre ces distinctions subtiles ; c'est là évidemment une contradiction dans la thèse que soutient M. Garnier.

J'arrive à la seconde partie.

Les idées ambitieuses, survenant à une période avancée d'un délire lypémaniaque, sont chose fort commune et bien décrite par la plupart des auteurs. M. Garnier cite lui-même Spielmann, qui, en 1855, appela l'attention, dans son *Traité du diagnostic des maladies mentales,* sur la tendance que présentent les persécutés à verser dans les idées de grandeur. M. A. Foville, d'autre part, a fait remarquer que cette association d'idées ambitieuses et d'idées mélancoliques, loin d'être une circonstance fortuite accidentelle, est au contraire une véritable loi nosologique.

M. Paul Garnier ajoute que le nom de mégalomanie, employé par M. Dagonet pour désigner ce délire, ne s'applique pas à une entité distincte, que le délire des grandeurs n'est pas une monomanie ; il n'est qu'un aspect, qu'une phase déterminée d'une maladie mentale à marche chronique dont il représente le plus haut degré de systématisation.

©BIUM

M. Garnier fait erreur, je n'ai jamais considéré la mégalomanie comme une simple monomanie.

Elle repose, comme l'a dit Esquirol, sur l'exagération du sentiment de la personnalité, d'où résulte la surexcitation expansive des facultés et des sentiments, des impulsions violentes, énergiques, et une attitude caractéristique.

A cette définition d'Esquirol, j'ai ajouté que la mégalomanie avait d'ordinaire une période de préparation.

Esquirol ne donnerait plus de nos jours le nom de monomanes à toute une catégorie d'aliénés qu'il a parfaitement observés, car cette expression a donné lieu à des discussions passionnées et à de fausses interprétations. Il n'y a pas, dans le sens absolu du mot, d'aliénés monomanes, c'est-à-dire d'aliénés n'ayant d'autre folie que celle de raisonner faux sur un seul point; n'ayant qu'une seule idée fixe, absurde, en dehors de laquelle ils raisonnent admirablement bien. Cela n'a pas été dans la pensée d'Esquirol de comprendre ainsi la monomanie; à côté des idées et des impulsions prédominantes qui caractérisent le délire restreint, partiel, il y a d'autres symptômes plus ou moins faciles à apprécier, et les observations rapportées par ce maître de la science confirment cette manière de voir : « Si, dit Esquirol, ces individus n'étaient pas fous, ils ne seraient pas des monomanes. »

Vous avez tous, présent à l'esprit, Messieurs, le tableau de la mégalomanie, si bien tracé par notre savant collègue, M. A. Foville, dans son important mémoire sur le délire des grandeurs.

Je me permets d'en détacher les quelques passages suivants :

Tous les auteurs (Foville, p. 324) sont d'accord pour dire qu'il y a des cas de folie partielle ou monomanie, essentiellement caractérisée par un délire des grandeurs, fixe, cohérent, systématisé, entièrement distinct de celui de la paralysie générale.

Plusieurs médecins ont proposé de désigner cette forme de folie sous le nom de mégalomanie qui nous paraît devoir être adopté (Foville).

M. Falret distingue, dans l'évolution de ce délire partiel, trois périodes : une d'incubation, une de systé-

©BIUM

matisation, une dernière où le délire est stéréotypé et que l'on pourrait appeler de cristallisation (citation de Foville, p. 340).

M. Foville, après avoir rapporté douze observations de mégalomaniaques, constate que dans neuf cas sur douze, c'est-à-dire dans les trois quarts des observations, les malades ont été d'abord des lypémaniaques hallucinés ; ce n'est que d'une manière secondaire, par une nouvelle évolution dans l'épanouissement du délire, que se sont produites les idées de grandeur, invariablement accompagnées de modifications dans la personnalité (*Dél. des grandeurs*, p. 356).

Spielmann (*Diagnostic des maladies mentales*, Vienne, 1855), cité par M. Foville, déclare que le sentiment exagéré de soi-même, crée une seconde personnalité ; une telle métamorphose de la personnalité suppose, selon cet auteur, l'existence antérieure de la mélancolie ou de la manie, elle ne se produit jamais spontanément (Foville, p. 362).

Dans sa période d'état, ambitieuse, de *cristallisation*, comme l'a appelée M. J. Falret, la mégalomanie a pour caractères essentiels, en dehors du délire ambitieux lui-même, non seulement d'être raisonnée, coordonnée et systématisée, mais aussi d'être associée à des hallucinations chroniques et à des idées de persécution.

Cette période d'état peut avoir une durée considérable, on cite des exemples de malades arrivés à un âge avancé, conservant la même activité d'esprit et dont le délire a persisté dix, vingt, trente ans, sans présenter aucun signe bien accentué d'un affaiblissement des facultés.

C'est là cependant une exception, et il est une autre catégorie d'individus qui tombent après quelques années dans un état de démence confirmé. Je suis tenté pour ma part, d'admettre que cette évolution est plus rapide chez les femmes et que la maladie se termine chez elles plus vite par la démence.

La mégalomanie est loin, d'ailleurs, d'être fréquente, elle se rencontrerait, d'après Guislain, une fois sur trois cents admissions ; M. Foville juge cette proportion trop faible, il aurait trouvé une dizaine de cas bien nets sur une population d'environ six cents aliénés (*Dél.*

©BIUM

des grand., p. 350). Elle peut débuter, ainsi que Foville l'a mentionné, d'après M. Baillarger, d'une manière aiguë avec excitation générale, comme le démontre son observation IV, mais cela est rare et le plus souvent le début est latent et insidieux (p. 363).

Albert (de Bonn), (*Manuel des maladies mentales. Memoranda der Psychiatrie*, Weimar, 1855), remarque que ce délire partiel est surtout une forme de terminaison de la folie avec excitation ou dépression générale (Fov., p. 363).

Dans la description de cette forme remarquable d'aliénation mentale, j'ai fait également observer qu'il est rare de la voir s'annoncer au début par les symptômes propres à la mégalomanie ; qu'elle est le plus souvent la conséquence et, en quelque sorte, *la transformation d'une autre variété de délire* (Dagonet, p. 174).

Comme le remarque Spielmann, la mégalomanie évolue de deux manières : elle peut succéder à la manie, alors elle atteint rapidement tout son développement ; ou bien elle apparaît successivement, comme par accès, le délire a une évolution lente, successive. On observe ce second mode de développement, lorsqu'elle procède de la mélancolie.

Quelquefois la transition de la forme dépressive dans la forme expansive du délire se manifeste d'une manière assez brusque (Dagonet, p. 275).

Toute l'histoire du délire chronique, telle que l'ont exposée MM. Gérente et Paul Garnier, n'est-elle pas tracée dans les citations que j'emprunte à M. Foville ?

Notre savant collègue, M. Foville, ajoute cette dernière observation que la folie partielle, et cela s'applique aussi bien à la mégalomanie (p. 344. *op. cit.*), peut encore présenter des différences soit qu'elle succède à une explosion subite, aiguë, de trouble mental, soit au contraire qu'elle prenne naissance d'une manière inaperçue, grandissant en secret et ne se laissant deviner qu'à une période déjà ancienne et compliquée.

Je n'ai pas eu l'intention, Messieurs, d'exposer l'histoire de la monomanie ambitieuse ou mégalomanie, mais en rappelant ici quelques-uns de ses caractères, je tenais à vous montrer qu'il n'existait pas de différence appréciable entre le tableau clinique si bien tracé

©BIUM

par plusieurs auteurs, en particulier par M. A. Foville, et celui que nous expose M. Garnier, sous le nom nouveau de délire chronique.

Est-il nécessaire de créer une dénomination nouvelle dans la science encore confuse de l'aliénation mentale, où la classification est l'objet de tant de propositions et de modifications qui n'apportent aucune clarté ?

Cette expression de délire chronique, permettez-moi de le dire, est fort mal choisie ; elle est loin de représenter à l'esprit le caractère principal de la maladie que l'on veut décrire. Le mot *délire* caractérise toutes sortes d'états pathologiques et les formes d'aliénation mentale les plus diverses. L'expression de *chronique* qui caractérise ce délire s'applique à un grand nombre de folies, car il est dans la nature même des maladies mentales de présenter une marche en quelque sorte chronique, c'est-à-dire de longue durée. Il serait préférable de lui donner toute autre appellation, une, par exemple, qui n'aurait aucune signification ; avec les progrès incessants de la science, une désignation, si bien conçue qu'elle puisse être, ne répond bientôt plus à la maladie décrite.

Je puis faire à M. Garnier des objections d'un autre ordre. Comment peut-il établir un diagnostic de délire chronique au début de l'affection ?

La dépression morale, qui ouvre en quelque sorte la scène pathologique, se rencontre, dans la généralité des cas et dans les formes d'aliénation les plus diverses. C'est là, du reste, une remarque faite par les auteurs les plus compétents, Esquirol, Griesinger, Morel, etc.

La monomanie *exaltée*, dit Griesinger (*Mal. ment.* p. 363), comme la manie, se développe surtout après avoir été précédée d'une période de mélancolie. Souvent, au début, l'état d'exaltation reste, pendant un temps assez long, intermédiaire entre ces deux formes.

Je demanderai à M. Garnier les signes qui lui permettent d'indiquer à l'avance la transformation d'un délire lypémaniaque en une autre forme d'aliénation mentale.

Certes, M. Garnier insiste avec raison sur une évolution dont on ne saurait trop remarquer l'importance, mais les auteurs qui ont décrit la monomanie ambi-

©BIUM

tieuse ou mégalomanie, depuis Esquirol jusqu'à M. Foville, n'ont pas fait autre chose. C'est une règle générale, une loi en pathologie mentale, de voir un état de dépression morale se manifester au début de la plupart des formes d'aliénation, c'est là en quelque sorte une période d'incubation, et la mégalomanie ne fait pas exception.

Je citerai quelques observations :

La période de dépression de ce qu'on appelle le délire chronique peut se manifester sans être caractérisée par un délire coordonné et systématisé.

Un malade que j'ai pu suivre, M. S.... employé d'administration, intelligent, est atteint pendant une année de cette sorte de dépression sans délire nettement accusé. Je l'ai vu dans sa famille à Metz. Il tournait sans cesse dans sa chambre, autour d'une table, répétant continuellement les mêmes phrases : « Je vais mourir, je suis mort, cherchez le notaire. » Impossible d'attirer son attention sur d'autres choses et d'obtenir la moindre réponse aux questions qu'on lui adresse. Puis au bout d'une année et dans l'établissement où on est obligé de le placer, il devient presque sans transition un monomane ambitieux, actif, entreprenant, écrivant mémoires sur mémoires, faisant toute espèce de plans pour des réformes sociales, plans parfaitement conçus et très bien rédigés. Il se montrait très heureux et très satisfait de ses projets.

Il était arrivé à la période de cristallisation de la mégalomanie, comme l'a appelée M. J. Falret.

J'ai observé ce malade pendant de longues années, et j'ai quitté l'établissement où il se trouvait sans avoir constaté chez lui le moindre signe de démence.

Cette évolution décrite par les auteurs et qui constitue le délire chronique de M. Garnier, délire ambitieux succédant à une période de dépression, est sans doute la règle; mais on peut citer aussi des exemples où la mégalomanie s'est manifestée brusquement, sans aucune préparation, d'emblée, avec les caractères qui lui sont propres.

Messieurs, je vous citerai l'observation suivante d'une mégalomanie à forme intermittente :

Un malade que notre collègue, M. Christian, a vu

©BIUM

comme moi à l'asile de Stéphansfeld, avait des accès de mégalomanie très remarquables. Ces accès faisaient explosion tous les deux ou trois ans, présentaient toujours le même caractère et la même durée de trois mois environ. Pris brusquement de ses idées de grandeur, sans autre période d'incubation, M. Gr. parait sa boutonnière d'un bouquet d'immortelles et se disait grand-duc d'Alsace. Pendant la période croissante de mégalomanie, il envoyait des diplômes de la décoration de l'immortelle qu'il avait créée, à toutes les personnes qui avaient rendu des services incontestables au pays. Quand venait la période de décroissance, il détachait successivement de sa boutonnière les immortelles qui en faisaient l'ornement. La guérison de l'accès était complète quand la dernière immortelle avait disparu. Ce malade était très intelligent, d'une érudition remarquable et, dans l'intervalle des accès, il ne manifestait aucune idée délirante. Je répète que ces accès ont été observés pendant plus de vingt ans, se produisant tous les deux ou trois ans sous cette même forme, invariablement caractérisés par les mêmes idées, le même début, sans la moindre période prémonitoire de dépression morale.

Ce malade est-il un délirant chronique pour M. Garnier ?

Et puisque la mégalomanie n'existe plus, comment désignera-t-il une pareille forme d'aliénation ?

Pour moi je continuerai à me servir du terme de mégalomanie, en remarquant que le délire chronique n'a pas le caractère *absolu* d'évolution qu'on veut lui assigner et que par conséquent il ne trouve pas sa place dans la classification des maladies mentales.

La transformation du délire lypémaniaque en délire ambitieux se fait, nous dit-on, d'une manière logique, par un enchaînement de raisonnements. Le malade se dit à lui-même (Voir M. le Dr Dericq, *Journal de thérapeutique contemporaine*, 4 janvier 1884) : « Mais pourquoi suis-je en butte à toutes ces misères, à toutes ces persécutions ? Il y a une cause, une raison à tout cela, car rien n'arrive sans cause.

En y réfléchissant, il trouve que ces misères sont un temps d'épreuve que Dieu envoie à son élu, pour permettre le rachat des péchés des hommes et le relève-

©BIUM

ment de la patrie. Il a donc été choisi par Dieu, il a une mission importante à remplir.

Ou bien, les persécutions qu'il endure sont inspirées par la jalousie ; c'est donc qu'il est le plus habile ouvrier de Paris, de la France. La police n'a-t-elle pas intérêt à supprimer celui qui connaît les turpitudes qu'elle commet journellement ? Les jésuites qui le persécutent et qui savent tout, cherchent à le faire disparaître, ne serait-ce pas pour recueillir un important héritage qui lui est destiné ? » S'il est possible de trouver chez quelques malades cet enchaînement dans les idées délirantes, une logique pouvant expliquer le développement des idées ambitieuses (ce que j'ai en vain cherché pour le malade dont j'ai cité plus haut l'observation), le fait de généraliser, de formuler une loi est peu clinique.

M. Christian fait observer avec raison (*Étude sur la mélancolie*, p. 171) que les aliénés ne sont pas aptes, dans la généralité des cas, à tirer des déductions semblables.

Dans ce roman pathologique, ajoute-t-il, il est certain que bien des intermédiaires sont sautés, les déductions ne s'enchaînent pas aussi régulièrement, aussi logiquement qu'on pourrait le supposer.

Il faut évidemment trouver la raison de cette évolution, de cette transformation du délire dans le mode différent des sensations qui caractérise la personnalité ; c'est une altération de la sensibilité morale, le délire est en rapport avec les troubles qui se manifestent de ce côté.

La même transformation s'observe dans l'état physique du malade. C'est ainsi que l'embonpoint et l'augmentation des forces ne tardent pas à remplacer la souffrance physique et le ralentissement des fonctions que l'on remarquait dans la période de dépression.

En résumé, Messieurs, je crois que nous devons rejeter cette innovation, mal justifiée de délire chronique.

Le délire des persécutions reste un type nosologique et une véritable entité dans le cadre des maladies mentales. La description et l'évolution en sont nettement tracées.

Ce délire qui aboutit d'ordinaire à la démence, persiste quelquefois indéfiniment avec les mêmes carac-

©BIUM

tères, et j'ai cité une observation de guérison ; il ne suit donc pas cette évolution fatale indiquée par M. Garnier; admettant le délire des persécutions tel qu'il est décrit, je ne vois pas davantage la nécessité de créer, comme M. Garnier le propose, une autre classe dite de *persécutés persécuteurs*, (!) rentrant dans un second groupe qu'il appelle le groupe des héréditaires. (?)

La monomanie ambitieuse ou mégalomanie est, elle aussi, un type nosologique ; on a tort de lui substituer le nom de délire chronique.

Je n'ai jamais considéré, je le répète, la mégalomanie comme une simple monomanie, c'est une erreur de M. Garnier. Les monomanes, *dans le sens absolu de cette expression, n'existent pas;* Esquirol lui-même ne comprend pas les monomanes de cette manière.

La mégalomanie n'a pas cette évolution fatale que M. Garnier lui assigne. Elle peut persister longtemps, indéfiniment, avec les caractères qui lui sont propres. J'ai rapporté une observation type de mégalomanie qui a duré plus de vingt ans sans aboutir à la démence. On pourrait citer bien d'autres exemples qui nous obligent à considérer la mégalomanie comme une entité. Certes, la transformation d'un délire lypémaniaque en un délire ambitieux dans cette forme d'aliénation mentale est un fait classique, comme la terminaison par la démence de la plupart des délires si variés des aliénés.

Dans la description du délire chronique, M. P. Garnier attribue la même valeur à un délire ambitieux qui durera trente ans et à l'apparition la plus fugace d'idées ambitieuses ; c'est, à mon avis, aller contre les principes d'une saine clinique.

M. Garnier a cru devoir blâmer l'expression que j'ai employée, avec d'autres auteurs, de mégalomanie, pour décrire une catégorie d'aliénés bien connus ; je regrette, à mon tour, de ne pouvoir le suivre dans la nouvelle voie qu'il nous indique et je ne puis admettre cette tendance à rejeter deux types nettement distincts, qui peuvent l'un et l'autre persister indéfiniment avec leurs caractères bien tranchés, pour les confondre en une seule et même maladie à laquelle on donnerait une dénomination qui manque de clarté, et qui rendrait, à mon avis, plus obscure l'étude des maladies mentales.

©BIUM

M. Paul Garnier demande la parole sur la question pour la prochaine séance.

Du traitement de l'aménorrhée par la suggestion hypnotique.

M. Aug. Voisin. — La pratique de l'hypnotisme et des suggestions hypnotiques chez les aliénés et les nerveux, m'a fourni l'occasion d'essayer de traiter l'aménorrhée par cette méthode.

Les observations suivantes m'ont paru mériter de vous être communiquées.

Obs. I. — Mme X..., vingt-huit ans, chloro-anémique, est sujette à des névralgies depuis dix ans.

La menstruation est très douloureuse depuis cette époque, elle s'accompagne de névralgies du ventre, de la poitrine, du cou et de la tête.

Les règles n'ont pas paru depuis trois mois et l'état de la malade est aggravé par des phénomènes hystériformes, tels que : constriction de la gorge, pleurs non motivées, insomnie, inappétence ; aucun signe de grossesse.

Tous les moyens habituels ayant été employés sans résultat pour faire réapparaître le sang, je me propose de chercher à combattre l'aménorrhée par la suggestion hypnotique.

Le 16 *octobre* 1886, je l'hypnotise facilement. Elle est dans l'état somnambulique ; je lui suggère d'avoir ses règles le 20, au soir.

21 *octobre*. Le sang a paru le 20 au soir avec accompagnement de quelques coliques. Je l'hypnotise de nouveau et je lui suggère d'avoir ses règles jusqu'au 23 au soir et de ne pas avoir de crise.

La suggestion a réussi pleinement et Mme X... a peu souffert.

24. La malade et son mari me disent que la menstruation s'est toujours produite toutes les quatre semaines avant ces derniers temps.

9 *novembre*. Le sang cataménial devrait paraître à l'état normal au bout de quatre semaines, c'est-à-dire le 17 novembre. Dans le but de rompre l'habitude mor-

©BIUM

bide, je lui suggère, pendant le sommeil hypnotique, d'avoir ses règles dans la nuit du 12 novembre jusqu'au 14 au soir et de ne pas souffrir de névralgies pendant cette période ni pendant les quelques jours suivants.

14. Le sang a paru dans la nuit du 12 au 13. Mme X... me dit qu'elle a eu quelques coliques dans la journée du 12.

16. L'époque s'est passée sans crises de névralgie, elle n'a été accompagnée que de quelques douleurs légères.

Le 27, je lui ai suggéré d'avoir ses règles au bout de trois semaines, c'est-à-dire le 4 décembre. La suggestion a encore réussi.

Cette observation m'a paru devoir son intérêt à la production à jour fixe de l'époque cataméniale par la suggestion hypnotique et à l'action favorable de la suggestion sur les crises de névralgie dont Mme X... était atteinte de la façon la plus pénible depuis dix ans.

Obs. II. — La nommée D... vient me consulter à la Salpêtrière, en juillet dernier, pour des névralgies très douloureuses de la tête, de la poitrine et du ventre qui ont coïncidé depuis trois mois avec la suppression de la menstruation. Elle a depuis ce moment des étourdissements accompagnés de soubresauts.

Elle est d'apparence vigoureuse, brune, et elle me dit que l'écoulement du sang cataménial avait toujours été abondant jusqu'en ces derniers temps.

Elle est ordinairement impressionnable et sujette à des étouffements, à de la constriction à la gorge, à des douleurs lombaires et à des névralgies diverses.

Pas de signe de grossesse.

Le Dr Ochorowitz veut bien se charger de l'hypnotiser. Il y réussit et il lui suggère d'avoir ses règles dans trois jours, à trois heures de l'après-midi. La durée de l'écoulement devra être de vingt-quatre heures. La suggestion a réussi.

La menstruation a été mensuelle depuis cette époque, et les phénomènes morbides pour lesquels elle était venue me consulter ont cessé.

Obs. III. — Pendant la dernière session de l'Association française des sciences à Nancy, j'ai assisté à

©BIUM

une consultation publique du Dr Liébault, et il nous a présenté entre autres une jeune fille de dix-huit ans, Mlle H..., chez laquelle il existait des névralgies et une aménorrhée datant de cinq à six mois et qu'il traitait depuis près d'un mois par l'hypnotisme pour ses douleurs. Pas de signe de grossesse.

M. Liébault l'hypnotisa.

Je lui demandai de me laisser lui suggérer, pendant son sommeil, d'avoir ses règles le lendemain à huit heures du matin.

Elle est revenue chez M. Liébault au bout de deux jours. Le sang menstruel était venu comme je le lui avais suggéré. Elle l'a dit devant plusieurs médecins et témoins qui m'avaient entendu, et elle ne se doutait nullement que c'était sur mon injonction. Les douleurs ont cessé.

Si la suggestion peut provoquer les règles, elle peut aussi en diminuer et en régulariser le flux.

M. le Dr Liébault m'a communiqué récemment une observation intéressante à ce sujet.

« Il s'agit d'une institutrice qu'il soigne depuis neuf mois pour de graves hémorrhagies utérines sans lésions organiques et revenant coup sur coup. Le mal empirait toujours et elle était obligée de rester vingt jours au lit par mois. Par l'hypnotisation au degré le plus léger, elle est arrivée, d'après les suggestions du Dr Liébault, à avoir ses règles tous les vingt-cinq jours pendant cinq jours. Il n'y a plus aucune récidive d'hémorrhagie. Elle va très bien aujourd'hui. »

J'ai trouvé des faits semblables ou analogues dans les recueils scientifiques.

C'est ainsi que le traité de Liébault sur le sommeil et les états analogues (1860) contient trois observations où la menstruation a été rappelée par la suggestion hypnotique.

Il essaya d'abord la suggestion sur une grande et forte fille, d'un tempérament lympathique et âgée de vingt-deux ans, laquelle avait déjà eu plusieurs suppressions. Depuis six mois elle n'avait rien vu reparaître. Il l'hypnotisa, le 11 décembre 1860, et il lui suggéra le retour des règles pour le 26 décembre, ainsi que leur régularité à l'avenir. Elles revinrent au jour

©BIUM

fixé, peu abondantes il est vrai, et elles continuèrent depuis lors sans interruption nouvelle. Ce résultat a été confirmé à M. Liébault, et par cette fille et par sa mère.

M. Liébault expérimenta de nouveau la suggestion, pendant le somnambulisme, sur une veuve de trente-cinq ans dont les menstrues étaient arrêtées. Il lui affirma cet écoulement physiologique pour le 17 juin, à deux heures de l'après-midi, afin qu'il durât jusqu'au 21 à la même heure. Cette femme ne conserva aucun souvenir de son sommeil et le seul témoin, une sage-femme, fut chargée par M. Liébault, tout en gardant le secret, de s'assurer de ce qui se passerait. Or, les règles revinrent le 17 juin, vers neuf heures du matin, en avance de cinq heures et elles disparurent le 21 juin à deux heures du soir.

M. Liébault ajoute qu'il croit pouvoir garantir que le secret fut bien gardé et la surveillance bien faite, et qu'il eut la satisfaction d'apprendre ce qui était arrivé, non seulement de la bouche de la sage-femme, mais encore de la malade elle-même qu'il connaît depuis longtemps pour très véridique ; cette dernière ne se doutait nullement du traitement suggestif qui lui avait été fait ; un traitement insignifiant avait masqué le véritable.

M. Liébault fit une autre fois la suggestion, le 17 janvier 1863, sur une somnambule qu'il endormait souvent et dont les règles n'avaient pas reparu depuis six semaines : elle en attribuait la suppression à l'inquiétude que lui donnait un procès et au chagrin d'avoir perdu une chèvre. Pendant qu'elle dormait, elle dit qu'il n'y avait qu'un seul moyen certain de faire revenir cet écoulement, c'était de prendre de la tisane d'armoise l'espace de huit jours, et que, ce temps accompli, le sang reparaîtrait. M. Liébault dit qu'il ne doute pas qu'elle prophétisât juste, mais il crut mieux faire de laisser de côté sa rêverie et de lui annoncer avec autorité, qu'elle aurait ses règles le 18 janvier à huit heures du matin. Elles apparurent le 19, dans la soirée.

Messieurs, ces observations me paraissent démontrer que la suggestion hypnotique est susceptible d'agir sur le fonctionnement du grand sympathique. Les recueils

©BIUM

scientifiques renferment d'ailleurs un certain nombre de faits qui prouveraient l'influence de ce moyen sur les vaso-moteurs d'autres parties du corps.

C'est ainsi que Beaunis a observé des variations du pouls sous l'influence de la suggestion, et il en a conclu que la suggestion peut agir sur la circulation vaso-motrice.

Il a observé un cas où il survenait par la suggestion une tache rouge brun sur la peau.

Focachon a pu produire par suggestion un vésicatoire en appliquant des timbres-poste sur une partie du bras.

Dumont-Pallier a déterminé par suggestion, une élévation notable de la température dans un membre.

Bourru et Burot ont produit par suggestion, un fort saignement du nez et des hémorrhagies sur les lignes formées par les lettres du nom de leur malade.

Sur le même malade, Mabille a obtenu une hémorrhagie instantanée sur une région déterminée du corps.

Des stigmates semblables à ceux observés sur la fameuse Lateau, peuvent donc être déterminés par suggestion et sans aucune supercherie, comme on l'a écrit.

Burlureau publiera prochainement l'observation d'une femme qui était atteinte depuis plus de dix ans d'une diarrhée incoercible (40 selles en 24 heures) et qu'il a guérie sous mes yeux par cette méthode en deux séances.

Tels sont, Messieurs, les faits que je voulais vous exposer, ils m'ont paru mériter l'attention de la Société médico-psychologique ; l'interprétation suivra, lorsque nous connaîtrons mieux la physiologie nerveuse et la psychologie ; mais dès aujourd'hui on peut dire que dans un état de concentration psychique suggérée, le système nerveux cérébral peut influencer une fonction telle que la menstruation, qui paraissait se dérober à l'influence de la volonté.

De la valeur des hémorroïdes et de quelques autres signes en aliénation mentale.

M. CHARPENTIER. — Messieurs, permettez-nous de débuter par une précaution oratoire qui ne nous paraît pas inutile. Nous n'avons pas la prétention de créer une folie nouvelle, ni de renouveler une forme quelconque de folie ancienne tombée à juste titre en désuétude.

©BIUM

Nous venons vous exposer quelques résultats des recherches que nous avons poursuivies à Bicêtre dans notre service, depuis que nous avons eu l'honneur de succéder à M. Falret, c'est-à-dire depuis octobre 1884.

L'hypothèse qui nous a guidé dans ces recherches est la suivante : Y a-t-il des folies ou des délires constituant des manifestations des maladies constitutionnelles désignées sous les noms d'arthritisme et d'herpétisme?

L'historique des tentatives qui ont eu lieu dans ce sens nous entraînerait trop loin; nous pouvons les résumer en disant que si ceux qui ont écrit dans ce but sont assez nombreux, leurs observations sont au contraire assez rares et peu concluantes, sauf quelques-unes très connues et partout citées. D'ailleurs chez tous la méthode de recherche ou d'observation a été à peu près la même : observation d'une manifestation constitutionnelle locale ou générale, précédant ou suivant un trouble mental ou en coïncidence avec lui, d'où la déduction hypothétique d'un rapport de cause à effet.

A priori, nous n'étions guère encouragé, en raison de la rareté des cas publiés, car une objection capitale se dressait devant nous : la rareté de telles observations ne prouve-t-elle pas la rareté des manifestations mentales de nature arthritique ou herpétique? Cependant cette rareté n'était peut-être due qu'à ce que leurs auteurs se proposaient de rechercher un rapport de cause à effet, rapport qui pouvait très bien n'être qu'une conception illégitime, partant non vérifiable par l'observation, d'où la rareté des faits publiés. C'est ce que ne tardèrent pas à nous donner nos premières recherches. Mais les manifestations herpétiques ou arthritiques, nous parlons de celles qui sont bien évidentes, bien établies, ne reposent pas uniquement sur la notion du rapport de cause à effet; il y a un autre rapport qui les relie, c'est le rapport de succession, de séquence, comme disent les philosophes, même à de longs intervalles de temps, rapport de succession qui implique une altération plus générale, constitutionnelle, qui implique même une idée d'évolution.

C'est ce rapport que nous avons tenté d'établir, en recherchant d'abord chez nos malades les manifestations relevant de nos deux maladies constitutionnelles

©BIUM

qu'ils présentaient ou qu'ils avaient présentées, et c'est ainsi que notre attention fut fixée sur la fréquence des hémorroïdes ; toutefois nos résultats étaient encore insuffisants pour conclure dans le sens de nos diathèses.

C'est alors que nous avons songé qu'une maladie constitutionnelle ne se bornait pas à un individu, mais comprenait l'espèce, la génération, et que nous avons entrepris les mêmes recherches chez les ascendants ; en présence des résultats confirmatifs de nos idées hypothétiques, nous avons pensé, Messieurs, qu'il était de quelque intérêt de vous les communiquer, désireux que nous sommes de solliciter de nouvelles recherches sur ce sujet. Il ne faut pas oublier qu'en général c'est sur des renseignements que nous avons opéré, et dans ces circonstances, les difficultés de diagnostic, bien plus grandes que lorsqu'on a la lésion ou le malade sous les yeux, nous ont obligé à une grande circonspection. Nous pouvons dire que toutes les fois que les renseignements manquaient de précision, indiquaient des contradictions ou nous paraissaient témoigner le désir marqué de répondre affirmativement aux questions que nous adressions soit pour nous faire plaisir, soit pour dérouter nos investigations à propos de l'aliénation mentale, nous ne tenions pas compte des réponses. En conséquence, le nombre des cas où nous avons relevé l'arthritisme où l'herpétisme dans la famille est un nombre minimum et doit être considéré plutôt comme inférieur que comme supérieur à la réalité. Nous avons confondu sans désignation spéciale les manifestations arthritiques et herpétiques, parce que les limites de ces deux diathèses varient avec les conceptions médicales; ce qui est herpétique pour tel auteur, peut être considéré comme arthritique par un autre. Ainsi l'herpétisme de M. Lancereaux est plus vaste que celui de Bazin, puisque M. Lancereaux a démembré l'arthritisme de Bazin au profit d'un herpétisme nouveau. Mais quelles que soient les dissidences des auteurs à ce sujet, il n'en résulte pas moins que ces états constitutionnels existent, qu'il existe une série d'individus ou de générations qui, dans le décours morbide de leur existence, présentent un nombre plus ou moins grand de ces manifesta-

©BIUM

tions constitutionnelles se succédant parfois dans un ordre déterminé.

Les manifestations que nous avons plus particulièrement recherchées sont les suivantes : du côté de la peau, les eczémas, pityriasis, lichen, psoriasis tenaces, récidivants, très douloureux, symétriques, ayant leur siège de prédilection sur les parties du corps ordinairement exposées à l'air ou sur les régions sudorales; du côté du tube digestif, les dyspepsies fétides, flatulentes, la dilatation stomacale et surtout l'hémorroïde. Nous insistons beaucoup sur ce symptôme qui ne nous paraît pas avoir fixé suffisamment l'attention dans le domaine de notre spécialité, malgré les aphorismes hippocratiques et les doctrines de l'école de Stahl, peut-être à cause des exagérations de cette dernière; du côté du système vasculaire, des épistaxis de jeunesse, des hémoptysies, en dehors de tubercules, les varices des membres inférieurs sans cause mécanique, les lésions athéromateuses cardio-aortiques, et quelques phénomènes de spasmes ou de paralysie vasculaire, tels que le doigt mort, l'asphyxie des extrémités, la capillarité vineuse des pommettes et des ailes du nez; ajoutons la gravelle, les calculs urinaires et les différentes variétés du rhumatisme articulaire aigu ou chronique, ainsi que les rétractions de l'aponévrose palmaire.

Nous n'avons pas tenu compte des névralgies ni des viscéralgies, des douleurs non articulaires, des douleurs de tête, de l'asthme, des paralysies passagères, par ce que de pareils troubles pouvaient relever d'autres causes que de nos maladies constitutionnelles ; nous avons également éliminé la phthisie pulmonaire et le cancer pour ne pas trop élargir le cadre.

Que ces états morbides, objets de nos recherches, soient reliés à l'arthritisme ou à l'herpétisme, ou bien à la pléthore ou à la diathèse congestive, ou si l'on veut encore au ralentissement de la nutrition ; que l'on admette pour les expliquer l'hypothèse dyscrasique ou l'hypothèse trophonévrotique, le résultat de nos recherches sera le même si nous parvenons à établir la fréquence de ces manifestations sur nos malades ou sur leurs ascendants. C'est ce que nous allons tenter d'établir à l'aide des chiffres suivants :

©BIUM

Le total de nos malades observés est de 338, que nous avons décomposés en quatre séries, ainsi que l'indiquent les colonnes verticales de droite sur notre tableau. Une première série de 159 malades, qui nous présentent chez leurs ascendants des antécédents d'arthritisme ou d'herpétisme réunis à des antécédents d'aliénation mentale ou de névrose simple. Soit près de la moitié de nos 338 malades. Nous divisons ces 159 malades en trois groupes (que nous n'avons pas fait figurer sur notre tableau pour ne pas trop le compliquer) par rapport à la répartition de ces manifestations chez les ascendants :

A. — Premier groupe : 50 malades où nos manifestations constitutionnelles et l'aliénation mentale se trouvent ensemble ou successivement chez un même ascendant. Quand nous disons aliénation mentale, nous y comprenons les grandes névroses spéciales.

B. — Deuxième groupe : 66 malades : les manifestations constitutionnelles et les troubles mentaux ne se trouvent plus sur un seul individu, mais sur une seule branche des ascendants ; ex : un grand-père paternel présente des manifestations arthritiques sans troubles mentaux ; le fils, c'est-à-dire le père du malade observé, offre de l'aliénation mentale ou une grande névrose.

C. — Troisième groupe : 43 malades : ici les manifestations arthritiques se trouvent sur la branche paternelle et les troubles mentaux du côté de la mère ou vice versa.

Une deuxième série de 67 malades, soit 1/5 de 338, nous présente chez les ascendants des antécédents d'arthritisme ou d'herpétisme sans antécédents d'aliénation mentale ni de grandes névroses.

Une troisième série de 53 malades seulement, soit 1/6, qui nous présente chez les ascendants des antécédents d'aliénation mentale ou de névroses sans arthritisme ni herpétisme.

Une quatrième et dernière série de 59 malades, qui complète nos 338 cas, ne nous offre que des renseignements nuls, incertains ou négatifs, au point de vue des antécédents de famille, qu'il s'agisse de nos diathèses ou de l'aliénation ou des névroses. 85 malades sur 338, c'est-à-dire un quart, ont eu des hémorroïdes. Une sim-

©BIUM

ple remarque à ce sujet. Nos recherches n'ont pas assez souvent consigné l'époque d'apparition ou la durée de ces hémorroïdes, ce que nous regrettons au point de vue de la précision des renseignements, mais nous pouvons affirmer que chaque fois que des doutes s'élèvaient en nous sur l'existence de ces lésions qui pouvaient avoir été confondues par nos malades avec du prurit anal, des polypes, végétations ou condylomes, des fissures, des fistules, abcès ou même des clous, nous ne les avons pas enregistrées.

Voici comment se répartissent nos 338 malades :

Délire de persécution	41
Paralysie générale	30
Mélancolie	27
Epilepsie	141
Démence	32
Débilité mentale, imbécillité	53
Idiotie	14

Nous n'avons pas fait de classement à part pour les alcooliques. Ceux-ci ne nous arrivent qu'en convalescence, et ceux que nous recevons présentent ordinairement un fonds de débilité mentale ou de mélancolie, ou bien offrent de l'épilepsie ou des idées de persécution et, à ce titre, nous les classons dans un des cadres précédents. Nous en dirons autant des excitations maniaques et des manies. Nous avons noté les excès de boissons alcooliques sur deux cent deux malades et sur cinquante-trois de nos hémorroïdaires. Nos hémorroïdaires alcooliques appartiennent presque tous à notre première série de cent cinquante-neuf.

Ici nos recherches sont en désaccord avec les observations de M. Lancereaux, constatant la sobriété des herpétiques, sobriété qu'il explique par l'état de leur estomac qui la leur impose. Peut-être M. Lancereaux n'a-t-il pas fixé son attention sur les herpétiques qui cessent d'être sobres et par suite versent dans le domaine de l'aliénation mentale.

Bazin n'a pas mentionné cette sobriété chez les herpétiques. D'ailleurs, est-ce que les organes des goutteux ne leur imposent pas la sobriété ? ce qui ne les empêche pas d'avoir commis et de commettre encore des excès de

©BIUM

ce genre. Nous sommes disposé à croire que beaucoup d'herpétiques et aussi d'arthritiques s'empressent d'oublier les engagements contractés envers un estomac malade, surtout si celui-ci devenu calme cesse de récriminer.

Délire de persécution. 41 malades.

7 hémorroïdaires dont 5 alcooliques ; 17 alcooliques sans hémorroïdes.

Ni hémorroïdes, ni antécédents de nos maladies constitutionnelles chez les ascendants, pour nos délires systématisés qui sont au nombre de six.

31 sur 41 nous ont présenté chez les ascendants, mais réunies à des troubles mentaux ou à des névroses, les manifestations constitutionnelles que nous recherchions : eczéma chronique, rhumatisme chronique des petites articulations, hémiplégies non guéries, maladie de cœur, doigt mort, gravelle.

5 de nos malades nous ont présenté des manifestations constitutionnelles chez les ascendants sans aliénation mentale ni névroses ; ces malades présentaient des idées de persécution liées à des hallucinations de l'ouïe, sans excès de boisson ; les idées morbides et les hallucinations ne persistaient pas longtemps, mais se reproduisaient à intervalles éloignés ; une fois les troubles passés, les malades étaient les premiers à reconnaître leur erreur.

Paralysie générale. 30 cas.

12 cas d'hémorroïdes ; 20 cas d'alcoolisme dont 8 sur des hémorroïdaires.

8 cas avec maladies constitutionnelles (arthritisme ou herpétisme chez les ascendants) sans aliénation mentale ni névrose.

15 cas avec antécédents mixtes chez les ascendants, 3 cas avec aliénation mentale ou névrose chez les ascendents sans immixtion d'arthritisme ni d'herpétisme.

Les antécédents constitutionnels de famille le plus fréquemment constatés sont l'hémiplégie chronique, l'athérome artériel, les rétractions de l'aponévrose palmaire, le rhumatisme chronique des extrémités, la gravelle.

M. le professeur Ball et M. Doutrebente ont signalé, pour la paralysie générale, l'hérédité de congestion, qu'ils ont distinguée de l'hérédité vésanique.

©BIUM

M. le professeur Charcot fait ressortir, dans son *Traité de la goutte*, qu'il n'a jamais constaté de paralysie générale chez les goutteux et fait remarquer que M. Baillarger n'a jamais vu de goutte chez les malades atteints de paralysie générale. En mettant à part les cas indiscutables de M. Féré et qui, à titre d'exception, pourraient bien confirmer la règle, il y a dans les constatations de ces savants un ensemble de faits qui, pour négatifs qu'ils soient, n'en possèdent pas moins une valeur réelle relativement à l'absence de coïncidence entre la goutte et la paralysie générale chez un même malade. Sur trois de nos cas nous avons noté la gravelle, la colique néphrétique chez les ascendants. Y aurait-il une modification ou une transformation de la diathèse goutteuse en évoluant d'une génération à l'autre? C'est une vue hypothétique qui mérite des recherches, mais sur laquelle nous ne pouvons insister, d'autant que la goutte est rare dans nos asiles. D'ailleurs M. Dagonet a insisté sur la goutte dans les ascendants pour certaines folies.

Mélancolie. 27 cas.

Onze ont eu des hémorroïdes ; dix alcooliques dont six hémorroïdaires.

Dix nous présentent, dans les antécédents de famille, l'aliénation mentale avec prédominance d'hypochondrie réunie à des antécédents constitutionnels tels que gravelle, doigt mort, lichen, dyspepsie flatulente, hémorroïdes, hémiplégie incurable.

Huit à ascendants arthritiques ou herpétiques sans aliénation mentale, ni névrose.

Quatre seulement avec aliénation mentale ou névrose dans la famille sans arthritisme ni herpétisme; cinq à antécédents nuls ou négatifs, ou incertains.

Nous rappellerons que c'était à propos de la mélancolie qu'Hippocrate considérait les hémorroïdes comme un utile préservatif ; tous les médecins connaissent l'hypochondrie qui accompagne les hémorroïdes.

Il nous paraît utile de rappeler que les recherches de M. Ritti sur l'asphyxie locale des extrémités ont eu surtout pour objet des formes mélancoliques, et que M. Lancereaux a insisté sur l'asphyxie locale des extrémités comme manifestation de l'herpétisme. Nous avons relevé

©BIUM

plusieurs fois ce symptôme dans les ascendants de nos malades ; il est une forme de dyspepsie fréquente, à notre avis du moins, survenant chez des femmes jeunes, au visage cyanosé, aux mains livides et froides, avec rétention des menstrues et un véritable abrutissement qui les empêche de s'expliquer, de répondre aux questions qu'on leur adresse, ce qui les expose facilement à se faire rudoyer par un médecin impatient ; les préparations aloétiques nous ont souvent réussi dans pareils cas, sans produire pour cela d'hémorroïdes.

Epilepsie. 141 cas.

45 ont eu des hémorroïdes, 34 d'entre eux des épistaxis de jeunesse, 8 des hémoptysies, sans que le thorax ne nous ait rien présenté de suspect.

95 sont alcooliques, dont 24 hémorroïdaires.

59 présentent chez les ascendants des antécédents de nos maladies constitutionnelles, réunis à des antécédents d'aliénation mentale ou de névroses.

40 nous ont présenté, chez les ascendants, les mêmes antécédents constitutionnels sans névrose ni aliénation mentale.

27 seulement nous présentent dans la famille des troubles mentaux ou des névroses sans les maladies constitutionnelles dont il s'agit; les 15 autres ne nous ont fourni que des renseignements nuls, incertains ou négatifs; dans 115 cas nous avons noté les excès de boisson chez les ascendants.

Les manifestations constitutionnelles que nous avons le plus souvent rencontrées sont le psoriasis, le rhumatisme articulaire aigu, subaigu ou chronique, les maladies du cœur, l'hémiplégie des dernières années, les nodosités d'Héberden. A propos du psoriasis, nous ne pouvons nous empêcher de songer aux violences de caractère et aux emportements fréquents des malades de l'hôpital Saint-Louis, atteints de psoriasis, et qui n'ont de comparables que les mêmes anomalies de caractère présentées par nos épileptiques.

Nous ne tenons pas compte des migraines qui nous ont paru fréquentes dans les antécédents personnels ou de famille de nos épileptiques, à cause du vague des renseignements qui pouvaient les faire confondre avec des céphalalgies ou des névralgies de la face.

©BIUM

Quelques mots sur l'incontinence nocturne de l'urine dont M. Lancereaux a signalé la fréquence dans l'herpétisme ; trente fois nous l'avons trouvée dans des cas où étaient notées des manifestations constitutionnelles dans les ascendants sans névrose, ni aliénation mentale ; ce phénomène avec sa même durée s'est retrouvé très fréquemment chez les ascendants ; dans tous nos cas, elle avait disparu à l'époque de la puberté et n'avait pas été suivie de pertes séminales. Si nous réfléchissons aux cas assez fréquents où la présence d'un trouble mental fait penser à l'épilepsie, alors que le malade et la famille n'accusent ni attaques, ni vertige et que les renseignements du malade et de la famille sont muets à l'égard de l'aliénation mentale ou des névroses, nous ne pouvons nous dissimuler l'importance qu'acquiert le signalement de l'incontinence nocturne pour rechercher l'hérédité du côté de l'arthritisme ou de l'herpétisme. Il en résulte que ce signe acquiert une nouvelle valeur et que se trouve ainsi réduite l'objection qui lui a été faite, en raison de sa fréquence, chez des sujets qui n'avaient présenté ni attaques, ni vertiges, ni troubles nerveux ou mentaux, soit personnellement soit dans leur famille.

Démence. — 32 cas, dont 13 autopsies.

Dix ont eu des hémorroïdes et ont été alcooliques.

Six dont la famille présente nos antécédents constitutionnels sans aliénation mentale ni névrose.

Quatre où celles-ci se retrouvent sans nos diathèses.

Vingt-deux sont dépourvus de renseignements autres que ceux tirés de l'examen physique du sujet vivant ou de l'autopsie.

Huit autopsies nous décèlent des lésions athéromateuses, des foyers cérébraux de ramollissement ou hémorrhagiques et des lésions chroniques des articulations ; cinq ne nous offrent aucune lésion imputable à l'état constitutionnel. Les neuf autres nous ont présenté de leur vivant des déformations rhumatismales chroniques des doigts, des rétractions de l'aponévrose palmaire, l'arc sénile de la cornée, l'athérome des artères radiales et crurales, des bruits de souffle cardiaques organiques, de la gangrène dite sénile. Il nous

©BIUM

est donc permis d'inscrire ces dix-sept cas au moins parmi les cas mixtes.

Débilité mentale et imbécillité. — 53 cas.

Pas un seul cas d'hémorroïde. — Quarante-cinq fois alcoolisme ou excès de boissons alcooliques : sept fois dans la famille, aliénation mentale ou névrose avec alcoolisme, mais sans nos maladies constitutionnelles ; vingt-sept fois réunion des névroses ou de l'aliénation mentale, à l'arthritisme ou l'herpétisme, toujours imprégnés d'alcoolisme ; dix-sept fois les renseignements ont été nuls, incertains ou négatifs, mais alors nous sommes frappés de la fréquence de la syphilis, de la phtisie pulmonaire et de la scrofule chez les ascendants.

Idiotie. — 14 cas.

Ni hémorroïdes, ni alcoolisme chez nos malades qui ont tous des déformations crâniennes accentuées ; l'aliénation mentale et les névroses sont niées par les ascendants, dont l'affaiblissement intellectuel par l'alcoolisme, la misère ou les vices sont des plus manifestes ; les chutes, peur ou émotions pendant la grossesse sont constamment invoquées.

Six fois nous retrouvons la syphilis chez les ascendants ; les manifestations herpétiques ou arthritiques sont douteuses en raison du vague des renseignements.

En résumé, quatre-vingt-cinq hémorroïdaires sur trois cent trente-huit malades, soit la proportion d'un quart.

Et cependant, si nous relevons ceux de nos malades qui actuellement ont des hémorroïdes, et la proportion a toujours été à peu près la même pendant les deux années d'observation, nous en trouvons à peine vingt. Vingt sur trois cent trente-huit, il y a là une énorme différence, si l'on songe à nos quatre-vingt-cinq cas sur trois cent trente-huit. Cette énorme différence prouve toute la difficulté des recherches de ce genre ; car lorsque nous examinions l'anus de tous nos malades, comme nous l'avons fait au début de nos recherches, nous constations la rareté des hémorroïdes, tandis que, plus tard, par la recherche poursuivie et tenace des antécédents personnels de nos malades, nous étions frappé de la fréquence des hémorroïdes disparues.

©BIUM

L'hémorroïde est souvent oubliée par le malade et la famille, tout comme un panaris, un clou ou une entorse ; dans les interrogatoires il nous a souvent fallu y revenir à plusieurs fois pour réveiller des souvenirs disparus.

Certains malades ont eu des hémorroïdes qui n'en connaissaient pas le nom ; d'autres, convaincus que cette lésion révèle des maladies ou des manœuvres honteuses, ne peuvent pas se décider à en parler.

Nous devons reconnaître que quand nous avons entrepris ces recherches, nous espérions trouver une indication causale, c'est-à-dire l'indication hippocratique. « Les personnes, a dit le père de la médecine, accoutumées à des flux hémorroïdaires périodiques, ayant de la soif, devenant pâles, ne perdent pas de sang, meurent avec des accidents épileptiques. » Lasègue n'a-t-il pas écrit : « La veine porte est la partie par laquelle entrent les cardialgies, l'hypochondrie, la colique, l'hystérie et les hémorroïdes ? »

Tout d'abord nous avions cru à cette indication causale et, partant, à l'indication thérapeutique ; mais les théories doivent céder devant les faits et nous n'avons constaté aucun rapport entre l'amendement des troubles cérébraux et l'apparition des hémorroïdes ; de plus, le long intervalle de temps, trop souvent observé, entre la disparition des hémorroïdes et l'apparition des troubles cérébraux, était trop considérable pour y voir un rapport de cause à effet. Enfin, n'a pas d'hémorroïde qui veut et n'en produit pas qui veut ; car, malgré l'emploi réitéré des drastiques, nous devons avouer que rarement notre intervention thérapeutique a pu ramener des hémorroïdes depuis trop longtemps disparues.

Mais s'il n'y a pas de rapport de causalité, nul ne peut nier qu'il n'y ait un rapport de succession entre les hémorroïdes disparues et l'apparition des troubles mentaux, et c'est ce rapport qui nous a confirmé dans l'idée de l'évolution diathésique, idée qui nous a fait rechercher les maladies constitutionnelles non plus chez nos malades, mais bien sur leurs ascendants ; et en présence de cette accumulation de faits d'hérédité herpétique ou arthritique venant aboutir aux troubles mentaux dont nous étions témoin, nous nous sommes demandé si la grande question de l'hérédité de l'aliénation mentale ne

©BIUM

devait pas être reprise à un autre point de vue et s'il ne conviendrait pas de rechercher quels rapports peuvent exister entre cette hérédité constitutionnelle arthritique ou herpétique, et l'hérédité névrosique similaire ou de transformation à laquelle s'est limitée jusqu'à ce jour la science de l'aliénation mentale.

Si nous admettons l'existence des maladies constitutionnelles que nous venons d'examiner, si nous admettons que de telles maladies puissent produire des troubles mentaux, tout comme elles produisent des épistaxis, des migraines, des vertiges, du rhumatisme, des troubles veineux, des lésions artérielles, ne pouvons-nous pas admettre qu'elles puissent provoquer des troubles mentaux, à tout âge, aussi bien dans la vieillesse par l'athéromasie que dans l'âge mûr ou à la ménopause par la congestion veineuse passive, qu'à la puberté, époque préférée de l'éréthisme congestif, aussi bien que dans l'enfance par les spasmes ou paralysies des capillaires des territoires intellectuels ; et, par là, ne pouvons-nous pas nous expliquer certaines terreurs nocturnes, certains actes bizarres, certaines folies de l'enfance, de la puberté, de l'âge critique ou de la sénilité?

Si l'on tient compte de l'extrême impressionnabilité et de l'excitabilité réflexe si grande des arthritiques et des herpétiques, à témoin les effets si intenses, si étendus et si prolongés d'un simple froid ou d'une humidité de courte durée, si l'on remarque l'instantanéité, la soudaineté de ces manifestations constitutionnelles locales ou générales, dans leur début, disparition ou récidives, n'est-il pas permis de comprendre que sous cette influence constitutionnelle, un même mode explosif, une même mobilité, une semblable évolution brusque ou désordonnée ne puissent se retrouver dans ces désordres cérébraux si difficiles à classer qu'on est obligé de créer pour chacun une folie nouvelle ou de les réunir tous sous une vague dénomination : tels beaucoup de phobies, certaines folies émotives, quelques délires transitoires, certaines obsessions temporaires, certaines perturbations de la volonté ?

Et au lieu de rapporter toutes ces folies à l'hérédité de la folie, n'y aurait-il pas lieu, bien souvent, de les rapporter à leur cause plus éloignée, moins prochaine,

©BIUM

mais toujours permanente dans ses réactions, l'arthritisme ou l'herpétisme dont la folie ne serait alors qu'une modalité locale au même titre que l'asphyxie lente des extrémités, la lésion veineuse du rectum, le flux séreux de l'articulation ou le sable urique de l'urine?

Si un tel genre de recherches n'a pas été plus tôt poursuivi, nous croyons que cela est dû à une réaction, dans de certaines limites justifiée, contre les anciens qui, admettant une constitution hémorroïdale, ont pu penser à une folie hémorroïdaire. Or, une telle folie ne pourrait être constituée, comme toutes les autres folies, d'ailleurs, que si elle avait un délire spécial, des troubles psychiques propres à elle. Mais tous nos efforts pour vous montrer, Messieurs, que l'hémorroïde peut se retrouver dans les formes de folie les plus différentes suffisent pour faire rejeter l'existence d'une folie hémorroïdaire.

En effet, l'hémorroïde peut faire penser à l'arthritisme, à l'herpétisme chez le malade ou chez ses ascendants, elle peut indiquer un des mécanismes d'hérédité de la folie, arthritisme ou herpétisme, elle peut même fournir une indication générale de thérapeutique, si désarmée dans notre branche, en recommandant de s'attaquer à la diathèse incriminée ; mais les maladies constitutionnelles, pas plus que la peur, la joie, les passions, pas plus que les vices et l'hérédité elle-même, ne peuvent imprimer aux troubles psychiques qui contituent un délire ou un accès de folie, des caractères spéciaux, tels qu'en l'état actuel de nos connaissances on puisse rapporter immédiatement, directement ces troubles psychiques à une des causes que nous venons d'énumérer ; on ne peut le faire qu'en s'appuyant sur les antécédents du malade, ou de sa famille, ou sur d'autres manifestations déjà présentées.

Nous déduisons donc comme premières conclusions :

1° Que la folie hémorroïdaire n'existe pas ; qu'une folie arthritique ou herpétique avec délire spécial caractéristique n'existe pas davantage.

2° Qu'il y a rarement relation causale entre l'hémorrhoïde et la folie, mais qu'il existe une relation de succession laquelle implique une relation d'évolution,

MALADES ANTÉCÉDENTS DES ASCENDANTS

MALADIES	Hémorroïdes	Alcoolisme ou excès de boissons alcooliques.	Aliénation mentale ou névroses sans maladies constitutionnelles (herpétisme arthristime)	Maladies constitutionnelles (arthritisme herpétisme) sans aliénation mentale ni névroses.	Maladies constitutionnelles liées à l'aliénation mentale ou aux névroses.	Renseignements négatifs nuls ou incertains.	Total.
	—	—	—	—	—	—	—
Délire de persécution. . .	7	22	5	5	31	0	41
Paralysie générale.. . . .	12	20	3	8	15	4	30
Mélancolie..	11	10	4	8	10	5	27
Epilepsie.	45	95	27	40	59	15	141
Démence.	10	10	4	6	17	5	32
Débilité mentale. — Imbécillité.	0	45	9	0	27	17	35 14
Idiotie.	0	0	1	0	0	13	
Total.	85	202	53	67	159	59	338

page 297 sur 511

©BIUM

©BIUM

l'hémorroïde et la folie étant souvent les manifestations différentes d'un même état général.

Nous ajouterons les conclusions suivantes :

3° Toutes les fois que sur un sujet atteint de troubles mentaux on constate la présence ou l'existence antérieure d'hémorroïdes, il sera prudent de rechercher dans les antécédents de famille non seulement l'aliénation mentale, les névroses et l'alcoolisme, mais aussi les différentes manifestations de l'arthritisme ou de l'herpétisme.

4° Il y aura lieu de tenir la même conduite dans le cas de troubles mentaux, chez un sujet qui aura présenté autrefois de l'incontinence nocturne d'urine, si surtout on ne trouve dans les antécédents de famille ni névrose, ni aliénation mentale. Cette considération trouve son application en clinique et en médecine légale.

5° Au point de vue thérapeutique, nous croyons peu à la possibilité de guérir une folie par le rappel ou la production d'hémorroïdes ; mais si la diathèse herpétique ou arthritique, soupçonnée chez un aliéné, est reconnue, il y a lieu d'espérer dans l'institution d'un traitement dirigé contre l'état constitutionnel.

6° Par ordre de fréquence dans les antécédents de famille de nos aliénés, nous avons noté en première ligne l'alcoolisme ou les excès de boissons, puis l'arthritisme ou l'herpétisme et ensuite l'aliénation mentale ou les névroses.

Nous terminerons par le corollaire suivant :

Toute observation contribuant à l'étude de la folie au point de vue de l'hérédité ou de l'étiologie devrait toujours mentionner, même à titre négatif, les antécédents arthritiques ou herpétiques du malade et de sa famille.

M. Ch. Féré. — La statistique que vient de nous présenter M. Charpentier est des plus instructives, car elle met bien en lumière la fréquence considérable des manifestations arthritiques chez les aliénés. Cette étude n'avait pas été faite avec le même soin par ceux qui se sont antérieurement préoccupés des relations qui existent entre l'arthritisme et les affections mentales. Je ferai cependant une réserve sur la déduction qui a été tirée des faits. M. Charpentier jugeant établi le lien

©BIUM

étiologique entre l'arthritisme et les vésanies, ajoute que le rôle de l'hérédité dans l'étiologie des maladies mentales est conséquemment atténué. Ses observations me semblent susceptibles d'une autre interprétation : si l'arthritisme, comme les autres états diathésiques, coexiste fréquemment avec les vésanies et les névropathies, ce n'est pas qu'il existe entre les unes et les autres aucune relation de cause à effet, ni une coïncidence mystérieuse ; c'est que tous ces états morbides, rhumatisme, goutte, diabète, etc., névropathies, vésanies ont une origine commune, la dégénérescence ; c'est, comme je le disais ailleurs (1), à titre d'états de dégénérescence que les diathèses et les névropathies se trouvent diversement combinées dans les mêmes familles. La communication de M. Charpentier a précisément le mérite de montrer que l'arthritisme est une manifestation dégénérative beaucoup plus fréquente encore que nous n'étions en général portés à le croire ; et elle établit la nécessité, bien souvent négligée, de rechercher, lorsqu'on étudie l'étiologie des psychoses et névropathies, toutes les manifestations si diverses de la dégénérescence.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1886.

Présidence de M. SEMELAIGNE.

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Taule, directeur de l'asile Sainte-Anne, sollicitant le titre de membre titulaire de la Société. — Cette demande est renvoyée à une com-

(1) *La famille névropathique (Arch. de Neurologie*, 1884. T. VII).

©BIUM

mission composée de MM. Magnan, Dagonet et Bouchereau, rapporteur ;

2° Une lettre de M. Wellenbergh remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société le décès de M. le Dr John Gray, médecin de l'Asile d'Utica (Etat de New-York), membre associé étranger.

Élections du bureau de 1887.

Vice-Président : M. COTARD.

Secrétaire général : M. RITTI.

Secrétaires annuels : MM. CHARPENTIER et PAUL GARNIER.

Trésorier : M. AUG. VOISIN.

Conseil de famille : MM. DAGONET et SEMELAIGNE sont adjoints au bureau pour former le conseil de famille.

Comité de publication : MM. BALLET, BRIAND et FÉRÉ.

Comité des finances : MM. GUIGNARD et MITIVIÉ.

Rapport sur le prix Aubanel.

M. PAUL GARNIER. — Messieurs, vous aurez à décerner au mois d'avril 1888, un prix Aubanel de la valeur de 2,400 francs, et conformément au vote émis dans la dernière séance, votre commission composée de MM. Falret, Magnan, Christian, Charpentier et Paul Garnier, s'est réunie pour s'occuper du programme du prochain concours. C'est en son nom que je viens soumettre à votre approbation le choix auquel elle s'est arrêtée après mûre délibération. Un grand nombre de sujets ont été, tour à tour examinés ; par exemple : la paralysie dans ses rapports soit avec la syphilis, soit avec l'ataxie locomotrice ; l'épilepsie larvée et la folie transitoire ; les états émotifs avec conscience ; la responsabilité partielle... etc., etc. ; toutes questions fort intéressantes, à coup sûr, mais successivement écartées pour des raisons très diverses.

©BIUM

Finalement, votre commission a adopté et vous propose de mettre au concours la question suivante : *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.* Elle juge inutile de paraphraser ce titre, suffisamment clair par lui-même, du reste ; signaler, par quelques commentaires, les côtés intéressants de cette étude et les aperçus auxquels elle peut donner lieu, serait réduire d'autant la part de l'initiative individuelle et restreindre le champ de l'originalité.

Toutefois, elle tient à indiquer que dans sa pensée, le sujet à traiter ne se résume pas purement et simplement dans une question d'étiologie ou de pathogénie, mais qu'il comporte encore une exposition clinique et la production d'observations soigneusement recueillies.

La question, mise aux voix, est adoptée.

Rapport sur le prix Belhomme.

M. SÉGLAS fait, au nom de la commission du prix Belhomme, un rapport verbal. Cette commission propose, comme sujet du prix à décerner en 1889, la question suivante : « Rechercher s'il existe des caractères anatomiques, physiologiques ou psychologiques, propres aux criminels. »

Cette proposition, mise aux voix, est adoptée.

Note sur le traitement de l'amblyopie hystérique par l'exercice de la sensibilité spéciale, et des paralysies de même nature par l'exercice musculaire.

M. J. SÉGLAS. — Dans une série de communications faites à la Société de Biologie et dans plusieurs articles publiés dans la *Revue philosophique* (1), M. Ch. Féré a insisté sur l'influence des excitations périphériques sur l'état dynamique et, dans une note spéciale, il a étudié les effets de quelques excitations visuelles sur les hystériques achromatopsiques. Voici un résumé rapide de ses expériences à ce sujet : Une malade ne voit que le rouge à gauche et il ne lui manque que le violet à droite ; on

(1) *Bull. Soc. Biologie* 1885-1886, et *Rev. philosoph.*, octobre 1885 ; mars et juillet 1886.

©BIUM

l'expose à la lumière rouge pendant quatre minutes. Elle nomme alors le rouge, le vert, le bleu, le jaune, désigne sous le nom de gris-bleu tirant sur le rouge une couleur qu'elle ne connaît pas, et elle reconnaît parfaitement les trois nuances violettes du tableau des couleurs. Au bout d'une demi-heure, les choses sont rentrées dans l'ordre et elle appelle noirs les carrés dont elle distinguait tout à l'heure la couleur violette. L'œil gauche a continué à ne voir que le rouge, mais distinguait plus de nuances. — Les mêmes effets se sont reproduits sur quatre autres sujets achromatopsiques pour le violet ; sur d'autres l'expérience a réussi à un degré moindre, c'est-à-dire qu'au lieu de faire apparaître une couleur non distinguée ordinairement, on provoquait seulement une augmentation de la sensibilité différentielle pour des nuances variées des couleurs distinguées par le sujet. En même temps on pouvait noter une augmentation de l'acuité visuelle, de l'étendue du champ visuel et de la sensibilité des téguments de l'œil.

Frappé du résultat de ces expériences, j'ai songé à les appliquer au traitement de l'amblyopie hystérique et voici ce que j'ai observé. Mme X..., âgée de trente ans environ, atteinte de grande hystérie, présente actuellement comme symptômes de l'hémiparésie et de l'hémianesthésie droite et des troubles fonctionnels du côté de la vue consistant en : diminution de la sensibilité des téguments oculaires des deux côtés, diminution de l'acuité visuelle, rétrécissement double du champ visuel très marqué surtout à gauche, troubles du sens chromatique. Pour les deux yeux toutes les notions de couleur se réduisent au rouge et au bleu : le rouge, l'orangé sont vus rouges sans distinction de teintes ; le jaune paraît blanc ; le vert, le bleu, le violet sont vus également bleus sans distinction de nuances.

Je place devant les yeux de cette malade un verre rouge à travers lequel elle regarde une minute, je n'obtiens aucun résultat. Je la fais regarder une seconde fois pendant quatre minutes : le verre une fois retiré, elle voit tout rouge, larmoie, se frotte les yeux; les symptômes de fatigue, qui disparaissent d'ailleurs au bout de quelques minutes, me mettent en garde (je dirai tout à l'heure pourquoi) et alors je remplace

©BIUM

l'excitation prolongée par une série d'excitations très courtes, produites en passant seulement le verre rouge devant les yeux plusieurs fois de suite, chaque série durant de deux à quatre minutes au plus. Dans une première séance, après deux séries de ces excitations séparées par un intervalle de repos, elle reconnaît différentes nuances de rouge, mais c'est tout. — Deux jours après, cette augmentation de la sensibilité différentielle pour le rouge a persisté. Alors par quatre reprises, je fais des séries d'excitations comme l'avant-veille. A la suite, ma malade gagne, en plus de la notion du rouge, celle du bleu, du vert, du violet. Sa sensibilité différentielle pour toutes ces couleurs augmente aussi, car elle distingue plusieurs nuances ; cependant les teintes très claires paraissent uniformément blanches, de même le jaune est toujours vu blanc. — Le surlendemain les choses sont restées en état : dans cette troisième séance, je fais deux séries d'excitations, à la suite desquelles la malade a repris la notion complète de toutes les couleurs avec leurs nuances les plus variées, qu'elle classe d'elle-même sans erreur par séries et par gradation de teintes, même les plus claires qu'elle différencie maintenant très bien ; elle reconnaît aussi des couleurs composées, telles que le marron, le gris, le grenat..... Voilà pour le sens chromatique ; quant aux autres phénomènes visuels ils m'ont paru aussi se modifier. L'acuité visuelle a certainement augmenté ; mais manquant des instruments nécessaires pour la mesurer exactement ainsi que le champ visuel, je n'ose rien préciser à ce sujet. Je noterai enfin que la sensibilité des téguments de l'œil m'a semblé manifestement augmentée, à la suite des excitations par la lumière rouge.

Ce dernier fait étudié avec soin par M. Féré le conduit à penser qu'il existe dans les centres nerveux, pour les organes des sens, des éléments communs ou du moins très voisins, en connexion à la fois avec la sensibilité spéciale et la sensibilité générale. Cette opinion semblerait confirmée par l'expérience, inverse des précédentes, qu'il a faites sur une hystérique amblyopique. Chez elle, l'application d'un diapason en vibration sur l'émergence des nerfs sus et sous-orbitaires, faisait reparaître la sensibilité dans leur do-

©BIUM

maine en même temps que cédait l'anesthésie visuelle.

Pour ma part, je n'ai pas osé employer le moyen chez ma malade, extraordinairement sensible, craignant de provoquer ainsi chez elle une amaurose analogue à celles qui surviennent à la suite de contusions du sourcil. En effet, c'est là un accident dont il faut se méfier chez cette sorte de malades, même en n'employant que l'excitation par la lumière colorée ; une excitation trop vive ou trop prolongée pouvant provoquer une sorte d'épuisement de la fonction et amener par suite une aggravation des symptômes. Je rappellerai à ce propos que chez ma malade une excitation continue amenait très rapidement de la fatigue et que c'est alors que, redoutant de provoquer ainsi une amblyopie complète, j'ai substitué au mode d'excitation précédent les séries d'excitations répétées, mais très courtes, de quelques secondes à peine, produites en passant le verre coloré devant les yeux. On peut ainsi continuer l'excitation plus longtemps et avec beaucoup plus de sécurité. J'ajouterai que chez cette malade le résultat obtenu se maintient encore aujourd'hui au bout de trois mois, sans avoir renouvelé les excitations.

Voici encore un autre fait qui, bien que plus complexe, nous montre aussi l'influence de l'exercice de la sensibilité spéciale chez les amblyopiques hystériques. Il s'agit d'un malade que j'ai observé à Bicêtre, dans le service de M. Bourneville, pendant mon remplacement des vacances. C'est un garçon de dix-huit ans, atteint de grande hystérie, présentant une achromatopsie complète de l'œil droit : le champ visuel et l'acuité visuelle sont très diminués des deux côtés, mais surtout à droite, la sensibilité tégumentaire est abolie. J'avais essayé primitivement de faire disparaître l'achromatopsie par la suggestion hypnotique et j'y avais réussi en une séance : mais, deux jours après, à la suite d'attaques convulsives, l'achromatopsie réapparut comme devant. — Alors je pensai à user de la lumière colorée. Pour le malade, moins sensible que la précédente, je n'ai plus employé les excitations successives et répétées de courte durée ; mais je le faisais regarder trois à quatre minutes de suite à travers un verre rouge. Au bout de quelques séances, la notion des couleurs était revenue et il distin-

©BIUM

guait le rouge, l'orangé, le jaune, le vert, le bleu, le violet. La sensibilité différentielle aux teintes variées de chacune de ces couleurs restait obtuse chez ce malade, d'ailleurs peu intelligent et sans instruction. En même temps, comme dans le premier cas, les téguments de l'œil, primitivement insensibles, donnaient maintenant les signes d'une sensibilité évidente, quoique obtuse. L'acuité visuelle m'a semblé aussi augmenter un peu; cependant je n'ose encore rien affirmer à ce sujet, de même que pour le champ visuel, pour les mêmes raisons que ci-dessus, c'est-à-dire l'absence de moyens précis de contrôle. Mais un fait des plus curieux à noter, c'est qu'aujourd'hui, au bout de trois mois, ce malade garde encore la notion des couleurs, sans que j'aie renouvelé les excitations et malgré un état de mal hystérique et des attaques très nombreuses (plus de 600), alors que le résultat obtenu par la suggestion hypnotique avait été détruit de suite, en une nuit, par les attaques convulsives (au nombre de 26).

On voit donc que l'exercice de la sensibilité spéciale peut agir d'une façon efficace sur l'amblyopie hystérique; d'ailleurs le fait n'a rien d'étonnant, car on sait que, même à l'état normal, les sens se développent par l'éducation. Mais, me dira-t-on, pourquoi avez-vous donné la préférence à la lumière rouge ? N'aurait-on pu se servir d'une autre couleur? Sans doute, mais j'ai préféré prendre le rouge, parce que cette couleur, d'après les expériences de M. Féré, est celle qui a le plus d'action sur l'état dynamique. Kunkel a montré aussi que le rouge produisait, plus rapidement que les autres couleurs, un maximum d'excitation; enfin les recherches de O. Berger (1) confirment ces faits, mais il ajoute qu'il ne faut pas cependant employer un rouge trop sombre, parce que le temps de réaction serait plus long que pour les autres couleurs du spectre réduites à intensité égale.

Qu'il me soit permis en terminant, de rapporter un fait curieux que l'on peut rapprocher de ceux qui précèdent. Nous avons vu que la malade qui fait le sujet de

(1) *Philosophische Studien.* B. III, Fasci. 1 et 2.

©BIUM

la première observation était atteinte d'une hémiparésie droite. Au dynamomètre, elle donnait 26 à gauche et à droite l'aiguille restait à 0. Je lui fais faire cinq ou six mouvements passifs de la main et de l'avant-bras gauche, côté sain, et alors la main gauche donne 27 et la droite 4. Je répète la même chose du côté droit et puis nous trouvons toujours 27 pour la main gauche, mais 12 pour la main droite. Encouragé par ce résultat, je lui fais faire tous les jours, pendant quelques minutes seulement, des mouvements du bras et de la jambe du côté droit. Au bout de deux jours, l'exploration nous donne à gauche 27, à droite 20 ; puis deux jours après, c'est-à-dire au bout de quatre jours en tout, la main gauche amène 28, la droite 24 (côté paralysé). La malade marche maintenant sans traîner la jambe ; elle a repris le libre usage de son bras et de sa main, et ne sent plus aucune lourdeur dans ces membres qui ont recouvré et gardent encore aujourd'hui, c'est-à-dire trois mois après, leur force et leur souplesse.

Ces faits sont confirmatifs des expériences de M. Féré qui a montré que les mouvements d'un membre, réveillant les images motrices des centres, produisent par suite une augmentation de la puissance de ce membre et aussi, chose très curieuse, que l'on obtient un effet identique, quoique moins accusé, si l'on fait faire les mouvements du côté opposé. J'ai moi-même contrôlé plusieurs fois les résultats chez d'autres malades à Bicêtre. Il est rationnel d'admettre alors que l'excitation d'un centre se propage aux centres voisins et l'on peut, à notre avis, rapprocher ces faits de ces mouvements associés que l'on observe chez les hémiplégiques par lésions cérébrales, chez qui un mouvement volontaire détermine un mouvement associé dans les membres paralysés. Quoi qu'il en soit de la théorie, le fait existe et nous pensons qu'il est possible, d'après ce que nous avons vu, d'appliquer ces données expérimentales au traitement de certains cas de paralysie hystérique où l'on pourra obtenir de bons résultats par les mouvements actifs ou passifs, l'exercice ou le massage, des membres paralysés.

M. Ch. Féré. — Quelques faits ont déjà été cités à l'appui de mes recherches sur l'action des mouvements

©BIUM

passifs (1). Quant à ceux que vient de signaler M. Séglas, relatifs à l'influence de l'exercice des sens spéciaux, ils sont particulièrement intéressants par leur résultat éloigné ; j'ajouterai d'ailleurs que chez deux des malades qui ont servi à mes premières expériences, la vision des couleurs a été rétablie d'une manière permanente et persiste encore aujourd'hui, c'est-à-dire après environ cinq mois (2).

M. GILBERT BALLET fait remarquer que les mouvements associés chez les hémiplégiques sont des phénomènes d'association par les centres spinaux et non par les centres cérébraux.

Notes sur les asiles d'aliénés en Orient.

M. MOREAU (DE TOURS).—Messieurs, M. Aubry, ancien élève de Moreau (de Tours) et de M. J. Falret à la Salpêtrière, avait été chargé cette année d'une mission en Orient, afin d'étudier les hôpitaux et les hospices de ces contrées. Il a rapporté de son voyage une série de notes des plus intéressantes, desquelles nous vous demandons la permission d'extraire quelques points relatifs aux asiles d'aliénés. Je n'ai pas besoin de vous rappeler qu'en 1843, à cette même tribune, mon père, de retour d'un long voyage en Orient, communiquait à la Société médico-psychologique le résultat de ses observations sur les aliénés de ces contrées. M. Aubry a suivi à peu près le même itinéraire et a pu de la sorte constater les progrès accomplis depuis bientôt un demi-siècle. « Cependant, ajoute l'auteur que nous citons, nous pourrions copier textuellement une description de notre maître et dire qu'en 1886, dans un pays civilisé, où tant de médecins sortent de notre faculté de médecine, dans une ville de 40,000 âmes, desservie par un chemin de fer, à 66 kilomètres de Smyrne, ville où l'élément européen est en si grande majorité, nous avons eu la douleur de voir ce que Moreau (de Tours) avait vu cinquante ans plus tôt, dans d'autres villes turques, alors

(1) G. Jorissenne. — *Guérison des paralysies par la dynamogénie cérébrale* (Ann. de la Soc. Méd. Chir. de Liège. 1886, p. 351).

(2) *Bull. Soc. Biol.*, 1886, p. 512.

©BIUM

que les communications entre l'Europe et l'Orient étaient si difficiles, et que sur les bancs des universités européennes il n'y avait pas un seul oriental, en un mot, comme lui, nous avons vu l'aliéné enchaîné comme une bête malfaisante. »

Pas plus aujourd'hui qu'autrefois, on ne connaît le nombre même approximatif des aliénés en Orient : on en est réduit à de simples conjectures.

La mode de placement est des plus simples : il suffit de conduire l'aliéné dans une maison spéciale : là, il est reçu définitivement par le médecin ou mis en observation ; — à son arrivée on inscrit son nom sur un registre, à son départ on se contente de l'effacer ; et c'est tout : pas de diagnostic, pas de notes de quinzaine ou mensuelles — non, rien (1). On conçoit combien cette manière de faire laisse place à l'arbitraire. M. Aubry a vu de nombreux malades envoyés directement par la police, et parmi eux il y en avait dont on ignorait le nom : les efforts tentés par les médecins pour modifier cet état de choses, pour obtenir des renseignements propres à établir le diagnostic, se heurtent contre l'incurie proverbiale des Turcs. Cependant il ne faut pas désespérer : un jour viendra où le vulgaire comprendra mieux l'intérêt de ses malades et alors secondera les médecins.

En Orient, les aliénés sont repartis dans les asiles de l'Etat, dans des asiles particuliers et dans des asiles dépendant des hôpitaux.

Les deux hospices d'aliénés sous la direction du gouvernement turc sont ceux de Magnésie près de Smyrne et de Toptachi. Il en existait un troisième à Andrinople, dont les malades, transférés à Constantinople en 1883, sont jusqu'à cette époque restés enchaînés. Il y a loin aujourd'hui de cet asile avec la description qu'en donnait Moreau (de Tours) ! plus de chaînes, plus de carcans : partout le grand air, l'espace, une architecture élégante. Malheureusement, l'encombrement existe comme dans tous les hôpitaux turcs.

En 1885, paraissait dans le journal des *Débats* une

(1) Ceci se passe à l'asile de Magnésie, mais non à Scutari, où les registres sont parfaitement tenus.

©BIUM

série d'articles sur les hôpitaux de Constantinople : ces articles contenaient des appréciations erronées sur les asiles d'aliénés. M. de Castro, médecin en chef de l'hôpital, a, vous vous le rappelez, protesté énergiquement contre ces insinuations malveillantes. M. Aubry, a pu constater par lui-même qu'aucun de ces reproches n'était fondé, sauf le reproche d'encombrement, qui, du reste, tend à disparaître de jour en jour.

C'est à Toptachi que sont envoyés, par ordre de la justice, les criminels ou les conscrits pour lesquels on invoque l'aliénation mentale. Pour ces deux catégories d'individus seulement, des renseignements officiels sur l'état des inculpés sont envoyés de temps en temps à l'autorité compétente, puis un rapport d'après lequel il est statué définitivement sur leur sort.

Nous ne suivrons pas, Messieurs, M. Aubry dans tous les asiles qu'il a visités en Turquie comme en Grèce; pour le faire, il me faudrait vous lire en entier ces pages si bien écrites, et je craindrais d'abuser de vos instants. Cependant, je ne puis m'abstenir de signaler l'asile de Magnésie, où là encore les malades sont enchaînés. Je laisse la parole à l'auteur : « Magnésie, Manissei en Turc, est une ville de 40,000 âmes, à 66 kilomètres de Smyrne, ville avec laquelle elle est reliée par un chemin de fer. C'est une des villes les plus françaises d'Orient, partout on y parle notre langue. Les communications avec l'Europe sont excessivement faciles : plusieurs trains par jour relient Smyrne et Magnésie : si nous insistons sur ces détails c'est pour faire ressortir l'état impardonnable où se trouve l'hôpital.

« Situé en dehors de la ville, l'asile est ouvert à tout venant. Il se compose d'une cour entourée de cellules et fermée par deux grilles qu'il suffit de pousser pour pénétrer dans l'établissement. Au milieu est une fontaine constituant à elle seule tout le système balnéaire de la maison.

« Trois des côtés de la cour sont occupés par dix cellules assez vastes, aérées par la seule porte et surmontées d'une coupole ; dans chacune d'elles se trouvent deux ou trois aliénés, le plus souvent nègres, attachés au cou par une forte chaîne fixée à la muraille par un anneau.

©BIUM

Ils n'ont pas de lits, mais une méchante natte située généralement en dehors du périmètre que la chaîne permet au malade de parcourir. S'ils n'avaient pas de chaîne aux pieds, c'est que celle du cou suffisait. Dans la cour sont d'autres aliénés, quelques-uns avec une chaîne comme celle des forçats, leur attachant les mains et les pieds, mais leur permettant les mouvements. D'autres plus tranquilles, sans doute, ont cette chaîne simplement attachée aux pieds et à la ceinture. D'autres enfin, et c'est le plus grand nombre, sont libres et vivent dans cette petite cour dénuée d'ombre. »

M. Aubry visita plusieurs couvents qui reçoivent des aliénés. Le monastère de St-Georges est un couvent de moines grecs orthodoxes, situé au sommet de la colline la plus élevée de l'île Grinkipo, dans la mer de Marmara. Ici le traitement des malades est des plus simples, « on s'en remet à la discrétion du Saint ».

Mais au couvent de Saint-Georges de Bethléem, appartenant au même ordre de moines, on ne s'en remet plus uniquement à la discrétion de Saint-Georges. On agit plus efficacement.

Le couvent est situé à une demi-heure de marche de Bethléem, les aliénés y vont faire une cure : ils ne jouissent pas de l'admirable vue du couvent de Grinkipo ; ils n'ont pas de cellules ; ils couchent sur la dure et sont attachés des deux côtés de la porte de la chapelle par une belle et forte chaîne qui leur entoure le cou. Cette chaîne est faite sur le modèle d'une chaîne qui a appartenu à Saint-Georges et que l'on montre dans l'intérieur de la chapelle.

Les aliments se composent de pain et d'eau. Mais voici où intervient le traitement actif : trois ou quatre fois par jour, un moine grec armé d'un vigoureux gourdin se présente à l'aliéné et l'interroge. Si les réponses sont sensées, le moine se retire et le malade ne tarde pas à être rendu à la liberté ; mais si la réponse est insensée, et autant de fois qu'elle se renouvelle, le malheureux reçoit un fort coup du bâton thérapeutique.

Rapidement l'aliéné prend peur du traitement : or la crainte étant le commencement de la sagesse, ses réponses deviennent sensées. Au bout de quinze jours, il est le plus souvent guéri ; s'il ne l'est pas, on le renvoie,

©BIUM

mais il peut revenir faire une nouvelle cure. Il est bien entendu qu'il n'existe ici aucun médecin. Ce traitement ne rappelle-t-il pas le fameux traitement moral de Leuret? Un aliéné se croit-il un grand personnage? Leuret le met sous la douche en lui demandant s'il persiste dans son idée délirante. Aux premières douches le malade s'entête, mais bientôt ce malheureux effrayé par l'immersion renie tout haut ses idées de grandeur, gardant en lui-même la conviction qu'il est toujours un illustre personnage.

Avant de terminer, je dois signaler un fait curieux relatif à la marche de la paralysie générale dans ces pays. Le malade est à la période du délire des grandeurs, il a une fortune considérable, il remue les millions, les pierreries. Un beau jour, il se trouve perdre cette fortune, il reste un certain temps malheureux de ce désastre, puis ses richesses lui reviennent, jusqu'à ce qu'une nouvelle perte les lui enlève de nouveau. Cette alternative peut se présenter plusieurs fois.

La thérapeutique, exception faite de celle employée par les moines de St-Georges, ne diffère pas de celle qui fait la base du traitement de l'aliénation en Europe. Les Grecs ont à leur disposition une grande ressource que n'ont pas les Turcs: leurs préjugés ne les empêchent pas de faire travailler les aliénés, et ils ne manquent pas d'user dans une très large mesure de ce puissant moyen de diversion.

Le Dr de Castro, chargé des asiles de Scutari et de Chichly, ne peut faire travailler ses malades et il le regrette vivement. Comme moyen thérapeutique, l'isolement vient en première ligne. S'il s'agit d'un état aigu il n'emploie jamais la saignée, mais il applique de préférence deux ou quatre sangsues aux narines. Dans la manie aiguë, il a recours aux bains prolongés et aux douches, mais la manie aiguë est rare. La dépression est au contraire la règle. Suivant les indications, il se sert tantôt des bromures, tantôt des révulsifs. Il ne met jamais les malades en cellule; il craint que les infirmiers n'étant pas assez nombreux n'abusent de ce mode de repression. Il ne se sert pas non plus de la camisole de force; il l'a remplacée par le manchon de cuir, autrefois en usage à Bicêtre.

©BIUM

Tels sont, Messieurs, les points les plus saillants de ce mémoire et qui m'ont paru le plus digne d'appeler votre attention. J'ai dû passer sous silence de nombreux aperçus des plus intéressants sur le fonctionnement de ces asiles, sur leur situation, sur leur construction. On lira avec intérêt ce rapport de M. Aubry, écrit avec un style clair et élégant, qui n'exclut pas une observation profonde et une critique sévère (1).

Les congestions cérébrales d'après la méthode de Mendel.

M. Magnan au nom de M. Magalhaès Lemos, médecin de l'hôpital Conde de Ferreira (Porto), membre associé étranger, donne lecture du mémoire suivant :

On connaît les travaux de Mendel sur la « paralysie générale chez les chiens ».

Le professeur de Berlin s'est proposé de produire expérimentalement, au moyen de congestions cérébrales mécaniques successives, l'encéphalite interstitielle diffuse, qu'il regarde volontiers comme la caractéristique anatomique de cette maladie.

Bien que je partage absolument, en principe, l'idée que l'étude de la pathologie cérébrale « puise ses renseignements les plus certains dans l'observation des faits directement recueillis chez l'homme, » je pense que les expériences de Mendel présentent dans l'espèce un intérêt tout particulier. Aussi, depuis un an, me suis-je attaché à cette étude dans le but de vérifier ces expériences, et je me propose de la poursuivre encore parce que, je le répète, elle me paraît de nature à éclairer certains problèmes de pathologie cérébrale. Pour le moment, les résultats auxquels je suis arrivé me semblent assez intéressants pour que je demande la permission de les communiquer à la Société médico-psychologique.

L'appareil dont je me sers, est l'hydro-extracteur à force centrifuge du lavoir de l'hôpital. J'y fixe solidement un grand disque en bois, dont la rotation peut être facilement réglée. Les animaux sont couchés sur ce

(1) Ce travail est en cours de publication dans la « *Revue internationale des Sciences médicales* ».

©BIUM

disque, la tête vers la périphérie et convenablement liés. Ainsi disposés, et le disque tournant de cent cinquante à deux cents tours par minute, les animaux meurent immédiatement. Le sang, refoulé par la force centrifuge vers l'extrémité céphalique, est projeté au loin autour de l'appareil.

A l'autopsie on trouve une congestion de cette extrémité et des hémorrhagies buccales, nasales, oculaires, méningées et cérébrales. Plus d'une fois j'ai trouvé que la grande cavité arachnoïdienne était inondée et pleine de sang. Les organes qui occupent la partie centrale du disque sont au contraire anémiés.

Mais si, au lieu de cette rotation excessivement rapide et à effets foudroyants, nous faisons tourner les animaux avec une vitesse de quatre-vingt-dix à cent tours par minute, et si de plus nous avons soin d'interrompre de temps à autre la marche de l'appareil (toutes les trois ou cinq minutes), ils n'éprouvent d'accidents mortels qu'au bout d'une heure ou même davantage. Dans ce cas, en même temps que se produit l'hyperémie céphalique, apparaissent différents troubles fonctionnels, qui portent tout d'abord sur la respiration et la circulation :

Il y a diminution notable du nombre des respirations, et l'animal, qui est en proie à une dyspnée extrême, fait les plus grands efforts pour respirer : il dilate les narines, ouvre la bouche et inspire l'air avec force.

Le pouls devient fréquent, irrégulier et intermittent.

La température rectale peut descendre d'un demi-degré, mais cette modification thermique est loin d'être constante.

Il y a toujours du nystagmus et des tiraillements, des secousses dans les muscles de la face et, tout particulièrement, dans le domaine du facial supérieur. Après quelques séances, la tête peut être prise de convulsions. J'ai aussi observé des convulsions, généralisées à tout le corps chez les chiens qui depuis longtemps étaient soumis aux congestions.

Si l'expérience est assez prolongée, les pupilles se dilatent, leur réaction à la lumière diminue et il y a en même temps résolution musculaire générale : les membres deviennent flasques, l'animal laisse rouler la tête sur l'appareil et ne peut plus serrer les mâchoires ;

©BIUM

les globes oculaires, obéissant à la force centrifuge, sont projetés à la surface de l'orbite, en même temps que la langue sort hors la bouche. En suspendant alors l'expérience, le chien reste couché et pendant quelques minutes il est incapable de se mouvoir ; la respiration devient de plus en plus fréquente ; l'animal se soulève ensuite sur les membres antérieurs et cherche à marcher, mais, comme il est encore paraplégique, il traîne son arrière-train, il oscille et finit par tomber.

Mais si l'expérience n'est pas poussée aussi loin, les troubles du mouvement sont moins accentués et le chien peut marcher immédiatement après, quoique d'un pas incertain, vacillant, se maintenant mal en équilibre, et tombant sur le côté vers lequel se faisait la rotation.

Cependant, chaque fois que j'ai fait une première expérience chez un animal (chien ou lapin), quelle qu'ait été sa durée, qu'elle ait déterminé l'abolition générale des mouvements ou seulement une simple incoordination motrice avec un peu de titubation, dans tous les cas j'ai constamment noté (il est vrai que les exceptions sont prévues *à priori*) que le lendemain il y avait un rétablissement complet de l'animal revenu, ou peu s'en faut, à son état de santé antérieur.

Mais, si l'expérience est répétée tous les jours, au bout de quelques séances il ne revient plus à son état antérieur dans l'espace trop court de vingt-quatre heures, il lui faut pour cela une ou deux semaines.

Après avoir fait chaque jour, pendant un mois, sur un chien une injection hypodermique d'une solution de 0 gr. 025 de sublimé pour 50 grammes d'eau, je l'ai soumis pendant six mois à des congestions cérébrales journalières (sauf quelques jours d'arrêt exigés par l'état de l'animal). Ce chien ne s'est pas rétabli; toutefois, après un repos de cinquante-huit jours, il y a eu une légère rémission.

Au fur et à mesure que les congestions se succèdent, il se développe lentement une symptomatologie permanente, un état pathologique qui transfigure l'animal; il survient de l'amaigrissement, de l'anorexie, une altération de la sécrétion urinaire, un affaiblissement général, et l'animal reste couché.

Au milieu de ces perturbations physiques, déjà si

©BIUM

importantes, dominent les désordres psychiques. L'animal perd sa vivacité habitullee, ildevient hébété, triste et apathique, il reste indifférent aux caresses qui lui sont faites, il n'aboie plus.

Avec de tels troubles, on ne peut douter que les congestions cérébrales mécaniques, provoquées suivant la méthode de Mendel, ne produisent une maladie cérébrale chronique.

Mais, est-ce là la paralysie générale ?

Maintenant, que nous en connaissons la symptomatologie, abordons l'anatomie pathologique avant de poser le diagnostic.

Les lésions que l'on rencontre chez les chiens morts vers la fin d'une quinzaine de jours, ne diffèrent pas beaucoup de celles que l'on observe chez ceux qui succombent pendant les premières expériences. Il y a une congestion intense de la muqueuse buccale, des conjonctives, des méninges et du cerveau, et dans tous ces organes on peut observer de petites hémorrhagies. Il existe un exsudat presque liquide sur le trajet des gros vaisseaux cérébraux.

Il y a des ecchymoses sous-pleurales.

Mais, si les animaux ont été longtemps conservés en expérience, les lésions sont plus variées et plus profondes, comme j'ai eu l'occasion de l'observer sur deux chiens soumis à des congestions pendant six mois et auxquels j'avais préalablement fait des injections hypodermiques de deuto-chlorure de mercure suivant la méthode de Mendel.

a) Les méninges étaient fortement injectées, mais l'examen macroscopique n'a pas révélé d'hémorrhagies.

Il y avait un exsudat séro-fibrineux dans les lacunes de l'espace sous-arachnoïdien, principalement autour des gros vaisseaux, et contenant des globules blancs, des hématies et de la fibrine.

J'ai trouvé aussi des adhérences entre la pie-mère et l'écorce cérébrale. Elles étaient disséminées sur les quatre circonvolutions cérébrales, mais plus accentuées et étendues au niveau de la scissure de Sylvius et du sillon crucial.

b) L'examen histologique du cerveau a démontré que la lésion principale s'était cantonnée sur les capil-

©BIUM

laires et les petites artères, qui étaient le siège d'une artérite ou plutôt d'une endo-périartérite. Leur structure était complètement altérée. Les conséquences de cette altération sont faciles à prévoir. Les tuniques artérielles, moins résistantes, se sont laissé dilater et se sont rompues. Aussi j'ai trouvé quelques anévrysmes miliaires et de fréquentes hémorrhagies ; le sang était contenu tantôt dans la gaine lymphatique (anévrysmes disséquants de Kolliker), tantôt il faisait éruption à travers le tissu nerveux.

Comme cela s'observe pour les hémorrhagies liées à la sclérose artérielle sénile, qui se font par des artères d'élection, les hémorrhagies expérimentales centrifuges ont leur prédilection pour certaines régions du cerveau. On en trouve rarement provenant d'artères *corticales*, elles viennent le plus fréquemment des artères médullaires, qui progressent dans la partie centrale de la circonvolution, et des artères nourricières des noyaux.

Il y avait diapédèse de globules blancs infiltrés dans le tissu cérébral voisin.

J'ai aussi trouvé de petits foyers de leptoméningite, dont quelques-uns s'accompagnaient d'encéphalite superficielle ; et outre ces foyers d'encéphalite corticale, il y en avait qui étaient profonds, intra-céphaliques.

Ceux-ci étaient développés, tantôt autour d'une hémorrhagie, qui en était le point de départ, tantôt ils étaient en quelque sorte primitifs et indépendants d'une hémorrhagie.

Conclusion : La maladie que j'ai produite ne me semble pas devoir être dénommée « paralysie générale ».

En effet, les symptômes n'ont pas fait de progrès lorsque j'ai mis un terme aux congestions, bien au contraire ; il y a eu rémission, et, surtout, l'encéphalite interstitielle diffuse n'existait pas. C'est, si l'on aime mieux, à une pseudo-paralysie générale que nous avions affaire. Cet état rentre donc dans le groupe des affections circonscrites et non dans celui des lésions diffuses.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

ANNÉE 1884.

Analyse par M. le Dr KERAVAL.

A. La Psichiatria (2e *année*). — 1. *S. Venturi.* Une forme spéciale de névrose-psychomotrice (fasc. 1.). — 2. *L. Bianchi.* Lacune porencéphalique chez un individu hémiplégique dès l'enfance, avec arrêt de développement des membres du côté paralysé (fasc. 2).

B. Il Pisani (*Année V*). — 3. *Salemi-Pace.* Contribution clinique et anatomopathologique à la localisation du centre psychique de la vue (fasc. 1, 2, 3).

C. Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale (*Année X*). — 4. *Tonnini.* Des troubles spinaux dans la folie pellagreuse (fasc. 1, 2). — 5. *Musso.* Les variations du diamètre pupillaire chez les épileptiques (fasc. 1, 2). — 6. *Seppilli.* La surdité verbale ou aphasie sensorielle; étude clinique et anatomopathologique (fasc. 1, 2). — 7. *Adriani.* L'éducation comme agent prophylactique de la folie (fasc. 1, 2). — 8. *Bianchi.* Réflexes tendineux dans la paralysie progressive (fasc. 1, 2). — 9. *Algeri.* Contribution à l'étude des causes de l'asphyxie locale chez les aliénés (fasc. 1, 2). — 10. *Virgilio.* Double homicide avec uxoricide imputé à G. C. (fasc. 1, 2, 3). — 11. *Seppilli.* Recherches sur le sang des aliénés (fasc. 1, 2). — 12. *Tambroni.* Contribution à l'étude de la température chez les aliénés (fasc. 1, 2,3, 4). — 13. *V. Marchi.* Structure des couches optiques; recherches histologiques (fasc. 3). — 14. *Morselli.* De la dynamographie et de ses applications au diagnostic des désordres de la motilité dans les maladies du système nerveux (fasc. 3). — 15. *Tamburini.* Contribution à l'étude médico-légale de la dipsomanie et de l'alcoolisme. I. Dipsomanie; accès dès la première jeunesse; influence hé-

©BIUM

réditaire ; actes criminels, etc., etc. (fasc. 3). — 16. *Rovighi.* Sclérose multiloculaire de la moelle spinale, compliquée d'infection bactéridienne (fasc. 3). — 17. *Baistrocchi:* Poids spécifique de l'encéphale humain, de ses divers organes, et de la moelle spinale ; détermination quantitative des substances blanche et grise (fasc. 3). — 18. *Tamburini* et *Riva.* Recherches sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale ; contribution aux localisations cérébrales (fasc. 3). — 19. *Guicciardi* et *Tanzi.* Le temps que demande la réaction acoustique chez les hallucinés de l'ouïe dans la folie systématique (fasc. 4). — 29. *Poggi.* Tentative d'homicide ; délire systématique des persécutions ; paranoia primitive (fasc. 4). — 21. *Verga* et *Tradati.* Cas de simulation d'une folie hallucinatoire (fasc. 4). — 22. *Tanzi* et *Riva.* La folie systématique (paranoia) (fasc. 3, 4).

D. ARCHIVIO ITALIANO PER LE MALATIE NERVOSE, etc. (*Année XXI*). — 23. *G. Amadei* et *S. Tonnini.* La paranoia et ses formes (fasc. 1, 2). — 24. *R. Brugia.* Un cas d'aphasie, contribution à l'étude de la pathologie du langage (fasc. 1, 2). — 25. *R. Funaioli.* Folie morale ; une erreur de diagnostic (fasc. 3, 4). — 26. *B. Bergesio.* Un cas de maladie de Parkinson (fasc. 3, 4). — 27. *F. Lussana.* De la sensibilité des parties privées de peau (fasc. 3, 4). — 28. *F. Lussana.* Cerveau du boa ; considérations de neurophysiologie comparée (fasc. 3, 4). — 29. *G. Algeri.* Les frénopathies dans leurs rapports avec la menstruation (fasc. 5, 6). — 30. *G. Rezzonico.* Contribution à l'anatomie pathologique du délire aigu (fasc. 5, 6). — 31. *Frigerio.* Cas de microcéphalie avec atrophie de plusieurs circonvolutions (fasc. 5, 6). — 32. *Verga.* Un cas de folie à quatre (fasc. 5, 6). — 33. *Bianchi.* Traitement moral de l'hystérie (fasc. 5, 6).

(1). Sous ce titre, M. *Venturi* relate cinq observations de malades, hommes ou femmes, atteints, à des intervalles de parfaite lucidité, d'*accès d'hypochondrie grave* se manifestant, sans cause occasionnelle préalable, d'abord par un sentiment de profond malaise, de l'agitation, une très grande excitabilité ; puis, apparaissent, avec l'hypochondrie, des *troubles légers de la motilité et de la sensibilité* de quelques heures (paresthésie, lourdeur, inactivité des mouvements de la jambe droite), ou certains mouvements irrésistibles, tels que la projection du pied en hauteur, en même temps que le malade pousse un cri inarticulé. Tare héréditaire. Intégrité de la moelle.

(2). L'observation de M. *Bianchi* concerne un vieillard de soixante-treize ans ayant, depuis la première enfance, présenté

©BIUM

une paralysie complète des extrémités du côté droit, avec atrophie et contracture du bras du même côté. Intégrité des facultés psychiques, des organes des sens, de la parole, des muscles de la face. On trouva à l'*autopsie* les lésions suivantes : Poids de l'encéphale 960 dont 145 pour le cervelet et l'isthme de l'encéphale, 380 pour l'hémisphère gauche du cerveau, 435 pour l'hémisphère droit. L'écorce du côté gauche est le siège d'une *fente* qui troue les deux tiers supérieurs des deux ascendantes ; même lacune sur le tiers supérieur des deux ascendantes droites ; ces lacunes communiquent, par un canal cylindrique, avec le ventricule latéral. Petitesse extrême de la pyramide du côté droit. Le *microscope* démontre que l'écorce, au pourtour des pertes de substance, est restée à l'état embryonnaire (les grands cellules pyramidales n'ont pas atteint leur plein développement) ; nulle part on ne trouve de tissu cicatriciel, de sclérose, de pigmentation, indiquant qu'il y ait eu hémorrhagie ou inflammation. Intégrité de la troisième frontale et du pied des ascendantes.

(3). Observation de *cécité de l'œil droit* survenue, dans les premiers mois de la vie, chez un individu atteint de folie épileptique, et mort à cinquante-quatre ans. On trouve à l'autopsie une *atrophie dégénérative du lobe occipital gauche entier*. Les ascendants ne présentaient aucun trouble visuel ni organique, mais l'enfant fut conçu, alors que la mère était sous l'influence de grands malheurs domestiques ; elle éprouva pendant la grossesse une émotion violente inattendue, à la suite de laquelle le fœtus manifesta des mouvements insolites : à peine le nouveau-né avait-il atteint l'âge de deux mois, que, sans cause appréciable, il était frappé de cécité de l'œil droit, et, presque en même temps, de convulsions continuelles. Epileptique pendant son existence, il ne fut en proie à d'autre désordre moteur qu'à un peu de raideur musculaire dans les derniers mois ; intégrité apparente des autres appareils sensoriels ; il mourut de diarrhée vasoparalytique. La *nécropsie* décèle une atrophie indéniable de l'hémisphère cérébral gauche, des tubercules quadrijumeaux supérieur et inférieur, de la bandelette optique, de la couche optique, de l'oculomoteur commun, du pédoncule cérébral et de la moitié protubérantielle du même côté, de l'hémisphère cérébelleux du côté droit et de l'œil droit. Le microscope montre : une ossification du cristallin, ainsi qu'une transformation granulograisseuse des muscles du globe oculaire en question ; le lobe occipital gauche renferme une myriade de

©BIUM

petits foyers hémorrhagiques, capillaires, du tissu scléreux, des taches pigmentaires disséminées, des globules sanguins déformés, des zones de dégénérescence et de résorption des cellules et fibres de la substance cérébrale. M. *Salemi-Pace* tend à adopter l'opinion que voici. Il s'est, à partir de la vie intra-utérine, développé dans le lobe occipital gauche, un processus inflammatoire; l'irritation a engendré des convulsions par irradiation, puis les lésions se sont propagées aux organes intermédiaires susénoncés, pour atteindre finalement le cervelet; de là l'installation incurable de l'ensemble des accidents psychiques et moteurs; il est probable que l'atrophie précoce du *centre de la vision* a déterminé la régression de l'organe périphérique.

(4). Nous résumons l'essence des documents de M. *Tonnini*. 1° *Sensibilité*. Elle est diminuée pour le tact et la température, dans le dernier stade de la maladie, principalement sur les extrémités inférieures; on note fréquemment, pendant les premiers stades, des douleurs névralgiques, des fourmillements, du prurit, un sentiment de constriction qui plus tard font place à une sensation de froid. 2° *Fonctions réflexes*. Les réflexes cutanés se trouvent affaiblis, surtout dans le dernier stade; les réflexes tendineux sont exagérés, ce qui distingue la pellagre de l'ergotisme. 3° *Motilité*. Paralysies ou parésies, fréquemment associées à des contractures (des fléchisseurs principalement), incoordination; diminution de la réaction électromusculaire aux courants faradiques. 4° *Troubles vasomoteurs*. Atrophie musculaire généralisée; assez souvent altérations des ongles. 5° *Manifestations de l'axe spinal*; syndrome de la paralysie spinale ou de la neurasthénie. 6° *Anatomie pathologique*. Méninges spinales hyperémiées, épaissies, décoloration opaline, ostéomes et quelquefois dégénérescence des cordons latéraux. 7° *Histologie*. Dégénérescence pigmentaire des cellules nerveuses ganglionnaires, notamment dans la corne antérieure.

(5). M. *Musso* a examiné 70 *épileptiques*: 30 hommes atteints d'épilepsie grave, mais sans trouble psychique marqué; 30 hommes et 10 femmes affectés d'épilepsie avec perturbation mentale. Il conclut que les *pupilles* des épileptiques ne sont pas plus larges que celles des individus normaux dans les mêmes conditions; 46 malades en effet présentaient un diamètre pupillaire moindre de 4 millim. (proportion = 65 0/0), alors que sur 15 individus sains, 4 (soit 26 0/0) offraient cette dimension. Chez 22, 8 0/0 des épileptiques on constata de l'inégalité pu-

©BIUM

pillaire, surtout chez ceux affectés en même temps d'aliénation mentale. Chez beaucoup d'épileptiques (60 0/0) le stade prodromique des convulsions se traduisit par une différence remarquable entre les deux pupilles, mais les pupilles redevenaient égales après les accès. La dimension de l'orifice pupillaire oscille chez les épileptiques entre 2 et 6 millim., et chez les individus sains entre 3 et 6 millimètres.

(6). Les deux observations de M. *Seppilli*, rapprochées de celles que l'on trouve dans les livres ou mémoires, constitueraient un ensemble de vingt-deux faits, dont dix-sept autopsies. Toutes les nécropsies en question témoignent d'une lésion de la première temporale gauche; dans les trois quarts des cas présents, la seconde temporale se trouve également atteinte. Jamais on n'a trouvé de lésion isolée du lobe temporal droit. Donc la *surdité verbale* est liée à une lésion destructive des première et seconde temporales gauches portant, soit exclusivement sur l'écorce, soit en même temps sur la substance blanche correspondante.

(7). M. *Adriani* enseigne que la mère doit donner à son enfant l'instruction première, que le médecin doit surveiller avec le plus grand soin tout ce qui concerne l'école, enfin que les enfants tarés doivent être éduqués et instruits dans des instituts spéciaux, parce que les écoles publiques et la famille ne sont organisées ni pour leur enseignement ni pour leur direction. Nous signalons ces idées justes à la méditation des administrateurs et de quelques médecins qui tendraient à se désintéresser des *arriérés*, alors que la plupart des aliénés ne sont autre chose que des arriérés qu'on a eu le tort d'abandonner à eux-mêmes sans traitement *prophylactique*.

(8). L'analyse de vingt-six *paralytiques* a démontré à M. *Bianchi* qu'au début de la maladie, *les réflexes tendineux* sont très fréquemment exagérés, puis cette exagération décroît pour céder la place à une diminution de réflexes. Il n'y a lieu d'incriminer aucun des cordons de la moelle pour expliquer l'exagération ou la diminution des réflexes.

(9). M. *Algeri* publie une observation relative à une dame de trente-trois ans, hystérique, en proie à des accès d'agitation, d'inquiétude de surémotivité, accompagnés de conceptions irrésistibles, d'obsessions. Depuis quelque temps, on remarque chez elle, sous la forme de troubles intermittents, la série des phénomènes suivants: les doigts et parfois les orteils pâlissent des deux côtés à la fois, en même temps apparaissent des for-

©BIUM

mications, les phalanges deviennent blanches comme cireuses, et semblent mortes, comme les extrémités, puis, nouveaux fourmillements cutanés, auxquels succède une sorte d'asphyxie congestive de teinte rouge-bleu (cyanose veineuse) qui disparaît à son tour pour céder la place à l'état normal. Il s'agit, comme le dit très exactement l'auteur, d'un *trouble vasomoteur* constitué par une contraction tétanique des petites artères et, par suite, par une gêne de la circulation en retour.

(10). Le fait de *double meurtre* examiné par M. *Virgilio* au point de vue *médico-légal*, représente un cas d'une extrême difficulté. Le 28 février 1882, les époux C... étaient venus se loger dans la famille S... Le 2 mars, à quatre heures de l'après-midi, M^me^ S... quittait la maison pour aller faire des achats ; elle était bientôt atteinte d'un coup de feu tiré par M. C... qui la suivait et qui frappait aussitôt après sa femme accourue à la rescousse. M^me^ S... survécut jusqu'au 12 ; elle ne sut trouver aucun motif à ce meurtre. Quant à M^me^ C... elle affirma que son mari était devenu morose depuis peu, et qu'elle l'avait entraîné à la campagne afin de le distraire ; elle crut à un accès de folie, imputable à la suppression du flux hémorrhoïdaire. L'inculpé allégua d'abord la jalousie, M^me^ S... étant, selon lui, complice des adultères de sa femme (ce qui serait faux) ; il finit par arguer d'une impulsion irrésistible. Les anamnestiques représentent le criminel dès longtemps original, inquiet, sombre, défiant, excitable, méchant, égoïste, colère et profondément immoral, en même temps que très habile à déguiser ses excès sensuels ; il aurait osé jadis, quoique médecin, engrosser une jeune fille à laquelle le mariage était déconseillé pour raisons de santé, et, afin de détourner les soupçons, l'aurait engagée à s'enfuir avec un autre individu. Ce fut un vrai drame, qui lui fit perdre sa clientèle. De là des idées de persécution accompagnées d'agitation. C'est manifestement un névropathe et un pervers, atteint aussi de sénilité précoce ; est-il fou et doit-il être tenu pour irresponsable de son crime? Les avis peuvent être partagés pour ceux qui sont obligés de lire les relations et ne sont pas mis à même d'examiner l'individu en personne ; ils le sont du reste en Italie.

(11). M. *Seppilli* continue ses recherches sur le *sang des aliénés*. Il trouve que, dans les premières stades de la folie, il est très fréquent de constater un appauvrissement du liquide nourricier en hématies et en hémoglobine. Le degré de cet appauvrissement varie selon le siège et la nature de la psychopathie ; il

©BIUM

est bien plus marqué et bien plus fréquent chez la femme. C'est dans la folie pellagreuse qu'il est le plus intense et le plus habituel; puis viennent les folies dépressives; dans la véritable excitation maniaque, la quantité de globules rouges et d'hémoglobine se maintient à la normale. Il est, chez les aliénés, plus fréquent d'observer de la diminution de l'hémoglobine que de l'hypoglobulie.

(12). Les recherches *thermiques* de M. *Tambroni* portent sur trente-six aliénés (18 hommes, 18 femmes). D'après ce mémoire, la température axillaire moyenne est à peu près celle des individus sains d'esprit. Voici l'énumération des modalités psychopathiques en série thermique décroissante : manie — paralysie générale — folie systématique — folie épileptique — imbécillité — idiotie — mélancolie — démence terminale — mélancolie stupide. La température est un peu plus élevée chez l'homme aliéné; elle suit assez exactement celle du milieu ambiant; elle est, le matin, un peu plus haute (de 0,25) que l'après-midi. En général, avec l'agitation apparaît de l'hyperthermie; avec la dépression, de l'hypothermie. L'attaque d'épilepsie est d'ordinaire suivie d'un abaissement de température qui, après avoir duré un quart d'heure, fait place à une légère élévation de trois secondes. Les attaques congestives sont toujours suivies d'une hyperthermie variable. Quant à la fièvre qui accompagne les maladies fébriles auxquelles peuvent être sujets les aliénés, elle ne présente aucune anomalie, quand on la compare avec celle des mêmes affections chez les individus sains d'esprit; du reste les aliénés seraient, tout comme les individus sains d'esprit, soumis aux mêmes réceptivités pathologiques dans le même rapport de fréquence.

(13). Les *couches optiques* contiennent, selon M. *Marchi*, surtout des grandes cellules nerveuses de 40 à 60 μ; il existe très peu de cellules de 20 à 40 μ. Elles émettent des prolongements protoplasmiques qui, en se ramifiant, forment un véritable réseau entrecroisé dans toutes les directions, tandis que leur prolongement cylindraxile conserve d'habitude son individualité rectiligne, et passe tel quel dans une fibre nerveuse autonome. La série des fibres nerveuses ainsi constituées ne cessent de conserver leur parallélisme respectif. Il est, pour ces raisons, extrêmement probable que la couche optique est surtout motrice. La névroglie n'offre rien de spécial, mais l'épendyme se compose de cellules cylindriques, dont les prolongements ramifiés se terminent généralement dans la paroi

©BIUM

des vaisseaux sanguins. Tels sont les détails qui émanent de l'étude de petits mammifères dont on peut plonger la couche optique entière dans l'acide osmique; le durcissement s'opère en injectant dans les carotides une solution à 2 p. 100 de bichromate de potasse.

(14). Il ne suffit pas de connaître la force brute d'un groupe de muscles déterminés, il faut encore, en *dynamométrie,* savoir comment et à quel degré un muscle maintient sa contraction, comment se coordonnent les activités contractiles des divers muscles qui concourent à un mouvement envisagé, comment un muscle passe de l'état de repos à l'état de contraction et *vice versa*, et quel est le temps qu'il met à atteindre la contraction maxima. M. *Morselli* prend un dynamomètre de Régnier et l'associe à un appareil enregistreur; on lit ensuite sur le tambour en rotation la courbe contractile et on en analyse les différents caractères. Le mémoire présente ces inscriptions prises chez les gens sains et les névropathes : hémiplégie ordinaire; paralysie générale; sclérose des cordons postérieurs; pseudoparalysie alcoolique; paralysie agitante; atrophie musculaire progressive; sclérose en plaques; sclérose cérébrale diffuse; chorée; crampe des écrivains; tremblement sénile, tremblement alcoolique, neurasthénie. Nous ne pouvons suppléer à l'observation des tracés. Disons seulement que chez un individu sain on obtient une courbe identique à celle que le vivisecteur enregistre, quand il excite le nerf moteur d'un muscle séparé de l'animal (préparation physiologique).

(15). *Dipsomanie vraie et brusque* chez un jeune homme de bonne famille, dès l'âge de seize ans. Sous l'influence des excès de boisson impulsifs, escroqueries. Irrégularité dans les accès; intégrité absolue en dehors d'eux. Au moment de l'examen, nulle trace de psychopathie, mais grande sensibilité à l'égard des rations de vin plus fortes que de coutume. Les anamnestiques révèlent simplement que plusieurs parents ont succombé à des affections cérébrales. Aucun signe de dégénérescence. L'irresponsabilité fut acceptée. Le jeune homme demeura consécutivement normal pendant quelque temps; mais la dipsomanie récidiva et la séquestration devint obligatoire. Tel est le fond, du mémoire de M. *Tamburini*.

(16). L'observation publiée par M. *Rovighi* concerne un homme de vingt-huit ans, atteint de syphilis depuis cinq ans et présentant depuis dix-huit mois les troubles spinaux que l'on connaît. Dans les cinq derniers mois il ressentit en outre des

©BIUM

douleurs vertébrales excruciantes, fut paralysé des sphincters, et fut en proie à une gangrène par compression très étendue; les derniers jours de la maladie furent marqués par l'apparition de convulsions toniques très violentes et très douloureuses des extrémités inférieures. La *nécropsie* révèle, en dehors des lésions de la sclérose en plaques (cordons antérieurs, latéraux et postérieurs), un foyer de myélite transverse au niveau du renflement lombaire, qui remonte précisément aux cinq derniers mois, et occupe près de 2 centimètres de long. De ce grand foyer, qui englobe les cordons antérieurs et postérieurs, part une double dégénérescence ascendante (faisceaux de Goll) et descendante (périphérie des cordons latéraux); en son centre on rencontre un ramollissement caractéristique, occasionné par des embolies de *micrococcus* (résorption putride des eschares), auquel doivent être attribués les accidents des derniers jours.

(17). M. *Baistrocchi* a déterminé, à l'aide d'un aréomètre de Nicholson monumental, le *poids spécifique de l'axe cérébro-spinal* dans l'air et l'eau distillée. Il a successivement examiné à ce point de vue l'encéphale entier, l'ensemble des circonvolutions avec le centre ovale, les corps optostriés, le cerveau moyen (tubercules quadrijumeaux, protubérance, pédoncules cérébelleux supérieurs, pédoncules cérébraux) avec le cervelet, la moelle épinière, et, dans chacun de ses segments, a pris la densité de la substance grise et de la substance blanche par la méthode d'Archimède.

(18). Dans soixante cas de *paralysie générale*, MM. *Tamburini* et *Riva* ont constaté :

Des lésions du lobe frontal	56	fois.
— — temporal	19	»
— — pariétal	44	»
— de l'insula	3	»
— du lobe occipital	9	»
— du lobe sphénoïdal	27	»

Ce sont les circonvolutions ascendantes qui sont le plus ordinairement atteinte, et, parmi elles, la frontale ascendante fut trouvée altérée vingt-neuf fois, la pariétale ascendante trente fois. La troisième frontale, abstraction faite des cas où tout le lobe frontal était pris, figure pour le chiffre 18. Le calcul proportionnel, établi au point de vue de la fréquence des lésions pour chacune des parties des lobes frontaux, pariétaux, temporaux, sphénoïdaux, en éliminant, naturellement, les régions déjà signalées, montre que les altérations prédominent surtout

©BIUM

à l'extrémité antérieure du lobe frontal, sur le lobule pariétal inférieur (classification d'Ecker), la première temporale, la circonvolution de l'hippocampe. Lorqu'il a existé des troubles de la motilité (60 cas), on trouve que l'écorce des lobes fronto-pariétaux, ou celle du lobe frontal ou du lobe pariétal seul est généralement lésée (55 fois). Les troubles de la parole se rattachent invariablement à une lésion de l'écorce de la troisième frontale. Les hallucinations sont réellement le produit d'une excitation des centres sensoriels de l'écorce, de même que les anesthésies sensorielles émanent d'une destruction des mêmes centres, savoir : partie inféro-postérieure du lobe pariétal et plus spécialement pli courbe (vue), première temporale (ouïe), circonvolutions sphénoïdales et lobe occipital (vue). Mais la zone corticale motrice contient aussi des centres de perception sensible, affectés aux diverses parties du revêtement cutané; affection exclusivement corticale, la paralysie générale détermine une série de syndromes manifestement en rapport chacun à chacun avec la lésion d'une série de centres déjà mis en relief par la méthode anatomo-clinique; la *statistique appliquée au dépouillement d'observations complètes* le prouve une fois de plus.

(19). *La recherche du temps que mettent les délirants chroniques hallucinés de l'ouïe à réagir sous l'influence d'une sollicitation auditive,* a fourni à MM. *Guicciardi et Tanzi* les moyennes comparatives suivantes en millièmes de seconde. Les individus sains mettent généralement 113,5 (10 sujets); les malades de la catégorie précitée (au nombre de 14) mettent 117,5.

(20). L'observation de M. *Poggi* a trait à un *persécuté persécuteur* de quarante-cinq ans, ayant essayé de tuer un juge qui l'aurait, dit-il, condamné à tort. Il se glorifie de cet acte. Les anamnestiques révèlent une tare héréditaire; à dix-huit ans, affection cérébrale ayant entraîné du délire, et, depuis lors, caractère ombrageux, superstitieux, excitable. C'est depuis son affaire judiciaire qu'il a nourri son délire.

(21). Le fait de MM. *Verga* et *Tradati* porte sur un homme de cinquante-trois ans, arrêté et condamné pour complicité de vols. La *simulation* est découverte en tenant compte des éléments suivants. Nulle tare héréditaire; intégrité somatique; fonctionnement intellectuel normal; les hallucinations dont il se plaint sont diffuses et trop dépourvues de lien pour qu'on puisse admettre la réalité de ses assertions *systématiques*, de son délire chronique.

©BIUM

(22). MM. *Tanzi* et *Riva* ont observé 103 cas de *folie systématique* sur 729 aliénés. De cette étude ils déduisent que cette modalité psychopathique, tout en occupant dans le cadre de l'aliénation mentale une place notable, n'est pas aussi fréquente qu'il le pourrait paraître à priori. La femme y est moins sujette ; cela se rattache à la ménopause. C'est une maladie éminemment dégénérative, chronique, à très longue évolution. La marche n'en est pas uniforme ; le délire bien systématisé, qui en constitue fréquemment la caractéristique, est loin d'être fixe et continu ; la symptomatologie en est d'ailleurs très changeante, mais les métamorphoses s'en accomplissent excessivement lentement. Il est surtout commun de voir le délire disparaître ou ne survenir que tardivement. La fréquence des hallucinations et leur mode d'évolution, ne détruisent en rien l'opinion de la genèse psychologique de la maladie, qui consiste simplement en une perversion de la faculté de penser et non en un affaiblissement de cette faculté.

(23). Nous rapprochons à dessein du mémoire précédent celui de MM. *Amadei* et *Tonnini* qui adoptent sur la *folie systématique ou paranoia* la classification que nous résumerons synthématiquement, de concert avec les arguments à l'appui des divisions principales.

(24). Un homme de trente-cinq ans reçoit, projetée par une explosion, une perche de bois qui produit, à deux ou trois centimètres au-dessus du conduit auditif externe, une dépression arrondie admettant l'extrémité digitale ; à la suite d'une perte de connaissance de quelques minutes, il se relève, mais se trouve incapable de parler intelligiblement ; quelques instants après, nouvelle perte de connaissance, assoupissement de quatorze jours, quelques phénomènes de paralysie du côté droit ; il récupère néanmoins l'intégrité de ses facultés et de ses fonctions. Deux mois plus tard, aphasie ataxique, parésie insignifiante de la charpente musculaire de la face du côté droit, qu'on ne constate qu'au jeu de la physionomie (intégrité de la langue et des lèvres), légère anesthésie du même côté ; ouïe un peu affaiblie à gauche ; il comprend tout ce qu'on lui dit, mais ne peut répondre intelligiblement ; les premières syllabes s'articulent aisément, mais bientôt il bredouille, introduit des lettres inutiles à la place de celles qui conviendraient ; il s'irrite alors et, sous l'influence de la colère, profère très correctement un flot d'injures ; retient et exécute les mélodies, copie encore, mais écrit comme il parle. M. *Brugia* formule le diagnostic de : dépression osseuse ayant entraîné

I. PARANOIA DÉGÉNÉRATIVE. Entée sur un terrain cérébral dont l'organisation est congénitalement vicieuse : signes somatiques de dégénérescence héréditaire, mais pas aussi nets que dans les autres psychopathies héréditaires.	*A — Originaire.* Explosion précoce	*a* simple	Délire des persécutions. — ambitieux. — religieux. — érotique.
		b hallucinatoire	Subdivisions comme dans le § *a*, en y ajoutant : le délire hypochondriaque.
	B — Tardive. Explosion tardive	*a* simple	Délire des persécutions. — ambitieux. — religieux. — érotique. — des persécutés-persécuteurs processifs.
		b hallucinatoire	Subdivisions comme dans le § *a*, en y ajoutant : le délire hypocondriaque.
II. PARANOIA PSYCHONÉVROTIQUE. Ici, de même que pour les psychoses primitives (manie et mélancolie), le terrain cérébral subit tardivement des désordres physicophysiologiques. Aucun signe somatique de dégénérescence héréditaire, ou du moins la tare héréditaire n'est pas plus fréquente que dans la manie et la mélancolie. L'explosion du délire tient à une cause occasionnelle. La terminaison est, soit la guérison, soit, plus souvent, la démence, plus rapide et plus intense que dans la folie syst. dégénérative.	*A — Primaire.* La plus fréquente, celle qui se montre d'emblée, telle quelle.	*a* aiguë (formes curables)	*a* simple. — Comme dans les séries respectives des § *a* et *b* de *I*. *b* hallucinatoire. — Comme dans les séries respectives des § *a* et *b* de *I*.
		b chronique (formes incurables)	Même répétition des modalités morbides dans les mêmes subdivisions *a*, *b*.
	B — Secondaire.	*a* après un accès de mélancolie.	
		b après un accès de manie.	

page 328 sur 511

©BIUM

une lésion de la troisième frontale et de la première temporale gauches; il a dû se produire, sous son influence, un exsudat qui, en se résorbant, a permis l'amélioration.

(25). Observation de délire chronique et non de folie morale. C'est l'histoire d'un délirant réformateur, revêtu d'un costume religieux, composé par lui, conformément à ses idées et lui donnant l'apparence d'un capucin épiscopal, nouvelle dignité ecclésiastique inventée pour ainsi dire par l'aliéné, ainsi qu'en témoignent son portrait et son déguisement reproduits dans le mémoire même de M. *Funaioli*.

(26). *Paralysie agitante* chez une femme de quarante-huit ans. Affection compliquée *d'idées de persécution et d'empoisonnement, dues à des hallucinations de la sensibilité générale ainsi qu'à de violents accès d'angoisse*. La mort eut lieu inopinément à la suite d'une attaque d'apoplexie. On trouva à l'*autopsie* de vieilles adhérences entre la pie-mère et la dure-mère spinales, avec réplétion intense des vaisseaux méningés de la moelle lombaire; la substance blanche semble ramollie (?); le bulbe, à la hauteur des olives, apparaît plus sombre et plus dur qu'à l'état normal. L'analyse histologique sera ultérieurement publiée par les soins de M. *Bergesio*.

(27). M. *Lussana* a pratiqué un certain nombre de recherches sur une *large perte de substance cutanée* (10 cent. sur 12) siégeant à la face externe de la jambe droite d'une femme de quarante-cinq ans. Il est arrivé à ce résultat. Le tact proprement dit (distinction de deux sensations tactiles) s'opère par le corps papillaire, par les corpuscules de Meissner; quant à la sensation de contact matériel, elle se peut produire encore dans les endroits où il n'y a plus d'organe, du genre précédent (corps papillaires et corpuscules de Meissner). La douleur, qui peut être également perçue, voire plus distinctement, dans les tissus sous-jacents au corps papillaire, qui n'est qu'une sensibilité particulière distincte de la sensibilité tactile, n'est cependant, dans les circonstances ordinaires, guère sentie par les tissus membraneux sous-dermiques. La différenciation thermique s'effectue plus délicatement dans le corps papillaire, armé de ses corpuscules de Krause, que dans les tissus sous-jacents qui n'en subissent l'action qu'après le premier. La destruction de la peau et de ses nerfs n'influe guère sur le sens musculaire des organes contractiles sous-jacents, dont la faculté en question ne se trouve ni diminuée ni altérée.

Consignons le gros des résultats sous forme de tableau.

©BIUM

	Moyenne chez 21 hom.	Moyenne chez 22 fem.
Densité de l'encéphale entier.....	1,0265	1,0338
» de l'ensemble des circonvolutions avec leur substance blanche.....	1,0278	1,0285
» des corps optostriés.....	1,0453	1,0446
» du cerveau moyen avec le cervelet.....	1,0479	1,0584
» de la moelle épinière.....	1,0387	1,0348
» de la substance blanche des hémisphères.....	1,0273	1,0289
» de l'écorce grise des hémisphères.....	1,0206	1,0239
» de la subst. grise des gros ganglions.....	1,0339	1,0346

La substance blanche représenterait les 71 à 74 centièmes de l'encéphale. De plus, la densité augmente quand augmente le poids absolu; c'est ce qui arrive dans les cas de processus scléreux ; elle décroît de l'âge de quarante ans à la vieillesse, tandis qu'elle s'est accrue de l'époque fœtale à l'âge de quarante ans. En revanche la moelle présente son maximum de densité chez le fœtus.

(**28**). M. *Lussana* a eu la bonne fortune de pouvoir étudier un *boa python géant* d'Afrique. L'encéphale entier de cet animal pesait 8 grammes, alors que son corps entier pesait 24 kilogr. Ses renflements olfactifs très volumineux, innervés par une branche du trijumeau, se distribuent en bloc à la membrane de Schneider. Les hémisphères cérébraux se composent d'un corps strié et d'un capuchon de substance blanche et grise : de là résultent les ventricules latéraux. Il existe des couches optiques ; état rudimentaire des piliers antérieurs du trigone et du troisième ventricule ; traces de toile choroïdienne. Tubercules quadrijumeaux fort développés, sous la forme d'une masse globuleuse unique ; on y distingue un sillon longitudinal, partiel, et un sillon transverse profond, ce qui constitue un lobe optique scindé en quatre parties. Cervelet et glande pinéale bien developpés.

(**29**). Trois ans d'observation sur ce sujet à Reggio-Emilia ont indiqué à M. *Algeri* que, si l'ont suit 314 malades de quinze à quarante-cinq ans, on est obligé de conclure que la

©BIUM

marche de *la menstruation* est presque toujours irrégulière, chez les femmes aliénées ; les troubles menstruels sont, dans les psychopathies anciennes, et dans la démence, bien plus notables que dans les psychopathies primitives (mélancolie et manie récentes). La menstruation coïncide généralement avec une aggavation psychopathique, surtout lorsqu'on a affaire à des psychoses dégénératives ; cette relation ressort des plus nettes dans les cas de folies périodiques. Nombreux tableaux à l'appui.

(30). L'observation de M. *Rezzonico* a trait à un homme de quarante-huit ans, présentant en avril une légère excitation sans autre inconvénient; le 14 mai, un accès de manie extrêmement violent accompagné d'hallucinations profuses de tous les sens, de désordre dans les idées absolu, d'agitation excessivement vive : finalement, du collapsus et la mort (25 du mois). On trouve à *l'autopsie :* intégrité des organes de la vie végétative ; hyperémie et œdème colossaux des méninges, de l'écorce cérébrale et de sa substance blanche. L'encéphale pèse 1270 gr. Le microscope révèle une dégérescence graisseuse de la tunique adventice, ainsi que l'existence d'embolies de diverses grosseurs, constituées exclusivement par des micrococcus agglomérés (coloration au bleu de gentiane).

(31). M. *Frigerio* publie l'histoire d'une *idiote* de vingt-six ans, atteinte, depuis l'âge de douze ans, d'épilepsie avec parésie post-paroxystique : contracture du bras droit et des extrémités du même côté ; arrêt de développement complet ; démarche incertaine ; absence presque complète de la parole ; organes des sens normaux. Taille 1420. P. de l'encéphale : 790. *Autopsie.* Au niveau de la surface des lobes frontaux et occipitaux de chaque côté, plaques scléreuses cicatricielles ; même état du lobule paracentral et de la circonvolution du corps calleux du côté gauche ; ces zones scléreuses sont parsemées de tout petits sillons affectant diverses directions qui sont distants les uns des autres de 2 et 5 millimètres. L'auteur formule le diagnostic de : *induration grise consécutive à des hémorrhagies méningées étendues*, pendant le cours d'un accouchement prolongé (de plusieurs jours) ; il est certain qu'immédiatement après la naissance, l'enfant eut des convulsions.

(32). Nous résumerons la longue histoire de *folie à quatre* rapportée par M. *Verga*. Une femme de quarante-sept ans a eu pour père un enfant trouvé qui a consacré une partie de sa

©BIUM

vie à la recherche de ses vrais parents. En entendant constamment parler de ce mystère et de la série de pistes que son père poursuivait, elle s'est imaginée qu'elle descendait de hauts personnages, aussi riches qu'influents, dont elle était appelée à hériter. Cette conviction, elle l'a infiltrée à sa mère (2me malade) ainsi qu'à une dame chez laquelle elle servit assez longtemps comme femme de chambre; cette dame (3me malade) découvre même que le riche aïeul de sa protégée était un général du premier empire et qu'il a laissé à l'hôpital de Milan un million de francs. Il va de soi que, quelle que soit la peine que se donne cette personne, quelques influences qu'elle mette en marche, quelque activité qu'elle imprime aux négociations, aux instructions, elle aboutit au néant; toutes les assertions sont controuvées, il s'agit bien d'une conception sur laquelle est échafaudée une série de systèmes d'ordre délirant. La conviction n'en persiste pas moins chez nos malades, et l'auteur principal du délire trouve encore le moyen, en se mariant, d'entraîner son mari (4me malade) dans cette espèce de monomanie; voilà le ménage délirant en chœur, puis, la généralisation pathologique s'opérant, apparaissent des idées d'empoisonnement, des hallucinations et des illusions de la sensibilité générale et de l'ouïe, des interprétations erronées, du désordre dans les idées, des lamentations et des plaintes perpétuelles : en vain les sépare-t-on, ils délirent encore et désormais, sans plus tenir compte de l'existence réelle ou de la mort de leurs prétendus protecteurs, ou persécuteurs, du temps, des événements, des lieux.

(33). Le *traitement moral de l'hystérie* appliqué par M. *Bianchi* à un cas grave (accès subintrants, hallucinations de l'ouïe et de la vue), consiste à menacer la malade de lui porter le fer rouge dans les ovaires, naturellement en déployant un grand appareil, à lui appliquer sur l'abdomen le cautère subrepticement refroidi, et enfin à l'obliger, au moment où les accès vont lui prendre, à paraître en public. L'ensemble de cette contrainte morale, qui fait entrer en jeu des craintes diverses, aboutit, dans l'espèce, à la *guérison parfaite*.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

1. — *Le somnambulisme provoqué; études physiologiques;* par H. Beaunis, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy, 1886, in-18, J. Baillière, éditeur.
2. — *La grande hystérie chez l'homme; phénomènes d'inhibition et de dynamogénie; changements de la personnalité; action des médicaments à distance;* par le Dr A. Berjon, médecin de 2e classe de la marine, avec 10 planches hors texte, 1886, in-8°, J. B. Baillière, éditeur.

I. Le livre de M. le professeur Beaunis marque un progrès nouveau dans l'étude du somnambulisme provoqué, et mérite de prendre place à côté des beaux travaux sortis de la Salpêtrière. A Paris, on a étudié les phénomènes hypnotiques principalement chez les hystéro-épileptiques ; à Nancy, on s'est proposé surtout de rechercher les lois du sommeil nerveux chez les sujets sains.

Des deux parties dont se compose ce livre, la première est purement physiologique. Dans une série d'études, l'auteur relate les expériences qu'il a instituées pour comparer la physiologie du somnambule à celle de l'individu normal dans les conditions ordinaires de la veille et du sommeil naturels. Quelques-unes de ces expériences sont du plus haut intérêt. Ainsi, on sait que la volonté de l'homme éveillé n'a aucune action sur certaines fonctions organiques, comme la circulation. M. Beaunis démontre, avec tracés à l'appui, que par la suggestion hypnotique, on peut soit accélérer, soit ralentir les battements cardiaques chez un sujet endormi. — « Faites bien attention, votre cœur bat moins vite, moins vite, encore moins vite... » et de 98, les pulsations tombent à 92 par minute. Si, au contraire, on suggère à la même somnabule le phénomène inverse, on voit les battements du cœur passer de 102 à 115.

Viennent d'autres expériences qui prouvent la possibilité de produire des rougeurs, des congestions cutanées, et enfin une vésication intense par la suggestion hypnotique. Dans un cas, une application de timbres-poste sur l'épaule détermina une vésication telle, que quinze jours après la plaie était encore en pleine suppuration.

©BIUM

La force musculaire et l'acuité sensorielle sont aussi étudiées. Les résultats généraux des recherches de l'auteur sur ce sujet sont que dans la majorité des cas, la force dynamométrique diminue pendant le sommeil provoqué. L'acuité auditive, au contraire, est augmentée dans la plupart des cas, sans l'intervention de la suggestion. Cette dernière accentue encore le phénomène; de même, elle accélère d'une façon notable le temps de réaction des sensations auditives et tactiles.

La deuxième partie est consacrée à la psychologie, et est présentée comme une tentative d'expérimentation psychologique, comme une sorte de vivisection morale par la méthode hypnotique.

L'état de la mémoire dans le somnambulisme y est minutieusement analysé. La mémoire inconsciente surtout, qui entre en jeu à propos des suggestions posthypnotiques, est l'objet de considérations des plus intéressantes.

D'autres chapitres sont consacrés au mécanisme des suggestions et des hallucinations hypnotiques; à la spontanéité psychique pendant le sommeil provoqué, question neuve et encore peu étudiée; et à ce que M. Beaunis appelle l'*état de veille somnambulique*, état nouveau entrevu, mais non décrit encore par les auteurs. Cet état ne doit pas être confondu avec le sommeil hypnotique incomplet; le sujet, à la vérité, a les yeux ouverts, il a conscience de ce qui se passe autour de lui, mais, particularité absolument spéciale, il est sensible aux suggestions et n'en conserve aucun souvenir.

Enfin, vient un appendice consacré à une observation de suggestion opérant à cent soixante-douze jours d'intervalle et à un cas de chorée guéri par l'hypnotisme.

Ce livre sera lu avec le plus grand intérêt non seulement par les personnes qui s'occupent d'hypnotisme, mais par toutes celles qui s'intéressent aux questions de psychologie positive.

II. La thèse de M. le Dr Berjon est consacrée tout entière à l'étude d'un hystéro-épileptique mâle, qui certainement passera à la postérité. Il s'agit du célèbre Z..., déjà étudié par le Dr Camuset en 1880, à l'asile de Bonneval; par le Dr J. Voisin en 1883 à Bicêtre; par les Drs Bourru et Burot en 1885 à Rochefort, et dont le Dr Mabille continue en ce moment l'observation à l'asile de La Rochelle (1).

(1) Camuset, *Annales médico-psychologiques*, janvier 1882. — J. Voisin, *Archives de Neurologie*, septembre 1885. — Bourru, *Annales médico-psychologiques*, janvier 1886.

©BIUM

La première partie de ce travail comprend l'observation clinique du malade. Hémiplégique et hémianesthésique à droite, il montre une sensibilité entrême aux substances esthésiogènes. Le contact de l'or, sur l'avant-bras droit, produit une *escharre profonde*; la boule d'un thermomètre à mercure produit le même effet, malgré l'interposition du verre. Les sels métalliques agissent comme les métaux, quoique avec moins d'énergie. L'acier, l'aimant produisent le transfert, etc. Z... est aussi apte à passer par les trois phases hypnotiques et à recevoir toutes sortes de suggestions. On a produit chez lui à plusieurs reprises par suggestion des hémorrhagies cutanées, véritables *stigmates* sanguinolents, comme en ont eu parfois les extatiques religieux.

La seconde partie est peut-être plus intéressante encore. M. Berjon nous fait successivement assister à une foule d'expériences, dont quelques-unes sont si stupéfiantes que nous aurions hésité à en rendre compte, si nous n'avions eu la bonne fortune de les voir pour la plupart répéter devant nous dans le service de notre collègue le Dr Mabille.

Z... présente les phénomènes d'inhibition et de dynamogénie les plus bizarres. Le doigt appliqué sur le front à gauche détermine l'arrêt immédiat et complet des fonctions de la vie de relation. A peine le doigt est-il enlevé, que le malade continue le geste ou le mot commencés au moment de l'expérience. Il existe sur le corps plusieurs points analogues.

Les deux moitiés du corps semblent vivre d'une façon indépendante et se dynamogénisent réciproquement. Si on applique la main gauche sur la droite, il se produit dans ce dernier côté, des convulsions épileptiformes. Si la main droite est placée sur la bouche, elle est saisie et reste en position, comme attirée par un aimant.

Le sens de l'ouïe peut être transposé, et l'audition peut se faire par diverses parties du corps, par l'extrémité des doigts par exemple.

Le corps entier du malade, ou un seul membre, est attiré, soit par l'aimant, soit simplement par le doigt de l'expérimentateur.

Nous ne dirons qu'un seul mot des expériences psychologiques, les lecteurs des *Annales* ayant eu connaissance de ces faits par la communication du Dr Bourru à la Société médico-psychologique. Z... est susceptible d'être placé par quelques manœuvres très simples dans des états de conscience multiples.

©BIUM

En déterminant, ce qui est facile, telle paralysie, telle contracture, telle anesthésie ou hyperesthésie ayant existé spontanément à un moment donné chez le malade, on ramène l'état de conscience contemporaine de cette paralysie, de cette contracture, de cette anesthésie ou hyperesthésie. On peut ainsi lui faire revivre son existence entière depuis l'invasion de l'hystéro-épilepsie.

Enfin, un dernier ordre de faits surprenants observés chez Z... c'est l'action des substances médicamenteuses et toxiques à distance. La substance à expérimenter est placée dans un flacon recouvert de papier, et le flacon est présenté en regard d'une partie quelconque du corps, à une distance de 5 ou 10 centimètres. Dans ces conditions, l'opium, le chloral déterminent un sommeil profond ; l'apomorphine, l'ipéca, l'émétique font vomir ; les divers alcools enivrent, etc. Chaque substance produit son action propre, de telle sorte que le sommeil de l'opium et celui du chloral n'ont pas les mêmes caractères, les effets de divers vomitifs sont spéciaux à chacun d'eux. Les expérimentateurs se sont entourés de toutes les garanties désirables, et les résultats obtenus sont hors de toute discussion.

Dix planches hors texte illustrent ce travail, et en rendent la lecture plus saisissante. On doit savoir gré à M. Berjon d'avoir réuni en un seul faisceau les divers phénomènes névropathiques présentés par ce malade, et d'avoir reconstitué son histoire dont les épisodes étaient jusqu'ici épars dans les recueils scientifiques les plus divers.

Dr A. Cullerre.

La psychologie du raisonnement. Recherches expérimentales par l'hypnotisme ; par Alfred Binet. 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine.* Paris, 1886. Félix Alcan, édit.

Dans ce livre, d'une lecture attachante, M. Alfred Binet s'applique à substituer à l'ancienne théorie de la preuve fondée sur le syllogisme, une nouvelle théorie de la démonstration fondée sur la méthode expérimentale. Il a mis au service de cette étude psychologique les nombreuses et curieuses recherches sur l'hypnotisme, qu'il a faites en collaboration avec M. Ch. Féré, à qui d'ailleurs ce petit volume est dédié.

©BIUM

Pour résoudre le problème qu'il s'est posé, M. Binet étudie le raisonnement dans une de ses formes qui est, plus que toute autre, accessible à la méthode expérimentale : la perception des objets extérieurs. Celle-ci est définie : « un état mixte, un phénomène cérébro-sensoriel formé par une action sur les sens et une réaction du cerveau » ; ou encore « un processus par lequel l'esprit complète une impression des sens par une escorte d'images ». Pour bien comprendre cette définition, il est indispensable d'étudier les *images*, de faire connaître le lien qui les unit aux sensations, de montrer enfin qu'elles constituent, avec celles-ci, les matériaux de toutes nos opérations intellectuelles. C'est à cette description des images qu'est consacré le chapitre II.

On sait qu'une image est « une sensation spontanément renaissante, en général plus simple et plus faible que la sensation primitive, mais capable d'acquérir, dans des conditions données, une intensité si grande qu'on croirait continuer à voir l'objet extérieur » (p. 17). Chaque sens a ses images ; mais chaque personne, suivant la nature de son organisme, se sert plus particulièrement de telle ou telle sorte d'images. De là l'idée, qui appartient à M. Charcot, de distinguer plusieurs types sensoriels : les visuels, les auditifs, les moteurs, les indifférents. La description de ces types amène M. Binet sur le terrain de la pathologie mentale. Parlant de certains artistes, atteints de ce qu'il appelle l' « hypertrophie de l'image visuelle », il dit : « Ceux qui jouissent d'une visualisation aussi intense sont des demi-hallucinés, et il y a cent à parier qu'ils arriveront un jour à l'hallucination complète. Ajoutons que très probablement les visuels sont spécialement prédisposés aux hallucinations de la vue, et conséquemment aux genres de délire dont les hallucinations de la vue sont le symptôme. D'après cette théorie, un visuel pur ne deviendrait jamais un *persécuté*, car dans le délire des persécutions, on ne rencontre en général, selon l'observation de Lasègue, que des hallucinations de l'ouïe. Le persécuté ne voit pas ses persécuteurs, il ne fait que les entendre » (p. 20). Et plus loin (p. 26) : « Il est possible que les hallucinés de l'ouïe et les individus atteints de délire de persécution appartiennent au type auditif ; et que la prédominance d'un ordre d'images crée une prédisposition à un ordre correspondant d'hallucinations — et peut-être aussi de délire. »

Ces considérations sont sans doute fort ingénieuses ; mais

©BIUM

elles auraient besoin d'être confirmées par la clinique. Dans tous les cas, elles soulèvent de nombreuses objections. Si les persécutés appartiennent au type auditif, il faut admettre que les hystériques, les épileptiques, etc., chez lesquels prédomine l'hallucination de la vue, sont surtout des visuels. Mais l'hallucination de la vue prédomine aussi dans le délire alcoolique, faut-il en conclure que ce sont surtout les visuels qui s'alcoolisent ? Il est vrai qu'il y a des alcooliques qui présentent à la fois des hallucinations de la vue et de l'ouïe; devra-t-on en conclure qu'il rentrent dans le type *indifférent ?*

Quoi qu'il en soit de ces objections, nous ne saurions assez recommander la lecture de ce chapitre sur les images ; les observations justes, les expériences hypnotiques y abondent et illustrent heureusement toutes les descriptions.

Le chapitre III étudie « le raisonnement dans la perception ». On y voit que la perception est le résultat d'un raisonnement inconscient ; et, à l'aide d'exemples bien choisis, l'auteur s'applique à démontrer que « la perception et le raisonnement ont en commun les trois caractères suivants : 1° appartenir à la connaissance médiate et indirecte; 2° exiger l'intervention de vérités antérieurement connues (souvenirs, faits d'expérience prémisses) ; 3° supposer la reconnaissance d'une similitude entre le fait qui est affirmé et la vérité antérieure sur laquelle il s'appuie. La réunion de ces caractères montre que la perception est comparable à la conclusion d'un raisonnement logique » (p. 82).

Dans le chapitre IV, intitulé : *Mécanisme du raisonnement*, M. Binet étudie l'action de la ressemblance sur les phénomènes de l'esprit. A côté de l'action reproductrice, déjà signalée par Bain, il place la *fusion*, qui s'observe non seulement pour les sensations semblables, mais aussi pour les images semblables, et pour les sensations et les images. Nous ne suivrons pas l'auteur dans toutes ses descriptions, parfois un peu subtiles, qui amènent le lecteur aux conclusions suivantes :

« L'étude des perceptions simples nous montre que les sensations et les images s'organisent en vertu des deux lois de similarité et de contiguïté. L'étude des cas morbides, rêves, hallucinations, etc., achève de faire la lumière.

« Finalement, notre théorie satisfait aux trois conditions que nous avions posées : elle ne fait intervenir que les lois connues de l'association des images ; elle explique comment une association s'établit entre deux images, par le seul jeu des

©BIUM

lois mentales ; elle explique enfin comment cette association se forme sur le modèle d'associations antérieures.

« Tout ce qui précède peut tenir dans une formule unique qui nous servira de définition : *Le raisonnement est l'établissement d'une association entre deux états de conscience, au moyen d'un état de conscience intermédiaire qui ressemble au premier état, qui est associé au second, et qui, en se fusionnant avec le premier, l'associe au second* » (p. 140).

Nous arrêterons là notre analyse ; nous ne saurions avoir la prétention de faire connaître la pensée de l'auteur jusque dans ses moindres détails. Ce que nous répéterons, c'est que ce volume est d'une lecture attachante et qu'il mérite d'être lu avec soin. A côté des discussions, qui nous semblent parfois un peu subtiles, on trouve de nombreux faits empruntés à la pathologie, à l'histoire des grands hommes, à l'expérimentation hypnotique. Dans une science en voie de formation, comme l'est la psychologie expérimentale, il faut plus s'attacher aux faits nouveaux apportés par un auteur, qu'à ses conclusions doctrinales. Ce sont les faits, bien observés et présentés avec talent, qui font du travail de M. Binet une contribution importante à la science qu'il cultive avec tant de succès.

Dr Ant. Ritti.

Du suicide dans le délire ou folie des persécutions ; par M. le Dr Meilhon, interne à l'asile des aliénés de Pau. (Thèse de Bordeaux 1886.)

L'auteur de cette thèse combat l'opinion généralement accréditée, que le persécuté termine souvent ses jours par le suicide, pour mettre un terme aux persécutions dont il est victime.

Pour lui, ce n'est pas souvent, mais très rarement, presque jamais, serait-il tenté de dire, que le persécuté met fin à ses jours. — Le persécuté partiel, tel que nous le connaissons depuis les travaux de Lasègue, aurait une sorte de logique dans son délire, qui le soustrait aux idées de suicide.

Se tuer, ce serait céder devant ses ennemis imaginaires contre lesquels, au contraire, il lutte sans trêve et avec l'espoir toujours grandissant de faire triompher son innocence ; ce serait renoncer à la vengeance qui est son principal objectif, et

©BIUM

consentir à ce que sa mémoire reste souillée par les calomnies de ses persécuteurs sans espoir de réhabilitation.

Les tendances du persécuté partiel l'éloignent donc du suicide; M. Meilhon n'a retrouvé dans les auteurs que de très rares observations de persécutés ayant mis volontairement fin à leurs jours, et encore fait-il, à leur propos, cette remarque intéressante, qu'ils n'ont pas cédé à un sentiment de désespoir, qu'ils n'ont pas abandonné la lutte, mais qu'ils ne se sont décidés à la mort, qu'en considérant que les circonstances dont elle serait entourée seraient un suprême témoignage de leur innocence et amèneraient irrévocablement la confusion de leurs diffamateurs.

Si la plupart des auteurs ont admis la fréquence du suicide dans le délire des persécutions, c'est qu'ils ont pris pour des persécutés partiels des aliénés, lypémaniaques ou autres, imbus d'idées de persécution, mais différant beaucoup, comme on sait, du type créé par Lasègue. M. Meilhon nous cite, en effet, une série d'observations émanant des auteurs même les plus en vue et où, manifestement, cette confusion existe.

En résumé, M. Meilhon est venu par cette thèse, qui est méthodiquement conçue et fort bien écrite, préciser un des caractères du persécuté, en ne lui reconnaissant aucunement cette tendance au suicide, à laquelle on croit généralement et qui serait plutôt la caractéristique des autres formes de folie, où se manifestent des idées de persécution.

M. Meilhon nous avertit modestement que l'idée première de cette étude lui a été suggérée par M. Régis; il est juste de prendre acte de cet hommage qui ne diminue en rien d'ailleurs le mérite personnel que reflète l'ensemble de ce travail.

Dr Girma.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— General Paralysis of the insane (De la Paralysie générale des aliénés); par le Dr Julius Mickle. 2me édition, 1 volume in-8°, 466 pages. Londres, 1886. H. K. Lewis.

— Sœur Anne des Anges, supérieure des Ursulines de Londres; par Gabriel Legué et Gilles de la Tourette. Paris, 1 vol. in-8°. Bureaux du *Progrès médical*.

©BIUM

— Index pathologicus of the Library of the Surgeon-General office (Catalogue de la Bibliothèque du bureau médical de l'armée des États-Unis). Washington. Imprimerie du Gouvernement. T. VII.

— Statistique internationale des aliénés. Rapport des délégués de la commission internationale, nommée au congrès d'Anvers de 1885, pour la statistique des aliénés. Broch. in-8°. Gand, 1886.

— Asile public d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure). Rapport administratif et médical pour l'année 1885; par le Dr H. Mabille, directeur-médecin en chef. Broch. in-8°. La Rochelle, 1886.

— Contribution à l'étude de la thermométrie céphalique; par le Dr Descourtis. Broch. in-8°. Extrait de *l'Encéphale*, 1886.

— Observations pour servir à la détermination des zones cérébrales motrices et à la pathogénie des dégénérescences secondaires de la moelle; par le Dr Martial Hublé. Broch. in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1886.

— De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique; par le Dr Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nançy. 1 vol. in-8°. Paris, 1886. O. Doin, éditeur.

— L'allucinazione a due e la pazzia a due. Saggio di studio fisiologico e critico (L'hallucination à deux et la folie à deux. Essai d'étude physiologique et critique); par le professeur Silvio Venturi. Broch. in-8°. Extrait du *Il Manicomio*. Nocera, 1886.

— On the alleged fragility of the bones of general paralytics (De la prétendue fragilité des os des paralytiques généraux); par le Dr Christian. Broch. in-8°. Extrait de *The Mental science*, 1886.

— Legrand du Saulle. Hommages rendus à sa mémoire. Broch. in-8°. Sans date.

— Verslag betreffende het gesticht Meerenberg over eth jaar 1885 (Rapport sur l'asile de Meerenberg pour l'année 1885); par le Dr Van Persijn. Broch. in-8°. Harlem, 1886.

— Asile public d'aliénés de la Charité (Nièvre). Rapport médical et administratif, pour l'exercice 1885; par le Dr Clovis Gallopain, directeur médecin en chef. Broch. in-8°. Nevers, 1886.

— Congrès de phréniatrie et de neuropathologie tenu à Anvers du 7 au 9 novembre 1885. Compte rendu publié par

©BIUM

les Drs Ingels, Cuylits et Morel, 1 vol. in-8°, Gand, 1886.

— Quelques considérations sur la folie à Paris, observée à l'infirmerie spéciale du dépôt de la préfecture de police (1872-1885); par le Dr Augustin Planès, interne des asiles de la Seine. Thèse de Paris, 1886.

— Transformations de la personnalité; erreurs de personnes chez les aliénés; par le Dr E. Dumas, interne de Charenton. Thèse de Paris, 1886.

— Etude sur les aliénés persécuteurs; par le Dr Paul Pottier, ex-interne des asiles de le Seine. Thèse de Paris, 1886.

— Considérations générales sur la structure et les maladies du système nerveux. Leçon d'ouverture des conférences faites à l'hôpital de la Charité; par le Dr J. Luys, membre de l'Académie de médecine. Broch. in-8°. Paris, 1886.

— Asile public d'aliénés de Maréville. Rapport médical de la division des hommes pour l'année 1885; par le Dr Langlois. Broch. in-8°. Nancy, 1886.

— L'epilessia e la pazzia morale nelle carceri e nel manicomio (L'épilepsie et la folie morale dans les prisons et dans le manicome); par le Dr Frigerio. Extrait du compte rendu du congrès et de l'exposition d'anthropologie criminelle de Rome. Broch. in-4°. Alexandrie, 1886.

— De la capacité juridique des aliénés et de leur liberté individuelle; par René Fusier, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel de Chambéry. 1 vol. in-8°. Paris, 1886.

— Article Hallucination, du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales; par le Dr Jules Christian, médecin de la Maison nationale de Charenton. Broch. in-8°, 44 p. Paris, s. d.

— De l'aboulie et de l'inhibition en pathologie mentale. Note présentée à la Société de psychologie physiologique, dans la séance du 19 avril 1886; par le Dr Cotard. Broch. in-8°. Extrait de la *Revue philosophique*. Juin, 1886.

— Histoire des doctrines psychologiques contemporaines. Les fonctions du cerveau; doctrines de F. Goltz. Leçons professées à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes (1886); par Jules Soury, Maître de conférences. Broch. in-8°, 88 p. Paris, 1886. J. B. Baillière et fils, éditeurs.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Décret du* 30 *décembre* 1886 : Sont promus au grade d'officier de la Légion d'honneur :

M. Payelle (Augustin-Aimé-Adrien), chef du bureau des aliénés à l'administration centrale du ministère de l'intérieur et des cultes, en fonctions depuis 1879, ancien préfet des Ardennes. Chevalier du 12 juillet 1880;

M. le Dr Etoc Demazy (Gustave-François), président de la commission de surveillance de l'asile d'aliénés du Mans (Sarthe), ancien médecin en chef de cet établissement; plus de cinquante ans de service. Chevalier du 14 août 1865.

Est nommé chevalier de la Légion d'honneur :

M. Caron (Emile-Jean-Louis), membre de la commission de surveillance des asiles publics du département de la Seine et administrateur provisoire des biens des aliénés, en fonctions depuis janvier 1877, ancien avoué, adjoint au maire du IXe arrondissement de Paris de 1874 à 1880. Services exceptionnels.

— *Décret du* 1er *février* 1887 : M. Monod, préfet du Finistère, est nommé directeur de l'assistance publique au ministère de l'intérieur et des cultes, en remplacement de M. Cazelles, précédemment nommé conseiller d'État.

— *Arrêté du* 29 *décembre* 1886 : M. Bransoulié est confirmé dans ses fonctions de directeur de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise), et est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (8,000 francs).

M. le Dr Camuset, médecin en chef de l'asile de Cadillac, est nommé aux mêmes fonctions à l'asile de Clermont, et maintenu dans la 3e classe de son grade (5,000 francs).

— *Arrêté du* 22 *janvier* 1887 : M. le Dr Schils, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard, est nommé médecin en chef de l'asile de Clermont, et placé dans la 3e classe de son grade (5,000 francs).

— *Arrêté du* 25 *janvier* 1887 : M. le Dr Pons, médecin en chef à l'asile de Saint-Pierre, à Marseille, est nommé directeur médecin en chef de l'asile Saint-Luc, près Pau (Basses-Pyrénées), en remplacement de M. le Dr Marandon de Montyel, non installé, et est promu à la 1re classe de son grade (7.000 francs).

©BIUM

— *Arrêté du 29 janvier* 1887 : M. le Dr Frièse, médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise), est nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), et promu à la 2e classe de son grade (6,000 francs).

— *Arrêté du 8 février* 1887 : M. le Dr Marandon de Montyel est nommé médecin en chef à l'asile de Marseille, et maintenu à la 2e classe de son grade (6,000 francs).

— *Faculté de médecine de Montpellier :* M. Mairet, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé, du 1er janvier au 31 octobre 1887, du cours de clinique des maladies mentales et nerveuses à ladite Faculté, en remplacement de M. Cavalier, professeur, auquel un congé a été accordé sur sa demande et pour raisons de santé.

— *Faculté de médecine de Paris :* M. le Dr Marie, ancien chef de clinique des maladies du système nerveux, est nommé préparateur de ladite chaire, en remplacement de M. Féré, démissionnaire ;

M. Lefèvre, externe des hôpitaux, est nommé aide du laboratoire de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Boyé, démissionnaire ;

M. le Dr E. Régis a obtenu un prix de 800 francs, du Prix Chateauvillard pour son *Manuel pratique de médecine mentale.*

— *Hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière :* A partir du 1er février 1887, le service de M. le Dr Bourneville à l'hospice de Bicêtre a été dédoublé. M. Bourneville garde la section des enfants, et M. Ch. Féré, médecin adjoint de l'hospice de la Salpêtrière, prend le service des adultes ;

M. le Dr Séglas passe, comme médecin adjoint, de Bicêtre à la Salpêtrière.

LA LOI SUR LES ALIÉNÉS DEVANT LE SÉNAT.

La deuxième délibération entamée les 11, 14, 15 et 17 février, interrompue par la discussion du budget, s'est arrêtée à l'article 60.

Le zélé rapporteur, M. Théophile Roussel, qui se multiplie au delà de ses forces, a expliqué dans quel esprit de conciliation des modifications avaient été apportées au texte des articles dont les numéros ne cadrent plus avec les précédents.

M. Dupré a fait adopter à l'article 6, un paragraphe portant que les professeurs de clinique des maladies mentales sont de plein droit médecins en chef des services d'aliénés destinés à cet enseignement.

©BIUM

Les commissions de surveillance, à instituer dans chaque département, et au contrôle desquelles seront soumis tous les établissements publics ou privés, comprendront 7 membres, savoir :

2 conseillers généraux à nommer par le conseil général ;
2 membres à nommer par le préfet ;
1 juge à nommer par le tribunal ;
1 médecin-inspecteur à nommer par le ministre de l'intérieur ;
1 curateur administrateur provisoire — *idem.*

La composition de ces commissions, appelées dans bien des cas à remplir le rôle de conseil de famille, l'extension de leurs attributions, paraissent empreintes des vues tutélaires qui avaient déjà inspiré l'idée des commissions permanentes.

L'extension du contrôle de l'autorité publique aux aliénés soignés à domicile soulevait de graves objections. Une importante amélioration a été apportée par l'amendement Paris : Les proches parents, auxquels sont adjoints l'oncle et la tante, pourront présider aux soins donnés à leurs aliénés, sans être astreints à la surveillance de l'autorité, quand même le proche parent ne demeurerait pas dans la même maison que l'aliéné.

De redoutables assauts ont été donnés à l'innovation capitale du projet de loi : *l'admission, à titre provisoire, dans un quartier d'observation et l'intervention du tribunal pour statuer dans tous les cas et à bref délai sur l'admission définitive.*

Dédaignant les attaques dirigées contre les médecins aliénistes et leur rendant pleine justice, MM. Testelin et Combes se sont attachés au côté médical de la question : Pourquoi retarder la mise en traitement, puisque la maladie mentale a été constatée et a motivé l'admission, quand cette maladie, d'après les témoignages irrécusables de la science, ne guérit que soignée dès le début? Pourquoi ne pas borner le rôle du tribunal à homologuer simplement l'avis des médecins?

M. Griffe a été mieux goûté du Sénat en faisant ressortir les difficultés pratiques de l'intervention du tribunal *dans tous les cas*, alors que, sur 100 personnes admises, il y en a 95 dont la folie n'est douteuse pour personne. Pourquoi ne pas se borner à soumettre aux juges les cas sujets à contestations ?

Quand on tend un ressort d'une manière permanente, a ajouté M. Griffe, le ressort, à un moment donné, ne fonctionne plus ou ne fonctionne pas utilement. Ce sera une vaine formalité, une garantie illusoire?

Cette critique a eu le tort de se heurter au grand courant d'opinion d'où est sorti le besoin de reviser la loi de 1838, et de confier la garantie de la liberté individuelle au pouvoir judiciaire seul compétent pour priver un citoyen de sa liberté. C'est

©BIUM

ce qu'ont fait ressortir MM. Cazelles, Sarrien et Tenaille Saligny.

Le Sénat ayant adopté l'amendement Paris (art. 8), puis l'amendement Testelin et Combes (supprimant le 1er paragraphe de l'art. 18, c'est-à-dire le caractère provisoire de l'admission et le quartier d'observation), M. Sarrien, Ministre de la Justice, a laissé entendre qu'il vaudrait mieux retirer le projet de loi et s'en tenir à la loi de 1838 si le principe de l'intervention judiciaire inscrit dans l'article 19 était rejeté.

Cet article, la clef de voûte du projet de loi, a été ainsi sauvé, au prix d'un petit sacrifice dû à un amendement de M. Paris portant que, en cas de doute, le tribunal ordonnera, avant de statuer, et sous la réserve des autres moyens d'information, une expertise médicale. Le délai de vingt jours, dans lequel la décision devait être rendue, est supprimé. Le tribunal restera ainsi juge et maître d'ajourner sa décision, aussi longtemps qu'il le croira utile ; l'aliéné aura souvent le temps de guérir avant d'être colloqué par autorité de justice... Qui pourra s'en plaindre ?

Le mode de rétribution des médecins inspecteurs et des administrateurs provisoires avait été ajourné à la deuxième délibération. Il est dit aux articles 45 et 46 que l'Etat fera l'avance des traitements et frais de déplacement des médecins inspecteurs. Ces avances seront remboursées à l'Etat par les établissements d'aliénés, soit publics soit privés, dans les formes établies pour les contributions directes.

Les honoraires des curateurs administrateurs provisoires seront prélevés sur les biens des aliénés d'après un tarif à intervenir.

A l'exception des articles 58 et 60 renvoyés à la commission, sur les observations présentées par MM. Lacombe, Le Guen et Roger Marvaise, les autres articles ont été adoptés sans discussion. Tout porte à croire qu'à la prochaine séance le projet de loi sera définitivement adopté par le Sénat.

Dans mon dernier article, publié par les *Annales*, j'ai indiqué en quelques mots une critique sautant aux yeux, sur le mode de recrutement proposé pour les médecins inspecteurs. Par une singulière coïncidence et dans le même numéro des *Annales*, la question était traitée à fond et à l'aide d'arguments irréfutables par M. Constans, inspecteur général honoraire.

La manière élégante dont notre cher maître tient la plume, les longs services qu'il a rendus sans avoir été mis en cause comme médecin aliéniste, le désintéressement, l'indépendance et l'autorité qui s'attachent justement à son opinion excusent les médecins directeurs de n'être pas intervenus dans les graves questions qui s'agitent. Ils étaient suspects, que pouvaient-ils dire puisque c'est à leur encontre qu'on revisait la loi ! Tous

©BIUM

seraient enchantés, je crois, de voir M. Constans reprendre la plume pour défendre les intérêts de la spécialité dans l'intervalle qui séparera le vote du Sénat du vote de la Chambre des députés.

Dr Baume.

PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'Académie des sciences a tenu sa séance annuelle le lundi 27 décembre, sous la présidence de M. Jurien de La Gravière.

M. Vulpian, second secrétaire perpétuel, a présenté l'éloge historique de Pierre Flourens, mort en 1867, professeur au Muséum d'histoire naturelle, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie française, qui doit une grande partie de sa réputation scientifique à ses recherches expérimentales sur le système nerveux.

Parmi les prix décernés, nous relevons ceux qui ont été accordés à des travaux sur la pathologie mentale et nerveuse :

Prix Montyon de médecine et de chirurgie. — Un prix de 2,500 francs à MM. les docteurs Dejerine et Landouzy, pour un travail sur la *Myopathie atrophique progressive.* —Une citation honorable à M. Trasbot pour un travail sur la *congestion de la moelle épinière.*

Prix Lallemand. — Ce prix de la valeur de 1,800 francs est décerné à M. Vignal, répétiteur au laboratoire d'histologie du Collège de France, pour son mémoire sur le *Développement des éléments du système nerveux périphérique et central.*

Prix Montyon de physiologie. — Mention honorable à M. le Dr Assaky pour ses *Expériences relatives à la suture des nerfs à distance.*

Prix Montyon de statistique. — Un prix de 500 francs à M. le Dr J. Socquet pour les deux travaux suivants : *Contribution à l'étude statistique sur le suicide en France, de* 1826 *à* 1878 ; et *Contribution à l'étude statistique de la criminalité en France, de* 1826 *à* 1880. — Une mention honorable à M. le Dr Longuet, médecin-major, pour ses *Etudes sur le recrutement dans la Haute-Savoie et dans le département de l'Isère : étiologie du goître.*

CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE WASHINGTON.

Nous recevons la lettre suivante, que nous nous empressons d'insérer :

« Monsieur et honoré Confrère,

« Je vous prie de vouloir bien me faire savoir s'il est dans

©BIUM

vos intentions de prendre part au neuvième Congrès international de médecine ou de contribuer par quelque communication scientifique aux travaux de la section de médecine psychologique et des maladies nerveuses. Le temps se trouvant maintenant limité, il y aurait lieu de m'envoyer de suite le titre des mémoires dont vous auriez l'intention de donner lecture.

« Vous pouvez être certain que le Corps médical de ce pays fera tout ce qu'il dépendra de lui pour vous rendre ce voyage à la fois profitable et agréable, les facilités que l'on a maintenant pour traverser l'Océan, en font une véritable partie de plaisir. Comme il nous est impossible de connaître les noms et les adresses de tous les médecins qui s'occupent de la spécialité, nous vous serions très reconnaissant de contribuer au succès de notre œuvre en nous désignant tous les confrères auxquels il pourrait être à propos de nous adresser pour faire appel à leur concours.

« Dans l'espoir de vous voir à Washington en septembre prochain, et de recevoir une prochaine réponse, je suis votre obéissant serviteur.

« Signé : E. DE FERGUSON.

Secrétaire de la Section de médecine psychologique et des maladies nerveuses, à Troy (Etat de New-York.)

FOLIE ET SUICIDE EN RUSSIE.

Les journaux russes ont dernièrement publié quelques intéressantes statistiques concernant l'accroissement concomitant et parallèle des cas de folie et de suicide qui s'observent en Russie et ne sont pas sans présenter quelques rapports plus ou moins évidents avec les modifications qu'ont introduites dans les mœurs physiques, morales et intellectuelles du peuple les raffinements de la civilisation occidentale, et aussi peut-être l'extension rapide de certaines doctrines, la gravité croissante des préoccupations populaires au double point de vue national et social. Peut-être, en effet, faut-il voir dans cet accroissement rapide des cas de folie et de suicide une conséquence immédiate de la stimulation excessive qu'impriment aux passions l'extension des idées pessimistes, la propagation des théories anarchistes dans des populations insuffisamment préparées à supporter l'ébranlement inouï, subi depuis quelque temps par la société russe.

Depuis bientôt un siècle, notre vaisseau, battu par tous les vents, navigue tant bien que mal, plutôt mal que bien, au milieu des remous incessants des révolutions périodiques qui le prennent et le reprennent, le poussent ou le ramènent et retardent

©BIUM

sa marche intermittente ; à peine sortie du port, la barque qui porte l'œuvre de Pierre le Grand et sa fortune tombe en pleine tempête. Dans le pays des tzars, les théories les plus audacieuses, les idées les plus subversives ont à peine germé qu'elles éclatent en attentats effroyables, en bouleversement universel, en guerres intestines. Le panslavisme, l'antisémitisme, le nihilisme à l'intérieur, la lutte pour la prééminence à l'extérieur remuent profondément ce peuple à peine sorti de la barbarie asiatique et né d'hier pour les vieilles nations occidentales, dont la civilisation avait déjà une histoire longtemps avant que la Russie eût même un nom.

Au commencement de ce siècle, le nombre des suicides n'était que de 17 cas pour un million d'habitants, aujourd'hui, la proportion atteint près de 30 suicides par million de Russes, et dans Saint-Pétersbourg même il y a annuellement plus de suicides que dans aucune des capitales de l'Europe excepté Paris, qui sous ce rapport, a l'honneur de tenir la tête de l'humanité. A Paris, la proportion des suicides est en moyenne de 206 cas par million d'habitants, elle est de 170 à Berlin et de 180 à Londres. Rappelons à ce propos que depuis quelque temps on a noté la fréquence relative en France du suicide chez les enfants et chez les militaires.

En Russie, l'augmentation de fréquence des suicides et l'accroissement par conséquent de leurs proportions auraient commencé il y a environ vingt-cinq ans, et dans ces dernières années, la progression aurait été si rapide que tandis que la population n'a augmenté que de 8 p. 100, l'augmentation dans la proportion des suicides a atteint maintenant 76 p. 100.

Le nombre des cas de folie n'a pas marché parallèlement à celui des cas de suicide, bien qu'il ait augmenté dans la proportion de 35 p. 100.

Les statisticiens russes ne pensent pas que ce double accroissement ait pour cause l'aggravation de la misère, car il est hors de toute proportion avec le surenchérissement des denrées et du loyer, la viande en Russie n'ayant augmenté depuis le commencement du siècle que de 20 p. 100 et le loyer de 35 p. 100 seulement. Depuis dix ans, il n'y aurait pas eu moins de 42 garçons et 15 fillettes entre huit et seize ans qui auraient attenté ou essayé d'attenter à leur vie. Pour la plupart, le mobile aurait été dans les mauvais traitements que leur faisaient subir leurs parents. — Lucien Deniau.

(*L'Union médicale*, n° du mardi 4 janvier 1887.)

©BIUM

L'IVRESSE CONTAGIEUSE.

S'il faut en croire certains physiologistes américains fort bien postés pour observer les phénomènes primitifs et secondaires de l'ivresse, cette maladie aiguë, avec tout son cortège de symptômes caractéristiques, peut éclater exceptionnellement, *par contagion*, chez des individus qui n'ont bu que de l'eau, mais qui l'ont bue en compagnie de gens alcoolisés.

A première vue, cette affirmation a un peu l'air d'une excuse spécieuse inventée un soir par quelque mari peu solide sur ses jambes, à l'heure psychologique de la rentrée au domicile conjugal, dans le but de détourner la colère de sa chaste moitié. Il paraît pourtant que la chose est sérieuse.

Le docteur Crothers cite dans l'*Alienist and Neurologist* un certain nombre de cas qu'il dit avoir observés lui-même.

Premier exemple. Un riche cultivateur de Saint-Louis, qui ne buvait jamais que de l'eau ou du thé, est élu au Congrès. Il se lia intimement avec un autre législateur qui avait la fâcheuse habitude de boire avec excès des liquides moins anodins et de n'aller jamais au lit qu'en état d'ivresse. Au bout de quelques semaines de cette intimité, on remarqua que le cultivateur se conduisait tous les soirs comme un homme ivre, déraisonnait, riait sans motif, chancelait sur ses jambes à la façon de son déplorable ami. Et pourtant il ne buvait jamais que de l'eau ou du thé. L'arrachait-on à cette désastreuse compagnie sous un prétexte quelconque, il reprenait bientôt possession de lui-même et se comportait normalement. Mais aussitôt qu'il se retrouvait avec des ivrognes il retombait dans son ivresse artificielle et de contagion.

Tant qu'elle durait, il n'avait nullement conscience de son état et se rappelait seulement qu'il ne devait pas boire de liquides alcooliques, pour rester fidèle à cette règle avec une ténacité remarquable. Le bruit courut qu'il avait pris des habitudes d'ivrognerie ; certains journaux y firent même allusion sans qu'il pût s'en défendre, tant la chose paraissait bien établie. Il dut se résoudre, dans l'intérêt de sa réputation, à éviter avec un soin tout particulier de se trouver en campagnie de gens adonnés aux boissons alcooliques, et par conséquent, remarque naïvement le journal américain, *de paraître aux dîners officiels*. Un examen attentif du cas révéla chez le sujet une prédisposition à la démence alcoolique ; cette prédisposition était même la cause déterminante de l'abstinence rigoureuse qu'il s'imposait.

Plusieurs autres cas analogues ont été observés chez des sujets adonnés à l'ivrognerie, mais guéris de ce vice. Un officier

©BIUM

de l'armée fédérale, qui buvait beaucoup pendant la guerre de sécession, mais qui avait absolument rompu avec cette habitude, dîne un soir en compagnie de ses anciens compagnons d'armes ; plusieurs se grisent ; il ne boit que de l'eau. Pris subitement d'ivresse contagieuse, il se lève, adresse aux convives un speech insensé, puis retombe ivre-mort sur sa chaise ; on est obligé de l'emporter chez lui dans un état d'inconscience absolue.

Un fonctionnaire civil qui avait eu jadis des habitudes d'intempérance et qui s'était réformé donne un grand dîner ; quelques-uns de ses amis boivent plus que de raison ; il s'abstient avec soin de les imiter et n'en tombe pas moins, par contagion, dans le même état physiologique que les plus alcoolisés d'entre eux. Le lendemain matin il n'avait plus qu'un souvenir confus de ce qui s'était passé.

Un autre sujet, lui aussi ancien alcoolisé, mais réformé depuis douze ans, part en expédition militaire sur la frontière avec des camarades qui boivent sec ; quoiqu'il n'ait bu que de la limonade, il se conduit exactement comme eux, passe pour un ivrogne et se voit traité comme tel par sa famille et ses amis, en dépit de ses protestations indignées.

Tous ces cas, on le voit, se rapportent à des individus chez lesquels une prédisposition héréditaire ou acquise avait préparé le terrain à la contagion. Ils n'en sont pas moins intéressants au point de vue psychologique et méritent d'être étudiés avec soin par les spécialistes. Il y a là, visiblement, un fait de « suggestion mécanique » d'un caractère tout nouveau et fort original.

(*Le Temps,* numéro du mardi 11 janvier 1887.)

FAITS DIVERS.

— Le nombre des aliénés s'accroît chaque année en Suisse, et certains cantons éprouvent de sérieuses difficultés à placer les malades dans des conditions convenables. Il en est ainsi spécialement dans le canton de Glaris, où il est question en ce moment de construire un hospice cantonal d'aliénés, pourvu de 80 à 100 lits et dont les frais s'élèveraient à 500,000 fr. environ.

— Dans le courant de janvier 1887, s'est tenu à Moscou le premier Congrès des aliénistes russes. On a saisi cette occasion pour inaugurer, le 7/19 janvier, la clinique psychiatrique qui vient d'être instituée près l'Université de cette ville par un legs privé. La clinique a coûté 1,250,000 fr. ; elle contient 50 lits : 30 pour les hommes et 20 pour les femmes. Les travaux de construction ont été faits d'après les plans du professeur Kojevnikow.

— Il y a eu à Vienne (Autriche), dans le courant de l'année 1886, 358 cas de suicide. Sur les 358 personnes qui se sont

©BIUM

donné la mort, 280 appartenaient au sexe masculin, 78 au sexe féminin. Parmi les suicidés se trouvait un petit garçon à peine âgé de onze ans et un vieillard âgé de quatre-vingt-trois ans.

— UN ALIÉNÉ PERSÉCUTEUR. — On mande de Washington au *Courrier des Etats-Unis* :

« Peter Sangerly, un ouvrier forgeron de Pittsburg, qui a perdu la raison, a été arrêté près de la maison où demeure M. Roustan, ministre de France aux Etats-Unis. On a trouvé sous les vêtements de cet homme une hachette avec laquelle il se proposait d'assommer le ministre. Arrivé lundi dernier à Washington, Sangerly, qui s'imagine, dans son délire, que le gouvernement français lui doit une indemnité de 5 millions de francs pour arrestation illégale et autres iniquités dont il aurait été victime, et qui se figure en même temps que M. Roustan est cause qu'on ne lui a pas encore payé cette indemnité, s'était présenté le soir même à la légation de France et avait dû en être expulsé de force. Depuis lors, il errait autour de la légation dans le but d'assassiner M. Roustan, aussitôt qu'il aurait pu le rencontrer. Sangerly a été envoyé à Pittsburg. »

ENSEIGNEMENT.

Faculté de droit de Paris. — M. le Dr Paul DUBUISSON, licencié en droit, médecin adjoint à l'asile Sainte-Anne, a commencé le jeudi 13 janvier 1887, à 4 heures de l'après-midi, à la Faculté de droit de Paris, un cours libre sur *les maladies mentales au point de vue de la responsabilité et de la capacité*, et le continuera les jeudis suivants à la même heure. Ce cours comprendra douze leçons.

Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

Paris. — Imprimerie G. Rougier et Cie, rue Cassette, 1.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le jugement des aliénés par le jury devant le tribunal de Chicago.

Au moment où, dans différents pays, on a de la tendance à donner une importance de plus en plus grande à l'intervention de l'autorité judiciaire, pour tout ce qui concerne le traitement des aliénés dans les établissements spéciaux, il peut être bon de faire connaître, par des renseignements authentiques, les résultats déplorables auxquels peut conduire l'exagération de cette intervention.

On sait qu'il y a un certain nombre d'années, un projet, présenté au Parlement français, avait proposé de faire comparaître toutes les personnes présumées aliénées, devant un jury qui aurait eu à se prononcer, par un verdict, sur l'existence ou la non-existence de la folie. Depuis, les auteurs de ce projet y ont eux-mêmes renoncé, et personne ne paraît disposé à le reprendre, ni en France, ni, croyons-nous, dans d'autres parties du continent. Mais le jury est appelé à jouer un rôle, en

©BIUM

Angleterre, dans certains cas d'interdiction, et plusieurs États de l'Amérique du Nord le chargent de se prononcer, lorsqu'il y a des doutes sur la réalité de l'aliénation mentale.

Il y a même un État, un seul à notre connaissance, celui de l'Illinois, où tous les placements, sans exception, doivent être ordonnés par un jugement public et contradictoire, rendu par un juge assisté d'un jury.

Nous avons pensé qu'il y aurait, pour nos lecteurs, un intérêt d'actualité, ou tout au moins de curiosité, à prendre connaissance de l'article suivant qui a été publié, sans nom d'auteur, dans le numéro de février 1887 de l'*International Record of Charities and Correction* (1).

A côté d'une description pittoresque, et évidemment prise sur le fait, du « jugement des fous », tel qu'il se pratique à Chicago, ils y trouveront des critiques très justes et très modérées, qui doivent faire repousser par tout esprit pratique l'idée de jamais se montrer favorable à un pareil système.

Nous traduisons textuellement le texte original.

Le meilleur moyen de se faire une idée exacte du fonctionnement pratique de la législation relative aux aliénés, dans l'État de l'Illinois, est d'assister à une audience du tribunal civil, dans la ville de Chicago, un mardi matin. En effet, dans le langage du palais et des journaux, on appelle le mardi le jour des fous, parce que c'est le jour que le tribunal consacre à l'examen de toutes les personnes, présumées atteintes d'aliénation mentale, dont les causes se sont accumulées pendant la durée de la semaine.

La salle du tribunal est située à l'étage le plus élevé

(1) *The International Record of Charities and Correction*, recueil mensuel publié par Frederick Howard Vines, 2e année, New-York and London, G.-P. Putman's Sons.

©BIUM

de la maison où se trouve la prison du Comté. A l'étage au-dessous, se trouvent les locaux que l'on a préparés, pour y recevoir et y soigner les aliénés, en attendant leur jugement. De chaque côté d'un large corridor, se trouvent plusieurs chambres grandes et confortables, à l'usage des malades ; chacune d'elles renferme deux lits. Au milieu d'un des côtés on a ménagé un salon qui n'a rien de désagréable. Dans ce quartier, il y a place pour une douzaine de malades.

De l'autre côté d'un vaste vestibule, se trouve un autre quartier composé de deux rangées de cellules adossées les unes aux autres ; elles sont faites de planches épaisses et l'une d'elles est matelassée ; ces cellules sont destinées aux aliénés les plus agités. Tout le service est confié à un surveillant et à sa femme qui ont leur logement dans l'établissement. Il n'y a pas de médecin résidant, mais le médecin du Comté vient visiter les malades tous les jours, et il donne les instructions nécessaires pour que l'on ait soin d'eux.

Ce lieu de réception pour les aliénés a été inauguré le 7 mars 1883, et, de cette date au 30 septembre 1886, on y a enregistré, sur les livres d'entrée, le nombre total de 2,753 personnes; mais toutes n'étaient pas des aliénés, car on y reçoit aussi, et on y enferme les filles soumises, en attendant la décision du tribunal à leur égard.

Pendant l'année qui a pris fin le 30 septembre 1886, on y a reçu 971 personnes, et sur ce total 870 y ont été placées pour présomption d'aliénation mentale. Voici quelles ont été les mesures prises à leur égard : 240 ont été remises en liberté comme guéries avant que le jugement n'ait été prononcé ; 530 ont été déclarées aliénées et ont été envoyées dans des établissements spéciaux ; 43 ont été placées dans diverses maisons hospitalières ; 7 se sont évadées, 5 sont mortes ; une

©BIUM

a été relâchée comme non aliénée; 2 ont été réclamées par leurs amis, et 42 ont été mises à la disposition de l'autorité administrative, la plupart parce qu'elles n'appartenaient pas à l'Etat, et pour être transférées ailleurs. Il en résulte que le tribunal examine une moyenne de douze cas par semaine.

Le nombre des malades jugés à Chicago, pendant l'année qui a pris fin le 31 mars 1886, a été de 619, se décomposant en 348 hommes et 271 femmes. Sur ce total, 519 ont été reconnus aliénés ; en ce qui concerne les cent autres, le tribunal a décidé qu'il n'y avait pas aliénation mentale.

Si, maintenant, on recherche quels ont été, pendant la même période, les nombres correspondants pour l'Etat de l'Illinois tout entier, on voit que le total des présumés aliénés a été de 1,668, sur lesquels 1,526 ont été déclarés réellement aliénés, tandis que pour 142 la sentence a été négative. En d'autres termes, la proportion des verdicts affirmatifs, par rapport aux verdicts négatifs, a été de 1,049 contre 42 en dehors de la ville de Chicago, tandis que dans cette ville, elle a été de 519 à 100. On doit en conclure que, dans la ville, la présomption de folie est souvent formulée sans grand fondement, tandis que, dans la campagne, elle repose presque toujours sur des motifs sérieux.

Il y a encore lieu de remarquer, en comparant entre eux les chiffres des deux derniers paragraphes, que presque tous ceux qui sont l'objet d'un jugement devant le tribunal, ont commencé par être commensaux du quartier d'observation situé au-dessous.

Voici quelle est la procédure suivie devant le tribunal. On constitue deux jurys différents, composés de six membres et ayant chacun pour président un médecin. Le juge s'assoit sur son siège. On amène les malades dans la salle du tribunal, les uns après les autres.

©BIUM

En dehors de la barrière, on voit une foule de personnes des deux sexes qui, pour la plupart, sont des témoins appelés à déposer dans les différentes affaires dont l'examen doit remplir la matinée. Les membres de l'un des deux jurys s'assoient à la droite du juge ; les commis se mettent à gauche. Juste en face du jury se trouve un siège élevé, à l'usage des témoins. L'aliéné présumé occupe un siège à droite de celui des témoins ; il fait face au jury et est placé de manière a être facilement vu et entendu par le juge. Derrière le malade est assis, à une table, le greffier du tribunal, chargé de recueillir par écrit les faits principaux contenus dans chaque témoignage ; il rédige ensuite un rapport détaillé que l'on conserve pour qu'il puisse être consulté par la suite. A la même table sont également assis les reporters des différents journaux de la ville.

Le médecin du Comté, qui est, après le malade, le personnage le plus en évidence de la réunion, se tient debout en avant du juge, et placé de manière à pouvoir adresser alternativement la parole au malade, aux jurés, aux témoins et au juge.

Lorsque le malade est assis, on appelle les noms des témoins et ceux qui sont présents avancent pour prêter serment. Dans la plupart de cas, le médecin du Comté prête également serment, à titre de témoin, parce qu'il a eu l'occasion de voir, d'observer le malade, et qu'il a pu se former ainsi une opinion personnelle sur son état mental. Il y a même des cas où il est le seul témoin, mais ils sont en petit nombre. Le plus habituellement, il n'est pas nécessaire d'interroger plus d'un ou deux des témoins présents. C'est surtout le médecin du Comté qui procède à cet interrogatoire; puis, le moment opportun une fois venu, il s'installe lui-même sur le siège des témoins et il fait connaître son opinion personnelle. Comme Chicago est une ville véritablement

©BIUM

cosmopolite, et que beaucoup de malades sont d'origine étrangère, Allemands pour la plupart, il faut aussi que le médecin du Comté remplisse, parfois, le rôle d'interprète.

L'une des question que l'on a l'habitude de poser à chacun des témoins interrogés consiste à leur demander : « Pensez-vous que cette personne soit atteinte d'aliénation mentale? » Souvent le seul aspect du malade, ses gestes, la manière dont il parle suffisent pour ne laisser subsister aucun doute sur la réalité de la folie ; dans ce cas l'affaire est expédiée très lestement. D'autres fois, il faut que les parents ou les amis du malade entrent dans de longues explications sur sa manière d'être et d'agir lorsqu'il était encore à son domicile ; et c'est alors que peuvent se produire de tristes révélations sur des infortunes domestiques qui, après une durée plus ou moins longue, finissent par aboutir à la comparution du malade devant le tribunal. Lorsque la folie est difficile à mettre en évidence, surtout si le malade est subtil, beau parleur, et s'il se tient complètement sur ses gardes, l'audience peut se prolonger, et la sentence peut-être ajournée à une autre séance du tribunal, afin de permettre au médecin de se livrer à une observation plus approfondie du malade, dans l'infirmerie de l'étage inférieur. Si, d'après les témoignages recueillis, ou d'après la tenue du malade, le juge arrive à la conviction que l'individu traduit devant la Cour n'est pas un aliéné, il le fait remettre de suite en liberté, sans avoir besoin de prendre l'avis du jury. Si celui-ci doit être consulté, le jury numéro un se retire dans une pièce voisine, pour entrer en libération, et, pendant ce temps-là, le jury numéro deux vient prendre sa place au banc des jurés. Les deux jurys fonctionnent donc alternativement, l'un d'eux étant occupé à siéger avec le tribunal tandis que l'autre est en délibération.

©BIUM

Si le malade est expansif et bruyant, ou s'il est trop faible pour pouvoir monter devant le tribunal, le juge peut autoriser le jury à descendre à l'étage inférieur, afin d'examiner le malade sur place ; mais le juge ne se déplace pas et reste assis sur son siège. En règle générale, il est rare qu'aucune question soit posée au malade, soit par le médecin qui préside le jury, soit par le juge ; le médecin du Comté est, sauf de rares exceptions, la seule personne qui prenne la parole et son opinion exerce une influence considérable sur les déterminations du jury.

La scène que nous venons de décrire produit, sur l'esprit d'un spectateur intelligent et impartial, une double impression. L'une est que, selon toutes les apparences, la décision du jury n'est pas fondée sur la démonstration scientifique des symptômes physiques d'une maladie du cerveau, ainsi que cela devrait être le cas si l'on avait recours au jugement d'un médecin, mais qu'elle dépend surtout de la tenue du malade devant le tribunal et de la nature de ses propos, ou, à leur défaut, des détails fournis par les témoins entendus. En un mot, il semble que le jury n'intervient guère qu'à titre de rouage accessoire d'un mécanisme légal imaginé pour arriver à la confirmation et à l'homologation de l'avis du médecin du Comté ; cette intervention n'est donc qu'une simple formalité que l'on remplit par égard pour le texte de la loi.

La seconde impression est que, du moins dans un certain nombre de cas, le jury, en rendant son verdict, obéit malheureusement à des considérations pécuniaires ; qu'un homme, par exemple, ou qu'une femme soient réellement atteints d'aliénation mentale, sans que la maladie les mette hors d'état de travailler et de subvenir par leur salaire aux besoins matériels de leur existence, il arrivera que le jury refusera d'autoriser leur

©BIUM

placement dans un asile, pour ne pas imposer aux finances publiques la charge de leur entretien. Il est juste de dire que ce n'est pas là le seul motif auquel obéisse le jury ; il peut être amené à relâcher le malade par des sentiments de fausse humanité. C'est une bien triste chose que d'être flétri du stigmate de la folie, et enfermé dans un asile ou un hôpital ; aussi est-on porté à faire bénéficier le malade de tout doute pouvant se produire, comme on le fait dans un procès criminel, bien qu'en fait la situation soit toute différente. En effet, la folie, si elle est négligée, tend à devenir chronique, et pour le malade, il y a l'intérêt le plus réel et le plus sérieux à recevoir, le plus promptement possible, les soins d'un médecin compétent.

Le juge actuel se déclare partisan des lois qui régissent le placement des aliénés dans les asiles ; il pense que, sans la publicité donnée à toute cette procédure, il y aurait à craindre que certaines personnes ne fussent internées comme aliénées, par des motifs d'intérêt privé. Nous ne partageons pas cette appréhension ; et nous pensons que si, parfois, un placement se trouvait fait dans de pareilles conditions, toute personne qui ne serait pas réellement aliénée serait, promptement, remise en liberté par les médecins des établissements institués par l'Etat pour le traitement des aliénés.

Le juge pense aussi qu'il y a, pour lui-même, un grand avantage à ne pas avoir la responsabilité personnelle des décisions prises dans les cas douteux. Ceci, nous le lui accordons volontiers ; mais il nous semble que sa responsabilité ne serait ni plus grande, ni plus directe, si, au lieu d'accepter le verdict d'un jury (dont il se dispense quelquefois de tenir compte), il acceptait l'avis d'une commission de médecins chargés par lui d'examiner la personne présumée aliénée, et de présenter au tribunal un rapport officiel contenant le

©BIUM

résultat de leurs observations et leurs conclusions.

Un examen de ce genre serait bien plus complet au point de vue médical, et serait bien plus digne de confiance que ne peut l'être l'opinion d'un jury, basée sur un interrogatoire fait en pleine audience et d'une manière très rapide, devant un juge dont le temps est tellement compté qu'il ne peut accorder qu'un espace très court à chacun des cas à examiner. En effet, la durée d'une audience, dans laquelle il y a à statuer sur douze ou vingt cas d'aliénation mentale, est habituellement de moins de trois heures. Si à cela on objecte que le jury a, pour se guider, l'opinion du médecin du Comté, qui a eu tout le temps d'étudier le malade d'une manière complète et détaillée, nous répondrons : pourquoi ne pas soumettre directement cette opinion au juge, qui aurait à prendre une décision, sans l'intermédiaire d'un jury? Quelle force la présence ou l'action d'un jury peut-elle ajouter au jugement rendu? Pour notre compte, nous n'en voyons aucune.

Ce dont nous sommes parfaitement convaincu, c'est qu'un grand nombre de personnes éprouvent une répugnance extrême pour le retentissement d'un jugement public, auquel assistent les représentants de la presse locale, en sorte que l'on peut être certain que, dès le lendemain, les faits seront portés à la connaissance de tout le public. Aussi, dans bien des cas, retarde-t-on aussi longtemps que possible la demande de placement, au grand détriment du malade et de ses chances de guérison. Il est impossible qu'il en soit autrement. Le fait que le tribunal n'est pas mis au courant de cette répugnance, et des retards qu'elle entraîne, ne prouve absolument rien. Tous les médecins savent que rien n'est plus difficile que de faire accepter, par une famille, la nécessité d'éloigner un de ses membres atteint de folie, avant que la maladie n'ait fait des progrès tels que cette

©BIUM

mesure ne s'impose d'une manière tout à fait inévitable. C'est, sans aucun doute, à ces hésitations que l'on est en droit d'attribuer, pour une bonne part, les cas trop nombreux de folie chronique qui constituent une charge si lourde, non seulement pour l'entourage immédiat du malade, mais aussi pour les finances publiques.

En effet, s'il y a une chose bien démontrée, sans ombre de doute, c'est que la folie est une maladie très souvent curable, lorsqu'elle est soumise à temps à un traitement convenable, mais qui tend à devenir chronique dès une période très rapprochée de ses débuts.

C'est cet argument, dont tous les médecins reconnaissent la vérité, mais qui n'a pas le même caractère d'évidence aux yeux des magistrats, qui, s'il était suffisamment mis en relief par de nombreux faits pratiques, comme il pourrait l'être, devrait faire irrévocablement condamner l'intervention du jury, telle qu'elle est instituée par la loi de l'Illinois.

A. F.

©BIUM

Pathologie.

DES RAPPORTS DU DÉLIRE HYPOCHONDRIAQUE ET DU DÉLIRE AMBITIEUX

SUCCESSION OU COEXISTENCE DE CES DEUX DÉLIRES CHEZ LES MÊMES MALADES

Par M. le Dr BAILLARGER

Rien de mieux démontré, depuis les travaux de Bayle, que les liens très étroits qui unissent le délire des grandeurs à la périencéphalite chronique.

C'est assurément un fait très curieux que cette relation de certaines conceptions délirantes avec des lésions organiques spéciales ; mais ce fait est depuis longtemps hors de toute contestation (1).

(1) En 1837, j'inscrivais la proposition suivante à la fin de ma thèse inaugurale.

« Les aliénés atteints de paralysie générale ont presque tous des idées de grandeurs. Après la mort on trouve le plus souvent chez eux des adhérences des membranes aux circonvolutions cérébrales. C'est le seul cas où une certaine forme de délire concourt au diagnostic d'une altération particulière du cerveau. Ce fait m'a paru le plus curieux dans l'étude des maladies mentales. »

©BIUM

Les conceptions délirantes ambitieuses s'observent surtout chez les malades en proie à des accès d'excitation maniaque, et le pronostic, par le seul fait de l'existence du délire des grandeurs, devient, comme on le sait, beaucoup plus grave.

J'ai essayé de démontrer qu'il existe des accès de mélancolie, auxquels certaines conceptions délirantes hypochondriaques impriment aussi un caractère exceptionnel de gravité.

Ces conceptions délirantes se représentent presque toujours les mêmes ; les malades, comme je l'ai indiqué en 1860 dans mon mémoire, prétendent que leurs organes sont changés, obstrués ou même détruits ; que leur pharynx est bouché, leur estomac complètement plein ; ils n'ont plus de bouche, plus de ventre, plus de sang et refusent obstinément toute nourriture.

D'autres soutiennent qu'ils ne peuvent plus ouvrir ni les yeux ni la bouche ; qu'ils ne peuvent plus aller à la selle ni uriner, etc.

Les conceptions délirantes que je viens de rappeler ont, à mon avis, chez les mélancoliques, la même valeur diagnostique et pronostique que le délire des grandeurs dans les accès de manie.

Ce fait a d'abord été contesté ; mais les observations sont devenues si nombreuses qu'il est, je crois, désormais généralement admis.

Cependant s'il en était autrement, il y a un ordre d'observations qui, à mon avis, ne peut laisser aucun doute sur la solution de la question.

Je veux parler des cas où le délire ambitieux et le délire hypochondriaque se succèdent ou s'observent simultanément, chez les mêmes malades.

Il arrive souvent que l'excitation maniaque avec délire des grandeurs est remplacée par un état mélancolique. Or, on peut prédire alors avec les plus grandes

©BIUM

chances de probabilité que les conceptions délirantes du malade seront de nature hypochondriaque.

De même si, chez un autre malade, la mélancolie hypochondriaque est remplacée par l'excitation maniaque, on peut également prédire, comme très probable, l'apparition des conceptions délirantes ambitieuses.

Il n'est pas rare de voir sortir des asiles des malades guéris d'un accès de manie ambitieuse, mais qui, six mois, une année après, sont ramenés dans un état de mélancolie. Or, dans la très grande majorité des cas, s'ils ont des conceptions délirantes, on constatera que ces conceptions sont de nature hypochondriaque.

Les deux délires, bien que de nature très différente, sont donc unis par des liens très étroits.

Quelle meilleure preuve pourrait-on invoquer pour démontrer que le délire hypochondriaque est, comme le délire ambitieux, un signe précurseur ou un symptôme de la paralysie générale.

Sans doute, l'excitation maniaque ambitieuse est beaucoup plus fréquente que la mélancolie hypochondriaque ; sans doute encore, le délire ambitieux expansif et bruyant est bien plus facile à constater que le délire hypochondriaque, les malades étant plongés dans un état de stupeur et de mutisme, mais cela ne change rien à la valeur diagnostique et pronostique de ce dernier délire, qui n'en reste pas moins la même que celle du délire des grandeurs.

Il y a donc deux ordres de conceptions délirantes ou, si l'on veut, *deux délires spéciaux*, qui ont avec la périencéphalite chronique les liens les plus étroits. La meilleure preuve qu'on puisse invoquer pour démontrer que ces deux délires doivent être envisagés de la même manière dans leurs rapports avec la paralysie générale, est, à mon avis, leur succession ou leur existence simultanée chez les mêmes malades.

©BIUM

Il me semble qu'il n'y a point en pathologie mentale d'autres faits de même nature (1).

Ces deux délires de nature différente, annonçant comme très probable, dans les accès de manie ou de mélancolie, la terminaison par la démence paralytique, sont donc à mon avis un fait clinique très intéressant.

Les cas dans lesquels on voit le délire des grandeurs et le délire hypochondriaque se succéder ou coexister chez le même malade, sont si nombreux qu'il me paraît inutile de rappeler ici aucune observation.

Mon seul but, dans cette note, a été de démontrer que le délire des grandeurs et le délire hypochondriaque ont, avec la paralysie générale, des rapports de même nature ; c'est ce qui leur imprime à tous les deux un caractère véritablement spécial (2).

---

(1) On a démontré que le délire des persécutions est très souvent suivi d'un délire ambitieux qui constitue une période avancée de la maladie, mais les rapports du délire hypochondriaque et du délire ambitieux sont tout autres.

Selon la forme mélancolique ou maniaque que revêt la maladie à son début, c'est tantôt le délire hypochondriaque, tantôt le délire ambitieux qui précède. Les deux délires, dans certains cas, peuvent même alterner chez le même malade.

(2) On a beaucoup critiqué la dénomination de délire spécial, et au point de vue purement grammatical cette critique peut être juste. Il est bien vrai que le délire hypochondriaque n'est pas constant dans la mélancolie paralytique, pas plus d'ailleurs que le délire ambitieux dans la forme maniaque de la paralysie générale. Mais tout en reconnaissant que ces deux délires ne sont pas constants dans les manies ou dans les mélancolies paralytiques, il n'en est pas moins certain que, par le fait de leur très grande fréquence, ils ont une importance diagnostique et pronostique incontestable: c'est en me plaçant à ce point de vue, et non au point de vue purement grammatical, que j'ai cru pouvoir dire que le délire hypochondriaque, comme le délire des grandeurs, est un délire spécial.

©BIUM

UN

DÉGÉNÉRÉ JUVÉNILE

HÉRÉDITAIRE

Par MM. les Drs H. MABILLE

Directeur-Médecin de l'asile de Lafont,

et J. RAMADIER

Médecin adjoint.

SOMMAIRE. — Hérédité paternelle, maternelle et collatérale. — Stigmates physiques de dégénérescence : aplatissement du vertex, asymétrie frontale, strabisme, suture des lobules de l'oreille, phimosis. — Stigmate psychique : zoophobie. — Surmenage intellectuel, taquineries des camarades de collège, religiosité exagérée. — Délire protéiforme, à paroxymes, de persécution et érotico-mystique. — Hallucinations de l'ouïe, rares hallucinations de la vue. — Troubles génitaux provoqués par la vue réelle ou par obsession ou vision mentale involontaire d'un corsage de femme — Disparition de ces troubles à la suite du débridement de l'orifice préputial. — Guérison apparente du délire. — Démence précoce.

Camille P... est entré à l'asile le 25 juin 1886, il est âgé de dix-sept ans, mais à son aspect extérieur on ne lui en donnerait guère plus de quatorze. C'est un garçon d'un tempérament lymphatique, petit (taille $1^{m}44$), son vertex est aplati, la région frontale est légèrement asymétrique, il a du strabisme peu prononcé, sa figure est pâle, paraît légèrement bouffie, ses lèvres sont épaisses, les lobules de l'oreille sont complètement soudés. L'examen des organes thoraciques et abdominaux ne révèle rien de particulier. Les organes de la génération sont normaux, bien développés, sauf le prépuce qui est assez court, très étroit et dont la couronne paraît étran-

©BIUM

gler, même à l'état de flaccidité, le gland qui proémine.

Antécédents héréditaires. — D'une manière générale tous les membres de la famille de notre malade sont mal équilibrés.

Un grand-oncle paternel de P... est mort dans un asile d'aliénés à un âge assez avancé, après un séjour de plusieurs années. Le père, intelligent du reste, est original, mal pondéré; à certains moments il paraît même avoir perdu complètement la raison ; mais dans son entourage on excuse ces troubles passagers en les mettant sur le compte d'une maladie de cœur dont il serait atteint.

La mère est une névropathe, pleurant avec la plus grande facilité, chez qui la religiosité est poussée aux dernières limites. Elle a un frère prêtre, homme très instruit, qui a occupé une position assez élevée dans le clergé, mais qui n'a pu la conserver longtemps, parcequ'à côté de qualités brillantes, il présentait des lacunes, avait un caractère changeant, du manque de suite dans les idées et que parfois il se livrait à des excentricités frisant la folie.

P... a eu deux frères : l'aîné est mort à six mois, de convulsions; l'autre, aujourd'hui âgé de douze ans, est habituellement sombre, concentré, fuit les jeux et les camarades de son âge et nous paraît marcher sur les traces de celui dont nous nous occupons.

Histoire du malade. — La première enfance de P... s'écoule d'une façon à peu près normale ; en fait de maladie grave, on ne nous signale chez lui qu'une bronchite survenue à l'âge de deux ans et qui aurait duré quatre à cinq mois. P... semble promettre d'être assez intelligent, son père fonde sur lui de grandes espèrances ; pour qu'elles se réalisent, dès l'âge de cinq à six ans, il le tient presque continuellement enfermé dans sa chambre où il

©BIUM

veut qu'il étudie sans cesse et ne lui permet que rarement de se livrer aux amusements de son âge. Un pareil système d'éducation ne tarde pas à porter ses fruits : P... qui jusqu'alors était un enfant pareil à tous, devient peu à peu sombre, mélancolique, « il ne riait plus jamais, nous disait un de ses parents » ; il est au reste sage, obéissant, studieux.

Quand il a atteint l'âge de onze ans, son père ne se juge plus capable de lui donner l'instruction nécessaire et le place comme pensionnaire dans un collège ecclésiastique. Il y travaille beaucoup et s'y maintient toujours à un bon rang, mais en même temps il s'y fait remarquer par ses singularités, il vit seul, évite la société de ses camarades qui le surnomment *le toqué* et lui font mille tracasseries. Il n'en devient que plus bizarre et plus concentré et bientôt les taquineries de ses camarades prennent dans son esprit des proportions considérables et en arrivent à créer un véritable délire des persécutions. Il voit partout des complots ourdis contre lui et interprète dans le sens de son délire les moindres actes des personnes qui l'entourent. A deux reprises différentes il s'évade du collège pour échapper à ses persécuteurs.

Après sa seconde évasion, ses parents, malgré les menaces et les prières qu'ils emploient tour à tour, ne peuvent le décider à rentrer comme pensionnaire, il consent seulement à suivre les cours comme externe. On le met alors en pension chez une bonne femme de la ville. Tout va bien pendant quelques mois ; mais voici qu'un beau matin il s'imagine que la sœur de sa maîtresse de pension, une vieille fille dont la laideur a suffi pour éveiller chez lui des idées délirantes, s'occupe de lui, le regarde d'une façon particulière, veut lui faire du mal. Ces idées s'accentuent, il se persuade qu'elle lit dans sa pensée et va partout dire du mal de lui. Sous

©BIUM

l'influence de ces idées il en vient à injurier cette femme, se porte même contre elle à des voies de fait et, à différentes reprises, lui jette des pierres.

A la suite de ces faits, ses parents sont obligés de le ramener chez eux. Le changement de milieu amène une période de calme pendant laquelle il se met avec ardeur au travail. Le temps qu'il ne donne pas à l'étude, il le consacre à des exercices de piété que lui impose sa mère et sur lesquels elle insiste d'autant plus qu'elle n'est pas loin d'attribuer à l'intervention diabolique les troubles mentaux que nous venons de signaler. Cet état de calme paraissait vouloir se prolonger lorsque, au bout de quelques mois, P... commence à être tourmenté par des *érections, suivies d'éjaculations, provoquées chez lui par la seule vue d'un corsage de femme;* bientôt la vue d'un corsage n'est même plus nécessaire, *la seule pensée du corsage,* qui à certains moments s'impose à son esprit et l'obsède, suffit à les produire. Il essaie de lutter contre ce qu'il considère comme l'œuvre du démon, fait des prières fréquentes, se couvre le corps de médailles et de scapulaires. Efforts inutiles, combat dangereux, car sa raison ne peut résister à un aussi terrible assaut et ne tarde pas à sombrer. Un délire érotico-mystique, compliqué d'idées de persécution de la part du diable et des francs-maçons, et d'hallucinations de l'ouïe, se dessine peu à peu. C'est un délire à forme paroxystique, très accentué certains jours, d'autres beaucoup moins tranché.

Ce délire persiste ainsi jusqu'à la fin de l'année 1885, époque à laquelle les parents de P..., sur les conseils d'un médecin, se décident à placer leur fils dans un asile. Là on lui fait subir un traitement hydrothérapique, qui amène au bout de deux mois une amélioration assez sensible pour que le médecin de l'asile autorise P... à faire des promenades en dehors de l'établissement, accompagné d'un infirmier. Malheureusement cet

©BIUM

infirmier conduit un jour P... dans un café où on tient devant lui une conversation obscène. Dès ce moment, notre malade délire de plus belle, ses parents le retirent non guéri quelques jours après, le conservent chez eux un certain temps et, n'obtenant pas d'amélioration, le placent à l'asile de Lafond le 25 juin 1886.

A son entrée nous constatons le délire érotico-mystique et de persécution diabolique et franc-maçonnique dont nous venons de décrire le développement. P... a très peu mangé depuis quelques jours parce que, nous raconte-t-il, les francs-maçons lui ont dit qu'ils voulaient l'écorcher vif et qu'il préfère se laisser mourir de faim que de subir un pareil supplice. Il a la langue saburrale ; nous lui faisons prendre dix centigrammes de tartre stibié en lavage. Pour les jours suivants nous prescrivons un régime tonique, un lavement à l'eau de mer tous les matins pour combattre la constipation qui est opiniâtre, un bain d'une heure tous les jours pour calmer les érections, potion de chloral bromuré contre l'insomnie et l'éréthisme nerveux.

Après quelques jours de présence à l'asile, P... est plus calme, n'a plus d'insomnie, il dort sans potion, la constipation tend aussi à disparaître. Les idées délirantes persistent, certains jours il refuse de manger parce qu'il trouve un goût particulier aux aliments, qui sont peut-être empoisonnés ; il refuse aussi parfois de boire son vin parce qu'il a changé de couleur : il n'est plus rouge, il est bleu, dit-il. Lorsqu'il est seul, il fait parfois des gestes bizarres, à d'autres moments il se lèvera brusquement de sa chaise et fera au galop le tour du jardin. La vue des moineaux qui viennent manger les miettes de pain que leur jettent les malades, le fait entrer dans une grande colère. Lorsqu'on lui en demande la cause, il répond que ces moineaux sont envoyés par les francs-maçons et qu'ils l'insultent dans une langue compré-

©BIUM

hensible pour lui seul. Un jour il arrache de l'herbe et se l'introduit dans la bouche presque à s'étouffer, c'est pour empêcher le diable de lui faire avaler des drogues. Il récite assez fréquemment des prières et fait de temps en temps des signes de croix pour chasser le démon.

Surveillé attentivement, on n'a jamais pu le surprendre se livrant à l'onanisme. Cependant on trouve des taches spermatiques sur sa chemise, ce qui nous pousse à croire qu'il ne nous trompe pas, lorsqu'il affirme que l'éjaculation se produit chez lui sans manœuvres adjuvantes, à la suite d'érections provoquées par la vision mentale involontaire du corsage dont nous avons déjà parlé.

Nous lui permettons de temps en temps la lecture de quelques ouvrages historiques ou scientifiques ; il est très content de cette permission et en use le plus possible.

A la fin de juillet, il reçoit la visite d'un de ses parents et vient au parloir à cette occasion. A peine y est-il entré qu'il se met à pâlir, à trembler, il ouvre la porte et s'enfuit. Rattrapé aussitôt, il explique qu'il a été effrayé par la *vue des chimères* qui sont peintes sur les tapisseries qui couvrent les murs. Il comprend combien est absurde une pareille frayeur, mais il ne peut arriver à la surmonter, nos instances les plus pressantes ne parviennent pas à le décider à rentrer au parloir. Son parent nous raconte alors que de tout temps P... a éprouvé pour *les animaux une répulsion très vive; leur vue le jette dans une anxiété incroyable, il pâlit, se met à trembler et prend la fuite presque aussitôt.* A différentes reprises nous avons depuis contrôlé la véracité de ce fait. Les animaux qui l'impressionnent le plus sont les chats, les chiens, les poules, tous les oiseaux en général ; les chevaux et les vaches ne l'émeuvent pas trop.

Vers le commencement du mois d'août, P... est tour-

©BIUM

menté plus que jamais par ses idées érotiques et les craintes de damnation qu'elles provoquent ; il essaie pendant plusieurs nuits de coucher avec ses pantalons pour empêcher les attouchements du démon, mais en vain. Nous lui proposons alors de lui faire une petite opération et lui promettons de le délivrer ainsi de toutes ces excitations génitales qui le tourmentent tant. Il accepte, et le lendemain nous pratiquons le débridement de l'orifice préputial en faisant une simple incision avec le bistouri. Nous appliquons quelques serre-fines pour réunir la peau et la muqueuse. Au bout de quelques jours, la guérison de la plaie que nous avons produite est complète. Du jour de l'opération, les érections cessent de tourmenter notre malade, il nous en donne l'assurance, et sur son linge examiné souvent, à son insu, on ne trouve plus de taches spermatiques. *L'obsession du corsage a aussi disparu.*

Les idées de persécution deviennent moins accentuées et à la fin de septembre paraissent complètement détruites ; du moins, rien dans les actes de P... n'en laisse soupçonner l'existence. Les seuls signes délirants que l'on puisse constater à cette époque chez notre malade sont des rires involontaires qui se produisent depuis quelques jours et la crainte des animaux qui persiste.

Les parents, satisfaits du résultat obtenu, retirent leur enfant au commencement d'octobre ; depuis ils nous ont tenu au courant de la situation et les idées délirantes n'ont plus reparu. Nous aurions donc tout lieu de nous féliciter, si la disparition du délire ne coïncidait pas avec l'apparition de symptômes, de peu d'importance aux yeux des parents, mais très graves en réalité au point de vue du pronostic. Déjà quelques jours avant le départ de P... nous avions remarqué qu'il devenait apathique, nonchalant ; il essayait parfois de travailler, mais s'il prenait un livre, il s'éternisait sur la même

©BIUM

page et, si on lui demandait ce qu'il lisait, il ne répondait que d'une façon bien incomplète. D'après la dernière lettre que nous avons reçue de ses parents, P... devient de jour en jour plus incapable de tout travail et son niveau intellectuel baisse rapidement.

RÉFLEXIONS.— Le titre de cette observation, *un dégénéré juvénile héréditaire*, que nous avons en partie emprunté à M. Christian (1), bien que nous ne le comprenions pas tout à fait dans la même acception que lui, nous paraît s'appliquer assez exactement à notre malade. En effet, P... est un dégénéré, il en porte les stigmates physiques et psychiques ; il a leur facilité à délirer au moindre choc. Il est jeune et les troubles mentaux ont commencé à se produire chez lui de très bonne heure. Enfin, c'est un héréditaire ; nous avons donné à cet égard des renseignements très suffisants.

Nous avons pensé qu'on pourrait peut-être désigner sous le titre que nous avons choisi une catégorie de dégénérés dont notre malade représente le type, et nous croyons qu'il serait facile, la plupart du temps, de faire rentrer, soit dans ce cadre, soit dans celui de M. Christian, le plus grand nombre des cas d'aliénation connus sous le nom de folie de la puberté ou d'hébéphrénie.

Différents points de notre observation nous paraissent d'ailleurs mériter une mention particulière :

1° En premier lieu, le surmenage intellectuel (2) a eu sur P... une action néfaste et d'autant plus rapide qu'il agissait chez un dégénéré.

---

(1) Christian. *Société médico-psychologique*, séance du 31 mai 1886.

(2) Lagneau. *Académie de médecine*, séance du 27 avril 1886.

©BIUM

2° Nous avons noté chez notre malade, comme stigmate psychique, la crainte des animaux (*zoophobie*). Ce stigmate ne figure pas dans le tableau de M. Magnan ; mais il y trouverait facilement sa place comme contre-partie de l'amour exagéré des animaux et de la folie des antivivisectionnistes. D'ailleurs, la zoophobie observée chez P... présente tous les caractères demandés par M. Magnan comme signes distinctifs et constitutifs du stigmate de dégénérescence. Elle en a le caractère d'irrésistibilité, on y trouve la conscience complète de l'acte et l'angoisse concomitante. Nous ajouterons que si M. Magnan ne l'a pas placée dans le tableau reproduit par plusieurs de ses élèves (1), il en a cité cependant lui-même un exemple à la Société médico-psychologique (2), tiré d'une observation de Morel. Il s'agit, dit-il, d'une malade ayant la crainte du toucher et en particulier, la crainte des animaux. « Entendus même de loin, les aboiements d'un chien suffisent 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. » Ce syndrome avait été transmis par hérédité chez cette malade, il existait déjà chez son père et sa mère. Dans notre cas, au contraire, nous n'avons pu le retrouver chez les parents.

3° Les troubles génitaux bizarres du malade méritent aussi d'attirer l'attention. Les érections avec éjaculations provoquées soit par la vue réelle, soit par la vision mentale involontaire d'un corsage, sorte d'obsession, devaient tout d'abord nous faire croire, chez un dégé-

(1) Saury, *Etude clinique sur la folie héréditaire.* — Déjerine, *L'hérédité dans les maladies du système nerveux.* — Legrain, *Du délire chez les dégénérés.*

(2) Séance du 28 juin 1886.

©BIUM

néré, à une action pathogénique (directe et primitive) de l'encéphale. Mais la disparition des érections, des éjaculations et de l'obsession du corsage à la suite d'un simple débridement du prépuce, nous a démontré l'origine mécanique et périphérique des troubles décrits plus haut, troubles survenus chez P... avec la plus grande facilité en raison de ses prédispositions spéciales à délirer.

4° Enfin, nous signalons la *démence précoce* vers laquelle notre malade semble s'acheminer, évolution pathologique qui a été déjà signalée d'ailleurs par la plupart des auteurs.

©BIUM

TRAITEMENT

DU

DÉLIRE ÉPILEPTIQUE

Par M. le Dr BESSIÈRE.

Médecin adjoint de l'asile d'aliénés d'Évreux.

Le délire qui éclate chez un certain nombre d'épileptiques, consécutivement aux attaques convulsives, est certainement un des phénomènes qu'il importe le plus de combattre avec énergie, non seulement pour le malade qu'on ne peut, au point de vue de sa propre sécurité, laisser abandonné à lui-même, mais encore dans l'intérêt de son entourage pour lequel il constitue un véritable danger.

Ce délire se présente sous deux aspects : le *petit mal intellectuel*, état intermédiaire entre la lucidité d'esprit des délires partiels et le trouble complet des délires généraux, consistant en une grande confusion des idées accompagnée d'hallucinations et d'impulsions instinctives instantanées (Falret) ; le *grand mal intellectuel* qui ressemble, en un certain nombre de points, à la manie aiguë et qui se caractérise par de l'agitation, une loquacité intarissable, des troubles sensoriaux de la vue et de l'ouïe, un désordre complet des actes.

Que l'on soit en présence de l'une ou l'autre de ces formes, il faut intervenir le plus vite possible, car plus tôt on aura institué le traitement et plus on aura de

©BIUM

chances d'enrayer l'accès ou, tout au moins, de lui faire perdre de sa violence.

Chacune de ces variétés de délire exige des agents thérapeutiques appropriés. Il est, en effet, de toute évidence que la dépression du *petit mal* ne devra pas être traitée de la même façon que l'agitation du *grand mal*.

Le meilleur médicament à opposer au *petit mal* est le chlorhydrate de morphine, en injections hypodermiques. Ces injections répétées pendant quelques jours, matin et soir, à la dose de 1 centigramme influencent favorablement l'hébétude, la confusion profonde des idées, les symptômes dépressifs observés en pareils cas, la morphine possédant une action éminemment stimulante sur les fonctions cérébrales.

Contre la manie épileptique, c'est à d'autres moyens qu'il faudra s'adresser.

Quand l'agitation n'est qu'à son début, le tartre stibié, à dose vomitive, suffit souvent à juguler l'accès. M. le Dr Brunet, très partisan de ce mode de traitement, l'applique avec un succès dont je pourrais citer un certain nombre d'exemples pris dans son service. Plus tard, quand le délire est en pleine intensité, la propriété perturbatrice de l'émétique s'émousse et ne s'oppose que faiblement aux progrès du mal. Je crois qu'il ne faut l'utiliser qu'à la période initiale.

Si les vomitifs n'ont pas donné les résultats espérés, si l'agitation s'accentue, le malade sera isolé, placé dans l'obscurité, mis dans l'impossibilité de nuire. La diète, des boissons rafraîchissantes, quelques purgatifs constituent la seconde indication à remplir envers lui ; la troisième est de le calmer.

Le bromure de potassium, si souvent employé dans ce but, n'a pas l'efficacité qu'on semble lui accorder. L'expérience nous démontre d'abord que, chez les épi-

©BIUM

leptiques soumis déjà à la médication bromurée, une dose plus forte de bromure administrée quand l'agitation a éclaté, ne produit pas, sur le délire, l'effet sédatif qu'on recherche. On n'a, par conséquent, aucun avantage à le continuer en pareille circonstance. Si, en second lieu, nous rangeons dans une autre catégorie les malades auxquels on prescrit ce médicament dès le début de l'accès, alors qu'ils n'en prenaient pas antérieurement, et si nous distinguons parmi eux, d'une part ceux qui présentent une période d'agitation de courte durée et, d'autre part, ceux chez lesquels la phase délirante est longue, nous voyons que les premiers ne retirent pas de bénéfice sérieux du bromure, pour cette importante raison que l'action de ce sel ne se manifeste qu'après quelques jours et qu'au moment où son influence commence à se faire sentir, l'accès est ou touche à sa fin. Les seconds se trouvent bien du bromure, mais alors que le temps presse, que le délire augmente, n'est-il pas préférable, sachant qu'un médicament ne portera ses fruits qu'à une date éloignée, d'avoir recours à des substances plus actives? Pour ces divers motifs, le bromure ne me paraît pas devoir être recommandé contre l'agitation post-convulsive; il convient de le réserver pour le traitement général de l'épilepsie où il occupe, à tous égards, une place prépondérante.

Les mêmes considérations s'appliquent à la belladone et à l'oxyde de zinc qui sont, à d'autres degrés, des agents anti-convulsifs, mais que je n'ai jamais vus amender un seul cas de délire épileptique.

Dans le chloral, nous avons, au contraire, un médicament qui réunit les conditions désirables, en raison de son action rapide, je dirai même immédiate. Il calme les malades, les rend plus supportables et leur procure du sommeil; malheureusement son mauvais goût en

©BIUM

rend l'emploi d'autant plus difficile qu'on se trouve, le plus souvent, en présence d'épileptiques qui se refusent à tout traitement interne. Il est fâcheux qu'on ne puisse se servir, dans cette circonstance, des injections hypodermiques de chloral qui produisent des effets plus énergiques et plus complets; mais ces injections, ayant l'inconvénient d'être caustiques et de donner lieu à des eschares et à des abcès, ont dû être abandonnées.

A côté du chloral se place la paraldéhyde, dont on peut utiliser au même titre les propriétés sédatives et hypnotiques.

L'opium est contre-indiqué. « La plupart des médecins sont unanimes à le proscrire du traitement de l'épilepsie. On comprend d'ailleurs que cet agent qui tend à congestionner le cerveau puisse devenir dangereux dans une affection convulsive qui, elle-même, entrave gravement la circulation cérébrale. » (Macé).

Ainsi que je l'ai dit plus haut, la belladone est inefficace. Le sulfate d'atropine, donné en potion ou sous forme de granules, ne réussit guère mieux. Par contre, ce médicament introduit dans l'économie par la méthode hypodermique fournit les résultats les plus satisfaisants, et je le considère comme un des meilleurs calmants du délire épileptique. Sous son influence, l'agitation diminue peu à peu, le malade devient moins turbulent, ses nuits sont plus calmes, ses troubles sensoriaux perdent de leur intensité. Le sulfate d'atropine agit ici comme narcotique stupéfiant.

Les observations suivantes démontrent l'utilité de ce mode traitement que je crois peu employé.

Observation I. — Lec..., entré à l'asile d'Evreux le 27 juillet 1882, a des attaques d'épilepsie environ deux fois par mois et présente, à leur suite, quand elles ont été nombreuses et violentes, une période d'agitation qui dure habituellement cinq jours. Loquace, insolent

©BIUM

pendant ces accès, il fait des réclamations, des menaces, frappe, mord et déchire quand on lui en laisse l'occasion, manifeste des impulsions homicides, se montre très dangereux.

Le 8 septembre 1886, dans l'après-midi. il tombe quatre fois. Le lendemain l'agitation éclate. Le 10, à huit heures au matin, il se jette sur un gardien et essaye de l'étrangler. Je lui fais, au moment de la visite, une injection de 1/2 milligramme de sulfate d'atropine. On remarque pendant la journée qu'il est beaucoup moins agité. A cinq heures du soir, autre injection de même dose. La nuit se passe tranquillement. Le 11, le malade étant redevenu calme, les injections ne sont pas continuées.

Observation II. — Leb..., vingt-huit ans, employé de bureau, devenu épileptique, il y a sept ans, à la suite d'une frayeur causée par un chien qui s'était jeté sur lui. Les attaques, rares au début, se produisirent bientôt tous les mois, puis furent suivies de troubles intellectuels et d'actes déraisonnables qui nécessitèrent l'admission à l'asile le 8 mars 1881.

Traité dès l'entrée par le bromure, Leb... s'améliore au point que ses parents, le croyant guéri, le retirent le 27 octobre 1881. Chez lui, il reste calme jusqu'à la fin de janvier, époque à laquelle il est repris, à la suite de nouveaux accidents convulsifs, d'un accès de délire extrêmement intense, pendant lequel il frappe sa mère et essaye de se suicider. On le ramène le 2 février 1882.

Depuis sa réintégration, il prend du bromure et, sous l'influence de ce médicament, ses attaques sont devenues moins fréquentes, mais n'ont pas été supprimées. Toutes les six semaines environ, il en survient une série de quatre à six. Le lendemain matin, il commence à s'agiter. Sa physionomie s'altère, ses yeux s'injectent, il devient loquace, exubérant, parle de son père, mort depuis

©BIUM

longtemps, dont il se plaît à rappeler les qualités et à raconter les faits et gestes les plus insignifiants. Comme on sait par expérience, qu'un pareil sujet de conversation est, chez lui, un signe infaillible du début de l'agitation, on s'empresse de le placer en cellule. En effet, les symptômes délirants s'accentuent de plus en plus. Des hallucinations surviennent. Leb... voit Dieu sous son lit et l'interpelle ; il vocifère, toujours sur le même air, des chants religieux, perd toute conscience de ses actes, devient inabordable, fait des menaces, se précipite sur les personnes qui l'approchent de trop près, serait des plus redoutables si on n'avait pas la précaution de lui attacher les pieds et les mains. L'accès en son entier dure sept jours ; il augmente du premier au troisième, reste stationnaire du troisième au sixième et, le huitième, tout est terminé. Dans l'intervalle des accès, Leb... est très calme, très docile, d'une politesse et d'une convenance parfaites.

Le 13 septembre 1886, il a cinq attaques. Le 14, après une nuit blanche, l'agitation ayant éclaté, je fais au malade une injection de 1/2 milligramme de sulfate d'atropine à neuf heures du matin et une autre de même dose à quatre heures du soir. Placé en cellule — bouillon comme régime. — Leb... passe sa journée à causer de son père et à s'entretenir avec des personnages qu'il aperçoit marcher dans la cellule. On ne l'entend pas crier.

Le 15, deux injections de 3/4 de milligramme chacune. Loquacité, mêmes troubles sensoriaux, pas de désordre des actes. Leb... reste au lit, se laisse approcher, ne tente aucune violence, ne chante pas, répond d'une façon assez convenable aux questions qu'on lui adresse. Légère dilatation des pupilles. Pendant la nuit du 15 au 16, il ne dort pas, cause à voix basse, mais ne fait aucun bruit.

Le 16, deux injections de 3/4 de milligramme chacune

©BIUM

comme la veille. Bain de deux heures — soupes. — Amélioration. Les hallucinations ont cessé. Le malade commence à avoir une notion plus exacte de sa situation. Il se plaint beaucoup de la douleur que lui occasionnent les piqûres, mais s'y soumet docilement. Il est encore très verbeux. La dilatation des pupilles a augmenté. Le soir il s'endort à neuf heures et repose tranquillement jusqu'à quatre heures du matin.

Le 17, on constate un mieux sensible. La conversation est raisonnable et l'excitation intellectuelle a presque disparu. Leb... réclame un supplément de nourriture, demande à se lever et à retourner au travail. On le remet dans le préau commun. Je lui fais encore deux injections de 1/2 milligramme chacune.

Le 18, le rétablissement étant complet, le traitement est cessé.

Observation III. — J..., vingt-huit ans, serrurier, entré à l'asile d'Evreux le 21 septembre 1886, est « atteint d'épilepsie, depuis l'âge de sept ans. Depuis deux ans, la gravité de ses attaques s'accentue de jour en jour, d'autant plus qu'elles s'accompagnent fréquemment d'accès d'agitation durant quinze jours et pendant lesquels sa raison est assez troublée pour qu'il ne reconnaisse personne et pour qu'il se livre à des actes de violence qui font la terreur de tous ceux qui l'approchent. » (Certificat médical d'admission.)

Au moment de son arrivée, il est calme et reste tel pendant la première semaine. Le huitième jour, il a trois attaques, le neuvième cinq et deux le dixième. Dès les premiers accidents convulsifs, il présente des symptômes d'excitation, devient turbulent, déraisonne complètement, ne sait plus ce qu'il fait, essaie de déchirer ses vêtements. Le onzième jour, 2 novembre, après avoir essayé sans succès le tartre stibié, je lui pratique deux injections de sulfate d'atropine de 1/2 milligramme cha-

©BIUM

cune, à la suite desquelles l'agitation se modère. Le 3 novembre même dose, matin et soir. Le 4, le malade était redevenu calme.

Observation IV. — Dubois, femme P...., en traitement à l'asile depuis le 13 avril 1875, épileptique tombant par séries tous les deux mois, sujette après chaque série à une agitation extrêmement vive dont la durée est habituellement de six semaines. Furieuse pendant les accès, profère des injures, manifeste des impulsions dangereuses, menace de tuer, de mettre le feu ; très loquace, crie du matin au soir, n'a pas une minute de repos, refuse toute nourriture et ne prend que de force quelques aliments liquides qu'on lui ingurgite par le nez ; passe ses nuits entières à parler, exige pendant toute la durée de l'agitation des moyens de contrainte.

Dans l'intervalle, elle est tranquille, laborieuse, raisonnable, des plus serviables.

Le 16 novembre 1886, elle a six fortes attaques. Le 17, commencement d'agitation. Un vomitif (tartre stibié 0,10), administré à dix heures du matin, ne produit qu'un effet purgatif.

Le 18, le délire maniaque augmente. La malade très turbulente et très désordonnée refuse de manger et crache un potion contenant 4 grammes de bromure de potassium, qui lui est prescrite. Pendant la nuit, elle fait tellement de bruit qu'on est obligé de l'isoler.

Le 19, je lui fais une injection de 1/2 milligramme de sulfate d'atropine le matin et une autre de même dose, le soir, sans obtenir le moindre résultat.

Le 20, injection de 3/4 de milligr. le matin, autant le soir. L'agitation a diminué et la nuit est moins troublée.

Le 21, deux injections de 1 milligr. chacune amènent une détente sérieuse. La malade moins loquace, moins remuante, ne manifeste plus ce besoin impérieux de

©BIUM

locomotion qui la poussait, les jours précédents, à courir sans but déterminé, demande à manger, dort une partie de la nuit.

Le 22, 1/2 milligr. seulement le matin, les pupilles étant très dilatées et la malade étant beaucoup plus calme ; même dose le soir. L'amélioration continue. Mme P... reste en place et ne bouge pas de la journée, elle s'excite seulement un peu au moment des injections qui lui paraissent très douloureuses. Son appétit étant revenu, elle est remise au régime commun. Le soir on peut la replacer dans le dortoir.

Le 23, 1 milligr. en deux injections. On ôte les moyens de contrainte devenus inutiles. Il y a un peu d'hébétude. Le calme se maintient pendant toute la journée.

Le 24, deux injections de 1/2 milligr. chacune sont encore pratiquées, par mesure de prudence. Le délire est complètement tombé, la loquacité a disparu, l'appétit est bon, le sommeil est régulier. La dilatation des pupilles est moins accentuée.

Le 25, le traitement est cessé et le 26, la malade reprend sa place à l'atelier de couture.

Ces faits établissent suffisamment la valeur des injections d'atropine. Les malades qui ont fait l'objet des observations qu'on vient de lire ont été, en effet, calmés par ces injections dans un laps de temps qui a varié entre vingt-quatre heures et six jours. Chez la femme P..., la période d'agitation a été abrégée de près d'un mois.

La solution dont je me suis servi est la suivante :

Sulfate neutre d'atropine. . . .	0,01 centigramme.
Eau distillée de laurier-cerise. .	10 grammes.

Chaque seringue de Pravaz contient 1 milligramme du médicament.

Les épileptiques à délire maniaque intermittent sont

©BIUM

je crois, les seuls qui retirent un bénéfice sérieux du sulfate d'atropine ; du moins les essais, peu nombreux à la vérité, que j'ai tentés sur les épileptiques à agitation continue ne m'ont pas réussi.

Afin d'éviter l'action toxique du sulfate d'atropine, la dose ne doit pas dépasser, au début, 1 milligramme en vingt-quatre heures ; on la porte progressivement à 1 milligramme et demi et à 2 milligrammes ; je ne pense pas qu'il soit prudent d'aller plus loin. A cette dose, on n'a pas à redouter les accidents qui ont été signalés par un certain nombre d'observateurs, accidents qui tenaient à des injections de solutions trop concentrées, parmi lesquelles je citerai celle de Béhier (0,30 centigrammes de sulfate d'atropine pour 30 grammes d'eau).

La seule contre-indication à l'emploi du sulfate d'atropine serait une lésion rénale. En pareil cas, il faudrait s'abstenir de ces injections, sachant qu'il est dangereux d'introduire des substances médicamenteuses actives chez les malades qui ont les reins assez altérés pour que l'élimination soit arrêtée en totalité ou en partie et que les dangers seront d'autant plus grands qu'on se sera servi de la voie hypodermique (Dujardin-Baumetz).

En terminant l'énumération des moyens qui me paraissent avoir une réelle utilité contre la manie épileptique, je signalerai les bains prolongés qui, en modérant l'agitation et en calmant le système nerveux, constituent un adjuvant précieux de la médication interne.

J'ai surtout eu en vue de prouver, par cet exposé rapide, que les médicaments habituellement employés pour combattre l'épilepsie, cessent d'être applicables au délire lié aux attaques convulsives et je crois avoir démontré que si on n'est pas parvenu, par le traitement

©BIUM

général, à enrayer les attaques et à supprimer, *ipso facto*, les troubles intellectuels qui les suivent, la nécessité s'impose, alors qu'on se trouve en présence de cet épiphénomène redoutable qui s'appelle le délire épileptique, d'abandonner des agents dont l'impuissance est reconnue pour en choisir d'autres plus sûrs et plus énergiques.

Je résumerai ce travail dans les conclusions suivantes :

1° Chacune des formes du délire épileptique demande un traitement approprié.

2° Qu'il ait en vue l'une ou l'autre de ces formes, le traitement exige deux conditions essentielles : une intervention rapide, une thérapeutique aussi active que possible.

3° Le *petit mal* sera efficacement traité par le chlorhydrate de morphine en injections hypodermiques.

4° A la *manie épileptique* on opposera, au début, le tartre stibié à dose vomitive ; à la période d'état et selon les indications du moment, le chloral, la paraldéhyde, les injections de sulfate d'atropine. On prescrira, en outre, des bains prolongés.

5° Dans l'intervalle des accès, on aura recours soit au bromure de potassium seul, soit au traitement mixte recommandé par M. le professeur Ball : association des bromures alcalins à l'oxyde de zinc et à la belladone.

©BIUM

19

OBSERVATION REPRODUITE. — FRÉDÉRIC HOFFMANN (1).

Folie à double forme.

On s'est beaucoup occupé, dans ces dernières années, de l'historique de la folie à double forme, et on s'est complu à rechercher, notamment, quelle pouvait être l'opinion des auteurs anciens sur l'alternance de la manie et de la mélancolie. M. Ritti, qui a consacré un intéressant chapitre à cette étude rétrospective dans son excellent *Traité clinique de la folie à double forme*, établit très nettement que nos prédécesseurs n'ont eu à cet égard que des notions vagues et confuses, et que si de tout temps on a admis que la mélancolie poussée à son plus haut degré pouvait se changer en manie, ce n'est guère qu'à dater de Willis qu'on voit apparaitre l'idée de l'alternance possible de ces deux états morbides. Encore Willis semble-t-il plutôt convaincu suivant l'opinion du temps, de la transformation de l'un de ces états dans l'autre que de leur véritable succession. C'est ce qui résulte des termes mêmes qu'il a employés.

Quant aux observations de folie à double forme proprement dites, si l'on en excepte le fait peu convaincant d'ailleurs de Morgagni, rapporté par M. Ritti, je ne crois

(1) Fred. Hoffmanni, *Opera omnia physico-medica,* tome III, chap. VIII, obs. III. Genève, 1740.

©BIUM

pas qu'on en ait encore trouvé de bien nettes chez les auteurs d'avant le siècle actuel.

C'est pourquoi je crois devoir reproduire ici, en la traduisant, une intéressante observation de Frédéric Hoffmann, que j'ai rencontrée par hasard en parcourant son ouvrage, et qui doit être, sans doute, fort peu connue.

Elle porte le titre suivant, assez caractéristique : « *Melancolia hypochondriaca cum mania periodice alternans* » (*Mélancolie hypochondriaque alternant périodiquement avec la manie*).

« Un homme de quarante ans, juif de naissance, d'un tempérament mélancolico-colérique, s'était livré longtemps à de nombreux travaux au milieu d'une vie méditative et sédentaire, mais n'en avait éprouvé jusqu'alors aucun inconvénient. Quelques mois plus tard, il eut l'esprit bouleversé par l'annonce de la mort inopinée de son fils, et à partir de ce moment, il tomba dans une mélancolie de plus en plus grande, accompagnée d'angoisse précordiale et de misanthropie. Cet état se compliquait d'un continuel refroidissement des pieds, d'agitation et d'inquiétude dans le sommeil et d'une constipation si opiniâtre qu'elle n'était interrompue que tous les six ou sept jours. Après être resté six mois entiers dans ces souffrances, l'esprit hanté par des terreurs violentes, le malade fut pris d'une véritable rage maniaque, s'agitant furieusement et se précipitant sur tout le monde avec une telle violence qu'on dut le maintenir au moyen de liens. Ses amis essayèrent bien d'apporter quelque remède à son mal, mais il ne voulut prendre ni aliment ni médicament. Toutefois, on le saigna abondamment au front et au bras ; mais son esprit ainsi dégagé et devenu plus calme, ne tarda pas à retomber dans ses idées tristes et dans sa première maladie mélancolique. Celle-ci fut combattue par divers remèdes, et

©BIUM

l'absorption de l'eau des Carolines amena notamment une évacuation abondante, mais sans rien enlever, pour ainsi dire, à la force du mal. Appelé à ce moment à donner mon avis, je prescrivis le traitement suivant :

« Tout d'abord, je conseillai pendant quelques semaines l'usage en boisson de la fontaine Selterane, avec addition d'une drachme de sel des Carolines par mesure. Je m'étudiai ensuite à raffermir la force contractile du ventricule au moyen de mon élixir viscéral balsamique, à la dose de 70 ou 80 gouttes entre les repas. Je n'oubliai pas les pédiluves qui furent prescrits tous les deux jours avant le coucher. Enfin, des poudres légèrement tempérantes et à action nervine, qui furent prises avant l'entrée au lit, produisirent un excellent résultat. Je formulai d'autre part la décoction suivante : *Recipe:* poudre de corne de cerf et racines de scorsonère, deux onces de chaque ; crème de tartre, trois drachmes à faire bouillir dans quatre mesures d'eau simple ; ajoutez deux onces de sirop citrique. J'ordonnai, en outre, au malade de s'abstenir de tout aliment durci par la cuisson, âcre et flatulent, et de se nourrir, au contraire, de mets préparés avec des herbes apéritives ; je prescrivis enfin l'usage d'un vin généreux et de fréquents exercices du corps. Au bout d'un certain temps de ce traitement, le malade entra franchement en convalescence.

« *Réflexions.*—Il ressort très nettement de l'histoire de ce malade que chez les mélancolico-hypochondriaques qui mènent une vie méditative et sédentaire et se livrent à de trop grandes fatigues d'esprit, il existe une tendance très marquée à la production de la fureur dans les maladies mentales qui les atteignent et particulièrement dans les états de mélancolie compliqués de terreurs violentes ; il en ressort également combien il faut user de précautions et de prudence pour éviter toute aggravation du mal dès qu'il survient, chez les individus

©BIUM

de cette espèce, des signes variés de mélancolie hypochondriaque. L'observation nous apprend clairement enfin que la mélancolie et la manie peuvent se succéder alternativement, à ce point que la transition d'un de ces états dans l'autre s'opère très facilement. »

Il me paraît difficile de rencontrer un cas ancien de folie à double forme où les symptômes de chaque période soient plus nettement indiqués. A la suite d'une phase de mélancolie aiguë, qui dure six mois et qui est caractérisée par une grande tristesse, de l'angoisse précordiale, de la misanthropie, du refroidissement des extrémités, de l'inquiétude nocturne, des terreurs non motivées et une constipation opiniâtre, le malade est pris d'une agitation maniaque accompagnée d'une telle fureur et de telles violences contre les personnes qu'on est obligé de le maintenir au moyen de liens. Ce stade d'excitation passé, il retombe à nouveau dans ses idées tristes et dans son premier état de mélancolie. Alors intervient l'auteur qui prescrit un traitement compliqué et amène au bout d'un certain temps le sujet à convalescence. La durée des deux dernières périodes n'est pas indiquée par Frédéric Hoffmann, et il ne dit pas ce que devient par la suite son malade ; mais l'observation est suffisante pour établir non seulement qu'il s'agissait chez lui d'une folie à double forme, mais encore de cette variété qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de folie à double forme continue ou folie circulaire, parce qu'il n'existe pas d'intermittence entre les accès. Je ferai enfin remarquer en terminant que, plus avancé que Willis, Hoffmann ne voit pas, dans ce cas, la simple transformation de la mélancolie en manie, mais leur succession alternative et même périodique.

E. Régis.

©BIUM

Médecine légale.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

par M. le Docteur A. GIRAUD

Directeur-Médecin de l'Asile de Fains.

L'AFFAIRE LOMBARDI, A GENÈVE.

Nous ferons aujourd'hui infraction à la règle que nous avons suivie jusqu'à présent, en consacrant notre revue de médecine légale à l'examen d'une seule affaire. L'importance et le nombre des rapports médicaux destinés à déterminer l'état mental de la dame Lombardi sont tels, qu'une analyse succincte de ces documents doit remplir le cadre dont nous pouvons disposer.

Dans la nuit du 1er au 2 mai 1885, la dame Lombardi, demeurant à Genève avec son mari, trancha, avec un rasoir, le cou de ses quatre enfants, et tenta de s'empoisonner en avalant un collyre à l'atropine. Quand le mari s'en aperçut, trois des enfants étaient morts. La femme Lombardi était plongée dans le coma : elle put être rappelée à la vie, et le quatrième enfant fut sauvé, quoiqu'il eut la trachée complètement sectionnée. La femme Lombardi fut mise en état d'arrestation et fut poursuivie pour triple assassinat et tentative d'assassinat ; mais, dès le début de l'instruction, des doutes s'élevèrent sur l'intégrité des facultés intellectuelles de la prévenue. L'instruction dura plus d'un an ; plusieurs expertises furent ordonnées, des opinions divergentes furent émises, la défense crut devoir pro-

©BIUM

voquer, de son côté, plusieurs consultations médicales, et c'est ainsi que nous avons à passer en revue (1) :

1° Le rapport et l'étude psychologique de M. le Dr Revilliod, médecin en chef de l'hôpital cantonal de Genève ;

2° Le rapport de M. le Dr Gosse, professeur de médecine légale à Genève ;

3° Le rapport de MM. les Drs Chatelain, ancien médecin de l'asile de Préfargier, et Long, ancien médecin de l'asile de la Métairie, près Nyon ;

4° Le rapport de M. le Dr Vaucher, professeur d'accouchements ;

5° Le rapport du professeur Krafft-Ebing ;

6° Le rapport du Dr Rapin ;

7° Le rapport du Dr Challand, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bois-Céry (canton de Vaud) ;

8° Le rapport des Drs Schaerer, directeur de la Waldau, Speyr, médecin à la Waldau, et Fetscherin, directeur de Saint-Urban, Lucerne ;

9° Le rapport du Dr Badan, médecin des prisons de Genève ;

10° La consultation du Dr Olivet, médecin en chef de l'asile des Vernets ;

11° La déclaration du Dr Porte, médecin de la famille Lombardi ;

12° Le rapport du Dr Ientzer, ancien assistant de de l'asile des Vernets ;

---

(1) Nous devons à l'obligeance de M. le Dr Ladame les éléments de cette revue. M. le Dr Ladame nous a adressé, au mois de septembre, le dossier de l'affaire, et nous a communiqué des détails intéressants sur l'instruction criminelle et sur les débats. La publication de notre revue a été retardée par le compte rendu de la discussion de la loi sur les aliénés, et nous savons d'autant plus gré à M. le Dr Ladame de sa communication, que lui-même devait publier, de son côté, sur l'affaire Lombardi, deux articles dans les *Archives d'anthropologie criminelle*. On lira, avec beaucoup d'intérêt la publication de M. le Dr Ladame, dans les nos de septembre 1886 et janvier 1887 des *Archives d'anthropologie*.

©BIUM

13° Enfin la consultation très développée du Dr Ladame.

Le Dr Revilliod résume au début de son étude psychologique les antécédents de l'accusée :

« La femme L..., âgée de 32 ans, est née à Truseilles. « Son père, qui vit encore, est sujet à la boisson. Elle « le voit très rarement. Sa mère est morte en couches « en 1857. Mme L.. avait alors sept ans.

« Ses oncles maternels, qui ont été en partie chargés « de son éducation, sont buveurs et violents et la « battaient souvent. L'un d'eux se serait suicidé. Elle « a eu une sœur condamnée pour vol.

« Mme L... a été en partie élevée à l'école des sœurs.

« Elle a été réglée à douze ans.

« Mariée une première fois à l'âge de vingt ans, avec « un veuf, père de famille et buveur, qui mourut deux « ans après, des suites d'une maladie de foie et de « plusieurs accès de fièvre chaude, elle n'eut pas d'en- « fants de ce premier mariage, mais elle était très- « attachée aux enfants de son mari ; elle les a élevés « pendant quatre ans, et a eu beaucoup de peine à s'en « séparer.

« En 1877, après deux ans de veuvage, âgée de « vingt-quatre ans, elle se remaria avec L... son mari « actuel, tailleur qui tient un magasin de toileries et « confections. Elle en eut quatre enfants, nés en 1878, « 1879, 1880 et 1881, enfants qu'elle a tous allaités. « En 1884, elle fit une fausse couche.

« En octobre 1879, pendant qu'elle nourrissait son « second enfant, elle fut prise d'un accès de manie « aiguë très bien caractérisé qui dura quatre jours. A « la troisième couche, elle eut une hémorrhagie très « abondante.

« En 1882, elle eut un évanouissement assez pro- « longé. Depuis lors, elle fut sujette à des étourdisse- « ments, des maux de tête, des maux d'estomac, des

©BIUM

« périodes d'excitation nerveuse, de délire, qui reparais-
« saient surtout à ses époques menstruelles. Enfin,
« c'est en 1884 qu'elle commença à être dominée par
« l'idée de tuer ses enfants. Cette idée revenait aussi
« plus intense au moment de ses règles, et c'est à ce
« moment-là qu'elle exécuta son projet. »

De nombreuses dépositions figurant dans le dossier font savoir que son mari se livrait à la boisson, avait une maîtresse, et que des scènes fréquentes avaient lieu dans le ménage.

L'acte incriminé n'avait pas eu de témoin, et la femme L... fut transportée à l'hôpital cantonal dès qu'elle fut sortie du coma, avant même d'avoir repris connaissance. Elle fut confiée aux soins du Dr Revilliod, et son observation détaillée fut recueillie. Tout d'abord, on constata, à l'hôpital, des symptômes d'intoxication par l'alcool et par l'atropine ; elle était au moment de son époque menstruelle. Lorsqu'elle eut repris complètement connaissance, après vingt-quatre heures de traitement, elle rendit compte de ce qu'elle avait fait. « Elle
« raconte en détail son crime, ses hésitations, les
« liqueurs et l'atropine qu'elle a absorbées pour avoir
« la force de réaliser son projet, la précaution qu'elle a
« prise de ne pas allumer de bougie, parce que, si elle
« avait vu ses enfants, sa résolution aurait faibli, les
« motifs qui l'y ont déterminée, le soulagement qu'elle
« éprouve d'avoir pu l'accomplir, le regret qu'un de
« ses enfants ait survécu, et celui de n'être pas morte
« avec eux. » (Observation.)

Les jours suivants, les phénomènes d'intoxication s'atténuèrent de plus en plus, mais elle regrettait toujours de n'être pas morte avec ses quatre enfants, estimant qu'ils seraient tous plus heureux. Le 5 mai, elle fut prise d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, se croyant chez elle, gémissant de voir battre son fils aîné

©BIUM

par son mari, et se désolant de voir l'enfant pâlir et maigrir par suite de mauvais traitements. Elle parlait de prendre une corde, d'attacher ses enfants et d'aller se jeter au Rhône avec eux. Elle croyait voir et entendre ses voisins et ses voisines. Les hallucinations et le délire ne cessèrent que le lendemain, et les jours suivants furent calmes. Le 13 mai, elle aperçut dans le jardin de l'hôpital l'enfant qui avait survécu, et la nuit suivante fut agitée, sans sommeil, avec mal de tête et sensation d'étouffements ; le calme revint et le 18 mai l'accusée fut transférée à la prison.

Le Dr Revilliod pense que l'accès de délire observé les 5 et 6 mai ne peut être attribué ni à l'alcoolisme ni à l'intoxication par l'atropine. Déjà l'accusée avait éprouvé des troubles nerveux ; depuis un an, elle était obsédée par l'idée de tuer ses enfants et de se tuer elle-même, et l'attentat coïncide avec une période menstruelle en retard de huit jours. La femme Lombardi n'a obéi, pour commettre un acte contraire à l'instinct maternel, ni à un sentiment de haine, ni à un sentiment de vengeance, et le remords n'existe pas chez elle. Le Dr Revilliod retrouve dans les faits observés les quatre caractères de la manie homicide, tels qu'ils sont donnés par Maudsley (*Le crime et la folie*, page 186), savoir : 1° le caractère paroxysmal de l'attentat ; 2° le soulagement extraordinaire ressenti par le patient aussitôt après que l'acte a été accompli ; 3° la fréquence avec laquelle l'attentat a pour victime un proche parent ; 4° l'indifférence du coupable après l'action, quant à la nature épouvantable de l'acte.

La conclusion du Dr Revilliod est que la femme L... n'a pas agi comme une criminelle ; qu'elle est atteinte de manie impulsive homicide ; qu'elle n'est pas responsable de son crime et qu'elle doit être internée dans un asile d'aliénés.

©BIUM

Dans son rapport, le Dr Gosse exprime un avis diamétralement opposé. Le professeur de médecine légale de l'Université de Genève recherche d'abord les antécédents héréditaires de l'accusée. Du côté paternel, il ne trouve qu'un cousin germain atteint de bégaiement et peu intelligent, sans qu'il le considère comme faible d'esprit. Du côté maternel, cinq membres de la famille sont signalés. L'un, buvant énormément, s'est, en état d'ivresse, jeté dans l'Arve. Un grand-oncle se livrant à la boisson a été séquestré aux Vernets et est mort à Bassens ; mais ses enfants et petits-enfants n'ont présenté aucun signe d'aliénation mentale. Une cousine germaine de l'accusée est faible d'esprit et présente des signes d'aliénation, mais sans excitation. Un autre membre de la famille est simple d'esprit. Une autre cousine est peu intelligente. Enfin, une sœur de l'inculpée serait signalée comme ayant la manie du vol, mais le Dr Gosse ne la considère pas comme atteinte de cleptomanie parce que, dans les faits qui ont motivé sa condamnation, elle aurait fait preuve de beaucoup d'intelligence.

Le Dr Gosse, examinant en détail l'existence de l'accusée jusqu'à la veille de l'acte incrimimé, ne constate aucun symptôme de folie, et trouve dans les discussions de ménage la cause de la tristesse de la femme Lombardi, et la cause des divers accidents qui ont été signalés.

Le 1er mai, il y eut de nouvelles discussions et des scènes de violences entre la femme et le mari, mais tout paraît combiné dans le crime et dans les actes qui le précèdent et le suivent. Le Dr Gosse qui, dans son rapport, s'est étendu très longuement sur l'existence antérieure de l'inculpée, passe rapidement sur le délire constaté à l'hôpital cantonal, et ne constate rien d'anormal lors de son examen à la prison.

©BIUM

Dans la discussion des faits, le Dr Gosse pense que les antécédents héréditaires n'ont pas pu influer sur l'état mental, parce qu'on ne trouve pas de signes de dégénérescence dans la famille. Considérant que l'accusée n'ayant pas l'habitude de boire des spiritueux, a bu, avant le crime, un grand verre d'eau-de-vie, et a pris, dans un verre de curaçao, la solution d'atropine, il attribue ce délire consécutif à l'alcool absorbé. Mais le passage capital de la discussion est le suivant : « Dans « l'examen dont j'ai été chargé, j'estimerais manquer à « mon devoir si je n'abordais pas ici complétement « l'étude de l'inculpée au point de vue de l'aliénation « mentale, et spécialement de la forme de cette maladie, « qui, *seule*, peut avoir quelque analogie avec l'état « mental (non maladif) qu'elle a présenté. Je veux « parler de la mélancolie ou lypémanie.

« En effet, c'est dans cette espèce de folie que nous « voyons « des individus qui tuent leurs propres « enfants... par amour. Ce sont des parents qui, ployant « sous le coup de l'infortune, du besoin, de la détresse, « ne voyant dans l'avenir que misère et famine pour « eux-mêmes et pour les leurs, ne se sentent pas la « force d'aller en avant et se décident à mourir, mais « la pensée qu'ils laisseront leurs enfants sans secours, « sans appui et sans affection dans ce monde de dou- « leurs les fait frémir ; ils les tuent pour les envoyer « dans un monde meilleur et se suicident après. » « (Krafft-Ebing, page 75.)

« Voyons donc quels sont les caractères de cette « affection. Je ne puis mieux faire que de les prendre « dans le travail du célèbre aliéniste Krafft-Ebing « auquel je viens d'emprunter cette citation.

« Voici les termes mêmes dont il se sert, page 68 « (*La responsabilité criminelle,* etc., par Krafft-Ebing, « traduit par Chatelain) : « Le symptôme caractéristique

©BIUM

« de tous les états de dépression ou de mélancolie est « l'existence d'une douleur psychique *nullement ou « insuffisamment motivée extérieurement* ; elle est « l'expression d'une altération dans la nutrition des « centres psychiques. Cet état de souffrance morale « *générale et sans objet*, cette dépression *qui n'a aucune « raison d'être extérieure*, peuvent exister seuls et cons- « tituer toute la maladie ; mais ordinairement il s'y « ajoute d'autres troubles psychiques élémentaires, tels « que mouvements passionnels spontanés, erreurs des « sens, ou anomalies des conceptions. »

« L'on peut, dans notre recherche, mettre d'emblée « de côté toute la dernière partie de la définition se « rapportant à des troubles psychiques élémentaires, « puisqu'il n'en a été constaté aucun chez l'inculpée, « par conséquent, nous nous trouvons simplement en « présence de la mélancolie sans délire à laquelle se « rapporte, du reste, le tableau que je viens de citer. « J'examinerai donc si l'on retrouve les symptômes « caractéristiques de cet état.

« *Y a-t-il eu une douleur psychique nullement ou « insuffisamment motivée extérieurement? Y a-t-il eu un « état de souffrance morale générale et sans objet, soit « une dépression qui n'a aucune raison d'être exté- « rieure ?*

« En d'autres termes, M^me^ Lombardi n'avait-elle « pas des raisons suffisantes pour être triste ? Etait-ce « simplement des idées chimériques ? Cette tristesse « ne se rapportait-elle pas à des faits déterminés, réels, « prouvés ?

« Poser la question, est presque la résoudre.

« L'on constate en effet :

« 1° Des discussions continuelles, des altercations, « des voies de fait, des menaces de mort la concernant ;

« 2° Des brutalités vis-à-vis de ses enfants ;

©BIUM

« 3° Des causes sérieuses de désaffection provoquées « par l'inconduite de son mari.

« 4° Un état d'alcoolisme chez le mari, tel qu'il pro- « voque une angoisse chez la femme, laquelle ne peut « prévoir les événements qui pourront survenir, et qui « doit compromettre nécessairement l'avenir de leur « commerce et le bien-être de la famille. Ce sont des « raisons suffisantes pour être triste, nullement chimé- « riques.

« Ce sont des faits déterminés, réels, prouvés.

« En résumé, la douleur psychique est plus que « suffisamment motivée extérieurement, la dépression « a amplement raison d'être.

« Mme Lombardi n'a donc pas présenté les symptô- « mes caractéristiques des états de dépression ou de « mélancolie. »

Après avoir constaté que l'écriture ne fournit ici aucune indication spéciale, le Dr Gosse développe longuement ses conclusions. Il est d'avis qu'avant le crime, la vie et les actes de Mme L... sont ceux d'une personne qui a la pleine possession de ses facultés intellectuelles, et, si elle a présenté des symptômes de surexcitation, on en trouve l'explication sans faire intervenir des troubles mentaux.

Pendant le crime, dans la série des actes qui se sont succédé, il n'y a aucun indice d'aliénation, parce que tout est raisonné, tout est logique.

Dans la période qui a suivi, les désordres de l'intelligence ont cessé après l'élimination du poison.

Mme L... n'est pas enceinte.

Sur la dernière question : Mme L... est-elle absolument responsable de ses actes? Y a-t-il une diminution de responsabilité provenant des causes qui ont fait commettre le crime? Le Dr Gosse ne se prononce pas catégoriquement. Le fait de ne pas présenter de symptômes

©BIUM

d'aliénation entraîne une entière responsabilité; mais, « si des souffrances imaginaires produisent certains ré- « sultats, provoquent certains actes chez l'individu ma- « lade, on doit bien admettre que des souffrances réelles « doivent influencer l'individu sain. »

Un incident au cours de l'instruction vint motiver une nouvelle expertise. Au mois de novembre, le directeur de la prison signale que la détenue L... était en plein délire, et le fait fut confirmé par un certificat du médecin de la prison. Les Drs Chatelain, Long et Vaucher furent désignés pour procéder à un nouvel examen. Le Dr Vaucher crut devoir se séparer de ses confrères, et déposa un rapport distinct. Dans l'analyse de ces rapports, nous éviterons autant que possible, pour échapper aux redites, de revenir sur les faits de la cause. Dans le rapport des Drs Chatelain et Long, apparaît un nouvel élément de diagnostic, c'est l'autobiographie écrite par l'accusée; dans ce document, Mme L... expose ses chagrins, les idées tristes qui l'obsédaient, et enfin toute la scène du meurtre des enfants (1).

Au moment de leur examen, les Drs Chatelain et Long ne constatèrent aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité. L'accusée ne paraissait avoir alors ni hallucinations, ni illusions sensorielles. Recherchant les antécédents, ils relatent que, depuis plusieurs années, Mme L... se plaignait de maux de tête avec bourdonnements et sifflements dans les oreilles. Sa vue avait baissé. Elle avait des palpitations de cœur, des fourmillements dans les bras et les jambes, des douleurs s'irradiant de côté et d'autre, parfois un sentiment de constriction à la gorge avec sensation d'une boule. Elle avait de la dysménorrhée et des pertes blanches. Elle

(1) Cette autobiographie est publiée en grande partie par M. le Dr Ladame dans les *Archives d'anthropologie*, septembre 1886.

©BIUM

avait peur d'être seule, parce qu'alors elle se mettait à pleurer sans motif.

Lors de l'expertise des Drs Chatelain et Long, Mme L... craignait toujours d'être seule. Elle refusait d'aller au préau de la prison parce qu'on entendait les enfants du collège, et cela la mettait au désespoir. Interrogée si elle avait revu son petit cadet (celui des enfants quiavait survécu), elle répondit : «Je l'ai demandé, « mais son père n'a pas voulu; cela vaut peut-être mieux, « car si je l'avais là, je ne garantirais rien. Je voudrais « mourir, mais non pas le leur laisser dans les mains. « La vie n'est plus rien pour moi, j'ai trop souffert : on « peut faire de moi ce qu'on voudra. Si au moins mon « petit cadet était mort ! Quand je sortirai de prison, « rien ne m'empêchera de le reprendre et de l'enlever à « mon mari. Je ne sors plus, la cour m'impressionne « trop, cela me donne du noir. Il me semble que j'ai fait « un mauvais rêve, je ne puis pas me rendre compte que « c'est moi qui suis venue ici. Ce qui me fait le plus, « c'est d'avoir donné la mort à mes enfants ; je ne puis « pas digérer cela, c'est affreux, épouvantable. J'avais « de beaux, de superbes enfants. — La prévenue sourit « avec une satisfaction visible. — J'éprouve un pro- « fond chagrin, mais je ne regrette rien. C'était la « volonté de Dieu, je ne puis pas me révolter contre elle; « je n'ai ni regrets ni remords... » Ce que les experts ont trouvé frappant, c'est le calme imperturbable, l'indifférence avec laquelle elle parlait d'elle-même et de ce qu'elle avait fait ; ils n'ont pas constaté un accent d'émotion ni un geste de désespoir. La physionomie ne trahissait rien. Seul, un sourire qui avait déjà été remarqué par le Dr Revilliod, mettait les traits en mouvement. Dans la discussion des faits, les Drs Chatelain et Long estiment qu'il est impossible de méconnaître chez l'inculpée, avant l'acte incriminé, un état de *dépression mé-*

©BIUM

lancolique croissante avec conceptions délirantes fixes et sensations nerveuses anormales dans la région thoracique. Au point de vue de l'hérédité, elle n'est pas dans une situation tout à fait normale, et, s'il n'y a pas eu d'aliénés parmi ses ascendants, plusieurs collatéraux sont dans un état mental anormal. Le Dr Gosse avait conclu que l'accusée n'était pas mélancolique, puisqu'elle avait des raisons évidentes d'être triste ; les Drs Chatelain et Long estiment que cette interprétation est tout à fait erronée. L'accusée est devenue mélancolique *parce qu'elle* a eu des chagrins, et le fait que ces chagrins ne sont que trop réels, n'ôte rien à un état que M. Gosse a, lui-même, appelé *une dépression qui a amplement raison d'être.*

Le trait caractéristique, disent-ils, de tous les états de mélancolie est une dépression avec sentiment d'empêchement (Hemmungsgefühl), « d'incapacité et dyses-« thésie psychique générale. Parfois ces symptômes « existent seuls, mais parfois aussi il s'y joint des con-« ceptions délirantes fixes : ainsi l'idée de ruine, d'in-« dignité, de damnation éternelle, de désespérance de « l'avenir, etc., etc., dont le cachet commun est celui « de la souffrance. Très fréquemment enfin, la dépres-« sion mélancolique est, dans l'ordre physique, accom-« pagnée de sensations nerveuses anormales dans diver-« ses parties du corps, notamment à la tête et dans les « viscères thoraciques et abdominaux, où elles revê-« tent souvent le caractère de l'angoisse précordiale.

« Ces symptômes existaient-ils chez Emilie Lombardi, « avant la fatale nuit du 1er au 2 mai? » MM. Chatelain et Long n'hésitent pas à répondre affirmativement. Ils pensent, en outre, qu'on ne saurait méconnaître la signification des crises de délire ou d'état mental anormal observés en 1879, en 1882 et en 1884, sous prétexte qu'ils ont été chaque fois la conséquence de

©BIUM

scènes de violence de la part du mari. Ces états anormaux indiquaient une prédisposition marquée à la folie.

On a invoqué que l'acte a été voulu, conscient dans ses préparatifs, raisonné et logique dans son but et dans ses moyens. Avant de tuer ses enfants, elle avait écrit une lettre pour dicter ses dernières volontés ; après le meurtre, elle a été jeter sa lettre à la poste avant de s'empoisonner, mais on doit admettre, d'après sa relation, que, pendant l'acte, elle a eu une période d'amnésie due à la perte complète de la connaissance. « Elle « a tourbillonné dans les chambres, puis accompli son « œuvre, mécaniquement, automatiquement, pour ne se « reconnaître un peu que réveillée par le grand air et la « salutation d'une voisine qu'elle rencontra. » Mais l'état mental de l'accusée est encore si profondément troublé, qu'elle rentre, se déshabille, se couche et s'empoisonne sans regarder ses enfants, sans entendre râler le cadet. « Une seule pensée surnage dans son cerveau « et domine la scène : ils sont heureux, à l'abri de leur « père et de la famille ; et elle va les rejoindre. Jamais « elle ne s'est couchée si heureuse ! » On peut objecter qu'elle était sous l'influence de l'eau-de-vie qu'elle avait absorbée. Mais on a vu des mélancoliques, décidés à se suicider, se donner du courage de cette façon, et cette circonstance n'enlève rien à la valeur du fait qu'elle était en état de dépression mélancolique et poursuivie par une idée fixe.

L'état actuel confirme le diagnostic. Déjà le Dr Revilliod avait constaté des symptômes autres que ceux de l'intoxication par l'alcool et par l'atropine. Les idées fixes de destruction persistent. Son seul regret est que le petit cadet ait survécu, et l'accès de délire du mois de novembre montre que l'état mental ne s'est pas amélioré. Les conclusions du rapport sont :

« 1° Jeanne-Emilie Lombardi a commis son acte du

©BIUM

« 1er mai sous l'influence d'un état mental pathologi-
« que qui lui enlevait son libre arbitre. Elle est donc
« irresponsable.

« 2° Actuellement encore, elle n'est pas dans un état
« mental normal. »

Le Dr Vaucher soutient, dans son rapport, un avis tout opposé. Il rejette d'abord, comme circonstances sans valeur, les antécédents héréditaires. Il passe sous silence les phénomènes anormaux signalés à diverses reprises, ou ne voit dans les symptômes décrits que des signes d'anémie et de gastralgie. A son avis, les époques menstruelles étaient très régulières et ne donnaient lieu à aucun phénomène marquant, si ce n'est, comme chez toutes les femmes, un peu de fatigue, de douleur lombaire, de la céphalalgie, le besoin de repos et de tranquillité. Il attribue, sans discuter le fait, à l'alcool et à l'atropine le délire constaté à l'hôpital. Il insinue que les scènes de délire du mois de novembre à la prison, ne sont pas exemptes de simulation, et il trouve comme mobile du crime « la vengeance contre la famille « d'un mari qui l'a si cruellement éprouvée, afin de « faire peser sur elle cette honte à laquelle les gens de « son pays attachent une si grande importance, et dont « son esprit a été imbu dès sa jeunesse. »

Le Dr Vaucher combat, en ces termes, l'opinion des Drs Chatelain et Long :

« Mes honorables collègues cherchent à faire con-
« corder certains symptômes peu caractérisés, mais
« qu'ils mettent savamment en évidence, pour chercher
« à rapprocher l'état de la femme Lombardi du type
« mélancolique. Ils exagèrent l'anxiété précordiale, les
« symptômes de l'époque menstruelle qui, pour eux, ont
« une grande valeur : cependant, cette anxiété s'expli-
« que suffisamment par l'état pathologique de la pré-
« venue, état résultant de ses souffrances morales, de

©BIUM

« ses fatigues physiques, de ses grossesses, du nour-
« rissage.

« Elle devient anémique, a de la gastralgie, éprouve
« le besoin de surexciter l'estomac, mais ce besoin n'est
« pas constant et, du reste, il a cessé.

« Ajoutons que l'état d'un aliéné de cette catégorie
« va plus généralement en s'aggravant qu'en s'amélio-
rant, et c'est le contraire qui a lieu.

« Les faits, les actes de la prévenue, ne me démon-
trent pas les caractères de l'aliénation. En consé-
« quence, je n'hésite pas à la déclarer responsable du
« crime qu'elle a commis le 2 mai 1885, tout en tenant
« compte des douleurs cruelles et incessantes par les-
« quelles a passé cette femme qui a lutté courageuse-
« ment, mais vainement, contre la situation qui lui était
« faite.

« Je déclare aussi que son état de santé actuel ne
« réclame pas son entrée dans un asile. »

En présence de ces avis contradictoires, la défense crut devoir provoquer une série de consultations médicales. Les principaux documents ainsi recueillis sont la consultation du Dr Ladame et le rapport du professeur Krafft-Ebing.

Dans son rapport, Krafft-Ebing déclare que le Dr Gosse a mal interprété le passage cité de la *Responsabilité criminelle* et en a déduit des conséquences tout à fait fausses, en soutenant que la femme L... ne saurait avoir été mélancolique, c'est-à-dire malade d'esprit, parce que chez elle, la douleur psychique n'était que trop bien motivée. Mme L..., prédisposée aux névropathies, a été atteinte d'affection nerveuse par suite de grandes fatigues physiques (accouchement, allaitement) et par suite de souffrances morales continuelles, et, pendant la période menstruelle, elle réagissait pathologiquement. Lors des règles, elle était toujours sombre et pleurait,

©BIUM

preuve évidente d'un état aigu de mélancolie à un léger degré.

Krafft-Ebing reconnaît des marques indubitables de mélancolie dans le sens d'une dépression psychique, depuis mars 1885 (peur d'être seule, besoin de s'égayer et dysesthésie psychique), et considère l'épisode du crime comme résultant de l' « exacerbation menstruelle d'une « affection psychique existant avant et après l'action ». Le délire pendant les jours qui ont suivi le crime ne s'explique pas au point de vue clinique par l'atropinisme et alcoolisme aigu seulement, mais il faut admettre que l'accusée se trouvait en même temps dans un état de dérangement d'esprit.

« Seuls, dit Krafft-Ebing, les véritables mélancoli-
« ques restent sans regret et calmes de conscience, par-
« ce que le mal persistant les empêche d'avoir un juge-
« ment sain et de sentir d'une manière normale.
« Mme Lombardi pense au sujet de son action comme
« au jour de son accomplissement, parce qu'une concep-
« tion délirante fausse sa pensée, et elle est insensible
« après comme avant parce qu'il y a obtusion de l'émo-
« tivité et de la sensibilité, ce qui, du reste, est carac-
« téristique dans la mélancolie. Ce phénomène est connu
« sous le nom d'*anesthésie* psychique, cause de cette
« insensibilité. »

Krafft-Ebing croit qu'une mère mélancolique, seule, peut parler comme Mme L... de son action, estimer ses enfants heureux et souhaiter que le seul survivant reçoive aussi la mort, et il considère comme sans valeur l'argument tiré par M. Gosse de ce que l'accusée aurait, une heure et demie avant l'attentat, écrit une lettre (raisonnable ?) indiquant des motifs logiques et affirmant être en pleine santé d'esprit, de ce que l'action aurait été combinée et logique, enfin de ce que l'accusée aurait bu pour se donner du courage. Toutes ces choses

©BIUM

sont possibles dans la mélancolie, et des actions comme celles de Mme Lombardi sont si fréquentes chez les parents mélancoliques, qu'elles se trouvent décrites avec détails dans tous les manuels de psycho-pathologie légale. « Comme dans presque tous les cas analogues, « dit en terminant Krafft-Ebing, le motif de l'action est « une idée fixe, une conception délirante qui se déve- « loppe sous l'influence d'une perturbation morale dou- « loureuse, faisant qu'on s'imagine que les chers enfants « n'ont plus rien à attendre ici-bas, hormis la souffrance « et la misère, ce qui résulte du fait que la mère mélan- « colique donne une objectivité à ses propres sensations « maladives en les reportant sur le monde extérieur.

« Incapables eux-mêmes, à cause de leur mélan- « colie, de supporter plus longtemps l'existence, les « malheureux de cette espèce ne peuvent cependant pas « se résoudre à laisser après eux dans ce monde de dé- « solation ce qu'ils ont de plus cher, et voilà comment « ils en arrivent au meurtre de leurs propres enfants, « chose, qu'en psychologie, on devrait appeler avec « plus de raison un *suicide combiné*.

« Une façon maladive de sentir et de penser ne « permet pas de rien opposer à ces fictions de l'imagi- « nation qui se renouvellent sans cesse en enlevant à « l'individu son libre arbitre et sa responsabilité.

« L'anesthésie psychique facilite l'action, la rend « semblable à un acte commis de sang-froid, lui donne « l'apparence de la raison et de la réflexion dans l'em- « ploi des moyens ; tout cela ce sont des critères qui, en « opposition avec M. le Dr Gosse, peuvent très bien « s'accorder avec la mélancolie, mais non pas avec un « acte commis sous l'influence d'un sentiment pas- « sionnel. D'après ma conviction, Mme Lombardi est « une aliénée, et cela depuis mars 1885. Certainement « elle n'a pas été responsable, n'étant pas libre d'esprit

©BIUM

« au moment du crime. Autant que j'en puis juger par « les observations faites sur elle et qui m'ont été sou- « mises, on reconnaît facilement que Mme Lombardi est « aliénée maintenant encore.

« La réunion de la malheureuse mère à ses enfants, « par la main du bourreau, serait peut-être un bienfait « pour elle, mais dans tous les cas, ce serait un meurtre « judiciaire commis sur une aliénée digne de pitié. »

Nous passerons rapidement sur une série de rapports produits par la défense, rapports qui, d'ailleurs, présentent peu de développements.

Le Dr Rapin conclut en disant que Mme L... est une aliénée et qu'elle est absolument irresponsable de ses actes. Il ajoute qu'elle doit être considérée comme une aliénée dangereuse, si, comme on le prétend, elle regrette que son dernier enfant ait survécu à ses blessures.

Le Dr Challand, médecin en chef de l'asile d'aliénés du canton de Vaud, déclare se ranger entièrement à l'opinion de MM. Chatelain et Long.

Les Drs Schaerer, directeur de la Waldau, Speyr, médecin-adjoint à la Waldau, et Fetscherin, directeur de l'établissement de Saint-Urban, estiment que la femme L..., lorsqu'elle a commis son action, le 1er mai 1885, était en état d'aliénation mentale et qu'elle est irresponsable.

Le Dr Badan, médecin des prisons de Genève, déclare se ranger entièrement à l'avis de MM. Chatelain et Long, et adhérer aux conclusions de leur rapport. Il considère la prévenue, non comme une criminelle, mais comme une malade absolument irresponsable, et il conclut au placement d'office dans une maison de santé.

Le Dr Olivet, médecin en chef de l'asile des Vernets et professeur de psychiatrie à l'Université de Genève, exprime l'avis que l'inculpée est depuis longtemps at-

©BIUM

teinte de mélancolie, et que l'acte incriminé a été une conséquence de la maladie.

Le Dr Porte, médecin de la famille L... et appelé pour donner les premiers soins après l'attentat, déclare, en toute conscience, que l'accusée, au moment où elle a égorgé ses enfants et tenté de se suicider, ne jouissait pas de sa raison, et qu'elle doit être considérée comme irresponsable de l'acte qu'elle a commis. Il ne la regarde pas comme une criminelle qu'il faut punir, mais comme une malade qu'il faut soigner et mettre dans l'impossibilité de nuire soit à elle-même, soit à ses semblables.

Le Dr Ientzer, ancien assistant à l'asile des Vernets, voit, dans l'état nerveux de la prévenue, l'évolution de la mélancolie, et conclut en disant que Mme L... est une femme nerveuse, hystérique, sur laquelle se sont greffés une série d'éléments soit physiques, soit moraux, qui ont été les causes principales déterminantes de la mélancolie.

L'espace nous manque pour analyser longuement la consultation du Dr Ladame, que nos lecteurs trouveront publiée dans les *Archives d'anthropologie criminelle*. Ce travail a fourni un élément d'appréciation d'une grande importance, en ce sens qu'il résume, on peut le dire, tous les documents médicaux de la cause. Nous nous contenterons d'en reproduire les conclusions.

« On a vu que Mme Lombardi m'a répondu qu'elle ne « regrettait pas actuellement de ne pas s'être noyée « comme cela avait été sa première idée, puisqu'elle « avait laissé sa besogne inachevée. La mort de ce petit « fait si bien partie intégrante de celle de la mère que, « jamais, la prévenue n'aurait fait un pas pour se dé- « truire en 1885, avant le crime, sans d'abord tuer ses « enfants, bien qu'elle fût obsédée depuis plusieurs « semaines par l'idée fixe du suicide. Aujourd'hui en-

©BIUM

« core cette conception délirante ne l'a pas quittée. Ce « ver rongeur, suivant sa propre expression, si juste et « si frappante, ne lui laisse pas un instant de répit, et, « cependant, quoiqu'il y ait plus d'une année qu'elle « soit rétablie, elle n'a pas tenté une seule fois de se « suicider, parce qu'elle sait qu'un de ses petits a eu le « triste sort de renaître à l'existence. Cela suffit à nous « prouver que Mme Lombardi ne se détruira pas aussi « longtemps qu'elle n'aura pas, comme elle le dit elle- « même, achevé son ouvrage. Mais le jour où son en- « fant sera mort, rien ne pourra l'empêcher de mettre « à exécution son funeste projet. N'avons-nous pas « raison de dire que le drame de Contance est un *sui-* « *cide,* et non pas un *meurtre?*

« Nous ajoutons que c'est un suicide d'aliéné. Quelle « que soit donc l'opinion que l'on professe sur la cul- « pabilité du suicidé, on doit conclure ici à l'irrespon- « sabilité.

« Il en résulte que, si l'on condamnait Mme Lombardi « pour son crime du 1er mai 1885 aux pénalités pré- « vues pour l'assassinat, ce serait en revenir aux légis- « lations du moyen âge qui frappaient le suicide comme « le meurtre. On cherchait alors par tous les moyens « à rappeler à la vie les malheureux suicidés, aliénés ou « sains d'esprit, afin de les livrer à la justice pour qu'ils « ne pussent échapper au supplice infamant qui les at- « tendait. Nous nous résumons en disant que nous « n'avons pas d'autres conclusions à présenter que celles « de MM. Long et Chatelain, auxquelles nous nous « associons pleinement. Je dirai donc avec ces Mes- « sieurs... (suivent les conclusions déjà citées.)

Une circonstance doit frapper dans cette affaire, c'est l'unanimité avec laquelle tous les aliénistes consultés ont conclu à l'existence de la lypémanie et à l'irresponsabilité de l'accusée; seules, les conclusions des rapports

©BIUM

du Dr Gosse et du Dr Vaucher donnent une note discordante parmi les nombreux avis médicaux.

Nous n'avons pas à apprécier les motifs pour lesquels le ministère public a désigné comme expert le professeur d'accouchements, aux lieu et place du professeur de psychiatrie de l'Université. Malgré l'autorité des médecins qui s'étaient prononcés pour l'irresponsabilité de la prévenue, le ministère public soutint l'accusation, avec modération, il est vrai. Mais à l'audience, le Dr Gosse vint déclarer qu'il ne maintenait pas les conclusions de son rapport, les phénomènes présentés postérieurement par l'accusée étant de nature à modifier la première opinion émise. Le Dr Vaucher restait seul à soutenir la responsabilité de Mme L... Le changement d'opinion du Dr Gosse a pu être l'objet de critiques de la part du ministère public qui perdait une des bases de l'accusation. L'avis d'hommes aussi compétents que les Drs Krafft-Ebing, Chatelain, Long et Ladame avait pu ébranler la première conviction du Dr Gosse. Nous ne pouvons que féliciter ce confrère d'être venu le dire à l'audience, car il faut toujours un certain courage pour déclarer publiquement qu'on a commis une erreur, même une erreur scientifique. Le cas pouvait, d'ailleurs, être embarrassant au début, car le public avait vu jusqu'au moment de l'attentat, Mme L... vivre de la vie commune, tenir son commerce, sans paraître délirante avec les clients, et le drame avait produit une vive émotion. En outre, le raisonnement de l'accusée restait logique.

Mme Lombardi fut acquittée par le jury, et conduite à l'asile des Vernets immédiatement après le verdict. Nous croyons intéressant de signaler à ce sujet une appréciation fort juste du Dr Ladame (1).

« Cet arrêt constitue un progrès juridique et surtout

(1) *Archives d'anthropologie criminelle*, janvier 1887.

©BIUM

« un progrès social. Il nous a montré une lacune de « notre loi de procédure pénale qui ne permet pas à la « cour criminelle de faire enfermer l'accusé dans une « maison d'aliénés, comme cela se pratique en France. « A Genève, il a fallu tourner la difficulté d'avance, et « obtenir, avant le jugement, une déclaration du département de justice et police constatant qu'il internerait « la femme Lombardi, si elle était acquittée. Mais le « procureur général avait-il le droit d'agir pour empêcher le département de donner cette déclaration qui « a été, dans l'espèce, une des meilleures armes de la « défense? En gagnant ce procès, M. l'avocat Lachenal « a fait reconnaître qu'il y avait des modifications « capitales qui devaient être introduites dans les principes du droit pénal; il a montré que l'on ne pouvait « plus se contenter de faire seulement la distinction « entre le *coupable* et le *non-coupable*, mais que l'on « devait aussi séparer le non-coupable *dangereux* des « *non dangereux* ».

Ces réflexions se présentent fort à propos au moment où l'on discute, en France, la révision de la loi du 30 juin 1838.

Préoccupés uniquement dans notre revue de médecine légale d'exposer des doctrines scientifiques, nous n'avons pas l'habitude d'aborder les discussions soulevées dans la presse non médicale à l'occasion de procès retentissants. Nous laisserions complètement de côté un article qui nous est communiqué de la *Tribune de Genève*, s'il ne touchait pas à une question de législation concernant les aliénés. L'auteur de l'article, après toute une série de sophismes que nous ne nous arrêterons pas à relever, présente, comme vraisemblable, l'hypothèse que M^me^ Lombardi peut sortir de l'asile des Vernets, reprendre sa place dans la société, et même commettre de nouveau impunément des actes monstrueux. La loi

©BIUM

de Genève sur les aliénés présente effectivement plus de lacunes que la loi française, en ce qui concerne les aliénés dits criminels. On sait que la Suisse ne possède pas de loi fédérale sur les aliénés, et que la législation varie suivant les cantons. La loi de Genève est antérieure de quelques mois à la loi française. Non seulement rien n'est prévu, comme le fait observer le Dr Ladame, pour l'admission d'office des aliénés poursuivis pour crimes, et acquittés par la cour d'assises comme irresponsables, mais, de plus, les ordres de placement ne peuvent être que temporaires, l'article 4 de la loi étant ainsi conçu :

« Art. 4. — L'autorisation ou l'ordre ne peuvent avoir « d'effet pendant plus de six mois ; ils peuvent être « renouvelés. Après le troisième renouvellement, ils « peuvent n'être renouvelés que d'année en année. »

Cette disposition avait déjà été critiquée en 1867 par Lunier, dans son mémoire sur l'aliénation mentale en Suisse (*Ann. méd. psychol.*). Une disposition analogue avait été proposée en France, lors de la discussion de la loi de 1838, mais n'avait pas été admise et avait été remplacée par l'état semestriel de maintenue. A Genève, un vice de procédure ou une simple omission pourrait faire mettre en liberté des aliénés dangereux. Le procès Lombardi a appelé l'attention sur ce point, et il est dans notre rôle de signaler ces lacunes aux législateurs.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 31 JANVIER 1887.

Présidence de MM. SEMELAIGNE et MAGNAN.

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

Installation du bureau.

M. SEMELAIGNE. — Messieurs et chers collègues, avant de quitter le fauteuil de la présidence et d'inviter notre savant collègue, M. Magnan, à s'y asseoir, permettez-moi de vous remercier encore une fois de l'honneur que vous m'avez fait en m'accordant vos suffrages. Cet honneur auquel je n'osais prétendre a dépassé mon ambition, et je vous devrai, par cette distinction toujours si flatteuse pour celui qui la reçoit, une de mes joies les plus vives et un de mes meilleurs souvenirs.

Votre bienveillance, Messieurs, m'a rendu facile la tâche que vous m'aviez confiée. Est-il besoin que je vous rappelle ce qui s'est passé au sein de notre Societé depuis mon entrée en fonctions? De nombreux travaux, des discussions éloquentes ont rempli nos séances. Une question des plus importantes a fixé entre autres votre attention, celle des folies héréditaires, problème obscur, complexe et sinon résolu, du moins élucidé par vous dans ses données principales. L'hypnotisme vous a aussi occupés un instant, à propos de l'emploi de la suggestion dans le traitement de certaines formes des affections nerveuses. La voie est ouverte sous ce rapport aux expériences, mais, qu'on y prenne garde, cette voie est trompeuse et il est prudent de ne s'y aventurer qu'avec une extrême réserve. Je m'arrête dans cette énumération ; votre temps est précieux : à quoi bon d'ailleurs

©BIUM

revenir sur vos travaux? Vous les avez présents à la mémoire.

Il est un pieux usage, Messieurs, et je manquerais à mon devoir si je ne m'y conformais, celui de saluer d'un dernier adieu, dans cette séance, les membres que la Société a perdus pendant l'année. Nos regrets les suivent au delà de la tombe. C'est Dechambre, le journaliste éminent, à l'érudition si variée, qui vient en tête sur la liste de nos pertes; puis Billod, un des plus anciens et des plus zélés collaborateurs des *Annales*; puis Legrand du Saulle, dont le monde scientifique a déploré avec nous la fin prématurée; puis Bourdin, esprit lettré, praticien excellent, à la bienfaisance inépuisable. L'année, ainsi que vous le voyez, a été attristée pour nous par bien des deuils. Mais le flambeau de la science se transmet comme celui de la vie, et, pour réparer les vides survenus dans nos rangs, nous avons à souhaiter aujourd'hui la bienvenue à de jeunes confrères, qui, à l'exemple de leurs maîtres et stimulés par eux et notre distingué secrétaire général, ne laisseront pas péricliter la Société entre leurs mains. La première fondée, elle doit rester la première parmi ses égales.

M. Magnan. — Messieurs, permettez-moi de vous exprimer mes sentiments de vive reconnaissance pour l'honneur que vous m'avez fait de m'appeler à présider vos débats. C'est un témoignage de sympathie dont je suis profondément touché et si malgré le souvenir des maîtres éminents qui m'ont précédé, j'ai accepté, sans hésitation, cette tâche difficile, c'est que je puis compter, je le sais, sur votre bienveillante indulgence. A votre tour, mes chers collègues, vous pouvez être assurés de tout mon zèle et de tout mon dévouement aux intérêts de notre Société.

Je dois aussi remercier hautement, et je suis certain d'être ici votre interprète à tous, l'honorable président dont les pouvoirs viennent d'expirer et qui n'a pas cessé un seul instant de diriger nos travaux avec la plus exquise aménité.

Il est de tradition, Messieurs, dans notre première réunion de l'année, sinon de présenter un programme, du moins de tracer les grandes lignes qui semblent ré-

©BIUM

pondre aux tendances de la Société. C'est sans beaucoup d'efforts que je puis m'acquitter de ce devoir. Sous l'impulsion de notre savant collègue M. Falret, d'importantes questions cliniques ont été mises à l'ordre du jour et comme preuve de l'opportunité de cette étude je n'ai qu'à signaler l'empressement avec lequel vous avez répondu à cet appel qui, du reste, n'était que l'écho de vos désirs.

De nombreux plaidoyers, aussi remarquables par le fond que par la forme, ont mis en relief les problèmes les plus difficiles et pour quelques-uns la solution en a même été indiquée. C'est donc bien là notre orientation et je n'aurai garde, mes chers collègues, de laisser dévier le gouvernail de la route dans laquelle vous vous êtes si vaillamment engagés.

La clinique est notre apanage, et dans ces luttes pacifiques de l'intelligence, où chaque peuple apporte son génie, où les médecins de tous les pays n'ont qu'un but : la recherche de la vérité, la guérison du malade ; nous restons, nous Français, avec notre esprit éminemment clinique.

Quelle est, en effet, la qualité maîtresse des œuvres d'Esquirol, si ce n'est cette observation précise et attentive du malade, ces descriptions prises sur le vif, qui survivent aux théories et qui font de ses œuvres un monument impérissable. Peu importe, en effet, l'interprétation, le tableau fidèlement tracé est saisissant et fournit un appui aux démonstrations même les plus récentes. Ce talent d'observation, nous le retrouvons dans les travaux de notre maître aimé, M. Baillarger, que sa santé tient malheureusement depuis quelque temps éloigné de nous.

De nos jours cependant, la clinique a élargi son cadre ; appuyée sur les progrès incessants de l'anatomie et de la physiologie, laissant de côté la méthode de fragmentation qui morcèle et détache les syndromes prédominants pour les élever au rang d'espèces pathologiques, la clinique, dis-je, embrasse aujourd'hui le complexus pathologique dans son entier. Les différents syndromes soigneusement analysés sont rangés suivant leur importance relative, suivant leur ordre hiérarchique et chronologique. L'état actuel du malade éveille immédiate-

©BIUM

ment dans l'esprit ces autres questions : d'où vient-il ? où va-t-il ? Et dans l'étude approfondie des antécédents et de l'évolution de la maladie, nous puisons les éléments solides du diagnostic et du pronostic et souvent aussi les indications thérapeutiques.

Mais ces grandes questions cliniques, auxquelles nous nous intéressons tous, n'excluent point les recherches et les travaux originaux où chacun de nous apporte le fruit de son travail et de ses aptitudes personnelles. Du reste, ces communications particulières marquent habituellement un pas en avant, ou bien éclairent des côtés encore obscurs de la médecine mentale.

J'espère qu'elles ne nous feront pas défaut, et que nous saurons par nos efforts communs conserver à notre Société, dans la psychiâtrie moderne, le rang élevé que nos devanciers avaient su lui acquérir. Je viens donc vous convier tous à mettre à profit les richesses que renferment nos services hospitaliers et à soumettre ces recherches à la sanction de nos discussions. D'ailleurs, non seulement ces travaux gagnent en passant par les épreuves de la controverse, mais encore ils sont consignés dans notre recueil avec l'estampille en quelque sorte de notre Société.

Je me félicite, Messieurs, et je vous remercie de la réélection de nos secrétaires annuels, et je suis heureux aussi de pouvoir à mon tour associer mes sincères félicitations aux éloges si pleinement justifiés qui, chaque année, s'adressent à notre éminent et sympathique secrétaire général.

Avec de tels collaborateurs on ne sent plus le fardeau de la présidence.

C'est enfin une véritable satisfaction pour moi de pouvoir inviter mon distingué collègue et excellent ami, M. Cotard, à prendre au bureau la place où l'ont appelé les suffrages unanimes de ses collègues.

M. Cotard remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en le nommant vice-président pour l'année 1887.

©BIUM

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Paul Aubry, sollicitant le titre de membre correspondant de la Société ;

2° Une circulaire de M. le Dr Ferguson, secrétaire de la section de médecine psychologique et des maladies nerveuses du Congrès médical international de Washington. (Voir *Annales médico-psychologiques*, numéro de mars 1887, p. 347.)

3° Une circulaire de M. Gariel, président du Comité d'études du palais des Sociétés savantes.

La correspondance imprimée comprend :

Une brochure imprimée de M. le Dr Ladame, membre associé étranger de la Société : *La responsabilité criminelle des aliénés dans l'antiquité, au moyen âge et à la Renaissance.* Leçon d'ouverture du cours de psychiatrie médico-légale donnée à l'Auditoire de droit de l'Université de Genève, le 30 octobre 1886.

M. Larroque fait hommage à la Société des deux travaux suivants : *Rémissions dans le cours de la paralysie générale. Monographie ; Relation de deux petites épidémies de variole observées chez les aliénés.*

M. Bouchereau offre à la Société une thèse de M. le Dr Albert Petit, ancien interne des asiles de la Seine, intitulée « Des rapports de la paralysie générale chez la femme avec certains troubles de la menstruation ».

M. Petit tire de son travail les conclusions suivantes :

1° Le développement de la paralysie générale chez la femme amène le plus souvent des troubles dans la menstruation.

2° Ces troubles se caractérisent tantôt pour un arrêt subit et définitif des règles, tantôt par une irrégularité notable des époques menstruelles, alors qu'auparavant cette fonction s'accomplissait avec la plus grande régularité.

©BIUM

3° Lorsqu'au cours d'une paralysie générale chez la femme, il survient une rémission, cette rémission paraît avoir pour effet de rétablir la régularité dans les fonctions cataméniales.

4° Les malades qui, pendant leur méningo-encéphalite diffuse, n'ont éprouvé aucun trouble menstruel, paraissent résister plus longtemps que celles qui ont vu leurs époques se supprimer complètement, ou bien devenir irrégulières.

Le travail de M. Petit porte sur 59 paralytiques :

52 ont eu la menstruation troublée à la suite du développement de la méningo-encéphalite diffuse, et 7 seulement ont été régulièrement menstruées jusqu'à leur mort.

M. MOREAU (DE TOURS). — Messieurs, le Dr P. Funaioli, directeur du manicome de Sienne, fait don à la Société médico-psychologique d'un volumineux ouvrage qui ne contient pas moins de plusieurs centaines de pages, affecté au compte rendu médical et administratif de l'asile Saint-Nicolas, de l'année 1864 à l'année 1885. Ce travail fait sur le modèle des comptes rendus de nos confrères des asiles de France, témoigne de patientes et sérieuses recherches. La partie médicale est l'objet d'une étude toute particulière et les différentes formes d'aliénation traitées à l'asile dans cette longue période sont présentées et décrites avec un soin qu'on ne saurait trop louer. Plusieurs phototypies très soignées nous montrent l'asile sous ses différents aspects, et on ne saurait méconnaître que toutes les modifications reconnues nécessaires et utiles, ont été apportées dans cette construction. De nombreuses cartes, typographiques, géologiques, de la distribution de la folie dans les provinces qui envoient leurs malades à l'asile de Sienne, etc... complètent cet ouvrage qui, des plus intéressants et des plus instructifs, a reçu de plus un soin tout particulier dans son exécution matérielle.

On ne saurait trop féliciter notre savant confrère de l'œuvre qu'il a entreprise et su mener à bonne fin ; et nous faisant l'interprète des sentiments de la Société médico-psychologique, nous adressons au Dr Funaioli nos très sincères et très chaleureux compliments.

©BIUM

Prix Esquirol.

Deux mémoires ont été envoyés :

N° 1. — De la constipation chez les aliénés. Sa prophylaxie ; son traitement par l'eau de la Source salée.

Epigraphe : *Ars tota in observationibus.*

N° 2. — Des délires multiples et des intoxications d'origine différente chez le même individu. Revue critique et clinique.

Epigraphe : « L'avenir de la médecine mentale est dans la clinique et dans l'observation des malades. »

La commission du prix Esquirol est composée de MM. Baillarger, Mitivié, Foville, Charpentier et Saury.

Rapport de la Commission des finances.

M. MITIVIÉ. — Messieurs, chargé conjointement avec M. Guignard d'examiner les comptes de M. le trésorier, j'ai l'honneur de vous donner le résultat de notre mission.

Après vérifications faites, les recettes ordinaires de la Société se montaient, au 31 décembre 1886, à la somme de 1,204 fr. 50 c., non compris les restes à recouver qui sont de 364 francs.

Les dépenses ont été de 936 fr. 65, chiffre inférieur de 313 fr. 60 à celui de l'an passé.

De ces chiffres, il résulte un excédent de recettes de 265 fr. 85 qui, ajouté aux excédents des années précédentes 2,080 fr. 90, laissent un fonds disponible de 2,346 fr. 75.

La caisse Aubanel présentait en recettes 3794 fr. 45 sur lesquels la société a distribué, en 1886, 1,400 francs.

Il restait donc au 31 décembre en caisse 2,394 fr. 45 qui, avec les arrérages à toucher en 1887, formeront un total disponible de 3,194 fr. 45.

Les recettes de la caisse Belhomme sont montées en 1886 au chiffre de 1,435 francs, sur lesquels il a été prélevé un prix de 1,200 francs.

Il reste donc en caisse 235 francs qui, au 31 décembre

©BIUM

1887, se seront augmentés de 300 francs, soit disponibles 535 francs.

Il me reste à vous mentionner la caisse Moreau (de Tours), représentée par un titre de rente de 100 francs destinés à distribuer un prix bisannuel de 200 francs.

Si nous récapitulons ces différentes sommes l'avoir disponible de la Société est à ce jour de 9,071 fr. 25 ainsi décomposé :

Rente 3 0/0, 4,095 fr. 05.
Argent disponible, 2,346 fr. 75.
Prix Aubanel, 2,394 fr. 45.
Caisse Belhomme, 235 francs.

Ces chiffres, Messieurs, vous montrent que, grâce au zèle de votre trésorier et à sa prudente administration, vos finances sont suffisamment prospères, puisque la Société est au-dessus de ses affaires, et que les années se soldent par un excédent de recettes, qui, accumulées, permettront de pourvoir à l'imprévu.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que nous avons trouvé toutes les pièces en règle et la comptabilité parfaitement tenue. Nous vous proposons, en conséquence, de donner votre approbation aux comptes de l'exercice 1886 et d'adresser des remerciements à M. le trésorier dont le dévouement depuis longtemps déjà mis à l'épreuve est toujours aussi actif.

Sur la proposition de M. le Président, des remerciements sont votés à l'unanimité à M. Aug. Voisin, trésorier de la Société.

Rapports de candidature.

M. Bouchereau. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Dagonet, Magnan et Bouchereau, de vous faire un rapport sur les titres de M. Taule, qui sollicite le titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique.

M. Taule est l'auteur d'une thèse qui a été remarquée à l'époque où il la publiait, en 1866 : à ce moment, Littré et Charles Robin exerçaient une grande autorité sur les médecins et les élèves ; s'inspirant de leurs idées, M. Taule a pris pour sujet de sa thèse : La nature et les propriétés

©BIUM

de la matière organisée ; il s'occupe des principes constituant de l'organisme, des principes immédiats, de leur classification, de leur formation, des blastèmes, des plasmas, des éléments anatomiques, des propriétés biologiques ou vitales des éléments anatomiques, de leur nutrition, de leur développement, de leur naissance ou reproduction, de la contractilité, de l'innervation.

A son avis, la vie ne présente rien de plus mystérieux que tel ou tel phénomène d'ordre physique ou clinique. Ce n'est point un principe particulier, isolable de la matière, et doué d'attributs surnaturels.

C'est le mode d'activité immanent à l'état d'organisation ; lequel n'est autre chose que l'union moléculaire des principes immédiats des trois classes constituant un tout, un système commun, temporairement insoluble, appelé organisme. L'extrême instabilité de ce composé excessivement complexe est à la fois la condition de sa rénovation moléculaire incessante, et celle de sa dissociation chimique après une durée variable, mais relativement très restreinte.

Il existe d'ailleurs plusieurs degrés d'organisation. Le premier est celui des blastèmes, des plasmas et des autres éléments amorphes, où les trois classes de principes immédiats se trouvent associés sans forme ni structure déterminée. Le deuxième est celui des éléments anatomiques proprement dits (éléments figurés) qui offrent une structure et un volume variables suivant les espèces, mais toujours constants pour une espèce donnée. L'organisation est déjà très facile à reconnaître dans les éléments de cet ordre. Elle est encore plus marquée dans les tissus et atteint son maximum de développement dans les organes et dans les appareils. Mais ce sont là des moyens de perfectionnement purement secondaires, qui augmentent l'intensité de l'activité vitale et les aptitudes fonctionnelles de l'être, mais n'apportent aucune propriété nouvelle dans l'organisme. Ces éléments eux-mêmes sont autonomes et jouissent d'une certaine indépendance les uns vis-à-vis des autres. Chacun a sa vie propre, et accomplit un rôle déterminé dans l'organisme. De telle sorte qu'on a pu dire que la vie générale d'un être est la résultante des vies ou propriétés particulières de ces éléments.

©BIUM

La plupart des propositions de M. Taule résument, conformément à l'enseignement de Charles Robin, l'état de la science touchant la nature et les propriétés élémentaires de la matière organisée : il passe en revue et critique les connaissanees acquises sur cette question ; la lecture de sa thèse peut éviter à d'autres des recherches nombreuses ; c'est donc une œuvre utile ; mais aujourd'hui l'attention se porte d'un autre côté ; dans la science, il n'y a rien de définitif, les théories aussi bien que la nature sont soumises à des transformations, à une évolution qui n'aura d'autres limites que la manifestation de la vie.

Ses études terminées, M. Taule exerce avec succès durant quelques années la médecine à Paris, quand un deuil de famille le rappelle dans son pays ; après un repos forcé, il se rend à Strasbourg, et s'attache à M. Kœberlé, opérateur habile, qui avait acquis une réputation étendue et légitime dans la pratique de l'ovariotomie. Auprès de ce maître renommé, M. Taule acquiert des connaissances en chirurgie qu'il va bientôt mettre à profit : en effet, il quitte Strasbourg en 1870, avec une ambulance partie de cette ville lors des premiers combats de Wissembourg-Wœrth ; avec ses confrères, il prodigue ses soins à des nombreux blessés. L'ambulance, dont il fait partie est dirigée sur Haguenau, où il reste jusqu'au jour où le dernier blessé est évacué ; devenu libre, il est obligé de faire un long détour pour rentrer en France, il gagne Paris avant l'investissement, prend du service comme chirurgien d'un bataillon de marche : après la guerre, il cherche à se créer une situation en province, où il réussit ; ses forces se seraient vite épuisées dans ce labeur peu productif, si des amis ne l'avaient proposé comme médecin-inspecteur du service des enfants assistés de la Seine. M. Taule a été très apprécié dans ses fonctions. Au mois de décembre 1884, M. Taule est nommé directeur de l'asile Sainte-Anne ; le service des enfants assistés se trouve rattaché au même bureau que les aliénés au ministère de l'intérieur : à Paris, enfants assistés et aliénés ont été tantôt réunis, tantôt séparés.

L'asile Sainte-Anne demande une activité très grande de la part de celui qui occupe les fonctions de directeur : en effet, du 1er janvier au 31 décembre 1885, 4,597

©BIUM

aliénés ont été traités, comprenant 2,508 hommes et 2,089 femmes.

La population totale s'élève en moyenne par jour à 1,169 personnes, et la dépense prévue pour l'exercice de 1887, a été fixée à 1,181,000 fr. Il faut posséder des qualités diverses pour remplir d'une manière satisfaisante les fonctions importantes de directeur d'un pareil établissement : M. Taule s'est acquitté de sa mission si délicate en méritant l'estime du tous ; on apprécie son caractère et sa droiture : il arrive à un moment où la nécessité des économies devient urgente ; c'est une tâche bien ingrate pour un nouveau directeur : son passé nous est un gage de son succès dans l'avenir. D'ailleurs ses connaissances médicales lui donnent certains avantages sur quelques-uns de ses prédécesseurs.

Messieurs, nous vous proposons de conférer à M. Taule le titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique dont il est digne par son savoir et son caractère : en l'associant à nos travaux, vous rendrez plus intimes les liens qui attachent le directeur et les médecins du même établissement ; s'inspirant de votre exemple il sera fier de contribuer aux progrès de la science et à l'amélioration du sort de nos malades : tel est le but vers lequel tendent tous vos efforts et que notre Société s'est toujours proposé.

Les conclusions du rapport de M. Bouchereau sont adoptées et M. Taule est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre titulaire.

M. Ritti. — Messieurs, vous avez entendu, dans la dernière séance, une intéressante communication de notre collègue M. Morean (de Tours), sur les hôpitaux en Orient (Grèce, Turquie d'Europe et d'Asie, Palestine, Egypte), et principalement sur les asiles d'aliénés. C'étaient des extraits d'un rapport adressé par M. le Dr Paul Aubry à M. le Ministre de l'instruction publique et des cultes, à la suite d'une mission scientifique qui lui a été confiée.

M. Paul Aubry vient aujourd'hui solliciter le titre de membre correspondant de la Société. Ancien externe des hôpitaux de Paris (médaille de bronze de l'Assistance publique), membre de la Société d'anthropologie,

©BIUM

M. Aubry s'est, outre le travail qui nous a été analysé, fait connaître par des publications importantes. On peut lire de lui, dans le *Progrès médical* de 1885, un article sur *les hôpitaux en Scandinavie* ; dans le journal la *Thérapeutique contemporaine* de 1886, un mémoire sur la *Cocaïne contre le mal de mer*, etc. Tous ces travaux dénotent des qualités scientifiques réelles, et la Société médico-psychologique ne peut que se féliciter de compter leur auteur au nombre de ses membres correspondants. Je propose donc à la Société d'accorder à M. Paul Aubry le titre qu'il sollicite.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et M. Paul Aubry est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre correspondant.

Du délire chronique (suite).

M. Paul Garnier. — Messieurs, vous avez entendu, dans l'avant-dernière séance, deux importantes communications sur la question à l'ordre du jour : *le délire chronique*. M. Falret, qui a pris le premier la *parole*, est venu donner, je puis le dire, la consécration de sa vaste expérience à la doctrine dont j'avais eu l'honneur de vous retracer les grandes lignes, en ouvrant ce débat.

S'il a formulé quelques réserves, introduit dans son discours certaines restrictions, sur divers points de détail, il n'en a pas moins reconnu, comme parfaitement légitime, l'existence d'une forme d'aliénation mentale, d'une vésanie spéciale essentiellement caractérisée par une évolution systématique progressive, c'est-à-dire par la succession en un ordre invariable, de ces quatre stades :

1° Phase initiale d'inquiétude, d'appréhension vague, état de malaise moral, d'éréthisme psycho-sensoriel générateur des interprétations imaginaires et des troubles hallucinatoires.

2° Délire des persécutions lentement organisé en système fixe.

3° Délire des grandeurs (systématisation ultime et transformation du moi maladif).

©BIUM

4° Démence, désagrégation lente de l'édifice délirant.

Tout en admettant que le délire type des persécutions, tel qu'il a été décrit par M. le professeur Lasègue, mène aux idées de grandeur, M. Falret pense que le délire primitif ne leur cède point le pas et qu'il continue à garder le premier rang sur la scène morbide. Telle est la principale objection qui, selon lui, milite contre la création d'un terme nouveau : le malade restant avant tout et toujours un persécuté, on est en droit, malgré la complication des conceptions ambitieuses, d'appeler son affection mentale : délire des persécutions.

Il est bien certain, Messieurs, que les idées de grandeur ne s'imposent pas, dès qu'elles apparaissent; elles ne sont émises, tout d'abord, que timidement et avec toutes sortes de réticences. Il y a là une transition plus ou moins lente à s'opérer; en matière de délire chronique, du reste, il n'y a place que pour une évolution presque insensible. Puis, pendant une durée qui est souvent fort longue, les deux ordres d'idées coexistent, mais la tendance qui s'affirme de plus en plus est dans le sens des conceptions orgueilleuses, car ce ne sont évidemment pas les plaintes et les récriminations en lesquelles se répand le mégalomane heurté, au milieu de ses rêves de grandeur, par de dures réalités, ce ne sont pas les réclamations qu'il réitère afin que justice lui soit rendue, qui peuvent être considérées comme un délire des persécutions proprement dit.

Il faut voir là simplement un ambitieux conséquent avec son principe. Quelle différence entre lui et le paralytique général! Mais quelle dissemblance, aussi, j'ose dire, entre ce mégalomane plaidant ses revendications et le persécuté vrai, l'homme de la deuxième période, que nous avons vu harcelé par la crainte des complots ourdis contre lui, sans cesse sur ses gardes, afin de dérouter ses imaginaires ennemis. N'est-il pas vrai qu'entre ces deux états psychiques il y a un sensible écart? Comment, du reste, en serait-il autrement et que signifierait donc la production d'idées expansives dans un cerveau jusque-là hanté exclusivement par des sentiments pénibles? Si elles y naissent, à ce moment donné, c'est que, sans doute, tout est préparé pour cette éclo-

©BIUM

sion, leur apparition n'ayant rien de fortuit et de contingent.

Il me semble qu'une pareille transformation morale est un fait capital qui domine toute l'histoire de ce délire, transformation qui n'est pas seulement dans les paroles, mais aussi dans l'attitude générale, dans la physionomie, dans les actes de l'individu. L'expression : *délire des persécutions* est, à la fois, une dénomination et une définition. Elle implique l'idée d'une forme de folie que l'on n'a jamais manqué de ranger dans le groupe des états mélancoliques ou dépressifs. Or, si l'on admet qu'il est de règle que ce délire des persécutions aboutisse à des idées de grandeur, c'est-à-dire à une variété d'aliénation mentale ayant sa place marquée dans le groupe opposé des délires expansifs, on doit convenir qu'il y a quelque illogisme à continuer à désigner, par le même vocable, une situation mentale aussi profondément modifiée.

Et s'il paraît déjà contradictoire, en regard de cette coexistence de deux formes de conceptions maladives, de se servir d'un terme qui ne peut s'adapter exclusivement qu'à l'une d'elles, l'embarras ne devient-il pas tout à fait grand quand il s'agit d'appliquer l'étiquette : *délire des persécutions*, à ces aliénés chroniques chez lesquels les idées dépressives anciennes ont fait place à un délire ambitieux absolument prédominant? Chez beaucoup de ces malades, il est besoin d'une recherche rétrospective, pour reconstituer la filiation délirante, pour retrouver, à l'origine, les idées de persécution dont la systématisation ultime a eu pour aboutissant la folie des grandeurs. Il en est qu'il faut ramener, je dirais presque malgré eux, à ce passé en partie oublié et devenu plus ou moins confus et incertain, pour obtenir le récit des tourments anciennement subis ; et comme ce récit ressemble peu à celui d'autrefois ! Que d'énergie, de force et de conviction en moins! et comme on voit bien que les préoccupations maladives ont varié d'orientation !

En terminant, M. Falret a manifesté la crainte de voir englober dans le délire chronique une forme d'aliénation mentale à laquelle il accorde, à très juste titre, une existence indépendante : la *mélancolie anxieuse*. Je puis dire qu'il n'est nullement question d'attribuer

©BIUM

au délire chronique ce qui ne saurait lui appartenir.

Comme le fait remarquer M. Falret, le mélancolique anxieux trouve au-dedans de lui-même les motifs de son angoisse, de sa détresse morale ; le persécuté vrai, personnifiant l'égoïsme morbide dans son expression la plus haute, ne sait s'en prendre qu'à autrui, des tourments qu'il endure. L'un est un coupable, presque toujours prêt au sacrifice de son être tout entier, l'autre est une victime qui réclame justice. La nuance est suffisamment sensible, en matière psychologique, et vaut la peine qu'on y insiste. En elle réside l'explication des dissemblances dans le mode réactionnel. D'une manière générale, le premier est surtout un impulsif suicide, le second un impulsif homicide.

En résumé, les quelques objections ou réserves formulées par M. Falret ne visent que des points secondaires ; l'accord est complet sur le fond même de la thèse, qui consiste à soutenir qu'il y a lieu de distinguer une vésanie ou psychose à marche progressive et chronique, à processus systématique, dont les deux phases symptomatiques saillantes sont, par ordre successif, le délire des persécutions et le délire des grandeurs, la question de dénomination de cette folie chronique restant seule en litige.

Il en est autrement des critiques que M. Dagonet a accumulées contre la doctrine qui est ici en cause, et contre laquelle il s'élève avec énergie.

A ne considérer que les arguments dont il s'est servi pour la combattre, je ne suis même pas assuré d'avoir été assez heureux pour me faire bien comprendre.

Je note, en effet, que mon savant collègue a rappelé, à plusieurs reprises, au cours de sa communication, les remarquables travaux de M. Foville sur le sujet en discussion, et qu'il a paru adhérer aux idées et aux interprétations qui en constituent la vraie originalité. Or, la thèse que j'ai défendue s'appuie précisément sur ces mêmes travaux, ces mêmes idées, ces mêmes interprétations ! M. Dagonet, à un moment du reste, croit devoir le constater en disant « qu'il s'est efforcé de montrer qu'il n'existe pas de différence entre le tableau clinique tracé par M. Foville et celui exposé par M. Paul Garnier sous le nom « de délire chronique ». Cette remarque

©BIUM

semblerait indiquer, que ce ne peut guère être, dès lors, que le terme de *délire chronique* qui gêne M. Dagonet. Je serais heureux qu'il en fût ainsi, c'est-à-dire que nous ne fussions séparés que par une controverse terminologique. Mais l'argumentation de mon savant contradicteur ne me permet pas cette illusion! C'est bien l'existence même d'une folie chronique caractérisée par la succession des idées de persécution et de grandeur qu'il se refuse à admettre. Pour légitimer son opposition, il a cité quelques observations qui, d'après lui, sont autant de preuves que le délire des persécutions peut durer indéfiniment sans intervention d'idées ambitieuses. Qu'il me permette de ne pas être ébranlé par les exemples cliniques qu'il a produits ; ceux-ci seraient-ils indiscutables en eux-mêmes, qu'ils ne suffiraient pas à faire méconnaître l'évolution du délire chronique, évolution observée dans des milliers de cas : tout au plus, pourraient-ils être envisagés comme ces très rares exceptions que comporte toute règle, comme ces cas plus ou moins frustes que l'on constate, à peu près dans toute espèce de maladie. Mais, au surplus, rien ne démontre encore que le délirant persécuté dont a parlé M. Dagonet, échappe à la loi de l'évolution classique. Cet individu qui s'entendait appeler « le sodomiste du père Michel », et qui est devenu homicide sous l'influence de ses idées délirantes, de ses hallucinations, serait resté persécuté pendant sept ans sans qu'on pût constater chez lui la moindre trace des conceptions ambitieuses! Comme j'ai eu soin de noter que le délire des grandeurs n'apparaît parfois chez le persécuté qu'après dix, vingt, trente ans même, je suis bien à mon aise pour répondre à M. Dagonet que rien ne prouve encore que le nommé M... ne deviendra pas, dans un avenir plus ou moins prochain, un mégalomane, pour me servir de son expression. Je sais qu'il m'objectera que cet aliéné peut être considéré comme guéri. Quant à moi, je dois avouer qu'une guérison qui laisse subsister chez l'individu la conviction qu'il n'a point été le jouet d'hallucinations, et que les insultes entendues répondent bien à une réalité extérieure, j'avoue, dis-je, qu'une pareille guérison me paraît des plus incertaines.

M. Dagonet sait fort bien que dans la variété de folie

©BIUM

actuellement en discussion, le délire ne se manifeste pas toujours d'une manière bruyante et très ostensible et qu'il est de ces apparences calmes et lucides qui dissimulent assez bien une situation mentale fort troublée au fond. En citer des exemples serait abuser, sans grande nécessité, de votre attention. Je suis tenté cependant de faire une exception pour un fait récent, précisément parce qu'il est bien connu de M. Dagonet, et aussi, du reste, de MM. Blanche et Bouchereau.

Il s'agit d'un nommé R..., âgé de quarante-deux ans, instituteur, dont voici l'histoire en quelques mots.

Doué d'une réelle intelligence, laborieux, actif, entreprenant, R... ne négligea rien, dès ses débuts dans la carrière de l'enseignement où il entra à l'âge de vingt-six ans, pour attirer sur lui l'attention de ses supérieurs et mériter un avancement rapide. Il se multiplia, afin que ses élèves parussent plus instruits que les enfants des autres écoles similaires et, en dehors de ses fonctions, il créa un cours gratuit du soir pour adultes, obtint un réel succès et fit preuve, en tout, du zèle le plus louable. Il n'en fut pas récompensé autant qu'il l'espérait. Il désirait ardemment un poste qui lui paraissait plus avantageux : ce fut un concurrent bien moins méritant que lui, à ses yeux du moins, qui l'obtint. Il y eut là pour lui une amère déception. Dès lors, son caractère s'aigrit : il devient sombre, taciturne, défiant, soupçonneux, inquiet. Bientôt cette altération de la sensibilité morale et affective s'accentue et se précise, et tout à l'heure elle donnera naissance à des interprétations erronées, ébauche d'un délire de persécution qui va s'affirmer de jour en jour. Nous sommes en 1872, et dès cette époque, sa conviction est qu'il se heurte à un parti pris... on le sacrifie..., on veut l'empêcher d'arriver, on cherche à briser sa carrière. Tout est mis en œuvre pour le perdre. Des voix disent : « On va te mener loin ! tu n'échapperas pas !... tous les moyens seront bons pour te ruiner, te déshonorer, te jeter en prison et te mener jusqu'à l'échafaud ! » R... ne tarde pas à désigner nominativement celui dont il se croit la victime... c'est un inspecteur de l'Université qu'il accusera aussi plus tard d'entretenir des relations adultères avec sa femme et d'avoir comploté avec celle-ci la mort de son enfant.

©BIUM

Quinze ans se sont passés depuis le début du délire des persécutions : voici le délire ambitieux qui se montre... Le jeune garçon, ainsi sacrifié à la haine de ses ennemis, eût été un homme prodigieux, un grand général, il eût rendu à la France l'Alsace et la Lorraine. Une machination politique ourdie à Berlin et pour laquelle on a recruté des complices à Paris : telle est la cause de la mort de son enfant!...

De plus en plus dominé par ses idées maladives, R... a dû cesser ses fonctions, tellement son trouble mental est devenu évident pour tous. La mesure prise à son égard ne fait que l'exalter davantage. Il devient menaçant pour l'inspecteur général, qu'il rend responsable de ses déboires, de ses tourments. Bref, il est conduit en août 1885 à l'infirmerie spéciale et de là dirigé sur Sainte-Anne.

Pendant les premières semaines de son séjour à l'asile, il se montra très excité et eut un délire des plus actifs. Peu à peu, cependant, cette exubérance délirante fit place à une attitude beaucoup plus calme et plus réservée. R... durant plusieurs mois, se tint traquille, s'occupant volontiers aux écritures, circulant paisiblement au milieu de l'asile, ne parlant plus guère de ses prétendues persécutions et inspirant toute confiance par ses manières convenables et polies. Aussi, quand quelques mois plus tard, il reclame sa sortie, en termes posés, il réussit à se faire écouter, et la question de sa mise en liberté fut sérieusement agitée. La décision désirée ne venant pas assez vite, à son gré, il s'anime, devient moins maître de lui-même... enfin, il ne se contient plus... et le délire apparaît aussi net, aussi actif que jamais.

De guérison, il n'y en avait que la trompeuse apparence. Il est même bien à craindre que R... ne soit pour bien longtemps encore enfermé dans un asile d'aliénés.

L'objection que m'a adressée M. Dagonet au sujet de la distinction établie entre certains persécutés persécuteurs, à ranger parmi les dégénérés héréditaires et les persécutés vrais, n'a pas, je crois, l'importance qu'il y attache. Il affirme que je me suis chargé, par là même, de démontrer le peu de fondement de la doctrine sur laquelle repose la création du délire chronique. Où il voit une contradiction, il n'y a pourtant que l'expression

©BIUM

d'une vérité clinique que M. Falret surtout a défendue ici même avec des arguments si irréfutables et un si grand talent, qu'y insister à nouveau m'eût paru être une inutile et incolore redite. Il ne suffit pas, en effet, qu'un individu ait des idées de persécution pour appartenir au type classique des délirants persécutés ; il faut encore que ces idées délirantes se développent d'une certaine façon, qu'elles soient soumises à une incubation lente, qu'elles affectent une marche, une coordination, une systématisation spéciale, qu'elles aient pour base ou pour habituel aliment des troubles sensoriels bien définis et notamment des hallucinations de l'ouïe ; quand cette évolution est réalisée, l'on est sûr d'avoir affaire au délire des persécutions, et l'on est non moins certain que l'on se trouve en présence d'une *psychose progressive systématique*, c'est-à-dire du délire chronique.

M. Dagonet me demande comment il est possible de diagnostiquer, dès les premières périodes, ce délire chronique. Ma réponse sera simple : établir le diagnostic de cette vésanie chronique n'est pas plus difficile que de poser celui du délire type des persécutions, car reconnaître celui-ci, c'est en même temps diagnostiquer celle-là.

En retraçant, à très grands traits, dans ma précédente communication, la physionomie du délire chez les dégénérés héréditaires, j'ai eu à parler de la facilité avec laquelle ces êtres frappés de déséquilibration mentale sont pris d'accès délirants, soit avec prédominance tantôt d'idées de persécution, tantôt d'idées hypochondriaques, d'idées mystiques, soit encore de divagations ambitieuses. Et, à ce propos, j'ai indiqué tout l'intérêt qui s'attache à la différenciation, par exemple, d'un délire des grandeurs ainsi rapidement développé d'avec le délire ambitieux, troisième phase du délire chronique.

Or, M. Dagonet a précisément cité l'observation d'un malade qui, pendant vingt ans, était atteint subitement, tous les deux ou trois ans, d'une mégalomanie très caractérisée et il veut bien me demander si cet aliéné est à classer parmi les délirants chroniques. A m'en tenir aux détails de l'observation, je n'hésite pas à déclarer que le malade de M. Dagonet me paraît bien plutôt appartenir au groupe des dégénérés héréditaires, car,

©BIUM

chez lui, l'affection mentale a procédé comme elle procède d'ordinaire chez les aliénés de cette catégorie, c'est-à-dire par accès. Il me semble qu'il n'y a pas plus lieu de voir dans cet accès de délire ambitieux, une entité morbide distincte, une mégalomanie, comme l'appelle M. Dagonet, qu'il ne convient de décrire sous ce nom, ce délire d'orgueil qui éclate souvent sous l'influence du choc épileptique. C'est un syndrome lié à une maladie primordiale sur laquelle doit se concentrer toute l'attention.

Quant au terme : *mégalomanie*, je n'ai pas eu à en blâmer l'emploi, comme me le fait dire M. Dagonet, qui s'est évidemment mépris sur la véritable portée de mes paroles. Je me suis borné à faire remarquer que, par cette expression, il ne fallait pas, selon moi, prétendre désigner une unité classique, là où il n'y a en réalité qu'une phase déterminée d'une vésanie chronique, impliquant nécessairement, comme période antécédente, le délire des persécutions.

Dénommer par un terme unique suffisamment clair, cette succession d'états psycho-pathiques reliés entre eux d'une façon si étroite, ce n'est point se mettre en désaccord, comme le croit M. Dagonet, avec les principes d'une saine clinique. C'est simplement consacrer le fait capital de cette évolution, c'est forcer l'attention à se porter sur le caractère essentiel de cette maladie mentale, à savoir, sa marche systématiquement progressive par stades invariablement les mêmes.

Un dernier grief à relever, Messieurs, et j'ai fini. M. Dagonet n'a pas manqué de critiquer l'expression de « *délire chronique* » employée par M. Magnan pour désigner ce long processus délirant, mais, comme il se refuse déjà à reconnaître le fait même de cette évolution, son opposition sur ce point ressemble trop à une prévention.

Si, au contraire, il consentait à nous donner son adhésion sur le fond même de la question, ce dont il ne faut pas désespérer, je pense, peut-être arriverions-nous, avec son utile concours, à trouver un terme s'adaptant mieux encore à la chose que nous voulons spécifier. Mais il est bien évident que le choix d'une étiquette suppose un accord préalable sur la réalité même de la

©BIUM

forme de maladie mentale qu'il s'agirait de dénommer.

Un tel résultat, à ce point désirable, serait, à coup sûr, Messieurs, la meilleure démonstration de l'utilité de cette discussion, à l'occasion de laquelle vous avez bien voulu me prêter une attention si indulgente que je ne puis moins faire, en terminant, que de vous en témoigner toute ma reconnaissance.

M. J. FALRET. — M. Garnier me semble avoir négligé un point important, celui relatif à la démence. Je crois que la plupart des malades atteints de délire de persécution, aboutissent à un état mental cristallisé, stéréotypé, mais rarement à la démence ; ils conservent longtemps une grande activité intellectuelle et atteignent rarement cette incohérence si caractéristique chez les déments.

M. DAGONET. — Je ne ferai qu'une courte réponse aux observations que vient de présenter M. Garnier, d'autant qu'il reproduit les idées contre lesquelles j'ai cru devoir m'élever dans ma dernière communication.

Le délire de persécution, ainsi que je l'ai fait remarquer, peut durer indéfiniment avec les caractères qui lui sont propres, sans traverser une période de délire ambitieux, sans même être suivi de démence, comme l'a justement dit M. Falret ; les exemples ne manquent pas dans la science. Dans quelques cas, il se termine par la guérison.

Il en est de même du délire systématisé, coordonné, qu'on a désigné sous le nom de mégalomanie. Cette forme d'aliénation mentale est, il est vrai, précédée, dans la plupart des cas, par une période de dépression mélancolique, mais celle-ci n'est pas toujours caractérisée par des idées de persécution. Dans quelques cas, la mégalomanie se manifeste d'emblée, avec les caractères qui lui sont propres, sans avoir succédé à un état de dépression mélancolique.

Elle peut, elle aussi, se prolonger indéfiniment sans être suivie de démence. La démence est d'ailleurs un mode de terminaison banal qui ne caractérise aucune espèce de délire.

Il existe, en ce moment, dans le service de mon col-

©BIUM

lègue, le Dr Bouchereau, une fille atteinte d'une forme de mégalomanie intéressante ; elle se croit un garçon et elle prétend être le prince impérial, le fils de l'Empereur Napoléon III. En dehors de ces deux idées fixes, elle parle raisonnablement et elle rend dans le quartier où elle se trouve les meilleurs services. *Depuis bientôt vingt ans* que nous l'observons, son délire n'a présenté aucun changement et on ne remarque pas chez elle le moindre affaiblissement des facultés pouvant faire présager une terminaison par la démence.

La mégalomanie, précédée de dépression mélancolique, a peut-être chez les femmes une marche plus rapide et semble se terminer plus souvent par la démence.

En résumé, je pense qu'il est fâcheux de fondre l'une dans l'autre, pour ne plus établir qu'une seule maladie désignée sous le nom de délire chronique, ces deux espèces d'aliénation mentale nettement tranchées auxquelles on a donné le nom de délire de persécution et de mégalomanie.

M. Paul Garnier. — Au nombre des objections soulevées par M. Falret, l'une est relative à la quatrième et dernière phase du délire chronique : la démence terminale. J'ai omis de le rappeler dans ma réponse : il a donc parfaitement raison de me le faire remarquer.

D'après M. Falret, les individus atteints de délire des persécutions, avec idées ambitieuses, conservent, le plus souvent, une véritable activité intellectuelle jusqu'au terme de leur maladie ; ils semblent offrir une grande résistance à la démence.

Il est incontestable que la période ultime du délire chronique n'apparaît qu'à une date très éloignée du début, après vingt, trente et quarante ans même, comme je l'ai dit dans une première communication.

Mais pour être ordinairement fort tardive, il ne s'ensuit pas qu'on doive la méconnaître.

Au surplus, il est indispensable, tout d'abord, de s'entendre sur le terme : démence. Il ne peut être question, ici, que d'une *démence vésanique,* dont le degré et les caractères généraux diffèrent, évidemment, de la

©BIUM

démence organique, celle de la paralysie générale, par exemple.

A moins de réserver cette dénomination pour les cas de cette dernière catégorie, il est permis, je crois, de l'attribuer à la phase terminale d'une vésanie comme le délire chronique.

Ce qui constitue cette démence, c'est moins, j'en conviens, l'anéantissement des facultés intellectuelles, à proprement parler, que la désagrégation d'un édifice délirant, dont les signes distinctifs avaient été, jusque-là, une fixité et une solidité remarquables.

Mais n'est-il pas vrai que, de ce fait, une transformation profonde s'est opérée ? Où nous avions vu une organisation si complète des conceptions maladives, nous ne trouvons plus que le désordre et le chaos, au lieu d'un exposé délirant qui avait toute la force d'une argumentation, nous ne percevons plus que des lambeaux d'un délire ; ce ne sont plus que des idées dissociées, émises au hasard, sans ordre logique, et comme par une projection automatique du cerveau. Nous ne pouvons, non plus, considérer autrement que comme des individus véritablement affaiblis, ces mégalomanes qui, isolés totalement du monde extérieur, sourient béatement à leurs rêves de grandeur.

Caractériser cette attitude de l'individu, cette incohérence extrême, par le mot démence, ce n'est pas, il me semble, détourner cette expression de son sens véritable, mais lui donner une juste application.

M. Delasiauve. — J'ai écouté avec un vif intérêt les communications qui nous ont été faites, tant sur les folies héréditaires que sur le délire de persécution. Elles accusent, notamment, un sentiment de recherches et des distinctions ingénieuses qu'on ne saurait trop louer. Cependant quelques-uns de nos collègues ont manifesté des scrupules auxquels je ne puis, en une certaine mesure, ne pas m'associer. Certes, l'hérédité joue un grand rôle dans l'aliénation mentale. Reconnu dès l'antiquité, il a été justement apprécié par nos grands maîtres et la plupart des contemporains. Pinel, Esquirol, Ferrus, Guislain, Baillarger, Moreau (de Tours), etc.; tous et moi-même, dans une double analyse, nous avons

©BIUM

rendu hommage aux remarquables études de notre regretté Morel sur ce sujet spécial.

Cependant, si large que soit ici le cercle attribué à l'influence héréditaire, n'a-t-il pas ses limites naturelles ? C'est ce que je faisais pressentir dans un exposé du cas médico-légal du séminariste d'Aix, Raimbaut, jugé à Marseille. « Hérédité, antécédents, signes physiques et moraux, rien, disais-je, ne manque à nos descriptions. Pour convaincre les magistrats, il fallait avant tout la détermination exacte de l'espèce vésanique et de ses conséquences. »

Comment, d'ailleurs, envisager l'hérédité ? En faire, *ipso facto*, une cause efficiente serait parfois un danger, celui, sur une apparence, de multiplier abusivement les folies héréditaires. On dira volontiers une folie alcoolique, épileptique, saturnine. La cause et l'effet se correspondent. C'en serait assez pour caractériser le mal, soupçonnât-on un germe prédisposant dont l'action, peut-être adjuvante, demeurerait toujours suspecte.

La transmission héréditaire, en somme, n'est qu'une prédisposition susceptible d'aider à l'éclosion des vésanies, résultat d'ailleurs non fatal, et auquel elle pourrait à la rigueur, n'avoir pas participé. Souvent même on constate, au physique et au moral, dans certaines parentés, des indices non équivoques, sans que la folie se manifeste. Le caractère, la manière de vivre, les influences ambiantes modifient ou corrigent même les prédispositions natives. Dans la conception, la gestation et la naissance, il y a aussi des facteurs divers.

Ce n'est pas tout. Les types ne sont point uniformes. On a bien essayé de les catégoriser, mais, sauf l'hébétude, l'idiotie et quelques cas de folie dite raisonnante, avec tendance suicide, qui se répètent parfois entre parents et enfants ou frères et sœurs, les autres délires, généraux ou partiels, ne s'éloignent guère des conditions ordinaires.

En sorte qu'après tout, on est obligé d'en revenir à la nomenclature habituelle, quitte, le cas particulier étant fixé dans son diagnostic et ses indications, à examiner sérieusement, au point de vue héréditaire, l'état des organes et spécialement du système nerveux et cérébral.

Cette vue, du reste, n'ôte rien à la valeur nosologique

©BIUM

et médico-légale de l'hérédité. Cause d'aggravation du pronostic, elle impose surtout au praticien une étude d'autant plus approfondie du caractère des symptômes et des moyens de la cure. Quant au médecin légiste concluant dans son rapport à l'innocentation, pour cause de folie, d'un inculpé de crime, la constatation d'une prédisposition héréditaire donne à ses conclusions une autorité décisive.

Si ces remarques sont fondées, on ne voit guère la nécessité d'une inversion de termes. Il y a une vingtaine d'années, nous fûmes invité à visiter dans une maison de santé religieuse une malade qui y avait été transférée de l'institut de Bellevue. C'était la femme d'un commerçant du quartier des Halles. Elle était atteinte de cette forme mentale que nous avons désignée sous le nom de pseudomonomanie ou délire partiel diffus. Ses tendances, dont elle avait conscience et contre lesquelles elle luttait, étaient particulièrement tristes. N'ayant goût à rien, elle songeait à la damnation ou, par moments, à se jeter par la fenêtre. Sa tête était engourdie, douloureuse; le corps lui-même était affaissé. La physionomie portait l'empreinte d'une souffrance profonde. A une oreille et à l'extrémité de presque tous les doigts existaient des ulcérations phlycténoïdes étendues. Au bout de 10 à 12 mois, le traitement eut néanmoins raison de ces graves symptômes. Ajoutons que la cure paraît s'être maintenue et que souvent, dans ces cinq dernières années, nous l'avons rencontrée conduisant dans une promenade publique son mari devenu aveugle. Jusque-là nos informations sur l'hérédité ne nous avaient rien appris. La malade, fortuité étrange, devait plus tard nous en fournir une. Elle-même, deux ou trois ans après, amena à notre consultation une de ses nièces aux prises avec un trouble mental analogue. Celui-ci ne dura que quelques mois. Mais le curieux de l'affaire c'est que la mère de cette jeune fille et sœur de notre malade, mariée depuis en secondes noces à un médecin de campagne, les avait longtemps auparavant précédées dans la carrière psychomorbide.

Nombreux seraient les exemples; citons-en un second non moins significatif. Vers 1866, nous fûmes consulté pour une dame fort distinguée d'une petite ville de

©BIUM

province, et qui présentait, au plus haut degré, les signes pseudo-monomaniaques. Son supplice, presque constant, consistait en une propension presque irrésistible à penser et à faire du mal. La vue d'un enfant lui inspirait le désir de le tuer. Son mari, ses enfants n'étaient pas à l'abri de sa funeste agression. Figurez-vous, docteur, me dit-elle, celui-ci présent, que la pensée me vient de lui crever les yeux. Elle ajoutait, fondant en larmes : Ne serait-il pas prudent de me placer dans un asile ? Elle se faisait horreur à elle-même. Elle ne pouvait voir ni toucher un couteau, un instrument, une arme. Il fallait lui couper son pain et sa viande. Malgré tout, elle résistait avec une énergie indomptable, même à l'appât du suicide, qui lui apparaissait comme une délivrance.

Vers 1869, une rémission notable s'opéra, et, malgré les événements, se soutint jusqu'en 1874. Voici, entre autres, ce qu'elle m'écrit en novembre. « Aussitôt « levée, je tremble ; je me sens dans le vague ; je ne puis « rester seule avec ma fille aînée, quoiqu'ayant un « peu plus de confiance en moi ; grâce, je suppose, au « traitement que vous m'avez indiqué. » En février 1875, elle accuse une certaine compression cérébrale et ajoute : « J'ai certainement quelques bons moments, surtout après les repas. » Tel se continue l'état en juillet, lorsqu'une recrudescence me fut annoncée. Je me trouvais malade alors et, devant faire le voyage, je fus obligé de prier la famille de s'adresser provisoirement à un autre collègue. Plus de nouvelles depuis. J'augure que l'état s'est amélioré encore et que M^me^ *** existe toujours.

Une double cause semble avoir contribué au développement de la maladie. D'abord une vive émotion provenant de la chute d'une solive tombant, au milieu de la cour, d'un étage en démolition. Une personne s'y rencontrait. M^me^ *** crut que c'était son mari, et qu'il pouvait être blessé. C'était un autre, et qui n'avait aucun mal. Mais peu de temps aussi auparavant, un frère de la malade s'était suicidé, en se précipitant d'une fenêtre. Elle ne pouvait depuis s'approcher elle-même d'une fenêtre sans avoir l'envie de l'imiter. A quoi pouvait être attribué le suicide ? Selon toute présomption, à un trouble mental. Or, rapprochant ce fait du cas de notre

©BIUM

malade, ne pourrait-on pas, indépendamment de la double secousse, accorder par extension une part à l'influence héréditaire? Cela n'impliquerait, du reste, en rien qu'on doive, changeant les rôles, sacrifier à celle-ci la dénomination de la vésanie.

Maintenant, en ce qui concerne le délire de persécution, il semble qu'on néglige un peu le fond pour la forme. Quel rang occupe cette variété psycho-morbide dans la nomenclature des maladies mentales? Se croire persécuté n'est qu'un symptôme qu'on peut rencontrer dans les folies générales et partielles, notamment dans les obstusions moyennes et légères. On s'est efforcé sans doute de multiplier les distinctions. Mais il n'apparaît point clairement qu'elles se déduisent d'un principe théorique. Nous croyons avoir été plus précis dans l'exposé d'une classification, qui, présentée dès 1844 et de plus en plus justifiée par la suite, se trouve résumée et développée dans une série de numéros de notre *Journal de médecine mentale.*

Distinguant d'abord le fontionnement syllogistique, œuvre des puissances intellectuelles, des idées qui en naissent et des mobiles qui les mettent en jeu (sensasions, perceptions, émotions, sentiments, instincts, etc.), nous en avons déduit naturellement deux grands ordres d'altérations psychiques: l'un caractérisé par un trouble ou une impuissance plus ou moins générale des facultés; l'autre, le fonctionnement syllogistique réputé intact, ayant sa source dans l'un ou plusieurs des éléments divers et infiniment nombreux qui, comme incitants ou objets, contribuent à l'élaboration mentale.

Or, c'est évidemment à ce second groupe que, considéré comme systématisé, appartiendrait le délire de persécution: Ni manie plus ou moins compliquée, ni démence, ni paralysie générale, ni stupidité simple ou d'origine convulsive, épileptique, saturnine ou par intoxication, etc. Non moindre est l'écart parmi les aliénations partielles, entre les pseudomonomanies ou délire partiel diffus. En somme, dans son type rationnel le délire de persécution est une espèce semblable aux autres et dont il ne faut surfaire l'importance. On remarquera, d'ailleurs, en raison de la réaction fréquente et réciproque des idées, des impulsions, des émotions, des sensa-

©BIUM

tions, etc., les unes sur les autres, que les mélanges symptomatiques ne sont pas rares et que cette immixtion des craintes persécutrices aux autres variétés est surtout presque naturelle. Aussi convient-il de soigneusement envisager ce mécanisme.

Je dois faire un dernier aveu. Mon édification sur la transformation du délire de persécution en mégalomanie est loin d'être parfaite. On citerait beaucoup de cas déjà anciens où cette métamorphose ne s'est point opérée. Au surplus, ce résultat fût-il plus constant, faudrait-il y voir, avec Lasègue, la preuve d'une des phases naturelles, sinon nécessaires de la maladie ? Je ne le présume pas. Si l'on suit attentivement l'évolution des monomanies, on s'explique beaucoup plus pertinemment le changement d'aspect qu'elles peuvent présenter dans leur cours. La fortuité des scènes qui se passent dans l'imagination y joue sans contredit le principal rôle. Une modification du tissu cérébral survenue à point ne se concevrait guère. Au contraire, il nous a semblé beaucoup plus conforme à la saine interprétation d'admettre une filiation des phénomènes. Tel est, je crois, l'avis le plus commun, celui entre autres de Renaudin qui, dans son traité médico-psychologique, a réuni tant d'observations de monomanies.

D'abord l'éclosion mégalomaniaque n'attend pas toujours la période ultime. On constate souvent des idées de grandeur ou d'ambition aux diverses époques, même au début. Cela dépend de la manière dont le persécuté subit les méchancetés et les tourments dont il se croit victime. La résignation n'a qu'un jour. Il se révolte, médite, se demande en quoi il a mérité tant de haine. Ses tourmenteurs ont leurs raisons, la jalousie sans doute ? leurs moyens, leur intelligence ? Des complices ont formé une ligue puissante contre son repos. Une fois dans cette voie, on entrevoit les conséquences. Le jalouserait-on, s'il n'avait d'éminentes qualités, un rang exceptionnel ? Dès lors, poursuivant son rêve, il devient tour à tour riche magistrat, grand seigneur, roi, pape, etc. les exemples sont là. Que si, d'aventure, le délire de persécution s'était éternisé avec son caractère spécial, l'apparition tardive de la mégalomanie aurait son explication toute naturelle dans les progrès insensibles d'une

©BIUM

démence croissante. La sensibilité s'émoussant, à une irritabilité agaçante succéderait une confiance béate et, par suite de ce bien-être, une rêvasserie passive. Tel de nos vieux monomanes de Bicêtre n'avait conservé que cette marotte : interrogé sur ses qualités, il se disait frère du comte d'Artois. — Ou je m'illusionne, ou de ces données bien étudiées et bien comprises, on pourrait, en y réfléchissant sérieusement, induire à la longue les bases d'un excellent traitement moral des monomanies.

Les persécutés raisonnants ou persécutés persécuteurs.

M. G. PICHON. — Notre intention n'est pas d'intervenir dans le débat qui a lieu en ce moment au sujet du délire des persécutions. Dans cette question de fond nous n'aurions ni l'expérience clinique ni la compétence nécessaire.

Aussi avons-nous simplement voulu observer un petit point de la question.

J'ai pensé qu'après les discussions si intéressantes qui ont eu lieu ces derniers temps sur les *aliénés héréditaires*, et au cours desquelles nous avons entendu les communications de MM. Falret, Magnan, Cotard, Bouchereau, Christian, Charpentier ; j'ai pensé qu'après les discussions récentes d'autre part sur les *persécutés*, où il nous a été donné d'écouter la voix autorisée de MM. Falret, Dagonet, Garnier et Delasiauve, j'ai pensé, dis-je, qu'il pouvait y avoir intérêt à communiquer à la Société quelques observations de malades qui rentrent et dans l'une et dans l'autre de ces catégories. Nous demandons donc la permission d'exposer ici brièvement l'histoire des *persécutés raisonnants* qui sortent du cadre ordinaire.

Nous demandons la permission de venir simplement avec quelques faits, appuyer les idées émises bien souvent du reste à cette tribune par M. J. Falret sur les *persécutés héréditaires*, idées que nous trouvons développées dans la thèse d'un de ses élèves, M. le Dr Pottier sur les aliénés persécuteurs (1).

(1) Falret. Discuss. Société méd. psych., sur les folies hérédi-

©BIUM

Nous avions l'intention de donner l'histoire de plusieurs malades de cette catégorie, mais en raison de l'heure avancée, nous ne parlerons que des deux malades qui ont été du reste présentés au cours de M. le professeur Ball.

Le type des persécutés persécuteurs avait déjà été décrit par Lasègue lorsqu'il avait divisé les persécutés en actifs et en passifs. Ce grand aliéniste en traçant pour la première fois les grandes lignes du délire des persécutions, avait déjà indiqué que la persécution active est une phase quasi-forcée de cette terrible vésanie. Il y a insisté surtout dans ses rapports médico-légaux.

Depuis, à différentes reprises, cette classe de vésaniques si importante à connaître au point de vue social et médico-légal a été l'objet d'études et d'expertises judiciaires de bien des aliénistes.

M. Foville, dans son mémoire si souvent cité, a rapporté plusieurs faits dans lesquels le persécuté, avant d'arriver à la mégalomanie, passait par cette phase active au premier chef (1). Dans un second mémoire publié dans les *Annales médico-psychologiques*, le même auteur a montré que certains *aliénés migrateurs*, au lieu la plupart du temps de voyager pour *fuir* leurs persécuteurs, se livraient quelquefois à de longues pérégrinations (surtout les persécutés ambitieux. V. obs. IX et X) pour atteindre et harceler leurs persécuteurs (2).

M. Taguet, dans son article sur les *aliénés persécuteurs* (3), signale également cette classe de persécutants, mais on doit dire qu'il y fait rentrer surtout les excentriques. Cet auteur a en vue les aliénés qui *fatiguent*, plutôt que ceux qui *persécutent*. Les observations qu'il donne ont trait aussi bien a des mégalomanes et à des paralytiques généraux qu'à de vrais persécutés. —

---

taires, 1885, 1886. V. aussi : Discussion sur les anomaliens, les insanes et les persécutés raisonnants, 1878.

Pottier. *Les aliénés persécuteurs.* Thèse de Paris, 1866. V. aussi J. Falret. *De la folie raisonnante ou de la folie morale*, 1866.

(1) Foville. *Mémoires de l'académie de médecine*, 1869. Du délire des grandeurs.

(2) Foville. Les aliénés migrateurs. *Ann. méd.-psych.*, 1875.

(3) Taguet. Les aliénés persécuteurs. *Ann. méd.-psych.*, 1876, n° 1.

©BIUM

M. Motet, à l'occasion de trois expertises médico-légales, a produit à cette tribune trois faits de persécutés actifs dont l'histoire intéressante est rapportée tout au long dans les *Annales médico-psychologiques* (1).

Tous les experts ont eu dans leur carrière à donner leur avis sur des aliénés de cette catégorie. Tous les auteurs qui ont écrit sur le délire des persécutions ont signalé cette phase *active* dans la vie des persécutés comme une phase quasi obligée de leur délire. M. J. Falret, dans ses leçons et dans les discussions qui ont eu lieu à la Société, signale dans l'évolution du délire des persécutions, cette *personnification* du délire qui fait que le persécuté réagit et de persécuté devient persécuteur (2).

Dans ce cas, dans le délire des persécutions classique, les différentes étapes que le malade parcourt sont pour ainsi dire toujours les mêmes ; la marche de l'affection est, à quelques détails près, toujours la même. Le persécuté après avoir *cherché* longtemps *la formule de son délire*, pour se servir de l'expression si vraie de M. Falret, après avoir désigné des collectivités, des catégories, des êtres impersonnels (3), *fait choix enfin d'un persécuteur*. Et ce persécuteur il ne l'abandonnera plus.

On le voit, il y a là une classe de persécutés bien intéressante et bien importante à connaître en raison des dangers qu'ils font courir à la société. Cette classe est de beaucoup la plus nombreuse, et leur histoire est actuellement bien faite et connue.

Mais il y a une classe bien spéciale et bien différente de persécutés persécuteurs sur lesquels on a appelé l'attention à maintes reprises (4), et dont la connaissance est du plus haut intérêt à cause de leurs fausses apparences de raison qui ne tromperont pas un esprit prévenu. Ces malades si difficiles à apprécier quelquefois, ont précisément, en vertu de leur état particulier,

---

(1) Motet. *Ann. méd.-psych.*, 1885.

(2) Lasègue, Falret, Mabille : in *Ann. méd.-psych.*, Discussion sur le délire des persécutions. Séance des 8 et 29 nov. 13 et 27 décembre 1886. — Falret — nov. et décembre 1886. Discuss. sur le même sujet.

(3) Professeur Ball. *Maladies mentales.*

(4) Falret. Société méd.-psych. Séance du 25 février 1878.

©BIUM

reçu le nom de *persécutés persécuteurs raisonnants* (1).

Nous avons eu la bonne fortune, l'an passé et cette année, d'observer dans le service de M. le professeur Ball plusieurs malades, qui nous ont semblé rentrer dans le type décrit par M. J. Falret. Nous ne résumerons ici que l'histoire de deux de ces malades.

De pareils malades, en effet, se rencontrent peut-être plus souvent dans la clinique qu'on ne le pense. Il est difficile de faire un diagnostic rétrospectif, et les diagnostics rétrospectifs ne sont pas plus légitimes dans l'histoire de la médecine mentale que dans l'histoire de la médecine ordinaire ; mais il n'est pas téméraire cependant de dire que parmi les aliénés qu'on appelait autrefois des fous raisonnants, des maniaques raisonnants, plusieurs peuvent être rangés dans la classe des persécutés du type Falret (2).

Voyons les faits, nous demanderons ensuite la permission de tirer quelques conclusions.

Observations I. — Notre premier malade est un homme de trente-cinq ans que nous avons pu observer pendant de longs mois dans le service de la clinique. Ce qui frappe tout d'abord chez lui c'est un tableau héréditaire absolument chargé. Nous devons cependant à la vérité de dire qu'il ne présentait pas, comme on pou-

---

(1) M. J. Falret a le premier, croyons-nous, bien caractérisé cette catégorie de malade dès 1878.

Le premier, croyons-nous, le médecin de la Salpêtrière les a différentiés nettement du type classique, dans une discussion qui eut lieu à la Société médico-psychologique les 28 janvier et 25 février 1878 et à laquelle prirent part M. Bourdin, M. Legrand du Saulle et M. Delasiauve.

M. Bourdin avait décrit dans cette discussion des *persécutés* anomaliens ou insanes. Dans la même séance M. Legrand du Saulle avait donné cinq observations des plus intéressantes de persécutés, qu'il rangeait parmi les héréditaires et qu'il désignait sous le nom de *raisonnants persécuteurs*. Voir aussi à ce sujet les leçons sur la folie héréditaire de ce dernier.

(2) C'est l'avis du Dr Pottier qui range dans cette catégorie (thèse cit., p. 29) plusieurs faits de folie raisonnante, folie des actes, manie raisonnante. Et c'est dans cet ordre d'idées qu'il cite à la fin de son travail plusieurs observations de faits jadis retentissants et dans lesquels les certificats d'alors ont porté la mention de manie raisonnante, folie des actes, etc. C'est ainsi qu'il expose les observations de l'avocat Sandon, de l'abbé Paganel, de Bourgeois, etc.

©BIUM

vait s'y attendre, le moindre signe de dégénérescence physique. Son père était connu dans son pays sous le nom de « fou de Sch... ». Il aurait été traité à plusieurs reprises par Schutzenberger pour des hallucinations de l'ouïe. Cet état paraît avoir duré une vingtaine d'années. Bref, cette longue évolution et la nature des hallucinations de l'ouïe permettent de poser ici un diagnostic rétrospectif du délire des persécutions classique chez le père de notre malade. — Sa mère était *épileptique*. Le fait a été affirmé à E... qui est le treizième enfant de la famille. Plusieurs frères et sœurs ont de plus présenté des signes d'aliénation mentale, sans qu'on ait pu préciser au juste quelle forme la folie a revêtu chez eux. Disons de suite qu'à lui seul il paraît résumer l'état vésanique et névropathique de cette malheureuse famille : il héritera de la vésanie paternelle et de la névrose maternelle ; ce sera en effet un *persécuté* doublé d'un *comitial*. Il présente dans cet ordre d'idées un exemple des plus remarquables, de coexistence de plusieurs délires, des délires multiples chez le même individu.... Mais passons, car ce n'est pas à ce point de vue que nous donnons actuellement son observation.

C'est donc un héréditaire au premier chef, en prenant ce mot héréditaire au pied de la lettre. Nous ne parlerons pas non plus de son existence, absolument aventureuse. Tour à tour professeur, soldat, comptable, caissier, répétiteur, garçon de ferme... puis de nouveau professeur, sa vie tout entière est celle de tous les héréditaires ; mais nous tenons à signaler dans cette vie quelques *accidents pathologiques*, qui portent eux-mêmes la signature de leur origine héréditaire. — En dehors de fugues, d'impulsions, accompagnées *d'inconscience* absolue, et qui précisément en raison de cette perte du souvenir, ressortissent indubitablement de l'état comitial, de l'épilepsie, E... a présenté des fugues, des impulsions *conscientes* d'un tout autre caractère et d'une tout autre origine. Ces impulsions étaient en effet empreintes d'un caractère *d'obsession*, *d'irrésistibilité consciente* des plus remarquables. C'est ainsi qu'à plusieurs reprises il lui est arrivé de monter et de descendre une rue plusieurs fois, contre sa volonté : « C'était plus fort que moi, disait-il, je me sentais poussé

©BIUM

irrésistiblement, et soulagé par l'accomplissement de cet acte futile. »

Comme état anxieux et impulsif du même ordre, nous devons citer chez lui la présence du phénomène que l'on a décrit sous le nom *d'onomatomanie*, ou recherche du nom (1). A son arrivée à Sainte-Anne, voyant un gardien qu'il avait connu autrefois, il fut immédiatement obsédé par la recherche de son nom et cette obsession dura un jour et demi : « Je ne fus content et tranquille, nous disait-il le surlendemain, que lorqu'on m'eût donné le nom que je cherchais. »

Dans le même ordre d'idées, il présenta des phénomènes d'obsession, *d'impulsions intellectuelles* (2), d'obsessions anxieuses (3), portant la même signature originelle; il était obsédé à chaque instant par une impulsion irrésistible à répéter certains noms, à répéter mentalement certains passages de ses classiques (4).

Lorsqu'il se trouvait alors arrêté par un défaut de mémoire avant d'être arrivé à la fin du passage en question, il se trouvait véritablement angoissé et en proie à une véritable souffrance morale, jusqu'à ce qu'il ait pu trouver la suite de la tirade évoquée. Se trouvant pris de cette recherche mentale anxieuse et véritablement pathologique, un jour qu'il était en omnibus, il fait arrêter brusquement le conducteur, prend une voiture de place pour aller plus rapidement, et se fait conduire en toute hâte chez un libraire qu'il savait posséder le livre où se trouvait le passage subitement évoqué par son esprit malade. Arrivé chez lui, il bouscule tous les volumes au grand étonnement du propriétaire et ne retrouve le calme qu'en retrouvant et l'auteur et le cha-

(1) Charcot et Magnan. *Archives de neurologie,* 1885.
(2) Professeur Ball. in *Encephale*, 1881.
(3) Régis, *Encéphale*, n° 6, 1885.
(4) Pressé par le temps, nous avons oublié dans notre communication de signaler bien des phénomènes du même ordre. C'est ainsi que parfois en entendant un morceau de musique, il était obsédé par l'idée de continuer et de chanter tout haut le morceau commencé. — E.... présenta également à différentes reprises le phénomène curieux qu'on a désigné sous le nom *d'aboulie.* C'était de plus un *érotomane* singulier, amoureux éperdu d'une femme qu'il n'avait fait qu'entrevoir une seule fois.

©BIUM

pitre incriminés. Bien des fois, nous a-t-il raconté, il a été pris d'obsessions du même ordre qui lui ont causé les plus grands préjudices (querelles, arrestations, etc.).

Je passe dans l'histoire de E... bien des faits de cette nature et partant de même origine. Je crois avoir suffisamment montré que E... était un héréditaire, non seulement en prenant l'expression héréditaire au pied de la lettre (nous avons vu son tableau héréditaire), mais en considérant les états impulsifs, les états d'obsession, qu'il présente et qui sont comme la signature de l'hérédité. On sait en effet que ces différents états, que ces épisodes, que ces syndromes épisodiques (c'est le nom qu'on leur donne depuis les descriptions de M. Magnan), caractérisés par cette angoisse et cette irrésistibilité, sont des accidents quasi pathognomoniques dans la vie des héréditaires dégénérés (1).

Nous arrivons maintenant, après avoir prouvé que E... était un héréditaire, au fond même de la question. En effet, au milieu de tous ces états pathologiques, en dehors même de son état comitial légué par la mère, E... paraît encore avoir reçu par surcroît de l'héritage paternel, la plus terrible de toutes les vésanies, le délire des persécutions.

Nous avions même cru un moment qu'il y avait dans l'espèce, chez notre malade, transmission absolument similaire et nous avons longtemps considéré E... comme un persécuté classique du type Lasègue. Ce n'est qu'après un long examen, après avoir eu notre attention attirée de nouveau sur lui par les communications récentes de M. J. Falret (2), que nous le rangeons parmi les *persécutés raisonnants*. En effet, ce qu'on doit remarquer tout d'abord c'est qu'il semble être entré dans le délire des persécutions d'emblée par la persécution active. Du premier coup il paraît avoir systématisé son délire contre le directeur de l'asile de Saint-D..., où il a été

(1) V. les discussions sur les folies héréditaires. Séances de janvier, février, mars, mai, juin (in *Ann. méd. psychol.*, année 1885). Communications de MM. Falret, Magnan, Bouchereau, Cotard, Christian, Charpentier.

(2) Communic. cit.

©BIUM

interné (I). Lui ayant un jour adressé une pièce de vers et ayant cru remarquer un sourire ironique sur ses lèvres, il se crut persécuté par lui et, à partir de ce moment, il lui a voué une haine à mort. Cette haine contre l'honorable médecin de cet asile, qui date de 1884, n'a fait que s'accroître depuis cette époque, et actuellement cette haine est encore le pivot de tout son délire. Nous avions cru, d'après les premiers interrogatoires du malade, que les premiers linéaments de cette vésanie remontaient plus haut, mais après avoir longuement observé notre malade, nous pensons que le début a été brusque. Ce que nous prenions à un examen superficiel pour une phase d'hésitation délirante, n'était que des accidents communs dans la vie des déséquilibrés. Du reste, on ne trouve nulle part, sur les nombreux certificats qui l'ont amené six ou sept fois à Sainte-Anne, mention de délire des persécutions. Il paraît donc, et c'est là un point important, avoir personnifié *d'emblée* son délire. Il y est resté cantonné absolument : Le directeur de Saint-D... est l'âme de tous les complots organisés contre lui, de toutes ses infortunes, de toutes ses misères. Dès l'origine de son délire également, il a réagi contre toutes ces persécutions supposées, et est devenu à son tour de mille manières le persécuteur de l'homme qu'il appelait son bourreau. Je n'entre pas dans les détails de cette *persécution retournée*, qui m'entraîneraient trop loin, et je me contente d'avancer le fait. Du reste, dire en parlant d'un persécuté qu'il a personnifié son délire, c'est presque déclarer implicitement qu'il est de ce chef devenu persécuteur.

Le persécuté en effet qui fait choix d'*un* persécuteur, est toujours *actif*, est toujours persécuteur dans les limites de ses moyens, de sa situation bien entendu. La division de Lasègue en *actifs* et en *passifs*, a trait aux persécutés qui ont systématisé, coordonné leur délire, mais qui ne l'ont pas encore personnifié.

Nous devons à la vérité de dire que notre malade, contre la règle admise pour les persécutés de ce

(1) M. J. Falret regarde la *personnification* de la persécution dans une seule personne comme le cachet des persécutés raisonnants (Séance du 25 février 1878. *Soc. médic.-psych.*).

©BIUM

genre (1), paraît avoir eu des hallucinations de la sensibilité générale et quelques hallucinations de l'ouïe, mais celles-ci, comme cela arrive chez les persécutés classiques, n'ont pas dominé tout le délire, bien loin de là. Du reste on sait la difficulté qu'il y a quelquefois à distinguer les hallucinations de l'ouïe des simples interprétations délirantes (2).

Quoi qu'il en soit, les allures du délire de E... sont empreintes des apparences de la raison, si je puis m'exprimer ainsi. On ne trouve pas dans sa conversation ces tournures de phrases, ces mots détournés de leur sens propre, qu'on rencontre en pareil cas si souvent, et c'est précisément cette apparence de raison qui en fait un aliéné des plus dangereux.

On doit dire aussi que E... est un orgueilleux et infatué de sa personne. Assez lettré, il fait à chaque instant montre et ostentation de ses connaissances scientifiques et littéraires, ce qui le rend désagréable dans le service et absolument insupportable. Mais entre cet orgueil, entre cette haute idée qu'il a de sa valeur personnelle et le délire d'orgueil proprement dit, les idées de grandeur des vrais persécutés avant même qu'ils versent dans la mégalomanie, il y a une différence bien tranchée (3). Et cependant voilà trois ans environ, et c'est encore là un point de diagnostic différentiel sur

---

(1) M. J. Falret, qui donne l'absence d'hallucination chez les persécutés raisonnants comme un de leurs nombreux points de diagnostic différentiel (*Ann. méd. psy.* 1878, p. 414), dit quelques lignes plus haut qu'on peut les rencontrer quelquefois.

(2) M. Pottier fait remarquer à ce sujet que la confusion entre ces deux ordres de phénomènes est peut-être plus fréquente qu'on ne le croit, et il cite à ce propos les paroles de M. Falret père : « Souvent, dit M. Falret père, il nous est arrivé de diagnostiquer des hallucinations, et un examen plus attentif nous démontrait plus tard que le phénomène dont nous étions témoin avait sa cause première dans le monde extérieur. »

(3) Cet orgueil des persécutés raisonnants a été bien mis en lumière. Notre malade E... l'est à un tel point, que sa fatuité en fait une véritable peste pour le service. Causant et discutant très haut avec les malades, avec les gardiens, il aborde tous les sujets, même ceux qu'il ne connaît pas et pose des conclusions avec autorité. Combien cette attitude est différente encore de l'attitude du persécuté classique, attitude pleine de réticences, de sous-entendus ! Dans cet ordre d'idées ces deux catégories de

©BIUM

lequel nous reviendrons dans nos conclusions, voilà trois ans qu'il a personnifié son délire. E... est orgueilleux, très orgueilleux même, mais il ne l'est pas plus qu'il l'était voilà dix ans. Il a actuellement, comme voilà dix ans, à l'image de tous les aliénés raisonnants, de tous les héréditaires dégénérés, une haute idée et une idée énorme de sa valeur personnelle, voilà tout ; mais il n'y a pas trace de délire d'orgueil, il n'y a même pas chez lui les premiers linéaments des conceptions délirantes ambitieuses, vagues, qu'on trouve presque toujours chez les persécutés classiques à cette phase de personnification de leur folie. J'arrive maintenant à l'histoire de mon second malade.

Observation 2. — Chez M. D... qui fait le sujet de notre seconde observation de *persécuteur raisonnant,* malgré toute notre bonne volonté, il existe ici malheureusement une lacune : nous ne connaissons pas les antécédents héréditaires du malade. On ne pourra donc pas affirmer, comme pour E..., que nous avons affaire à un héréditaire ; mais j'espère montrer que comme E..., M. D... est un *raisonnant*, et que, de plus, comme E..., il appartient aussi à la catégorie des *persécutés raisonnants.*

M. D... est un homme des plus instruits et des plus intelligents, dont nous devons taire la profession et que nous n'avons pas pu suivre malheureusement comme E... pendant de longs mois. Il a peut-être dans son histoire, dans son passé, dans ses antécédents, quelques-uns de ces stigmates de l'hérédité, que nous avons tous vus en si grand nombre et si caractéristiques chez notre premier malade ; mais nous ne pouvons rien dire à ce sujet, car aucun renseignement ne nous a été fourni ni par le malade ni par aucun de ses proches. Mais ce que nous avons bien pu démêler dans son passé et dans son présent, c'est l'histoire, la nature et l'évolution de son délire des persécutions.

Du premier coup, d'emblée, aussi ici, on assiste à la per-

---

persécutés sont encore placées aux antipodes : l'un, exubérant et fanfaron, pèche par excès, il est *raisonnant;* l'autre, renfermé en lui-même, laisse peu voir ce qui se passe au dedans de lui, est au contraire essentiellement ombrageux.

©BIUM

sonnification du délire. Mieux encore que chez E..., on assiste à l'éclosion brusque et instantanée de cette phrase *active*, sans qu'on puisse voir ici, avec la meilleure volonté du monde, aucune incubation, aucune préparation.. A l'éclosion de son délire cependant, M. D... ne semble pas désigner brusquement son persécuteur ; il semble y avoir quelque hésitation, mais cette hésitation, disons-le, est de bien courte durée.

C'est qu'en effet, M. D... entre dans le délire des persécutions comme *persécuteur amoureux* (1). Il demande une jeune fille en mariage. Repoussé par la famille, il s'en prend tout de suite de ce refus à ses propres frères. Ceci se passait en 1871. Ses frères ont continué à le poursuivre, à le persécuter ; et en 1887 on les retrouve encore comme les *agents*, les *chefs* d'un vaste complot ourdi contre lui. Interné à deux reprises, en 1876, à Charenton et à l'asile de Fains, M. D.., comme E.., a pris pour objectif de ses persécutions, les médecins qui l'ont soigné : ces médecins étaient payés par sa famille pour le séquestrer et le faire souffrir. Partout où il allait, il trouvait des gens payés pour l'espionner. C'est alors que rentrant dans la catégorie des *migrateurs* de M. Foville, dont je parlais plus haut, il a quitté le midi de la France pour aller habiter le Nord, puis Paris. A Paris il a changé une vingtaine de fois de restaurant, pour dépister les agents de police chargés par ses frères de le surveiller. M. D... se plaint même que dans plusieurs restaurants, on ait cherché à l'empoisonner, toujours pour obéir aux ordres des mêmes persécuteurs. — Par une conséquence forcée et

(1) Nous n'avons nullement l'intention de passer en revue tous les caractères des persécutés raisonnants et toutes leurs variétés. Cette histoire a été faite ailleurs et par d'autres. Dans cet ordre d'idées, il serait intéressant d'étudier, comme variétés de persécutés raisonnants, les *amoureux*, les *quérulants*, les *processifs*, etc. Nous avons recueilli, dans le service de M. le professeur Ball, l'observation d'un persécuté.persécuteur *processif* bien curieux. Ce persecuté raisonnant d'une autre genre,dont l'histoire a du reste été résumée dans le travail de M Pottier à qui nous l'avions communiquée, avait dépensé pour plus de 10,000 francs d'affiches dans le but d'obtenir justice, et vivait en procès continuels depuis une quinzaine d'années.

©BIUM

nécessaire, comme toujours, M. D..., dès qu'il a eu fait choix de ses persécuteurs, est devenu *actif*, est devenu persécuteur lui-même ; et, ses certificats d'entrée en font foi, il a été dès le début un aliéné des plus dangereux, craint de tout son entourage et particulièrement de sa famille, d'autant plus dangereux qu'il était plus lucide, qu'il était plus *raisonnant*. Pendant seize ans, de 1871 à 1887, il n'a cessé de poursuivre de ses revendications, légitimes selon lui, ses frères d'abord et la malheureuse femme qui avait repoussé sa main. Comme cela arrive également souvent, il a englobé dans ses persécutions bien des gens, ses supérieurs, ses amis, qu'il croyait faire partie du vaste complot tramé pour le faire échouer dans toutes ses entreprises (1).

Chez notre persécuteur, on ne trouve *aucune trace d'hallucination de l'ouïe* et de la sensibilité générale. Nous l'avons à ce point de vue longuement interrogé, notre examen a toujours été négatif. M. D... s'est bien plaint, il est vrai, qu'on cherchait à l'empoisonner, mais ces plaintes nous ont paru plutôt avoir leur source dans des interprétations délirantes que dans des hallucinations du goût. Il y a donc là, dans l'histoire de son délire, un côté négatif de la plus haute importance sur lequel nous tenons à insister.

Nous devons dire que sa conversation est d'une correction irréprochable. Dans les longues conversations que nous avons eues avec lui, nous n'avons pas un instant trouvé trace de ce langage si particulier au persécuté ordinaire, même au persécuté de la classe supérieure, langage dans lequel on trouve parfois des expressions bizarres détournées de leur véritable sens, des mots même inventés de toute pièce.

Comme chez E..., nous ne trouvons aucune trace d'idée de grandeur, de conceptions ambitieuses même vagues, comme on pourrait s'attendre à en trouver chez un persécuté dont la personnification du délire remonte à quinze ans au moins. M. D... n'est même pas comme

(1) Dans le service, il a même accusé M. le professeur Ball de le persécuter et même de l'empoisonner : Dans votre intérêt et dans le mien, lui disait-il, *cessez tout cela* et mettez-moi en liberté.

©BIUM

notre précédent malade un orgueilleux dans le sens pathologique du mot.

Très instruit, très intelligent, comme nous le disions plus haut, sans délire apparent, M. D... représente en un mot le type de l'aliéné raisonnant, d'autant plus dangereux précisément qu'il a toutes les apparences de la raison (1). Il devra donc être surveillé de très près.

Telles sont les deux observations de persécutés raisonnants que nous avions l'intention de communiquer à la Société, si incomplètes qu'elles soient. J'aurais voulu résumer encore ici l'histoire de deux autres persécutés raisonnants, mais l'heure est trop avancée (2), et j'arrive vite aux conclusions.

Mais avant, je veux répondre à une objection qu'on pourrait nous faire, à nous, à propos de ces deux observations, et aux auteurs qui avant nous ont vu dans ces idées de persécutions actives, un cachet suffisant pour en faire une individualité propre sous le nom de délire de persécution raisonnant. On peut nous dire en effet : ces persécutés raisonnants sont des héréditaires ; or, au lieu d'admettre chez eux une modalité délirante spéciale et de compliquer ainsi la nomenclature de la médecine mentale, ne serait-il pas plus simple de ne considérer, de ne voir chez eux que le délire si commun chez les héréditaires, et qui, on le sait, peut revêtir la forme de la persécution ? — Non, car ce délire en question, au lieu d'être coordonné, personnifié comme chez les persécutés raisonnants, est au contraire essentiellement fugace, mobile.

Ce qu'on voit en pareil cas chez l'héréditaire, c'est un délire essentiellement rémittent (Morel), c'est une bouffée délirante (Magnan), c'est un délire primitif d'emblée (Legrain), tandis que chez les malades dont nous nous occupons, le délire est bien primitif d'emblée, mais il est diamétralement opposé, en ce sens que,

(1) Nous ne donnons ici qu'un résumé de l'histoire de M. D... qui a été exposée tout au long dans une leçon de M. le professeur Ball.

(2) On retrouvera l'histoire de l'un deux, Alfred P..., dans la thèse de M. Pottier à qui nous l'avions communiqué. Elle forme l'observation XIV.

©BIUM

comme chez nos deux malades, au lieu d'être changeant, et de faire place par exemple à du délire ambitieux pour revenir ensuite, il ne varie pas : pour notre premier malade, il est personnifié et roule dans le même cercle depuis trois ans ; pour M. D... le thème n'a pas changé depuis seize ans. On ne peut donc voir là le délire des persécutions fugace qu'on décrit chez les héréditaires dégénérés.

Conclusions.

Mais c'est surtout avec le persécuté du type classique qu'il présente des analogies. Nous croyons cependant, en nous basant sur les quelques faits que nous avons observés, et nous basant surtout sur les communications ou les publications antérieures, et en interprétant les observations anciennes de certains aliénés, de certains maniaques, raisonnants, qu'on est autorisé à distinguer les persécutés raisonnants des persécutés du type classique, à admettre à côté du délire de persécution type Lasègue le délire de persécutions type Falret.

Ce dernier a une individualité propre et des caractères distinctifs qui en font une classe à part et permettent de le différentier du délire des persécutions ordinaires :

1° Dans *la marche et dans l'évolution* il y a surtout des points de repère, des éléments de diagnostic importants.

Le persécuté raisonnant, le persécuté héréditaire, en effet, devient d'emblée un persécuteur. Il personnifie, il systématise du premier coup son délire comme chez nos deux malades. Il *trouve du premier coup la formule de son délire* et y restera cantonné. Il y aura des variantes. Les agents de ses persécutions pourront changer ; ce sera tantôt le préfet de police, tantôt les employés du gouvernement. Ce sera souvent le médecin aliéniste malheureusement : Les annales de la spécialité sont remplies de faits semblables, je ne citerai ici que le meurtre du docteur Marchant par le capitaine Aymès. Mais les organisateurs du complot, leurs persécuteurs seront presque toujours les mêmes.

©BIUM

Et cela pendant quinze et vingt ans. Ils peuvent à la rigueur changer de persécuteurs, mais eux, ils resteront toujours persécuteurs, et c'est cette persécution active qui constitue pour ainsi dire le cachet, la signature de cette modalité délirante : *ils sont entrés dans le délire des persécutions d'emblée comme persécuteurs, ils mourront persécuteurs.*

Tels on les voit actuellement, tels on les verra jusqu'à la fin de leur vie.

L'immobilisation et le *statu quo* forment en somme la marque de fabrique de cet état. Ils n'ont pas eu de période d'incubation, ils ne deviennent pas mégalomanes et ne versent jamais dans la démence.

Or tout autre est la marche du délire des persécutions. Le persécuté classique, loin de s'immobiliser dans son délire, dans son allure, est essentiellement progressif. Il l'est à un tel point que M. Garnier dans une de vos précédentes séances a proposé d'appeler cette vésanie psychose progressive, et avec un grand sens clinique il a justifié cette appellation dans un article paru récemment dans la *France médicale.*

Tous les aliénistes, en France, à l'étranger, ont signalé chez les vrais persécutés cette longue période d'incubation si importante à retrouver pour affirmer le diagnostic.

Eh bien ! chez les persécutés raisonnants, nos deux malades en sont un exemple, jamais on ne découvre nettement cette phase d'hésitation délirante. Nous avons vu que chez M. D... il n'y en avait pas de traces. Nous l'avons vu, amoureux éconduit, accuser, dès 1871, ses frères de toutes ses déconvenues et des refus réitérés de la jeune fille qu'il voulait épouser. Lui aussi, du premier coup, il a trouvé la formule de son délire qu'il n'oubliera plus. — En 1871, sans tâtonnement, d'emblée il désigne ses frères, comme ses persécuteurs, et poursuit de ses assiduités maladives une jeune fille qu'il veut épouser. En 1886, ce sont encore ses frères qui le persécutent et contre lesquels il réagit, c'est encore la même femme, qui, bien que mariée, est en butte à ses vexations et à ses recherches. Pour la trouver, devenu aliéné migrateur, il a, de ses propres aveux, dépensé plus de vingt mille francs en voyages. Voilà donc un point de dia-

©BIUM

gnostic différentiel de la plus haute importance qui nous paraît acquis : Le persécuté vrai, avant de faire choix d'un persécuteur, avant de devenir persécuté actif, parcourt une longue phase d'incubation marquée elle-même par des étapes diverses; le persécuté raisonnant, le persécuté héréditaire, dans une véritable explosion d'atavisme, désignera d'emblée, sans préparation, un ou plusieurs persécuteurs qu'il n'abandonnera plus. Ou du moins, si on trouve quelque chose dans ses antécédents (1), ce sont les accidents, les caractères, les stigmates de l'héréditaire, et pas autre chose; notre premier malade, nous l'avons vu, sous ce rapport est complet.

2° Ce n'est pas tout, le persécuté classique, comme cela est admis depuis les travaux de M. Foville (1869) et comme le fait est signalé par tous les aliénistes depuis, versera peu à peu dans la mégalomanie (2). C'est ainsi qu'un persécuté persécutant du type Lasègue, que M. le professeur Ball présentait à son cours dans une de ses dernières leçons, prétendait avoir des ennemis, des envieux parce qu'il était « le libérateur de Charleville et Mézières. »

Le *persécuté raisonnant* ne verse jamais dans la mégalomanie. Il pourra être orgueilleux, très orgueilleux même comme notre malade E..., mais il n'ira jamais jusqu'au délire d'orgueil. Voilà dix-sept ans, et nous

---

(1) Thèse cit.

(2) V. les leçons cliniques de M. le professeur Ball, Falret, etc. V. aussi Thèse de M. Garnier déjà citée (1887).

(3) Pour ne pas engager ici incidemment une question de doctrine, nous admettrons que *cette évolution est une règle qui peut souffrir des exceptions.* Nous faisons en effet quelques réserves. L'immense majorité des *mégalomanes systématisés* ont dû passer par un stade de persécution. Mais nous ne croyons par être trop en désaccord avec la clinique, en inclinant à penser que, en dehors de ceux-là, il y a dans la science :

1° Des mégalomanes du type Dagonet, c'est-à-dire des *délirants ambitieux systématisés primitifs* qui n'ont jamais été des persécutés ;

2° Nous inclinons à penser également que certains persécutés (les cas sont rares, il est vrai) ne passent ni à la mégalomanie, ni à la démence. Mais encore une fois ces deux restrictions sont des exceptions qui confirment la règle générale

©BIUM

tenons à souligner encore ici ce laps de temps considérable, que M. D..., notre second malade, a fait choix de ses persécuteurs, et il n'y a pas chez lui trace de conceptions délirantes ambitieuses.

Les cas dans lesquels, la personnification du délire, chez le persécuté ordinaire, a atteint une aussi longue durée sans côtoyer même le délire des grandeurs, ou au moins la démence, doivent être bien rares.

Pour résumer d'un mot ici le diagnostic différentiel dans la marche et l'évolution de ces deux types de persécutés, nous dirons que les persécutés raisonnants diffèrent des persécutés ordinaires, et par *leur point de départ*, et par *leur point d'arrivée*.

3° C'est donc par la marche et l'évolution que se distinguent surtout ces deux délires, mais nous ne devons pas oublier les hallucinations. Pour M. Falret elles n'existeraient pas. Nous n'avons pas une statistique suffisante pour donner une opinion. Mais ce que nous croyons c'est que lorsqu'elles existent, ce qui est rare, elles n'ont ni la netteté ni la systématisation qu'elles ont dans le délire de Lasègue, qui est la folie *essentiellement hallucinatoire* (Foville) par excellence.

4° Un point important également, c'est qu'on ne trouve pas chez les raisonnants ces propos émaillés de néologisme, d'*idiologisme* (Foville), qu'on trouve chez le persécuté vulgaire. L'absence de ce langage pathologique, qui semble encore augmenter les difficultés d'un examen médico-légal, nous paraît encore militer en faveur d'une séparation tranchée entre ces deux catégories de malades.

Nous passons sous silence les caractères différents tirés de la notion héréditaire et de la persécution active ou *persécution en retour* ; nous en avons suffisamment parlé dans le cours de notre communication. — Ces deux caractères peuvent se trouver dans les deux classes, mais c'est surtout chez les persécutés raisonnants qu'on les trouve à un haut degré ; c'est surtout chez eux qu'ils revêtent ce cachet si net, qui fait qu'on les a aussi appelés des *persécuteurs héréditaires*, en tenant compte de la prédominance de ces deux facteurs : hérédité et persécution active.

Mais en dehors de ces considérations cliniques, il y a

©BIUM

aussi des considérations d'intérêt social qui militent en faveur de cette individualité des *persécutés raisonnants*, et qui les signalent tout particulièrement à l'attention, car il ne faut pas oublier qu'ils sont plus actifs et plus intelligents que les persécutés vrais.

Ce qui fait la caractéristique, en effet, de cette classe de persécuteurs, c'est que persécuteurs dans le passé, persécuteurs dans le présent, persécuteurs dans l'avenir, persécuteurs toute leur vie, ils sont un perpétuel danger pour la société.

Ce qui contribue à les rendre encore plus dangereux, c'est qu'ils conservent les apparences de la raison jusqu'au bout. Ils ne passent pas dès lors aux yeux du public, quelquefois aux yeux des gens lettrés et éclairés, pour des aliénés. Quand il faut les séquestrer, la rumeur publique, la presse, le tribunal quelquefois, font quelque opposition, jusqu'à ce qu'enfin, à l'exemple du capitaine Aymès et de bien d'autres, ils se livrent aux plus extrêmes violences. On est bien forcé alors de reconnaître que ce sont des aliénés et des aliénés des plus dangereux.

Nous croyons donc, au point de vue clinique et au point de vue médico-légal, qu'il y a lieu de distinguer le délire des persécutions (type Lasègue) et le délire des persécutions (type Falret).

Nous ne saurions trop remercier la Société médico-psychologique d'avoir voulu entendre notre communication et malgré l'heure très avancée, d'avoir bien voulu nous écouter jusqu'au bout.

M. Foville. — J'ai bien vu dans les deux faits que M. Pichon a communiqués, que ses malades étaient des persécutés, mais je n'ai pas bien vu comment ils étaient persécuteurs.

M. Pichon. — J'ai été forcé par le temps, d'aller très rapidement, de résumer mes observations et d'omettre les détails. Mais mes deux malades sont des types de persécuteurs. Le premier, E..., a voulu à plusieurs reprises tuer le médecin directeur de l'asile Sainte-Anne. Une fois entre autres, évadé de l'asile, il s'est porté sur un chemin où passait habituellement ce médecin. Celui-ci, ce jour-là, prit par exception un autre trajet et ne dut la vie qu'à cette circonstance, etc. Quant à M. D...,

©BIUM

depuis dix-sept ans il ne cessa de poursuivre de ses lettres, le procureur, le préfet de police, ses frères, etc. Et dernièrement dans un cercle, que je ne peux nommer, il a été l'auteur d'un scandale, en se livrant à des voies de fait, à des violences même, contre les garçons, en qui il voyait des agents envoyés par ses frères pour l'épier, etc.

M. FALRET. — La communication que vient de faire M. Pichon est en conformité avec mes idées. Elle n'est que le développement des idées que j'ai émises ici et qu'à émises dans sa thèse M. le docteur Pottier.

M. PICHON. — Parfaitement. Aussi ai-je eu grand soin de le mentionner dans le cours de ma communication.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

SEANCE DU 28 FÉVRIER 1887.

Présidence de M. MAGNAN.

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Taule, nommé membre titulaire dans la dernière séance ;

2° Une lettre de remerciements de M. Paul Aubry, nommé membre correspondant dans la dernière séance ;

3° Une lettre de M. Camuset, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), demandant à échanger son titre de membre correspondant contre celui de membre titulaire.

M. Camuset est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre titulaire.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le numéro de janvier 1887 du *Bulletin du Manicome privé* de Fleurent ;

©BIUM

2° Les *Annales médico-chirurgicales* du Dr Martineau ;

3° *Rage et folie*, et le *Masque de Bruneau*, par le Dr Hospital, membre correspondant de la Société ;

4° *De l'amnésie dans la paralysie générale*, par le Dr Boudon ;

5° *Relation de l'affaire Lombardi, suicide combiné d'assassinat commis par une mère sur ses enfants. Consultation de l'état mental de l'accusée*, résumé de débats, par le Dr Ladame, membre correspondant de la Société ;

6° Le numéro 43 du *Bulletin de la Société mentale* de Belgique.

M. Motet est nommé membre de la Commission du prix Esquirol, en remplacement de M. Foville, démissionnaire.

Trois cas de conformation vicieuse des organes génitaux : atrophie testitulaire ; cryptorchidie ; hypospadias scrotal à forme vulvaire (pseudo-hermaphrodite mâle).

M. Magnan. — Dans la longue discussion qui a eu lieu devant la Société sur les signes physiques, intellectuels et moraux des dégénérés héréditaires, de nombreuses observations ont été communiquées sur les signes psychiques : l'état mental, le délire spécial et les syndromes épisodiques.

Je vous demande la permission de vous entretenir aujourd'hui de trois cas de conformations vicieuses des organes génitaux. Ces stigmates physiques se traduisent chez le premier malade par l'atrophie des testicules, chez le second par de la cryptorchidie et une atrophie considérable de la verge ; le troisième est un hypospade scrotal à forme vulvaire, un pseudo-hermaphrodite mâle. L'un des sujets, le cryptorchide, offre un degré notable de faiblesse intellectuelle ; les deux autres, tous deux déséquilibrés, ont été pris d'accès délirants à évolution rapide, comme nous en voyons chez les dégénérés héréditaires.

©BIUM

OBSERVATION I. — Mariage consanguin et dispositions névropathiques des ascendants. — Débilité mentale ; émotivité dès l'enfance, impulsions ; plus tard, accès délirant. Atrophie testiculaire ; seins du volume d'une mandarine.

S... Antoine, âgé de trente ans, est issu de germains, sa grand'mère maternelle et sa mère sont hystériques, son père mal équilibré se faisait remarquer par des emportements et des accès de colère que rien ne justifiait. Sa sœur est mélancolique.

Quant à lui, venu à terme, il a eu des convulsions dans l'enfance ; d'une intelligence au-dessous de la moyenne il a acquis avec difficulté une instruction élémentaire, il sait toutefois lire, écrire et compter d'une manière satisfaisante. Il a appris, au sortir de l'école, le métier de peintre sur porcelaine et, au bout de plusieurs années, il a fini par devenir un ouvrier ordinaire.

Il est habituellement très impressionnable, irritable ; dans les rues il est pris souvent de craintes vagues, il redoute des accidents ; dès l'enfance, il croyait parfois en marchant qu'il allait perdre l'équilibre ; il lui semblait par moments qu'il s'enlevait au-dessus du sol.

Il s'est senti, à diverses reprises, poussé à frapper ; il prenait tout à coup des objets et les brisait : « Je deviens enragé, disait-il, je briserai tout. » Il avait confié à son frère un revolver qu'il ne voulait plus garder, ne se sentant plus maître de lui et redoutant de faire usage de cette arme, soit contre les autres, soit contre lui-même.

Dans les derniers temps, en proie à des préoccupations hypochondriaques, il avait rapidement présenté des hallucinations, des troubles de la sensibilité générale et des idées de persécution ; très excité sous l'influence de ce délire, il avait été amené le 28 février 1885 à l'asile d'où il est sorti au bout de trois mois, guéri de son accès délirant, mais non de sa déséquilibration mentale.

Il présente une atrophie considérable des testicules qui sont réduits au volume d'un haricot, les bourses et le scrotum sont très peu développés, la verge est petite, mais l'extrémité antérieure est relativement volumineuse,

©BIUM

probablement à la suite de manœuvres de masturbation. Il a du penchant pour les femmes, recherche leur société, et il vivait avec une maîtresse, quand il a été pris de délire. Les seins, comme on le voit sur un plâtre obtenu par le moulage, sont du volume d'une grosse mandarine, l'aréole est assez étendue, mais le mamelon est petit comme celui de l'homme. Le ventre est proéminent, arrondi toutefois ; le bassin a les apparences masculines. Le larynx est peu saillant, la voix féminine. Les poils d'un blond pâle sont fins et peu abondants.

Le second malade est atteint d'imbécillité, il n'a aucun sentiment de pudeur, il est indifférent à tout examen et nous pourrons sans nul inconvénient nous rendre compte immédiatement de la conformation vicieuse de ses organes génitaux, qui le rapproche par certains côtés du pseudo-hermaphrodite que nous verrons après lui. Voici en quelques mots son histoire :

OBSERVATION II. — Père mélancolique suicidé ; oncle et tante maternels débiles. — Imbécillité, microcéphalie ; prognathisme inférieur ; colobome irien et choroïdien ; émergence anormale des vaisseaux centraux de la rétine ; atrophie de la verge, cryptorchidie ; scrotum réduit à une petite bande médiane plissée transversalement.

C... Paul, âgé de vingt-cinq ans, est entré à l'asile Sainte-Anne le 18 mai 1885. Son père, mélancolique, faisant parfois des excès de boissons, s'est pendu. Sa mère est d'une intelligence ordinaire, mais une tante et un oncle maternels faibles d'esprit s'adonnent à l'ivrognerie. Sa sœur présente une asymétrie faciale des plus accusées. Le malade venu à terme a eu, à diverses reprises, des convulsions, de sept mois à sept ans. Il n'a commencé à marcher qu'à dix-huit mois et n'a prononcé quelques mots que vers sa septième année. Il n'a pu recevoir aucune instruction, il ne sait pas lire, il a été incapable d'apprendre un métier ; sans mauvais instincts, c'est un imbécile docile, qui, sous une direction continue, peut se livrer à quelques ouvrages manuels. Il blèse et articule difficilement les mots, son vocabulaire est, du reste, fort restreint ; il prend plaisir

©BIUM

parfois à faire des grimaces qui augmentent sa laideur et il est heureux de pouvoir ainsi provoquer le rire. Quand il marche, son allure est très disgracieuse, il renverse le tronc en arrière, fait de grands pas avec un déhanchement tout particulier et projette, avec force, ses bras devant lui.

La tête est petite, le front étroit et les cheveux, d'un blond pâle, s'étendent en pointe à la partie moyenne jusqu'au milieu du front. Les dents sont grosses, irrégulièrement implantées ; la voûte palatine est ogivale ; la mâchoire inférieure est allongée et proéminente. Les yeux sont d'un bleu pâle ; les iris fissurés en bas et en dedans comme à la suite d'une iridectomie, donnent à la pupille une forme ovalaire et au regard un aspect étrange.

L'examen des yeux fait par M. Kalt, chef de clinique de M. le professeur Panas a donné le résultat suivant :

« Les cornées et les sclérotiques sont conformées normalement. L'astigmatisme cornéen ne dépasse pas une dioptrie.

O. G. : A l'éclairage oblique on découvre à la partie inférieure de la fente colobomateuse, sur l'œil gauche, le bord équatorial du cristallin. En arrière de la lentille se voit une petite masse brunâtre paraissant accolée à la cristalloïde postérieure, s'avançant vers le centre du cristallin sur une hauteur apparente d'environ 2 millimètres. — Il est impossible d'apercevoir le point d'implantation périphérique de cette masse brune, qui paraît être en continuité avec le corps ciliaire.

Le cristallin est transparent dans toutes ses parties, sauf au côté inféro-interne où l'on aperçoit une opacité grisâtre, allongée à forme de strie qui gagne presque le centre de la lentille. Son extrêmité périphérique aboutit à l'insertion de la masse brune sur le cristallin. Cette strie est due à l'opacification des masses corticales postérieures de la lentille.

A droite le cristallin est normal.

Les deux papilles présentent une excavation physiologique. A droite existe un croissant blanc décrit sous le nom de cône. A gauche la papille paraît légèrement ovalaire, à grand axe vertical (image renversée). Les vaisseaux émergent en un point très rapproché du bord interne de la papille et se bifurquent prématurément

©BIUM

dans l'intérieur du nerf, en sorte que plusieurs branches sortent en des points très rapprochés du bord externe de la papille.

Pas de coloboma choroïdien — les maculas ont l'aspect ordinaire. — Les deux yeux sont hypermétropes de quatre dioptries. L'acuité visuelle, autant qu'on peut l'apprécier sur ce sujet, paraît à peu près normale. »

La poitrine est glabre, les seins assez développés, sans toutefois que l'aréole et le mamelon aient l'aspect féminin. Sa taille est de 1 mètre 60, son poids de 52 kilogrammes. Les membres thoraciques sont longs, les doigts grêles et effilés comme ceux d'une femme. Les cuisses sont arrondies, mais le bassin a plutôt la conformation masculine ; le diamètre antéro-postérieur, de la région sacro-lombaire à la partie supérieure de la symphyse pubienne, est de 19 centimètres ; la circonférence au niveau de la partie supérieure des os coxaux mesure 71 centimètres ; le diamètre transversal du bassin au détroit supérieur donne 22 centimètres, enfin, la distance entre les deux épines iliaques antéro-supérieures est de 17 centimètres.

Le pubis surmonté d'un mont de Vénus saillant est ombragé de rares poils ; la verge du volume du petit doigt est profondément implantée au-dessous ; le scrotum très effacé est réduit à une bande médiane d'une largeur de 3 centimètres environ, plissé transversalement, divisé au milieu par un mince raphé. En déprimant cette bande à l'aide d'une petite tige, on voit saillir de chaque côté un bourrelet cutané dont le rapprochement de la ligne médiane à mesure que la partie moyenne s'enfonce, simule une vulve. L'exploration du scrotum rudimentaire, pas plus que des replis cutanés avoisinants, ne laisse percevoir aucune trace de testicule.

C... Paul ne se livre pas à l'onanisme, il ne paraît avoir aucun désir sexuel et, sous ce rapport, est d'une indifférence égale pour les deux sexes.

Ce fait sert, en quelque sorte, de trait d'union entre l'atrophie simple des organes génitaux et l'atrophie avec division scrotale donnant les apparences d'une vulve. Ici, en effet, c'est un rudiment de scrotum qui semble s'être formé tardivement pour pourvoir à l'occlusion du sinus urogénital et la bande étroite qui le

©BIUM

constitue, bridant la région sous-pubienne, n'a pas permis la descente des testicules. La microcéphalie, les fissures iriennes, dénotent les troubles considérables de nutrition qui ont présidé au développement de ce sujet ; la faiblesse intellectuelle, à son tour, nous fait pressentir des modifications notables du cerveau.

Dans le fait suivant, c'est dans les organes génito-urinaires surtout que les perturbations nutritives se sont produites.

OBSERVATION III. — Père ivrogne. — Débilité mentale sur laquelle se greffe un accès délirant à évolution rapide. — Garçon inscrit comme fille à l'état civil, conserve des vêtements de femme jusqu'à vingt-quatre ans. — Hypospade scrotal à forme vulvaire. — Pseudo-hermaphrodite mâle.

C... Marius, âgé de vingt-cinq ans, entre à l'asile Sainte-Anne, le 20 octobre 1886, dans un accès d'agitation avec délire mélancolique et mystique. Son père adonné à l'ivrognerie est mort d'une apoplexie cérébrale, sa mère est nerveuse, mal équilibrée ; une de ses sœurs est morte de méningite à onze mois. Né à Ballots (Mayenne), où on l'inscrit sur les registres de l'état civil comme appartenant au sexe féminin. Considéré comme fille, on lui met des vêtements féminins et on l'envoie à l'école des filles. A sept ans, ses petites camarades ayant remarqué une conformation extraordinaire de ses organes génitaux se moquent de lui. On le place alors dans un pensionnat dirigé par des religieuses. A treize ans, il quitte le pensionnat et entre dans un couvent de Bénédictines, où l'une de ses tantes, religieuse, le destine au noviciat. Son peu d'aptitude au travail, la lenteur de son intelligence et l'apparition d'un peu de barbe au menton, en font peu à peu la risée de ses compagnes. Il quitte le couvent et rentre à la maison auprès de sa mère, s'occupe du ménage, fait la cuisine, coud et tricote.

A la mort de son père, il s'éloigne de sa famille pour suivre en qualité de domestique un M. G..., âgé de soixante-dix ans, qui l'emmène à la Martinique. A peine arrivé en Amérique, il devient l'objet des assiduités de son vieux patron ; il lui cède, mais comme aucun rapport normal ne peut s'effectuer, cet homme se livre sur

©BIUM

lui à des actes contre nature et ils finissent par l'onanisme buccal réciproque. 69

Cependant, une négresse domestique dans la même maison, s'étant aperçue de sa conformation, le prend pour un homme, en devient amoureuse et lui demande à partager son lit. Une mulâtresse fait à son tour sa conquête, mais ni avec l'une, ni avec l'autre de ces deux femmes, il n'éprouve les satisfactions que lui procurait son patron.

La barbe qui continue à pousser devient la cause de moqueries de la part de l'entourage, et C... finit, au bout de trois ans, par se décider à rentrer en France, désireux de changer de costume et de position. Arrivé à Saint-Nazaire, il se fait examiner par un médecin qui le déclare homme. Il change aussitôt son nom de *Marie* en celui de *Marius*, prend des vêtements d'homme, rentre à Paris et s'engage comme infirmier dans une communauté de religieux, non sans avoir subi un double examen du Père supérieur qui finit par le reconnaître *masculin*.

Vers le 17 octobre 1886 il est pris assez rapidement de délire, après quelques excès, d'ailleurs très modérés, de boissons. A son arrivée à l'asile, il crie, gémit, se lamente, prétend répandre autour de lui une odeur empestée, exprime des craintes de toute nature ; il se dit l'Archange Saint-Michel, l'Antéchrist, le roi des juifs. « Je suis un misérable, tuez-moi, j'ai tué mon père et ma mère. » Il croit qu'on veut l'empoisonner, refuse de manger ; il s'imagine qu'on veut le mettre dans un bain d'huile bouillante et il s'échappe par la fenêtre. Constamment inquiet, se nourrissant mal, ne dormant ni jour ni nuit, il s'affaisse rapidement ; les vomissements empêchant le cathétérisme œsophagien, on le nourrit à l'aide de lavements peptonisés. Toutefois les hallucinations diminuent d'intensité, l'excitation s'apaise peu à peu, les idées mélancoliques, mystiques, ambitieuses disparaissent, et il consent à prendre quelques aliments. Quinze jours après son entrée, il est déjà en voie d'amélioration et depuis plus de six semaines il est tranquille, raisonnable, il dort bien, mange avec appétit et s'occupe d'une façon régulière dans le service.

Ce malade par la conformation de ses organes génitaux est un hypospade scrotal à forme vulvaire, un

©BIUM

pseudo-hermaphrodite mâle ; sa verge mesure 4 centimètres et demi, elle est formée de la portion glandaire du corps spongieux et d'une portion du corps caverneux ; le gland imperforé est muni au bord inférieur d'une légère dépression ; dans l'érection l'organe se recourbe en bas et en arrière, retenu dans cette position par deux brides très nettes qui sont les rudiments de la portion cylindroïde du corps spongieux. Ces brides dites *masculines* par M. Pozzi, se retrouvent chez la femme et répondraient d'après cet auteur, à des parties homologues dans les deux sexes (1). Au-dessous de la verge et de chaque côté, il y a apparence de grandes lèvres résultant du défaut de soudure des deux sacs cutanés dont la réunion à l'état normal forme la double poche scrotale. Ces deux lèvres limitent une fente verticale qui aboutit à un cul-de-sac simulant une vulve. A 3 centimètres et demi au-dessous de la verge, se trouve le méat urinaire, mis en communication avec le pénis par les deux brides *masculines* qui se séparent en bas pour embrasser l'orifice. A 3 millimètres au-dessous du méat, on aperçoit un autre orifice qui s'ouvre dans un conduit analogue au vagin, qui n'a pas moins de 15 centimètres de longueur et qui admet une sonde d'un assez gros calibre. L'anus se trouve à 4 centimètres en arrière de l'orifice de ce pseudo-vagin. Le toucher rectal, après l'intromission de deux sondes l'une dans l'urèthre, l'autre dans le canal sous-jacent, permet de sentir la première sonde dans un plan très élevé, et la seconde presque sous le doigt ; celle-ci semble en outre, profondément se dévier un peu à droite. Cette sonde retirée laisse voir à son extrémité, au niveau de son orifice latéral, quelques gouttes d'un mucus blanchâtre, inodore, au milieu duquel, au microscope, on voit quelques cellules épithéliales.

La palpation des régions inguinales, sus et sous pubiennes, de même que le toucher rectal, ne décèlent pas la présence de testicule. Le malade ne sait pas dire si, lorsqu'il se masturbe, il sort du liquide par le méat.

(1) Pozzi. — *De la bride masculine du vestibule chez la femme et de l'origine de l'hymen*. Com. à la société de Biologie, 26 janvier et 16 février 1884.

©BIUM

Toutefois, on a trouvé dans son lit, des taches dont l'aspect rappelait les taches spermatiques.

Ajoutons enfin, que ce malade, hormis ses organes génitaux, possède des attributs du sexe masculin. Toutefois, sa voix est flûtée, sa taille petite atteignant à peine 1 mètre 44 centimètres et son bassin relativement large : la distance, en effet, entre les deux épines iliaques antéro-supérieures est de 24 centimètres ; le diamètre transversal au détroit supérieur est de 23 centimètres et demi ; la circonférence au niveau du bord supérieur des os coxaux mesure 82 centimètres, et le diamètre antéro-postérieur, de la région sacro-lombaire à la partie supérieure de la symphyse pubienne, est de 22 centimètres ; les seins sont un peu gros mais ni l'aréole, ni le mamelon n'offrent rien de particulier.

Nous avons vu chez ce malade le développement brusque et la cessation rapide d'un accès délirant polymorphe ; tout à coup des idées mélancoliques, mystiques, ambitieuses, des idées de persécution se sont montrées, s'enchevêtrant sans ordre et donnant lieu en peu de temps aux manifestations les plus variées.

Nous devons encore relever chez ce sujet l'aberration sexuelle, qui le poussait à rechercher plus volontiers le commerce de son patron que les caresses des femmes. Cette tendance à l'inversion du sens génital est assez rare chez les pseudo-hermaphrodites mâles, qui se font au contraire remarquer par l'attrait qu'ils éprouvent pour les relations féminines ; c'est même pour eux une sorte de révélation ; se croyant femmes, ils s'étonnent eux-mêmes de leur inclination pour les femmes et dans quelques cas ils sont ainsi portés à douter de leur sexe et à se soumettre à l'examen qui vient les éclairer.

Dans le cas de M. Magitot, le sujet marié comme femme a toujours recherché les relations féminines et à la mort de son mari, il a continué à avoir des maîtresses (1). Dans la discussion qui a suivi cette communication, M. Mathias Duval a fait observer qu'il n'y avait jamais d'hermaphrodisme proprement dit et, dans ce cas, le sujet, du sexe masculin, était un homme par

(1) Magitot. — *Nouveau cas d'hermaphrodisme*, in *Bull. soc. d'Anthrop.*, 21 juin 1881.

©BIUM

ses organes internes et un embryon par ses organes génitaux externes arrêtés dans leur évolution.

Pour nous rendre mieux compte de la conformation et des rapports des différentes parties constituantes des organes génitaux dans l'hypospadias périnéal, nous rappellerons le fait fort instructif publié par M. Goujon (1). L'examen anatomique permet de constater la présence dans leur position habituelle des deux glandes séminales en arrière de la vessie ; d'autre part, les deux conduits éjaculateurs viennent déboucher près du bord antérieur du pseudo-vagin (utricule prostatique).

Cette disposition rappelle l'état normal, c'est-à-dire les rapports de l'utricule prostatique avec l'embouchure des conduits éjaculateurs.

Sur le sujet de M. Goujon, le pseudo-vagin qui mesure 6 centimètres et demi était beaucoup plus court que chez notre malade, mais il était plus large, puisqu'il pouvait recevoir le doigt indicateur. Chez lui l'un des testicules était logé dans la lèvre droite, tandis que C... Marius est cryptorchide. La verge rudimentaire, le méat et les replis cutanés qui simulent les grandes lèvres offrent dans les deux cas la même disposition.

Une famille de dégénérés.

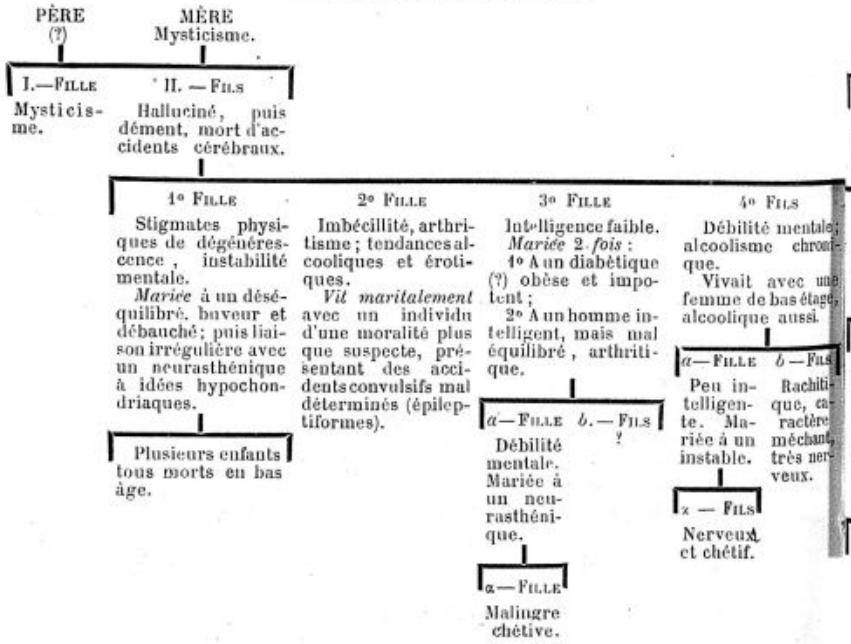
M. J. Séglas. — Messieurs, je demanderai à la Société la permission de lui communiquer l'observation d'une famille de dégénérés qui présente quelques particularités que je crois intéressantes. Après les nombreuses discussions qui ont eu lieu l'an dernier sur la folie héréditaire, on pourra trouver ma communication un peu tardive et m'accuser de revenir encore sur un sujet déjà traité. Je donnerai comme excuse que si je ne fais qu'aujourd'hui cette communication, c'est que les hasards de la clinique l'ont voulu ainsi.

Il est dans cette observation plusieurs points qui méritent de fixer l'attention.

Ce sont d'abord les phénomènes d'hérédité, la marche

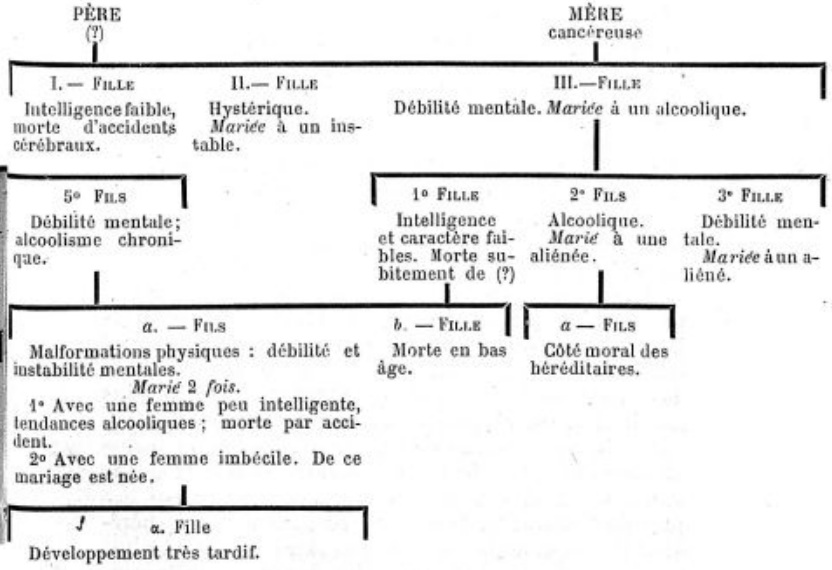
(1) Goujon. *Etude d'un cas d'hermaphrodisme bisexuel imparfait chez l'homme*, avec 2 planches, in *Journ. anat. et physiol.* de Robin, novembre et décembre 1869.

©BIUM



graduelle de la dégénérescence ; sur ce point nous ne nous arrêterons pas. Mais nous ferons seulement remarquer la coïncidence et la succession de diverses manifestations dégénératives, arthritisme, cancer, rachitisme, névropathie. Quant aux rapports qu'elles affectent entre elles, cette observation, tout en montrant qu'elles ont de nombreux points de contact ensemble, ne nous indique pas qu'elles s'engendrent mutuellement et réciproquement ; mais plutôt, comme l'ont dit MM. Charcot, Féré, Déjérine, que ce sont : « des produits de dégénérescence en connexion fréquente dans les familles où leurs combinaisons varient et où, sous certaines conditions, leurs manifestations se transforment et s excitent réciproquement (1). »

(1) Ch. Féré : *La famille névropathique*, in *Arch. neur.* 1884 Voir aussi : Moreau (de Tours) : *La psychologie morbide*, etc.,



Mais le fait le plus frappant et que nous désirons mettre avant tout en relief, c'est le caractère particulier qui préside aux unions de cette famille, qu'elles soient ou non légitimes. On a bien souvent remarqué que les névropathes s'unissaient très fréquemment ensemble, et c'est même un fait qui est aujourd'hui généralement admis. Quelle explication peut-on en donner ? Ces sortes d'unions sont-elles le résultat simplement d'une coïncidence fortuite, ou de causes sociales diverses (raisons de famille, considérations de fortune...), ou bien sont-elles dictées par une sorte de fatalité ou, pour mieux dire, par une loi naturelle ? C'est ce que nous pensons volontiers : en effet, tout en admettant la possibilité des autres causes (et c'est là justement ce qui rend cette étude si difficile), elles ne suffiraient pas à expliquer les cas innombrables d'hérédité convergente

Paris, 1859, — Déjérine : *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux*. Paris, 1886.

©BIUM

observés par les médecins de tous temps et de tous pays, et qui ne sont en somme que le résultat de ces unions fatales. D'un autre côté, les unions illégitimes que l'on rencontre dans ces familles et qui présentent des caractères absolument semblables ne sont pas justiciables de toutes ces causes particulières et sont plus démonstratives du fait sur lequel nous insistons. En outre la répétition du même fait dans une seule famille, à la même génération et, dans les générations suivantes, chez presque tous les membres de ces générations et parfois même plusieurs fois dans la vie du même individu, cette répétition nous semble encore être une preuve de ce que nous avançons. Dans le fait particulier que nous rapportons, cette attraction maladive, qui entraîne les dégénérés l'un vers l'autre par une sorte de communauté d'idées et de sentiments, est des plus manifestes. On la retrouve dans toutes les générations, chez tous les membres de chaque génération et même plusieurs fois chez le même individu. Nous y trouvons aussi un fait de consanguinité, qui est à ce propos des plus démonstratifs. D'ailleurs, ces unions entre héréditaires consanguins ne sont pas rares et créent ainsi une hérédité convergente des plus funestes à la descendance (1).

Je ferai remarquer aussi la fréquence des cas d'alcoolisme dans cette famille : c'est un autre fait d'observation que tous ces individus dégénérés, en vertu de leur état même, recherchent aussi par une sorte d'affinité élective toutes les circonstances de la vie qui développent, au lieu de les combattre, les tendances spéciales de leur organisation.

---

(1) On pourra trouver des exemples analogues dans : Chambard : *Une famille de névropathes* (*Ann. méd. psych.* 1884). — Cullerre : *Des dégénérescence psycho-cérébrales dans les milieux ruraux* (*Ann. méd. psych.* 1884). Rodriguez-Mendez : *Matrimonio entre consanguineos y frenopatas* (*Independ. med.* Barcelone, 21 avril 1886). — Shuttleworth : *Les mariages consanguins et les aliénations mentales* (*Journ. of ment. sc.* octobre 1886) — Jacoby : *Etudes sur la sélection dans ses rapports avec l'hérédité chez l'homme*, 1881. — Ireland : *The Blot upon the Brain.* Londres, 1885. — Bourneville et Séglas : *Des familles d'idiots* (*Arch. neur.* 1886). — Déjérine, *loc. cit.* ; etc...

©BIUM

D'un autre côté, la reproduction et même l'exagération de ces tendances chez leurs enfants montrent clairement, à côté de la tare héréditaire, l'influence funeste de l'éducation qu'ils peuvent recevoir de leurs parents.

Ce sont tous ces faits qui rendent si difficile le problème sociologique souvent posé de la régénération possible de ces individus : on parle bien d'interdiction du mariage, de tentatives pédagogiques, d'hygiène intellectuelle et morale, de choix des alliances (1). Mais à côté de ces moyens qui ne peuvent être étudiés théoriquement que d'une façon générale, il y a toujours en pratique une masse de circonstances particulières et variables, résultant de la vie en société, dont on ne peut déterminer l'influence pour s'en servir ou la combattre. Sans aller jusqu'à répéter qu'en face de la marche progressive des dégénérescences, « il vaut mieux s'en rapporter à la Providence universelle qui gouverne toutes choses, » la seule tentative possible serait à notre avis de divulguer ces faits le plus possible, de façon que tout le monde pût être convaincu que les névroses, la folie, l'imbécillité..... ne sont pas le fait d'un hasard, mais la résultante de lois naturelles. Ce serait au public d'en faire son profit.

Étude sur un cas de paralysie spasmodique infantile.

M. Ritti donne, sur ce sujet, lecture d'un travail de M. Catsaras, professeur agrégé de la Faculté de médecine d'Athènes. (Ce mémoire sera publié dans le prochain numéro des *Annales médico-psychologiques.*)

M. le secrétaire général est chargé d'adresser une lettre de remerciements à M. Catsaras pour son intéressante communication.

Des dangers du traitement de l'hystérie par l'hypnotisme.

M. Larroque. — Messieurs, vous avez pu lire, dans un des journaux du commencement de cette semaine,

(1) Doutrebente. — *Etude généalogique sur les aliénés héréditaires* (*Ann. med. psych.* 1869). — Dally : Art. *Dégénérescences* in *Dict. Dechambre.* — Maudsley. *Crime et folie.*

©BIUM

un article sur le cas de guérison inespérée de Mlle W... Il importe, dans l'intérêt de tous, de relever dans cette relation une interprétation erronée et un danger dans l'application exagérée de cette panacée aujourd'hui très en vogue ; je veux parler de l'hypnotisme et de la suggestion.

Voici le fait : Mlle W... habitait le midi de la France lorsqu'il y a un an, sans causes appréciables, elle fut prise tout à coup de mutisme. Ce fut en vain que les médecins de la région tentèrent d'amener une amélioration chez cette malade. On se décida alors à l'envoyer à Paris. Arrivée dans la capitale, elle suivit plusieurs traitements, et dans ces derniers temps, à la suite d'électrisations répétées, on était arrivé à plusieurs reprises à lui faire dire des mots, des phrases. Cependant, comme on trouvait que l'amélioration n'était pas suffisante, on songea à l'hypnotiser, à la suggestionner. Après un seul essai, Mlle W... parla et, depuis, elle continue à faire usage de la parole.

On ne nous dit pas dans quelle période du sommeil hypnotique a été plongée Mlle W... Il était important aussi de connaître si Mlle W... appartenait, par l'hérédité, à la grande famille neuropathologique. Enfin, on a oublié de rapporter dans l'observation si cette malade avait ou non des stigmates hystériques. Mais ce sont là des détails dont on peut en partie se passer. En effet, il n'est pas rare de voir des malades en tous points identiques à Mlle W... Ceux qui suivent certains services spéciaux peuvent en avoir remarqué plusieurs. Pour ma part, j'ai encore présent à l'esprit le cas d'un voyageur de commerce qui, de temps en temps, est pris de mutisme. Chez ce dernier, on est en présence d'un hystérique, de par les stigmates, etc. Au bout d'un certain laps de temps, environ deux mois, le mutisme disparaît tout à coup, sans aucun traitement. L'apparition et la disparition de ce phénomène sont presque instantanées. Si ce malade allait consulter et se faisait traiter vers l'époque où d'ordinaire la guérison survient, et que l'on vît ce mutisme disparaître, tout esprit non prévenu pourrait croire à une guérison. Je n'ai pas besoin d'insister pour vous faire voir qu'il y a là une coïncidence. Le mutisme hystérique disparaît comme la plupart des

©BIUM

phénomènes hystériques, à l'improviste et sans motifs plausibles. Je sais bien qu'il y a l'impression morale, la vue de certains lieux miraculeux qui peuvent aussi être la cause de cette disparition. A la suite de l'hypnotisme et de la suggestion, on a observé encore ces amendements. Mais, de là à dire que cette pluralité de faits produisent la guérison, il y a loin. Je veux bien qu'ils soient en partie la cause déterminante, mais, je le répète, il y a peut-être une coïncidence, peut-être encore d'autres faits ignorés par nous, du moins dans l'état actuel de nos connaissances sur cette affection entourée de tant d'obscurités. Aussi, devant l'hystérie et ses modalités, n'est-il pas permis à un esprit vraiment scientifique d'appliquer à l'effacement d'un des phénomènes de l'hystérisme le mot guérison. Il y a là une exagération. Du reste, on ne guérit pas l'hystérie, puisqu'elle suit sa marche ; on ne guérit pas non plus les phénomènes hystériques, puisqu'ils se reproduisent malgré tout.

Là ne se borne pas ce que j'ai à vous dire, et je croirais abuser de vos instants si je ne cherchais à vous démontrer les dangers de l'hypnotisme.

Avant tout, on doit bien se convaincre que l'hypnotisme, la suggestion n'ont rien fait dans bon nombre de cas. Je voudrais voir en face de certains malades les écoles qui conseillent à peu près dans toutes les affections ces moyens tant vantés. A Paris, comme ailleurs, on endort et on suggestionne les hystériques ; cependant, combien de fois n'a-t-on rien produit! Quand je dis qu'on n'a rien produit, je me trompe, car un bon nombre de fois on a fait naître des phénomènes regrettables. Je veux, entre autres, vous citer le cas d'une jeune fille sujette à de légers vomissements. Le médecin, parfaitement versé dans les connaissances actuelles se rapportant à l'hypnotisme, sachant qu'il avait affaire à une hystérique, soumit le sujet aux manœuvres hypnotiques. Réveillée, la jeune fille conserva une contracture du pied durant de longs mois. On a eu beau endormir, suggestionner, rien n'a pu faire disparaître cette contracture. Après, il est survenu de la gêne de la marche par suite de l'atrophie de certains muscles, de la rétraction du tendon d'Achille et peut-être de brides articulaires. Cette contracture ne doit pas étonner lorsqu'on

©BIUM

songe à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire dans certaines phases du sommeil hypnotique, surtout dans l'état léthargique; alors le plus léger attouchement, un simple souffle peuvent produire une contracture qu'il faut se hâter de défaire. Voilà donc une jeune fille victime encore de l'hypnotisme; ces cas sont nombreux.

Tout ne s'arrête pas là. Il est avéré qu'en endormant les hystériques, on augmente leur état psychique, en général bizarre. Par l'hypnotisme, on peut amener des troubles mentaux dont le dernier terme est ce qu'on est convenu d'appeler la folie hystérique. En outre, si ces malades sont endormies souvent, elles arrivent à s'endormir elles-mêmes, par conséquent ces troubles intellectuels ne peuvent que s'accentuer. Ces phénomènes fâcheux peuvent survenir non seulement après des manœuvres répétées, mais encore après une simple expérience. Témoin le cas que m'a communiqué M. le docteur Deligny. Il s'agit d'une jeune fille qui, après une première séance d'hypnotisme, est restée, durant trois semaines, dans un état complet de stupeur. J'en ai dit assez pour prouver les dangers de ces expériences qui ne sont pas tentées malheureusement toujours dans un but louable. Comme conclusion, je dirai donc : Puisque les phénomènes de l'hystérisme, surtout le mutisme hystérique, disparaissent seuls, sans intervention aucune, il est inutile de s'exposer aux dangers résultant des manœuvres de l'hypnotisme.

Voilà, Messieurs, les réflexions que je tenais à vous faire connaître. En terminant, permettez-moi de vous signaler certains états complexes survenant en dehors de l'hystérie chez des déséquilibrés héréditaires, pour qui l'hypnotisme est le point de départ de troubles mentaux profonds, que mon collègue et ami, M. le docteur Dumas, a développés dans une des séances de la Société de médecine de Paris.

M. J. Séglas. — Je ne pense pas comme M. Larroque qu'il faille toujours voir des faits de coïncidence dans les observations de thérapeutique suggestive. Pour ma part, j'ai publié un cas (*Archives de neurologie, novembre* 1885), où il me semble bien y avoir une relation de cause à effet entre l'hypnotisme et la disparition de certains phénomènes de nature hystérique (ovarie, clou,

©BIUM

attaques convulsives, hallucinations, idées délirantes, excitation maniaque). D'un autre côté, je suis aussi bien convaincu que l'hypnotisme, en tant qu'agent thérapeutique, ne peut s'adresser qu'à des hystériques et de plus qu'on ne doit pas l'employer d'emblée ni dans tous les cas, même chez des hystériques. Mais lorsqu'on s'adresse à des individus profondément tarés, à la grande hystérie, quand tous les traitements restent inefficaces, il me semble qu'on ne risque rien et qu'on peut gagner quelque chose en tentant de la thérapeutique suggestive. Il suffit alors d'en trouver l'indication ou la contre-indication et d'en bien connaître le mode d'emploi, de façon à éviter des accidents tels que ces contractures dont a parlé M. Larroque, sans bien s'expliquer en somme sur leur nature, et qui d'ailleurs sont dans ces cas le plus souvent justiciables soit de la suggestion, soit d'autres agents (inhalations d'éther, aimants, etc.). Enfin, M. Larroque prétend que l'hypnotisme doit être rejeté parce qu'il ne guérit pas l'hystérie. Je ne sache pas qu'aucun des traitements mis en œuvre jusqu'ici ait jamais atteint ce but : si l'on peut faire disparaître pour un temps certaines manifestations hystériques, on ne modifie pas tellement le terrain sur lequel elles reposent qu'elles ne puissent tôt ou tard réapparaître sous une forme ou sous une autre. — Il ne faut pas demander à la thérapeutique, même hypnotique, plus qu'elle ne peut donner.

M. Aug. Voisin. — Si une malade hystérique, restée muette pendant un an, guérit de son mutisme en deux séances d'hypnotisme, c'est un fait et, comme fait, il reste indiscutable. Il en est de même des guérisons des monoplégies, paralysies, contractures, par les mêmes procédés. J'ai guéri une malade âgée qui était atteinte de paralysie avec contracture du membre supérieur droit depuis huit mois et était considérée comme atteinte de ramollissement cérébral. La main répandait une odeur fétide et présentait des plaies produites par les ongles. A quelques stigmates, j'ai soupçonné l'hystérie, je l'ai hypnotisée (la séance a duré dix minutes), elle a guéri, et la guérison se maintient depuis dix-huit mois. (L'observation a paru dans les *Archives de neurologie* de 1886.) Ce qui prouve de nouveau l'utilité de ces suggestions hypno-

©BIUM

tiques, mais à la condition que ce procédé ne soit employé que comme moyen thérapeutique et ne serve pas à la curiosité du public.

M. LARROQUE. — MM. Séglas et Voisin ont parlé de guérisons psychiques, mais j'ai eu en vue principalement les guérisons somatiques.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.—Séance du 15 mars 1887

Etude médico-légale sur le somnambulisme spontané et le somnambulisme provoqué.

M. Mesnet. — Le mouvement scientifique de ces dernières années a remis à l'étude la question des névroses, en la soumettant au double contrôle de la clinique et de l'expérimentation.

Cette renaissance des études du névrosisme conduisit rapidement à la négation des influences occultes, mystérieuses, sous l'influence desquelles le merveilleux a fait tant de dupes et laissé dans nos annales judiciaires le souvenir de si nombreuses victimes. Convulsionnaires, possédées, sorcières n'étaient plus, déjà depuis longtemps pour nous, que de tristes malades dont les expressions ont varié suivant les dispositions du temps, du milieu, de l'époque où ils vivaient !...

Il appartenait à la seconde moitié de notre siècle de classer les grandes névroses dans nos cadres nosologiques, en donnant aux symptômes qu'elles présentent leur véritable signification pathologique. Le somnambulisme naturel et le somnambulisme provoqué avaient conservé jusqu'à ces derniers temps encore un grand nombre d'adeptes que la crédulité et l'amour du surnaturel conduisaient aux interprétations les plus fantaisistes ! Grâce aux progrès incessants de la physiologie du système nerveux, justice a été faite de toutes ces erreurs.

L'observation clinique et l'étude expérimentale étant la seule voie qui puisse nous conduire à la connaissance des rapports qui existent entre les manifestations de ces névroses et les troubles fonctionnels du système nerveux qui les accompagnent, j'ai cru devoir vous présenter quelques considérations relatives à un malade que j'ai actuellement dans mon service à l'Hôtel-Dieu, et vous démontrer, à son sujet, l'importance de

©BIUM

ces questions au point de vue psychologique et médico-légal.

Je me serais prudemment abstenu de toute communication, si je n'avais la *conviction profonde* que les phénomènes dont je vais vous entretenir ont acquis, désormais, l'autorité du fait scientifique, c'est-à-dire qu'ils se reproduisent invariablement semblables à eux-mêmes chaque fois qu'on cherche leurs manifestations dans des conditions identiques et déterminées. — Permettez-moi, avant tout, Messieurs, de vous rappeler en quelques mots l'histoire contemporaine de la question.

Un grand nombre de volumes et de mémoires ont été publiés dans ces dernières années sur cette classe de névroses, que Braid avait, dès 1842, très judicieusement observée, et sur laquelle j'avais moi-même appelé l'attention en 1855, dans un travail publié dans les *Archives de médecine* en 1860, quelques années avant les intéressantes communications faites à la Société de Chirurgie par mon ami le professeur Azam, de Bordeaux, qui avait observé sa première malade en 1858 et publié ses recherches dans les *Archives de Médecine*, également en 1860.

Vers la même époque, 1856, l'Académie de médecine couronnait un remarquable travail du docteur Puel sur la catalepsie.

En 1861, paraissait un important volume d'Alfred Maury, de l'Institut, *Sur le sommeil et les rêves*, dans lequel il consignait ses observations personnelles sur les rêves hypnagogiques, en les accompagnant d'une étude analytique et critique des phénomènes du somnambulisme naturel et du somnambulisme provoqué ou artificiel. Lasègue, en 1865, publiait dans les *Archives de Médecine* une étude sur les catalepsies partielles et passagères, provoquées par l'occlusion des paupières. — En 1866, le Dr Liébault, de Nancy, consignait ses recherches dans un livre ayant pour titre : *Du sommeil et des états analogues considérés au point de vue de l'action du moral sur le physique.*

Pendant de longues années ensuite la question resta indifférente pour ne pas dire nulle ; elle avait eu pour berceau la Société médico-psychologique à laquelle nous avions, mon collègue Azam et moi, communiqué nos premières observation ; *c'est là qu'elle sommeilla*, réveillée de temps en temps par quelques considérations suivies de discussions, auxquelles prenaient part les membres les plus actifs de cette Société :

©BIUM

Paul Janet, Alfred Maury, Buchez, Cerise, Pouzin, Baillarger, Loiseau, Motet...

Ces divers travaux de la *première époque* avaient trouvé peu de crédit, moins encore de sympathie au dehors ; — le silence qui se faisait autour d'eux équivalait à : doute-scepticisme-illusion ! La preuve en est, qu'en 1874, quand j'avais dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine ce remarquable malade somnambule dont l'histoire a depuis été reproduite dans tous les livres écrits sur ce sujet, j'eus à rompre force lances et à combattre le bon combat avec grand nombre de médecins mes collègues dans les hôpitaux et professeurs à la Faculté, qui contestaient l'authenticité du fait, la sincérité du malade.

C'est à dater de 1875 que l'étude de ces névroses prit rapidement un grand essor et que les recherches qui se multipliaient donnèrent à la question sa véritable direction scientifique.

Dégagé ainsi des influences mystérieuses, de l'électricité animale, du fluide vital, du magnétisme terrestre, l'hypnotisme entra résolument dans la voie expérimentale ; nous vîmes alors naître successivement les écoles de la Salpêtrière, de la Pitié, plus récemment celle de Nancy, ainsi que divers travaux qui nous vinrent de Marseille et de Bordeaux. — Entraînés par la séduction du sujet, médecins et physiologistes se mirent à l'œuvre de tous côtés ; bientôt philosophes et jurisconsultes trouvèrent eux-mêmes dans ces nouvelles études d'utiles applications à la psychologie et à la médecine légale.

Que de faits surprenants, inattendus surgirent tout à coup des expérimentations hypnotiques !... troubles multiples des divers modes des sensibilités périphériques, analgésies — anesthésies, — hyperesthésies, — transferts des sensibilités ;

— Mêmes troubles du côté des organes des sens ; — Troubles de l'innervation musculaire, parésies, — contractures — hyperexcitabilité des muscles ;

— Dissociation des facultés intellectuelles, avec abolition ou exaltation de telles ou telles d'entre elles ;

— Scission de la mémoire, puis sa réviviscence.

— Altération ou perte momentanée de la personnalité !!...

Ces perturbations multiples, étudiées d'abord isolément, le furent ensuite par groupes ; — à l'analyse succéda la synthèse — et la série de leurs manifestations fut alors *magistralement* établie par divers travaux cliniques dus aux recherches faites à la Salpêtrière par mon savant ami le professeur Char-

©BIUM

cot et ses élèves, entre lesquels je me plais à citer le docteur Charles Richet et Paul Richer. Presque au même moment, mes collègues Luys et Dumontpallier nous donnaient : l'un des travaux sur l'automatisme, — l'autre ses études sur le transfert ; — le docteur Prosper Despine, de Marseille, publiait en 1880 son livre sur le somnambulisme ; — le professeur Pitres, de Bordeaux, et les professeurs de l'école de Nancy, leurs recherches sur les suggestions ; sans oublier les nombreux ouvrages parus dans ces dernières années, que je ne puis, à regret citer individuellement.

Dans cette vaste collection de faits si rapidement formée, quelques-uns ont aujourd'hui reçu le baptême scientifique ; mais combien d'autres, en grand nombre, restés à la période d'étude, qui, de longtemps encore, peut-être jamais, n'auront de titres de noblesse ! !..

Ces considérations établies, j'élimine tous les points obscurs et indécis de la question et j'arrive à l'étude des faits scientifiquement démontrés, dont l'évidence est telle qu'ils ne peuvent donner prise à la contestation, non plus qu'au scepticisme, fût-il le plus outré !

Le malade dont je vais vous faire l'étude médico-psychologique est un jeune homme de dix-neuf ans ; élevé dès son bas âge dans une institution primaire, il y reçut une instruction assez bonne pour s'élever jusqu'aux cours supérieurs.

Dès son enfance il avait perdu son père, mort accidentellement d'une pneumonie.

Sa mère, femme d'un esprit mobile, d'une impressionnabilité très grande, très irritable, a eu pendant longtemps des attaques de nerfs, franchement hystériques.

Il n'a ni frère, ni sœur.

A l'âge de onze ans, nous notons chez notre malade une insolation, et quelque temps après une fièvre typhoïde très grave, dont il a été longtemps à se remettre. Dans sa convalescence il a été pris d'attaques de nerfs, qui, pendant trois mois, se répétèrent plusieurs fois par jour, avec une telle violence, qu'il fallait plusieurs personnes pour le maintenir ; elles cessèrent au moment où parut sur le cuir chevelu une éruption qui semble avoir été un eczéma ou un impétigo.

A dater de cette époque (il avait alors treize ans) il devint nerveux, impressionnable, irritable, d'une extrême mobilité d'esprit, avec des idées tantôt tristes, tantôt gaies, sans savoir pourquoi.

©BIUM

Vers la fin de 1885 apparaissent les premiers troubles du sommeil ; ce n'est d'abord que de l'agitation au lit, du bavardage, des propos incohérents, puis, quelques temps après, il se lève la nuit, s'habille, marche dans la chambre, la balaye, déplace les meubles, faisant et défaisant dix fois la même chose.

En juin 1886, les accès de somnambulisme deviennent plus fréquents et plus longs, ils se produisent le jour comme la nuit; le malade s'endort debout, à table, en mangeant, où qu'il se trouve ; et sa famille nous apprend qu'étant toujours très difficile à réveiller, il l'est plus encore la nuit que le jour. Il était occupé dans un atelier d'où il fut congédié, parce qu'il s'endormait à chaque instant sur sa table de travail, l'ouvrage entre les mains.

Cette époque marque une nouvelle étape dans sa biographie pathologique : la mobilité de son esprit devient de plus en plus grande ; il quitte Paris, va à Arras, entre dans un autre atelier d'où on le renvoie pour la même raison. Il ne peut plus tenir en place, le besoin de locomotion s'empare de lui, il va à Boulogne, à Berck, se promène sans but, sans raison, et revient à Paris. Là, diverses idées fantastiques lui traversent l'esprit :

Il s'imagine avoir en lui l'étoffe d'un grand musicien, il se met à écrire, à composer de la musique, il apprend à jouer de divers instruments.

A quelque temps de là, il se croit chirurgien militaire, il se fait fabriquer un costume d'aide-major, avec lequel il va se promener à Arras, à Paris, à l'École militaire.

Au mois d'octobre et de novembre il fait des excès de femme dans une proportion démesurée et, sous cette influence éminemment dépressive, son état mental devient de plus en plus chancelant, les troubles du sommeil augmentent en intensité et en durée, à tel point que s'étant endormi un jour près des fortifications où il était allé se promener avec des amis, il fut rapporté chez lui sans s'en douter, et y resta quinze heures sans se réveiller.

Tel était l'état de ce malade au moment où il a accompli l'acte réputé *vol*, dont il a aujourd'hui à rendre compte à la justice.

Entré à l'hôtel-Dieu le 19 décembre 1886, il fut conduit dans mon service pour être soumis à l'examen du Dr Garnier, commis près de lui à l'occasion de ce prétendu *vol* accompli

©BIUM

dans des conditions tellement particulières que la santé de l'inculpé avait été tenue pour suspecte :

Il avait, au déclin du jour, soustrait divers objets de gros volume (chaises, commode), exposés sur le trottoir devant la boutique d'un marchand qui demeurait en face de son logement. Il avait pris ces objets un à un, avait tranquillement traversé la rue pour les emporter chez lui, sans essayer de les dissimuler, sans se préoccuper des passants qui le croisaient dans la rue. Le marchand l'avait fait arrêter, et l'accusé répondait invariablement qu'il n'y comprenait rien, qu'il ne savait pourquoi on le recherchait ainsi.

Dès les premiers jours de l'entrée du malade à l'hôpital, il nous fut facile de constater qu'il avait en effet de fréquents accès de somnambulisme spontané pendant lesquels il se levait, s'habillait, se promenait dans la salle, accomplissant avec une grande liberté d'allures tous les actes que lui suggérait le mouvement automatique de son cerveau. Il balayait la salle, essuyait les meubles, les déplaçait, les rapportait...

Dans un autre accès de somnambulisme il groupait les chaises, les disposait en demi-cercle, se plaçait au milieu et, une baguette à la main, prenait les attitudes d'un chef d'orchestre qui dirige l'exécution d'un morceau, activant, ralentissant la mesure, exprimant par sa physionomie les nuances de la musique qu'il croyait entendre.

D'autres fois les actes que lui suggère l'idée qui dirige sa crise somnambulique se traduisent par de véritables tentatives de suicide. Toujours préoccupé de l'accusation qui pèse sur lui, il écoute, à l'état de veille, les conseils que nous lui donnons, il ne se préoccupe pas autrement de son affaire; mais lorsque, dans l'état de somnambulisme, il est sans réflexion, sans arrêt, livré à la domination de l'idée de vol et de poursuites, il s'abandonne à ses propres incitations et fait des tentatives qui nous donnent les plus sérieuses inquiétudes.

Une de ces dernières nuits, il se lève à trois heures du matin, en pleine crise, va directement à une fenêtre de la salle, essaie de l'ouvrir ; elle résiste, il fait de vains efforts.

Il traverse la salle, va à la fenêtre du côté opposé qu'il essaie violemment d'ouvrir sans plus de résultat.

A l'instant il revient à son lit, prend sa courroie, la passe autour de son cou, monte sur une chaise, cherche un point d'attache à la barre transversale du ciel de lit; le gardien de nuit intervient, le dégage, enlève la courroie.

©BIUM

Il essaie à diverses reprises de se frapper avec son couteau, qu'on lui enlève des mains.

Il se dirige alors vers la porte de sortie de la salle qu'il trouve fermée ; il la secoue énergiquement en exprimant un grand mécontentement, il songeait probablement à se précipiter, du haut de la galerie, dans le jardin du centre.

Revenu à son lit, il se couche avec des mouvements brusques et saccadés, lance des coups de poings à droite, à gauche, comme s'il avait à se défendre contre des personnes qui seraient venues l'assaillir ; après quoi il se prend de sanglots et de larmes, s'endort d'un sommeil calme, et se réveille à huit heures du matin, sans avoir connaissance de la crise qu'il venait de traverser, qui avait duré cinq heures.

Dans l'examen des diverses sensibilités, fait en dehors des crises, nous constatons : analgésie, anesthésie complètes, perte de la sensibilité aux températures, sur toute la surface du corps, excepté sur deux surfaces symétriques aux hypochondres, aux organes génitaux, au périnée et aux régions fronto-palpébrales ;

Le tact est conservé ; le malade reconnaît, les yeux fermés, les objets qu'on lui met entre les mains ;

L'électricité à courants interrompus n'est point sentie, bien que son excitation fasse contracter les muscles normalement ;

Les muqueuses, aux orifices des sens, n'ont aucune trace de sensibilité ;

La vue et l'ouïe sont intactes ;

Le goût et l'odorat sont abolis.

La constatation du somnambulisme spontané étant ainsi bien établie, il est intéressant, au point de vue médico-légal, de savoir jusqu'à quel point cet homme était accessible à l'action hypnotique produisant le somnambulisme articiel ou provoqué.

Le docteur Tillaux, mon collègue à l'Hôtel-Dieu, le docteur Garnier et moi, ainsi que les élèves du service tous réunis dans mon cabinet, nous avons fait venir le malade. M'étant approché de lui, je l'ai subitement fixé à très courte distance, surprenant ainsi son regard qui s'est attaché à moi, sans avoir eu d'ailleurs aucun point de contact avec sa personne, sans lui dire un mot qui puisse l'occuper.

En quelques secondes, l'expression de sa face s'altère, ses traits s'immobilisent, son œil prend un regard particulier ; aussitôt le malade se rapproche de moi et se met au contact nez à nez, œil sur œil. Je me recule, il avance sur moi ; je fais le tour de la salle, je passe entre les chaises, j'active le pas, je

©BIUM

le ralentis, il ne me quitte pas d'une semelle : il se tient toujours au contact, ses yeux sur mes yeux. Ainsi attaché à ma personne, il n'a plus aucune communication avec le dehors, il n'a plus d'autres excitations que celles que je lui donne ; il entend ma voix, répond aux questions que je lui adresse, mais n'est accessible à aucun autre son, d'où qu'il vienne.

Nous avions donc devant nous l'exemple le plus complet de la fascination hypnotique qui est, entre toutes les formes de l'hypnose, la plus saisissante et la plus invariable dans ses allures.

Instruit par l'expérience que j'avais acquise depuis longtemps près d'autres malades plus ou moins semblables à lui, que la fascination n'est point une influence personnelle à celui qui vient de l'opérer et que mon fasciné pouvait être attaché à tout autre, aussi bien qu'à ma propre personne, je le conduis près de mon excellent collègue, que je savais quelque peu incrédule en ces sortes d'expériences. Je dirige avec ma main son regard sur les yeux de Tillaux, et à l'instant il se précipite sur lui, bousculant les meubles, se couchant à demi sur les bras du fauteuil qu'il occupait, afin de se mettre au contact de son nouveau fascinateur.

Le voilà donc attaché à une autre personne ; dès lors, il ne me connaît plus, je n'existe plus pour lui ! Il est, si je puis dire ainsi, identifié à son nouveau possesseur ; il semble attendre de lui un ordre pour l'exécuter ; il entend sa voix, alors que la mienne ne le pénètre plus. Il répond aux questions qu'il lui adresse, mais il est incapable d'aucun acte cérébral spontané ; ses réponses sont monosyllabiques, sur un ton monotone, avec une altération évidente du timbre de la voix. Tillaux quitte son fauteuil ; il le suit avec précipitation, recherchant son regard comme il cherchait le mien un instant avant ; qu'il porte les bras à droite, à gauche, qu'il s'asseoit, qu'il se mette à genoux, le malade répète invariablement tous ses mouvements ; qu'il reste immobile, il est devant lui immobile face à face, œil sur œil !... Toutes les tentatives faites par mon collègue pour se débarrasser étant restées infructueuses, je viens à son aide, quand il me déclara son opinion faite, sa conviction bien assise.

Le procédé qui m'avait servi à conduire mon malade sur une autre personne me servit également à le reprendre pour mon propre compte. Ma main interposée entre les yeux de Tillaux et les siens, ayant concentré tout son regard, il la suivit et vint

©BIUM

de nouveau se mettre à mon contact. Tillaux, à son tour, est libre, le malade qui ne le connaît plus, est sous ma dépendance.

La fascination est, entre toutes les manifestations de l'hypnose, celle dans laquelle il est le plus facile de créer au malade des hallucinations. Tous les sens peuvent en général être mis en action ; cependant, la vue et l'ouïe sont ceux qui s'y prêtent le mieux ; en voici quelques exemples :

Veuillez me pardonner, messieurs, les quelques détails dans lesquels je vais entrer ; ils sont indispensables à la démonstration que je veux vous faire !

Je dis brusquement au malade : « — Un oiseau ! » Ce mot éveille son attention. « — Devant vous ! — Sur le mur ! Le voyez-vous ? » et je conduis avec la main son regard dans la direction voulue. Il se précipite à l'instant vers lui, renversant chaises et personnes, tout ce qui fait obstacle à son passage. — Arrivé au pied du mur, il reste immobile. « — Prenez-le ! » Il élève ses bras aussi haut que possible et le prend sur le mur, à la hauteur indiquée. « — Vous l'avez sur le doigt ! Embrassez-le ! » — Il l'embrasse. « — Il chante ! L'entendez-vous ? — *Oui !* — Chantez comme lui », — et il module un air sifflé sur un ton très doux imitant le chant du serin. — La création d'hallucinations, — véritables idées-images — qui réveillent les sens et les diverses activités musculaires en rapport avec elles, peuvent également mettre en jeu les différents modes de sensibilité morale, d'émotivité, correspondants à l'idée représentative.

Brusquement, je dis au malade, en dirigeant ses yeux dans une direction quelconque :

« — Un enterrement ! » — Ses traits se contractent, sa figure devient triste.

« — Voyez tous ces pauvres gens ! »

Il soupire, il pleure en telle abondance que ses larmes inondent sa figure.

Je le retourne sur place, et je lui dis : « — Voyez un mariage ! — Comme ils sont gais ! » — A l'instant il lui vient un sourire, et il fait un pas en avant pour se rapprocher d'un spectacle agréable.

« — J'entends de la musique !... — Ils dansent ! »

Il se met à danser au milieu de nous avec une grande activité de mouvements et de gestes.

Autant le malade montre d'impétuosité et d'élan dans la réalisation de l'idée qui lui a été suggérée, ou dans l'exécution

©BIUM

de l'ordre qui lui a été donné, autant il devient inerte et immobile quand l'influence excitatrice cesse de s'exercer sur lui.

Placé en face de la personne qui le domine, il restera les yeux fixés sur elle, attentif et sans mouvement.

Conduisez ses yeux sur le parquet, en les dirigeant avec votre doigt sur un point quelconque, il s'incline de ce côté, se baisse comme pour regarder de plus près et reste courbé, immobile dans cette contemplation imaginaire.

Reprenez son regard avec la main, et dirigez-le vers le plafond, il se relève brusquement, se grandit sur les jambes et, la tête haute, il s'immobilise dans cette nouvelle position.

Ces diverses expérimentations faites, je le réveillai par une vigoureuse insufflation sur la face. Aussitôt il se frotte les yeux, les promène autour de lui, étonné de voir un si grand nombre de personnes. Il était intéressant de savoir quel souvenir il pouvait avoir gardé, au réveil, des diverses impressions que je lui avais communiquées pendant son sommeil.

Je l'interroge et je lui dis :

« — Connaissez-vous M. Tillaux?

— Oui monsieur, je l'ai vu plusieurs fois dans cet hôpital.

— L'avez-vous vu tout à l'heure, assis dans ce fauteuil?

— Non, monsieur.

— Pourquoi vous êtes-vous précipité sur lui? Pourquoi le regardiez-vous de si près, nez à nez ?

— Monsieur, je n'ai point fait cela.

— Quand il s'est levé vous l'avez suivi, vos pas dans ses pas, le touchant toujours, sans faire attention à nous?

— Monsieur, je ne comprends pas ce que vous me dites-là.

— Que voyiez-vous sur ce mur? Vous vous êtes levé sur la pointe des pieds, comme pour y prendre quelque chose?

— Monsieur, il n'y a rien sur le mur, je n'ai rien vu, puisqu'il n'y a rien. »

La scission de la mémoire était évidemment bien complète, car le malade n'avait, à l'état de veille, conservé aucun souvenir des faits et actes accomplis par lui un instant avant, dans sa période de trouble mental. La contre-épreuve était facile à faire, — je veux parler de la réviviscence du souvenir dans une nouvelle crise hypnotique.

Je fixe de nouveau le malade et je fais la prise du regard ; en quelques secondes il revient au même état, après une profonde inspiration.

« — Avez-vous vu M. Tillaux dans ce fauteuil ?

©BIUM

— Oui.

— Pourquoi le regardiez-vous fixement, nez à nez ?

— Je ne pouvais me détacher de lui.

— Que voyiez-vous sur ce mur?

— Un oiseau. — L'avez-vous pris ? — Oui. — Chantait-il ? — Oui. — Qu'est-il devenu ? — Envolé.

— Qu'avez-vous encore vu ?

— Un enterrement, j'ai pleuré.

— Encore ? — Une noce avec musique, j'ai dansé. »

Il avait donc bien, dans cette nouvelle crise, la mémoire la plus fidèle de tout ce qui s'était passé dans la crise précédente, des diverses hallucinations que je lui avais créées, des sentiments que j'avais éveillés pour mettre en jeu son émotivité. — Il avait, pour le moment, présents à l'esprit, tous ces faits qu'il ignorait absolument, il y a deux minutes, quand nous l'avions éveillé.

Je fis encore quelques expériences en lui donnant différentes poses extatiques, cataleptiques qu'il conservait invariables jusqu'au moment où je détournais son attention pour la fixer sur autre chose, une personne, un meuble, un point imaginaire.

De temps en temps, il avait une respiration anhéleuse, profonde, plus précipitée, avec des rougeurs ou des pâleurs de la face, des tressaillements des membres accompagnés de secousses, signes précurseurs de convulsions imminentes ; il me suffisait, pour apaiser tout cela, de lui mettre la main sur le front, en lui disant : — « Tranquillisez-vous !!... soyez calme !!.. »

Parfois son regard se perdait et semblait dans le vide, ma voix ne lui arrivait plus ; je venais alors de nouveau faire ainsi une reprise du regard qui rétablissait l'influence momentanément perdue.

Nos expériences duraient depuis une heure, le malade s'agaçait à chaque instant, il prenait de temps en temps des expressions de frayeur, comme s'il avait été tourmenté par des hallucinations terrifiantes ; je le conduisis près d'un canapé sur lequel je le fis asseoir en fixant son regard sur ce meuble, en m'y asseyant moi-même, ce qu'il fit à son tour par imitation. Après l'avoir ramené à un état de calme qui me semblait complet, j'essayai de le réveiller en lui soufflant énergiquement sur la face et sur les yeux ; il resta le même, et se rapprocha plus encore de moi, comme si mon souffle l'avait attiré ; je recommençai sans plus de résultat, et il en fut ainsi pendant cinq minutes, sans qu'il m'eût été possible de le réveiller ; à diverses

©BIUM

reprises il fut pris de tressaillements et de secousses des membres.

Le docteur Garnier eut la pensée de l'éveiller par suggestion.

J'essayai, à cet effet, de fixer énergiquement son attention sur moi : il était fatigué, il ne répondait plus avec la même vivacité à mes sollicitations.

Je lui dis : « — Ecoutez-moi bien — dans deux minutes vous vous réveillerez ! »

Deux minutes se passèrent, il ne se réveilla pas.

Je renouvelai l'expérience ; même résultat négatif.

Le docteur Garnier prit à son tour le malade en fixant son regard, et lui dit :

« — Je veux que vous vous réveilliez, — c'est ma volonté, — vous m'entendez bien, — dans deux minutes vous frotterez vos paupières, et vous vous réveillerez !!... »

Le malade, peu attentif à ces paroles, ne répondit rien ;... et ne se réveilla pas.

Nous le reconduisîmes à son lit. Garnier, qui l'avait sous sa dépendance, lui ordonna de se déshabiller et de se coucher. Après quelques hésitations, il se déshabilla et se coucha ; il eut une attaque convulsive, de forme franchement hystérique, entremêlée de périodes de catalepsie et de léthargie, suivie de sanglots et de larmes abondants ; puis il s'endormit d'un sommeil très calme, et se réveilla trois quarts d'heures après.

Les jours suivants, il n'éprouva aucun malaise particulier, il vécut dans un calme relatif assez satisfaisant, sans autre trouble que le retour périodique des accès de somnambulisme spontané qu'il présentait depuis bien longtemps la nuit, et même assez souvent le jour.

L'étude que nous avions faite des influences hypnotiques exercées *directement* sur le malade, et des troubles provoqués par leur *action immédiate*, devait avoir pour complément une nouvelle expérience, à savoir : dans quelle mesure nous le trouverions accessible aux *suggestions post-hypnotiques* ? c'est-à-dire : un ordre lui étant donné tel jour, serait-il exécuté par lui le lendemain, sans provocation directe, à l'heure dite ?

L'importance de cette nouvelle épreuve se déduisait naturellement des conditions qui avaient amené dans mon service ce malade inculpé de vol ; elle devait, en outre, donner un nouveau point d'appui aux conclusions que le médecin légiste allait avoir à formuler dans son rapport.

©BIUM

Tel jour, à ma visite, ce malade, avec qui je causais, fixa les yeux sur moi et s'endormit; il continuait à me répondre sans plus entendre ni voir mes élèves qui m'entouraient. Les conditions étaient favorables pour tenter l'expérience; je l'emmenai dans mon cabinet afin de ne point être entendu du dehors, je fixai énergiquement son attention — il était tout oreilles — et je lui dis, en lui montrant un de mes externes :

« — Voyez la chaîne de montre de M. X... ? La voyez-nous ? — Oui. — Eh bien ! je vous ordonne demain, pendant ma visite, de prendre adroitement cette chaîne et la montre, de mettre le tout dans votre poche et de vous en aller aussitôt ! M'avez-vous bien compris? » — Il eut un mouvement de surprise avec secousse dans les membres et une expression de mécontentement très évidente. — Il ne me répondit pas. — J'insistai en lui disant : « *Je vous l'ordonne. Je le veux.* » Il répondit « Oui », avec un geste brusque et saccadé. Je le ramenai à son lit et le réveillai aussitôt en lui soufflant sur la figure. — Il ignorait absolument ce que nous venions de faire, de dire, où nous étions allés...

Le lendemain, en entrant dans ma salle, à neuf heures, je le rencontre causant dans le vestibule de choses indifférentes avec les élèves de mon service qui attendaient ma visite. Il avait sa tenue habituelle, toute sa liberté d'esprit; aucune trace de préoccupation ni de souci n'apparaissait dans sa personne. Je lui dis de retourner à son lit, ce qu'il fit aussitôt. Dans le cours de ma visite, arrivé près de lui, je lui demandai :

— Comment il avait passé la journée précédente ?

— S'il avait, la veille, mangé comme d'habitude ?

— Comment il avait passé la nuit ?

— Comment il se trouvait ce matin ?

A toutes ces questions, il me fit des réponses satisfaisantes ; ne se plaignant que d'insomnie ou, pour mieux dire, d'un sommeil agité, de bavardage pendant la nuit... ce qu'il ne savait que par le dire de ses voisins.

Pendant le cours de ma visite, il accompagna mes élèves en causant avec eux, mais avec moins d'entrain que d'habitude et en se rapprochant volontiers de M. X..., mon externe, qu'il semblait regarder avec un intérêt tout particulier.

Après avoir parcouru la première salle, nous passâmes dans la seconde, en traversant le palier de l'escalier. Il ne nous suivit pas. Ma visite terminée, j'envoyai un de mes élèves lui dire de venir me parler; je lui demandai s'il savait quel jour le doc-

©BIUM

teur Garnier viendrait le voir? Il me répondit de la manière la plus nette et la plus naturelle qu'il ne saurait me fixer le jour... que M. Garnier venait sans le prévenir... mais qu'il ne tarderait sans doute pas !...

A ce moment, nous étions tous réunis près de la table sur laquelle je signais mes cahiers, — lui, presque en face de moi à ma droite, — M. X... de l'autre côté, à ma gauche ; nous causions des malades sortants et du nombre des lits vacants pour la consultation que j'allais faire.

Le malade, qui ne prêtait plus d'attention à notre conversation, était debout, immobile, les yeux fixés sur la chaîne de montre de M. X... qui apparaissait dans l'entrebâillement de son paletot. Sa physionomie était calme, son regard contemplatif — il se détachait évidemment de plus en plus du milieu qui l'entourait — il s'hypnotisait à la vue des anneaux brillants qu'il avait devant les yeux ; et nous fûmes tous témoins silencieux d'une lutte intérieure dont nous suivîmes pas à pas les différentes phases.

Le regard fixé sur la chaîne, il s'absorbait de plus en plus ; ses pupilles se dilataient, ses paupières, largement ouvertes, n'avaient plus de clignement ; l'œil devenait humide, et la conjonctivite légèrement injectée. Sa figure, calme et impasssible d'abord, prit une expression singulière dans laquelle il était facile de lire un sentiment d'angoisse qui s'accusait non seulement par le plissement de la peau du front, mais surtout par des troubles considérables de la circulation capillaire ; — telle partie de la face était rouge, injectée — telle autre profondément décolorée avec une teinte terne et livide — une grande perturbation dans l'acte physiologique des vaso-moteurs venait de s'accomplir dans la circulation périphérique !

En même temps que se produisaient ces divers phénomènes, la respiration, d'abord calme et superficielle, devenait rapide, anhéleuse, profonde, s'accompagnant de tremblements musculaires, et parfois de secousses brusques des membres.

Le pouls était rapide.

Après avoir à diverses reprises incliné sa tête et son corps vers M. X..., il fit lentement un pas en avant, puis lentement un autre pas et porta ses deux mains vers la chaîne qu'il ne toucha pas. Plusieurs fois il retira ses mains avant de les mettre au contact du métal ; puis brusquement, dans un mouvement rapide, il détacha la clef de la boutonnière du gilet, retira la montre et la mit dans la poche de son pantalon.

©BIUM

Au même instant il quitta la salle en courant, traversa le couloir, le palier, et descendit précipitamment l'escalier jusqu'au premier étage.

Au bas de l'escalier, je le retrouvai aux prises avec un infirmier qui l'avait suivi; — il était dans un état d'égarement complet ; — je lui soufflai sur les yeux et, à l'instant même, il se remettait en rapport avec nous.

Reconduit dans mon cabinet, je lui demandai ce qu'il avait. Il me répondit qu'il n'avait rien...

« — D'où venez-vous ? qu'avez-vous fait ?

— Monsieur, je ne sais pas ! »

— Je retirai de sa poche la montre qu'il y avait mise, en lui demandant : « — Comment avez-vous cette montre? — Est-elle à vous ? — Non. — Mais, je le sais bien qu'elle n'est point à vous, puisque vous venez, en notre présence, de la prendre à M. X...! »

A ce mot, il s'exclama avec énergie : « — Je ne suis point un voleur ! » et il se mit à fondre en larmes avec des sanglots et des soupirs, accusant une grande émotion...

Au même instant, il cessa complètement d'être en rapport avec nous ; aux larmes succédèrent des crises d'une violence extrême pendant lesquelles il voulut à diverses reprises se précipiter la tête contre les murs, en répétant : « — Je ne suis point un voleur ! c'est une infamie ! ! » Ses violences étaient telles qu'il fallut une dizaine de personnes pour le maintenir

Pendant plus d'une demi-heure, il nous présenta la succession rapide et la plus exagérée des diverses phases des perturbations hypnotiques. — Après le spasme, le collapsus léthargique, dans lequel nous n'avions plus aucune manifestation d'activité physique ni mentale, dans lequel les fonctions organiques de respiration, de circulation subissaient un ralentissement considérable. Puis des alternatives de catalepsie et d'extase, d'une durée de quelques minutes à peine, avec occlusion complète de tous les sens et de tous les divers modes de sensibilité périphérique.

Les diverses tentatives de réveil que je fis par l'insufflation sur la face, sur les yeux, par la projection d'eau froide à la face furent inutiles ; l'état hypnotique dans lequel il était ne se rattachant à aucun acte extérieur, mais bien à l'influence de sa propre émotion, échappait par cela même à toute action personnelle exercée sur lui. Profitant d'un instant d'extase contemplative, je lui fis la prise du regard, et, grâce à cette subs-

©BIUM

titution, je l'éveillai en lui soufflant sur la face, ce que je n'avais pu faire quelques minutes avant.

Envisagés dans leur ensemble, les faits que nous venons d'exposer offrent un grand intérêt, car ils permettent, dans une certaine mesure, de faire l'analyse psychologique du malade, dans les différentes phases de l'acte que nous lui avons commandé.

Au moment où je l'ai fait appeler pour lui demander quel jour M. Garnier viendrait le voir, il était encore en pleine possession de lui-même ; sa tenue, le calme de sa physionomie, ses réponses justes et précises en témoignent. Le trouble, ou plutôt l'ébranlement cérébral, commence à l'instant où, les yeux fixés sur la chaîne de montre, l'idée suggérée s'impose à son esprit. Nous voyons alors la perturbation de ses facultés grandir proportionnellement aux troubles extérieurs qui se développent devant nous, tant du côté de la face que du côté des yeux, dilatation des pupilles, injection de la conjonctive — trouble de l'innervation des vaso-moteurs de la face, avec teintes rouges ou décolorées par places — troubles profonds de la respiration — tremblements et secousses tétaniques des membres — accélération du pouls.

L'expression de sa face *semble* traduire les émotions intérieures qui l'agitent. Du moment que l'idée suggérée a pris possession de son esprit, il subit un entraînement auquel il ne peut plus se soustraire. Il est d'abord en lutte avec deux influences opposées : l'une suggérée qui le pousse vers l'objet qu'il doit prendre, l'autre personnelle, de résistance à l'acte qui qui lui a été commandé. La fixité de son regard, l'expression de ses traits, le plissement de son front, toute sa physionomie indiquent la lutte, le mouvement de son esprit. Mais bientôt sa personnalité, sa volonté de plus en plus chancelante, à mesure que la domination de l'idée s'impose plus impérieuse, s'effacent et disparaissent, et il n'est plus alors qu'un être inconscient, un instrument aveugle à la merci de l'idée qui l'entraîne.

Tel exécute le vol comme nous venons de le voir, tel combine le suicide (Mesnet, *Archives* 1860). Tel autre peut être homicide — incendiaire ! Et après l'accomplissement de ces actes inconscients, la crise cesse, le malade se réveille, reprend les habitudes de sa vie normale, sans garder *souvenir* de la période qu'il vient de traverser. Quand le magistrat intervient, tout désordre a cessé : en présence d'un homme qui ne peut

©BIUM

expliquer ses actes, qui se retranche derrière la défaillance de sa mémoire, le juge d'instruction est amené à croire à un système de défense ; *il passe outre*, bien que le malade réponde invariablement : *Je ne sais pas !* et que le fait accompli, qu'il *ignore réellement*, ait souvent eu pour témoin une nombreuse assistance !

Quelque obscures qu'elles puissent paraître, nous espérons que les progrès incessants de nos études en psychologie morbide mettront en pleine lumière ces importantes questions ; et que nous arriverons, dans un avenir prochain, à convaincre les magistrats de la réalité de ces phénomènes pathologiques qui concluent à : *automatisme — inconscience — amnésie !*

Société de médecine de Paris. — Séance du 26 mars 1887.

Note à propos du surmenage cérébral.

M. Christian. — Dans le travail que M. Lagneau a lu à l'Académie de médecine (séance du 8 mars 1887), et dans lequel il signale les fâcheux effets du surmenage intellectuel, il n'a pas manqué d'incriminer vivement les programmes de nos principales écoles, et notamment ceux de Saint-Cyr et de l'Ecole polytechnique. Suivant lui, un grand nombre d'élèves sortis de ces écoles, ont le cerveau fatigué, usé, et, arrivés à l'âge de 30 ou 40 ans, ils ne sont plus capables d'aucun effort intellectuel. C'est là une grave assertion, et qui mérite qu'on s'y arrête. Il est du devoir de chacun d'apporter dans le débat les documents qu'il possède, et de contribuer à rendre l'enquête aussi complète que possible.

Je puis garantir l'exactitude absolue des chiffres que je donne dans cette note : j'ajouterai que j'ai été absolument surpris des résultats qu'ils m'ont donnés.

J'ai fait le relevé de tous les officiers qui sont entrés dans mon service, à la maison nationale de Charenton, depuis le 1er janvier 1879 jusqu'au 15 mars 1887, et, pour que cette statistique ne comportât que des cas similaires, comparables entre eux, j'ai laissé de côté les officiers âgés, retraités, invalides, chez lesquels, à une époque avancée de la vie, était apparue une démence sénile ou apoplectique ; les officiers dont je parle sont tous devenus aliénés en activité de service, tous avaient de trente à cinquante ans. Enfin c'étaient tous des lieutenants ou des capitaines ; huit seulement étaient officiers supérieurs.

Dans la période que je viens d'indiquer, on a reçu à Charenton 61 officiers atteints de paralysie générale ; sur ces

©BIUM

61 officiers il y avait 3 chefs de musique. Restent 58 officiers de l'armée active, dont 9 appartenaient à l'artillerie et au génie, 48 à l'infanterie et à la cavalerie, 1 à la marine.

Or, sur les 9 premiers, 2 seulement avaient passé par l'Ecole polytechnique ; sur les 48 autres, il n'y en avait que 5 sortant de Saint-Cyr. Le marin avait été à l'Ecole navale.

Soit 1/5 environ pour les armes spéciales et 1/9 environ pour le reste de l'armée.

Dans la même période, j'ai eu dans mon service 29 officiers atteints de délires variables (manie, délire de persécutions, etc.) Sur ces 29, 20 sortaient des rangs ; 5 avaient passé par Saint-Cyr, 3 par l'Ecole polytechnique, 1 par l'Ecole navale.

A ces chiffres, recueillis à Charenton, je puis joindre ceux que j'ai relevé à Maréville, où, de 1876 à 1879, j'ai vu 9 officiers atteints de paralysie générale : 1 seul avait été élève de Saint-Cyr.

En résumé, sur 99 officiers aliénés, traités dans l'espace de douze ans environ, il n'y en avait que 17 qui eussent été dans les écoles du gouvernement ; tous les autres sortaient des rangs.

A ne prendre ces chiffres qu'en bloc, on voit que la folie n'atteint parmi les officiers qu'en très minime portion, 17 p. 100, les anciens élèves des écoles spéciales. Encore faudrait-il démontrer que ces 17 malades sont réellement des victimes du surmenage cérébral. Cela est douteux dans mes observations, car, dans les 11 cas (sur 17) où j'ai pu avoir des renseignegnements précis, il y avait six fois de l'hérédité directe (père ou mère aliéné) : 2 malades avaient fait de graves chutes sur la tête ; 3 avaient eu de violents chagrins. Je ne veux pas dire qu'ils ne se fussent pas livrés à des travaux intellectuels, sinon excessifs, du moins trop fatigants pour eux.

Dussé-je être accusé de paradoxe, je conclurai volontiers que le surmenage cérébral est plus fréquent chez les officiers sortis des rangs que chez les anciens élèves des écoles.

Ceux-ci en effet se recrutent parmi les enfants, qui, au collège, ont été reconnus assez intelligents pour continuer leurs études, et qui, soumis à un entraînement progressif, sont arrivés, sans trop d'efforts, jusqu'à l'école à laquelle ils se destinaient. Que si parmi eux il s'en est rencontré qui fussent incapables de supporter ce labeur, l'effet du surmenage s'est produit avant même l'entrée à l'école, au plus tard pendant le séjour à l'école même. Ces *surmenés* sont frappés de très bonne heure ; ils n'arrivent pas à l'âge de trente ou quarante ans ; ils forment ces déments précoces qui viennent achever leur triste existence dans nos maisons de santé.

Il en est tout autrement du jeune homme qui, arrivé au régiment, sachant à peine lire et écrire, a l'ambition de conquérir

©BIUM

l'épaulette. Que d'efforts lui sont imposés pour compléter son instruction, pour s'élever à la hauteur de ses nouveaux devoirs! C'est chez lui une contention d'esprit incessante, à un âge où déjà le cerveau est devenu plus rebelle, et certes, si quelqu'un est victime du surmenage cérébral, c'est le sous-officier, qui, destiné d'abord à rester dans les grades inférieurs, se trouve porté, par des circonstances favorables, à une situation pour laquelle il ne semblait pas fait.

La question du surmenage cérébral est extrêmement complexe. Dans cette courte note, je n'ai pu avoir la prétention de la traiter à fond : j'ai voulu seulement apporter à l'enquête qui se poursuit, quelques documents intéressants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Les signalements anthropométriques. Méthode nouvelle de détermination de l'identité individuelle. Conférence faite au Congrès pénitentiaire international de Rome; par Alphonse Bertillon. Broch. in-8°, 32 p. Paris, 1886. G. Masson, éditeur.

— Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'Hospice général de Nantes pendant l'année 1886; par le Dr Biaute. Broch. in-8°, 24 p. Nantes, 1886.

— Intorno al numero e alla distribuzione geografica delle frenopatie in Italia. Note statistiche; par le professeur Enrico Morselli. Premier Mémoire. Broch. in-8°, de 104 p. avec deux tableaux graphiques. Milan, 1885.

— L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal; par le Dr Gilles de la Tourette. Avec une préface de M. le professeur Brouardel. 1 vol. in-8°. Paris, 1887. Plon, Nourrit et Cie, imprimeurs-éditeurs.

— Etudi di antropologia patologia sulla pazzia (Etudes d'anthropologie pathologique de la folie). I. Sul peso comparativo dei due emisferi cerebrali negli alienati (du poids comparé des deux hémisphères cérébraux chez les aliénés); par le professeur Henri Morselli, directeur de l'Institut psychiatrique de l'Université de Turin. Broch. in-8°. Extrait de *La Psichiatria*, Naples 1887.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du* 10 *février* 1887 : M. le Dr Febvré, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est nommé médecin-adjoint à l'asile de Ville-Evrard, et maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (4.000 francs).

— *Arrêté du* 12 *février* 1887 : Ont été promus pour prendre rang à partir du 1er janvier 1887 :

A la classe exceptionnelle de leur grade (8,000 francs) : MM. les Drs Poret, directeur médecin en chef de l'asile de Saint-Méen (Ille-et-Vilaine) ; Sizaret, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), et Dufour, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère).

A la 1re classe de son grade (7,000 francs), M. le Dr Danis, directeur médecin en chef de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne).

A la 2e classe (6,000 francs) : MM. les Drs Peybernès, directeur médecin en chef de l'asile de Bourges (Cher) ; Mabille, directeur médecin en chef de l'asile de Lafond-lès-la-Rochelle (Charente-Inférieure), et Pierret, médecin en chef à l'asile de Bron (Rhône).

A la classe exceptionnelle de leur grade (4,000 francs) : MM. les Drs Bessières, médecin adjoint à l'asile d'Evreux (Eure); Chaussinand, médecin adjoint à l'asile de Fains (Meuse), et Girma, médecin adjoint à l'asile Saint-Luc, près Pau (Basses-Pyrénées).

A la 1re classe de son grade (3,000 francs) : M. le Dr Pichenot, médecin adjoint à l'asile d'Auxerre (Yonne).

— *Arrêté du* 28 *février* 1887 : M. le Dr Maunier, médecin adjoint de l'asile d'Aix, est nommé médecin en chef de l'asile de Montdevergues (poste créé), et placé dans la 3e classe de son grade (5,000 francs).

— *Arrêté du* 5 *mars* 1887 : M. le Dr Dericq, ancien interne des asiles publics de la Seine, est nommé médecin adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne), et placé dans la 2e classe de son grade (2,400 francs).

— *Arrêté du* 25 *mars* 1887 : M. le Dr Boiteux, interne de l'asile de Maréville, est nommé médecin adjoint de l'asile de Clermont (Oise), et placé dans la 2e classe de son grade (2,400 francs).

©BIUM

— *Arrêté du* 26 *mars* 1887 : M. le Dr Gallopain, directeur médecin en chef de l'asile de la Charité (Nièvre), est nommé directeur médecin en chef de l'asile de Pierrefin (Var), et maintenu à la 3e classe de son grade (5,000 francs).

— M. le Dr Meilhon, ancien interne des asiles de Toulouse et de Pau, est nommé médecin adjoint de l'asile d'Aix, et placé dans la 2e classe de son grade (2,400 francs).

— *Arrêté du* 13 *avril* 1887 : M. le Dr Garnier, médecin adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé directeur médecin en chef de l'asile de la Charité (Nièvre), et placé dans la 3e classe de son grade (5,000 francs).

SÉANCE SOLENNELLE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle, le lundi 25 avril 1887, sous la présidence de M. Magnan.

M. Charpentier a donné lecture du rapport de la commission du prix Esquirol, qui a été décerné à M. le Dr Pichon, chef de la Clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, pour son mémoire intitulé : « Des délires multiples et des intoxications d'origine différente chez le même individu. Revue critique et clinique. » M. Ritti, secrétaire général, a lu ensuite l'éloge de M. J. Moreau (de Tours).

Le soir, un banquet réunissait, chez Brébant, la majorité des membres titulaires, deux membres correspondants, MM. Baume, médecin honoraire de l'asile de Quimper, et Albert Giraud, directeur médecin en chef de l'asile de Fains, enfin plusieurs médecins aliénistes ne faisant pas partie de la Société. Au dessert, des toasts ont été portés par le président, M. Magnan, par M. le Dr Dechtéreff, au nom du corps des médecins aliénistes russes, par M. le Dr Quinemant, médecin en chef de l'asile de Niort, enfin par M. Delasiauve qui, malgré son grand âge, a voulu honorer de sa présence cette fête de famille.

LA LOI SUR LES ALIÉNÉS DEVANT LE SÉNAT (*Suite et fin*).

Le Sénat a discuté et adopté, dans ses séances des 7 et 11 mars, les articles 58 et 60 modifiés par la Commission, combattus par M. de Gavardie, développés et défendus, avec une grande force d'arguments, par MM. Delsol et Le Guen. Ces articles touchent à l'une des plus délicates questions de la nouvelle loi, la capacité civile des aliénés.

Dans le système de la loi de 1838, les pouvoirs de l'administrateur provisoire étaient fort restreints et, il faut l'avouer, fort peu mis en fonctions parce que les fonctions étaient gratuites. C'était la plus grave lacune de la loi. Comme consé-

©BIUM

quence logique, les actes des aliénés non interdits étaient présumés valables et restaient valables s'ils n'étaient pas attaqués et annulés pour cause de démence.

La nouvelle loi, basée sur l'intervention de l'autorité judiciaire dans les placements, assimile, pendant la durée de l'internement, l'aliéné interné à l'interdit judiciaire ; l'administrateur provisoire, autorisé par le conseil de famille, et au besoin par le tribunal, pourra faire tous les actes qui sont du ressort du tuteur d'un interdit jusques et y compris l'instance en séparation de corps et de biens. Mais, pas plus que le tuteur, il ne pourra faire des actes touchant à la constitution même de la famille et à l'état des personnes.

Ainsi que l'a expliqué M. Le Guen, ces actes sont en petit nombre (le mariage, le divorce, l'adoption, la reconnaissance d'un enfant naturel, la donation entre vifs, le testament) et sont d'une importance capitale ; pour eux la règle doit être différente, a ajouté M. Le Guen, pour eux, il n'y a pas de représentation possible. Il est juste et moral de reconnaître à l'aliéné, dans ses intervalles lucides, la faculté de passer ces actes qui l'intéressent à un si haut degré et qui seront souvent des actes de réparation.

Pour plus de précision je cite la conclusion du discours de M. Delsol : « Dans la première partie de l'article 60, nous « assimilons les actes faits par un aliéné interné à ceux faits « par un interdit et nous vous proposons de les déclarer nuls « de droit.

« Dans la dernière partie nous ajoutons : les actes touchant « à l'exercice des droits attachés à la personne et dans lesquels « le tuteur est sans qualité pour représenter l'aliéné, pourront « être déclarés valables si le tribunal apprécie qu'ils ont été « faits dans un moment lucide. »

Comment se fera la preuve de l'intervalle lucide ? La commission a cru sage de laisser, à cet égard, toute latitude aux tribunaux. Ils pourront trouver cette preuve, a dit M. Delsol, dans les témoignagnes des médecins, des personnes présentes, et surtout dans le contenu de l'acte, dans la nature et le contexte de ses dispositions.

Mais si l'acte remonte à une date ancienne, si les médecins et les témoins ont disparu, si leurs souvenirs se sont affaiblis ; si l'acte a été passé pendant une de ces sorties provisoires que la loi nouvelle autorise, et s'il est moins l'œuvre spontanée d'un aliéné lucide que le résultat de suggestions habiles et intéressées, comment le tribunal pourra-t-il apprécier ? L'intelligence, le contenu, la nature d'un acte ne sont pas toujours une preuve infaillible d'une lucidité complète. Pour établir cette proposition, il me suffirait de rappeler un exemple que

©BIUM

j'ai rapporté dans une autre publication, celui d'un aliéné présenté au baccalauréat, délirant avant et après son examen, subissant pendant cet examen des hallucinations sans que la Faculté (qui le reçut avec mention flatteuse) se doutât qu'elle avait devant elle un pensionnaire d'un asile d'aliénés ; ses compositions, ses réponses avaient été lucides et cependant il n'était pas, même pendant son examen, complètement lucide ! Mais je reconnais parfaitement que si tout est délicat dans les questions soulevées par l'article 60, ce n'est pas un motif d'enlever toute liberté aux aliénés internés et de les frapper de mort civile. — Ce que je reconnais plus volontiers encore, c'est que le tribunal homologuera sans hésitation tout acte d'aliéné inspiré par les règles de la sagesse et de l'équité.

Du reste, sur ce point comme sur d'autres, avant d'être promulguée la loi sera encore perfectionnée, car le rapporteur, M. Théophile Roussel, a clos la discussion par les paroles suivantes :

« Ce n'est pas que je vienne ici prétendre que la loi sur les « aliénés telle que vous l'avez votée, soit irréprochable, mais « je crois me tenir dans la juste mesure en disant que c'est « une œuvre très mûrement et consciencieusement étudiée et « qui mérite d'aller devant la Chambre des députés où elle « recevra, s'il y a lieu, les nouvelles améliorations dont elle « pourrait être susceptible. »

C'est dans ces conditions que le Sénat a voté, le 11 mars 1887, la loi sur les aliénés dans son ensemble.

RÉFORME DE LA LÉGISLATION ANGLAISE SUR LES ALIÉNÉS.

Pendant que le Sénat discutait en seconde lecture le projet tendant à modifier la loi de 1838, la Chambre des Lords examinait de son côté deux bills ayant pour objet l'un de codifier la législation anglaise relative aux aliénés, l'autre de modifier cette législation de manière à entourer la liberté individuelle de garanties plus efficaces.

La *Revue* a déjà parlé de ce second projet qui depuis longtemps est à l'étude. Le nouveau cabinet l'a emprunté en partie au précédent, mais il l'a allégé sur un point qui avait provoqué une résistance très vive et très naturelle si l'on songe à l'importance des intérêts en jeu. Nous voulons parler de la suppression des asiles privés, ou maisons de santé (*licensed houses*). Quel que soit le désir très répandu de voir fermer ces établissements dont l'opinion publique se méfie, il est difficile de procéder par mesure générale, et le Gouvernement a pensé que mieux valait pour le moment se contenter de surveiller rigoureusement ces maisons et de les faire disparaître par voie d'extinction.

En Angleterrre, comme en France, la question la plus grave

©BIUM

actuellement en discussion est celle de l'intervention de l'autotité judiciaire en vue du placement de l'aliéné dans un asile. Le principe de cette intervention n'est guère contesté, mais sous quelle forme doit-elle se produire ? Devra-t-on attendre, pour que l'admission soit autorisée, que le juge ait prononcé sur l'état du prétendu aliéné, et le magistrat, saisi d'une demande de placement, devra-t-il faire comparaître devant lui le malade? Telle paraissait être l'économie du projet du Gouvernement ; mais, en comité, cette procédure a été critiquée. On a objecté que l'avis donné au malade de comparaître devant le juge serait de nature ou à ébranler son esprit, ou à le pousser à la fuite ; que, dans tous les cas, il est souvent essentiel pour la santé de l'aliéné et pour la sécurité publique de l'isoler sans retard et que la nécessité de faire vérifier son état personnellement par le juge entraînerait des lenteurs incompatibles avec les nécessités de la pratique. La Chambre en comité a ajourné la solution de cette question (21 février).

Le 1er mars, le lord chancelier a proposé une nouvelle rédaction qui a été adoptée. Le magistrat saisi d'une demande de placement, appréciera d'après les certificats médicaux et les circonstances, s'il doit visiter personnellement l'aliéné avant d'autoriser l'internement. Tout aliéné placé dans un asile ou isolé dans une maison particulière sans avoir été visité personnellement par un magistrat, pourra exiger d'être mis en présence d'un juge, à moins que le médecin traitant n'atteste par écrit que cette mesure serait préjudiciable à la santé du malade. Sauf ce cas, le directeur de l'établissement devra, dans les vingt-quatre heures de l'admission, informer l'aliéné de la faculté que la loi lui donne. Si, dans les sept jours de cet avis, l'aliéné déclare user de cette faculté, le directeur en informera le juge qui se transportera auprès du malade ou le mandera devant lui sous la conduite du directeur. Toute contravention à ces prescriptions de la part des directeurs constituera un délit (*misdemeanour*). Les propriétaires de maisons de santé et de maisons où un aliéné serait traité isolément, sont soumis aux mêmes règles.

L'article 6 du projet a pour but d'assurer une protection plus complète aux aliénés. Tout juge de paix qui aurait raison de penser qu'une personne traitée comme telle, dans son ressort, ne reçoit pas les soins convenables, ou bien est maltraitée, pourra la visiter lui-même ou la faire visiter par deux médecins.

De nouvelles dispositions sont en outre prises en vue de sauvegarder le patrimoine des aliénés.

Les médecins chargés du soin de ces malades devront adresser des rapports périodiques aux *masters in lunacy*, faisant connaître

©BIUM

si l'aliéné exige encore des soins. Si ce rapport n'est pas parvenu à la date indiquée ou dans un délai supplémentaire que les *masters in lunacy* peuvent impartir sans dépasser six mois, la sortie sera de droit.

Notons encore une disposition introduite par voie d'amendement et d'après laquelle les employés transférés de l'asile d'un comté à celui d'un autre comté pourront faire compter pour leur pension de retraite le temps passé dans le premier établissement.

(*Revue générale d'administration*, n° de mars 1887.)

FAITS DIVERS.

— On lit dans une correspondance de Genève, en date du 7 avril, adressée au journal *Le Temps* (n° du mardi 12 avril 1887) :

« *La loi genévoise relative aux questions à poser au jury criminel en cas d'aliénation mentale de l'accusé.* — Le Grand-Conseil du canton de Genève a adopté définitivement le projet de loi présenté par M. G. Pictet, qui permet de poser au jury, dans un procès criminel, la question de savoir si l'accusé a agi en état de démence et, en cas de réponse affirmative de sa part, autorise la cour à ordonner sa détention dans un établissement d'aliénés. Pour que la question soit posée, il faut que les débats aient porté sur ce point-là et que des preuves aient été administrées à cet égard. Dans ces circonstances, la question de l'aliénation mentale est une question de fait qui ne diffère en rien des autres questions posées au jury. Jusqu'à présent ce dernier était appelé à la résoudre implicitement par un verdict de culpabilité ou de non-culpabilité. Dorénavant il la résoudra expressément et pourra ainsi déclarer l'accusé coupable en même temps qu'il le reconnaît en état d'aliénation mentale. C'est le procès de la femme Lombardi qui a suggéré à M. Pictet l'idée de proposer au Grand-Conseil genévois la loi que ce dernier vient d'adopter. On se souvient que cette malheureuse a assassiné, il y a quelque temps, trois de ses enfants, et qu'elle a été acquittée par le jury, sur l'assurance qui lui fut donnée qu'elle serait internée dans un hospice d'aliénés aussitôt après sa libération.

« *Le referendum sur la loi contre l'alcoolisme.* — Le Conseil fédéral a fixé au 15 mai prochain la votation populaire sur la loi fédérale contre l'alcoolisme. Les signatures recueillies contre cette loi atteignent actuellement le chiffre de 52,412 et se répartissent ainsi par cantons : Zurich 186, Berne 1,890, Lucerne 2,234, Uri 103, Schwytz 126, Glaris 1,983, Zoug 111, Fribourg 12,132, Soleure 3,422, Bâle-Champagne 216, Saint-

©BIUM

Gall 239, Grisons 103, Argovie 1,938, Thurgovie 637 Vaud 1,311, Valais 17, Neuchâtel 5,874, Genève 4,480. N'ont donné aucune signature les cantons d'Unterwald, de Bâle-Ville, de Schaffhouse, d'Appenzell et du Tessin.

— M. le Dr Biaute, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Nantes, a fait, le 15 avril 1887, à l'amphithéâtre de l'école professionnelle de cette ville, une intéressante conférence sur l'aliénation mentale. Il a traité des généralités de la science, montré les progrès accomplis dans l'assistance publique et la médecine légale des aliénés depuis le commencement du siècle, et a particulièrement fait ressortir le rôle difficile du médecin aliéniste dans l'appréciation du degré de responsabilité des criminels soupçonnés d'aliénation mentale. Nous ne pouvons que féliciter notre collègue de son heureuse initiative, ainsi que de son succès qui a été complet, si nous en croyons les journaux de Nantes.

CONCOURS.

Concours public pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés de Bicêtre. — Ce concours sera ouvert le lundi 25 avril 1885, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 28 mars 1887, et sera clos le mercredi 13 avril, à trois heures.

Le jury du concours est composé de la manière suivante : MM. Bourneville, Espiau de Lamaestre, Falret, J. Voisin, Bucquoy, Dujardin-Beaumetz et Rigal. — Les candidats sont : MM. Chaslin, Pichon et Saury.

Concours pour une place d'interne en médecine à l'asile d'aliénés de Maréville. — En exécution de l'arrêté préfectoral du 5 juin 1882, approuvé par M. le Ministre de l'intérieur, un concours public s'ouvrira le 3 mai 1887, à trois heures du soir, à la Faculté de médecine de Nancy, pour la nomination d'un interne à l'asile de Maréville.

ENSEIGNEMENT.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Clinique des maladies mentales* (asile Sainte-Anne). — M. le professeur BALL a repris son cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 17 avril 1887, à 10 heures du matin, et le continue les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

©BIUM

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Dr AUGUSTE VOISIN a repris ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 6 mars, à 9 heures et demie du matin, et le continue les dimanches suivants à la même heure.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le Dr J. LUYS a repris son cours de pathologie mentale, le jeudi 28 avril, à quatre heures, à la Charité, amphithéâtre du 1er étage, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

SOUSCRIPTION POUR UN BUSTE DU PROFESSEUR J. BÉCLARD, DESTINÉ A ÊTRE PLACÉ SUR SA TOMBE, A CÔTÉ DE CELUI DE SON PÈRE, P. AUGUSTIN BÉCLARD.

Les amis et les élèves de M. le professeur J. Béclard, désirant perpétuer son souvenir par un hommage public et durable, ont eu la pensée de lui élever un buste, à côté de celui de son père, sur le monument funéraire qui les réunit.

Dans ce but, ils ont constitué un comité d'initiative, composé de :

MM. Laborde, chef du laboratoire de M. Béclard } Élèves
Galippe, ancien élève du laboratoire } de
Mathias Duval, professeur à la Faculté } M. Béclard.
Brouardel, doyen de la Faculté,
Lannelongue, professeur à la Faculté,
Caventou, trésorier de l'Académie de médecine,
Blanche, membre de l'Académie de médecine,
G. Masson, libraire-éditeur,
Pupin, secrétaire de la Faculté.

Les souscriptions sont reçues par :

MM. Laborde, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine,
Mathias Duval, au laboratoire de l'Ecole d'anthropologie,
Caventou, à l'Académie de médecine,
Pupin, à la Faculté de médecine,
G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain.

Pour les articles non signés : ANT. RITTI.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE Ve VOLUME DE LA SEPTIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

Pages.
La loi sur les aliénés devant le Sénat. Résumé de la première délibération; par M. le Dr Baume. 5
Le jugement des aliénés par le jury devant le tribunal de Chicago. 353

II. — Pathologie.

De la guérison de la paralysie générale et de la théorie des pseudo-folies paralytiques; par M. le Dr Baillarger. 19
La folie du roi Louis II de Bavière; par M. le Dr W. Ireland (traduit par V. Parant). 39
Mouvement de l'aliénation mentale à Paris (1872-1885); par M. le Dr Aug. Planès. . . . . 60 et 229
De l'intoxication professionnelle des dégustateurs de vins et de liqueurs; par M. le Dr Donnet. 74
De la dégustation des vins en Bourgogne dans ses rapports avec l'alcoolisme professionnel; par M. le Dr Marandon de Montyel. 79
Des troubles psychiques dans l'impaludisme; par MM. les Drs Georges Lemoine et J. Chaumier. 177
Notes sur quelques cas de folie héréditaire chez les gens âgés; par M. le Dr E. Régis. 210
Des rapports du délire hypochondriaque et du délire ambitieux; succession ou coexistence de ces deux délires chez les mêmes malades; par M. le Dr Baillarger. 363
Un dégénéré juvénile héréditaire; par MM. les Drs Mabille et Ramadier. 367
Traitement du délire épileptique; par M. le Dr Bessière. 377

III. — Archives cliniques.

17. — Attaques épileptiformes et hémorrhagie cérébrale; par M. le Dr Mordret. 87
18. — Cas d'apoplexie hystérique avec autopsie; par M. le Dr Martinenq 254
19. — Folie à double forme; par Frédéric Hoffmann et E. Régis. 388

©BIUM

IV. — Législation.

Pages.

Les médecins secrétaires des commissions permanentes d'après l'article II du projet de la commission sénatoriale; par M. le Dr Constans. 97

V. — Médecine légale.

Revue de médecine légale : L'affaire Lombardi à Genève ; par M. le Dr A. Giraud. 397

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance du 26 *juillet* 1886. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Dektereff, Palmieri, Clark Bell, Larroque, Semelaigne. — Election de M. Larroque comme membre titulaire. — Observation de perversion sexuelle chez un ivrogne: M. Riu. — Epilepsie jacksonienne; hémorrhagie du lobule pariétal supérieur de l'hémisphère gauche; présentation des pièces anatomiques : M. Riu. — Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire (suite) : MM. Falret, Paul Garnier. 113

Séance du 25 *octobre* 1886. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Larroque, Catsaras, Mabille, Falret. — Mort de M. V. Oudart. — Rapport de M. Magnan sur la candidature de M. Catsaras : Election. — Du délire chronique : MM. Paul Garnier, J. Falret. — De la suggestion. Action des médicaments à distance chez des hystéro-épileptiques. Action de l'aimant et des métaux. Hémorrhagies cutanées. Changements psychiques et somatiques : MM. Jules Voisin, Ch. Féré, Marcel Briand. 118

Séance du 29 *novembre* 1886. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Kowalewski, Catsaras, Wellenbergh, Biaute, Bini. — Election de M. Wellenbergh comme membre associé étranger. — Nomination des commissions des prix Aubanel et Belhomme. — Du délire chronique (suite) : MM. Falret, Dagonet, Paul Garnier. — Traitement de l'aménorrhée par la suggestion hypnotique : M. Auguste Voisin. — De la valeur des hémorrhoïdes et de quelques autres signes en aliénation mentale : MM. Charpentier, Ch. Féré. 260

Séance du 27 *décembre* 1886. — Correspondance et présentations d'ouvrages: MM. Taule, Wellenbergh. — Mort de M. John Gray, d'Utica. — Election du bureau de 1887. — Rapport sur le prix Aubanel : M. Paul Garnier. — Rapport sur le prix Bel-

©BIUM

Pages.

homme : M. Séglas. — Note sur l'amblyopie hystérique par l'exercice de la sensibilité spéciale, et des paralysies de même nature par l'exercice musculaire : MM. Séglas, Ch. Féré, Gilbert Ballet. — Note sur les asiles d'aliénés en Orient : M. Paul Moreau (de Tours). — Les congestions cérébrales d'après la méthode de Mendel : M. Magalhaës Lemos. 299

Séance du 31 *janvier* 1887. — Installation du bureau : MM. Semelaigne, Magnan, Cotard. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Paul Aubry, Ferguson, Gabriel, Ladame, Larroque, Bouchereau, Moreau (de Tours). — Nomination de la commission du prix Esquirol. — Rapport de la commission des finances : M. Mitivié. — Rapport de M. Bouchereau sur la candidature de M. Taule : élection. — Rapport de M. Ritti sur la candidature de M. Paul Aubry : élection. — Du délire chronique (suite) : MM. Paul Garnier, Falret, Dagonet, Delasiauve. — Les persécutés raisonnants ou persécutés persécuteurs : MM. G. Pichon, Foville, Falret. 415

Séance du 28 *février* 1887. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Taule, Paul Aubry, Camuset, Hospital, Boudon, Ladame, Motet. — Election de M. Camuset comme membre titulaire. — Trois cas de conformation vicieuse des organes génitaux : atrophie testiculaire ; cryptorchidie ; hypospadias scrotal à forme vulvaire (pseudo-hermaphrodite mâle) : M. Magnan. — Une famille de dégénérés : M. Séglas. — Etude sur un cas de paralysie spasmodique infantile ; M. Catsaras. — Des dangers du traitement de l'hystérie par l'hypnotisme : MM. Larroque, Séglas, Aug. Voisin. 461

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1887).

Etude médico-légale sur le somnambulisme spontané et le somnambulisme provoqué. 481

Note à propos de surmenage cérébral. 497

JOURNAUX ANGLAIS (1885)

(Anal. par M. le Dr Pons.)

Emploi de l'électricité dans les maladies mentales. 161

Observations cliniques sur le sang chez les aliénés. 162

Maladies utérines et aliénation mentale. 164

Rapports du delirium tremens avec la folie. 166

L'alcool dans les asiles considéré comme boisson alimentaire. . 167

JOURNAUX ITALIENS (1884).

Anal. par M. le Dr Kéraval.

Forme spéciale de névrose psychomotrice. 318

Lacunes porencéphaliques chez un hémiplégique dès l'enfance. . 318

©BIUM

Pages.
Localisation du centre psychique de la vue. 319
Troubles spinaux dans la folie pellagreuse. 320
Variations du diamètre pupillaire chez les épileptiques. 320
Surdité verbale ou aphasie sensorielle. 321
Education comme prophylaxie de la folie 321
Réflexes tendineux dans la paralysie générale. 321
Causes de l'asphyxie locale chez les aliénés 321
Double homicide avec uxoricide. 322
Sang des aliénés. 322
Température chez les aliénés. 323
Structure des couches optiques. 323
Dynamographie appliquée au diagnostic des troubles de la motilité. 324
Dipsomanie et alcoolisme au point de vue médico-légal. 324
Sclérose multiloculaire de la moelle spinale et infection bactéridienne. 324
Poids spécifique du cerveau et de la moelle. 325
Anatomie pathologique de la paralysie générale. 325
Réaction acoustique chez les hallucinés de l'ouïe dans la folie systématisée. 326
Tentative d'homicide commise par un persécuté. 326
Simulation d'une folie hallucinatoire. 326
La folie systématique (paranoia). 327
La paranoia et ses formes. 327
Un cas d'aphasie. 327
Folie morale; une erreur de diagnostic. 329
Maladie de Parkinson. 329
Sensibilité des parties privées de peau. 329
Cerveau du boa. 330
Frénopathies dans leurs rapports avec la menstruation. 330
Anatomie pathologique du délire aigu. 331
Microcéphalie avec atrophie de plusieurs circonvolutions. 331
Folie à quatre. 331
Traitement moral de l'hystérie. 332

III. — Bibliographie.

The Blot upon the Brain : Studies in history and psychology : par M. le Dr William Ireland (Anal. par M. le Dr Marandon de Montyel). 169
Le somnambulisme provoqué; études physiologiques; par le professeur H. Beaunis. — La grande hystérie chez l'homme; phénomènes d'inhibition, etc. ; par le Dr A. Berjon (Anal. par M. le Dr Cullerre.) 333
La psychologie du raisonnement. Recherches expérimentales par l'hypnotisme; par Alfred Binet. (Anal. par M. le Dr Ant. Ritti.) 336

©BIUM

Pages.

Du suicide dans le délire ou folie des persécutions : par le Dr Meilhon. (Anal. par M. le Dr Girma.) 339

Bulletin bibliographique. . . . . 171, 340 et 499

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Taty, Pichon, Laffitte, Marandon de Montyel, Dumas, Nollet, Bellat. — Nécrologie : V. Oudart, John Gray. — Prix de l'Académie de médecine. — Création au ministère de l'intérieur d'une direction de l'assistance publique. — Médecin d'asile exempté des fonctions de juré. — Faits divers. — Enseignement : MM. Ball, Th. Ribot, Jules Soury. — Prix de la Société médico-psychologique. 172

Nominations et promotions : MM. Payelle, Etoc Demazy, Caron, Monod, Bransoulié, Camuset, Schils, Pons, Frièse, Marandon de Montyel, Mairet, Marie, Lefèvre, Régis, Bourneville, Ch. Féré, Séglas. — La loi sur les aliénés devant le Sénat (2e lecture). — Prix de l'Académie des sciences. — Congrès médical international de Washington. — Folie et suicide en Russie. — L'ivresse contagieuse. — Faits divers. — Enseignement : M. Paul Dubuisson. 343

Nominations et promotions : MM. Febvré, Poret, Sizaret, Dufour, Danis, Feybernès, Mabille, Pierret, Bessières, Chaussinand, Girma, Pichenot, Maunier, Dericq, Boiteux, Gallopain, Meilhon, Garnier. — Séance solennelle de la Société médico-psychologique. — La loi sur les aliénés devant le Sénat (suite et fin). — Réforme sur la législation anglaise sur les aliénés. — Faits divers. — Concours : hospice de Bicêtre, asile de Maréville. — Enseignement : MM. Ball, Aug. Voisin, J. Luys. — Souscription pour un buste du professeur J. Béclard 500

Table des matières du tome V de la septième série. 508

Paris. — Imp. G. Rougier et Cie, 1, rue Cassette.